

ВСЕСОЮЗНАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ НЕЙРОХИРУРГОВ

(28/XI — 2/XII 1962 г., Москва)

В работе конференции принимали участие более 400 человек. Присутствовали гости из Болгарии, Польши, Чехословакии.

Было заслушано свыше 80 докладов по трем проблемам:

1) опухоли гипофиза и краниофарингеомы; 2) патогенез и терапия нарушений витальных функций в нейрохирургии; 3) лучевая терапия в нейроонкологии.

Большинство сообщений было посвящено первой проблеме. Опухоли гипофиза и краниофарингеомы занимают третье место среди новообразований головного мозга. Диагностика их требует комплексного клинического обследования больных невропатологами, отоневрологами, офтальмологами, нейрохирургами и рентгенологами. Подчеркивалась необходимость электрофизиологических и биохимических обследований.

В сообщениях были приведены новые данные о кровоснабжении гипофиза человека (Д. А. Жданов, М. Р. Сапин и И. Г. Акмаев — Москва), о секретирующей функции нейронов гипофиза (А. А. Войткевич — Воронеж).

По данным Б. Г. Егорова, М. А. Барона и М. А. Салазкина (Москва) опухоли гипофиза встречаются чаще у мужчин и преимущественно в среднем возрасте. Последовательность клинических симптомов зависит от величины и направления роста опухоли, а также от нарушения анатомических структур, окружающих турецкое седло. В связи с этим они представили новые сведения о структурных особенностях кавернозного синуса.

Клиническая картина краниофарингеом отличается сложностью и вариабильностью. Диагностика краниофарингеом основывается на сочетании характерных офтальмологических, эндокринных, рентгенологических изменений и неврологических симптомов. Во всех докладах о краниофарингеомах подчеркивалась зависимость их локализации и клинических симптомов от возраста больных.

И. С. Бабчин, А. Г. Земская и М. М. Зобина (Ленинград), А. А. Арндт и Д. Я. Варшавская (Москва), А. И. Арутюнов (Киев) и другие обратили внимание на частоту зрительных нарушений в старшей возрастной группе. Эндокринные нарушения наиболее выражены и чаще всего встречались в детском и юношеском возрастах. У пожилых больных эндокринные нарушения почти отсутствовали. На рентгенограммах петрификаты в sella и надсella областях, а также изменения турецкого седла, вторичные гидроцефальные изменения черепа чаще отмечались у детей и реже — в старшей возрастной группе.

Опухоли гипофиза и диэнцефальной области нередко сопровождаются гипопункцией щитовидной железы в сочетании с понижением функциональной активности коры надпочечников (И. Н. Виноградова и Д. Г. Палинкаши — Москва; Н. Д. Лукьянова и Я. М. Бунцер — Харьков). У больных старшего возраста довольно часто обнаруживаются психические расстройства (С. С. Калинер — Ленинград, Л. П. Лобова и Т. А. Доброхотова — Москва).

М. Б. Копылов (Москва) осветил вопросы рентгенологической семиотики новообразований sella области. М. Х. Файзуллин и И. Х. Галимов (Казань) сделали сообщение о рентгенологических вариантах хиазмальной борозды и их значении в развитии зрительных нарушений при опухолях гипофиза и краниофарингеомах.

Вопросы рентгенодиагностики были представлены также в сообщениях А. И. Арутюнова (Киев), А. М. Куна (Москва), Ю. А. Зозуля, В. Г. Караванова, Ц. М. Сорочинского и Г. С. Даниленко (Киев), А. А. Арндта и Д. Я. Варшавской (Москва). Авторами придается большое значение комплексному рентгенологическому исследованию, включающему не только обычную краниографию и томографию, но и контрастирование базальных цистерн, каротидную ангиографию, пневмоэнцефалографию, двустороннюю одномоментную ангиографию. Применение этих методов дает возможность четко дифференцировать локализацию и распространенность опухоли.

В ряде докладов приводились результаты раннего хирургического вмешательства. Ранний диагноз и раннее оперативное вмешательство с последующей лучевой терапией дают более благоприятные исходы. Показанием к раннему оперативному вмешательству авторы считают небольшие эндокринные нарушения и увеличение размеров турецкого седла без грубых нарушений зрения. Субфронтальный доступ к опухоли гипофиза считается наиболее рациональным.

А. Б. Самотокин, П. М. Панченко и Р. И. Житнюк (Ленинград) считают, что на результат операции оказывает влияние метод обезболивания. Они рекомендуют интратрахеальный наркоз в сочетании с ганглиоблокаторами и местной анестезией рефлексогенных зон.

О ранних послеоперационных осложнениях сообщили Г. П. Корянский и В. Л. Волкова-Павлова (Москва). Причиной тяжелых осложнений в первые часы и дни после удаления опухолей гипофиза могут быть в одних случаях общие и местные нарушения кровообращения из-за недостаточного гемостаза, в других — острое раз-

вите отека и набухания мозга. В ряде наблюдений отмечено развитие острой эндокринной недостаточности, в частности угнетение функций коры надпочечников.

Во всех сообщениях по оперативному лечению опухолей гипофиза и краниофарингеом подчеркивается необходимость проведения на операционном столе системы мероприятий, обеспечивающих дегидратацию и удаление ликвора из субарахноидальных пространств через люмбальную пункцию, щадящие манипуляции в сельлярной области мозга.

Во время и после операции рекомендуется применение ганглиоблокаторов и препаратов кортизона для предупреждения адреналовой недостаточности.

Ряд докладов был посвящен применению мочевины как дегидратирующего средства.

Выступающие высказывались за обязательное проведение курса глубокой рентгенотерапии в послеоперационном периоде. По мнению докладчиков, до операции лучевая терапия нежелательна, так как при этом упускается необходимое время для раннего оперативного вмешательства.

В докладах по патогенезу и лечению нарушений витальных функций в нейрохирургии большинство авторов указывало, что причинами их являются гипоксия головного мозга, сосудистые нарушения и метаболический ацидоз.

Несмотря на различие механизма витальных нарушений, при разнообразных черепномозговых заболеваниях (опухолях, абсцессах головного мозга, травме черепа и головного мозга) есть общность патофизиологических реакций и патоморфологических изменений, обусловленных внутричерепной гипертензией.

Одной из главных причин нарушений витальных функций (В. Н. Неговский, А. М. Гурвич, Е. С. Золотокрылина — Москва) является сдавление или растяжение ствола головного мозга и питающих его сосудов, приводящие к гемодинамическим нарушениям в стволе. Докладчики подчеркивали необходимость применения основных принципов реаниматологии при лечении терминальных состояний.

Развитие нарушений дыхания и кровообращения после операции на головном мозге (Э. И. Злотник и И. З. Столкарц — Минск) объясняется гипоксическим поразжением ствола мозга. Причиной гипоксии являются гипотония, наступающая в конце длительных оперативных вмешательств вследствие истощения компенсаторных возможностей симпатико-адреналовой системы.

На основании экспериментальных данных Л. А. Корейша предположил, что необратимые нарушения витальных функций возникают в результате дискоординации дыхания, сосудистого тонуса и деятельности сердца.

В. И. Лерман, З. М. Кастрицкая (Минск) на ангиограммах заметили замедление скорости кровотока в мозге при сопорозном и коматозном состояниях больных с опухолями головного мозга.

На основании этих данных считается целесообразным проведение следующих мероприятий: 1) борьба с гипоксемией путем интубации, длительного дренирования верхних дыхательных путей, трахеостомии и управляемого искусственного дыхания с подачей кислорода больному (Ю. В. Зотов — Москва); 2) устранение острых нарушений и расстройства кровообращения внутриартериальными и внутривенными вливаниями крови и кровезаместителей, а также медикаментов, исходя из состояния сердечно-сосудистой системы (В. П. Радужкевич и содокладчики — Воронеж); 3) борьба с отеком головного мозга применением дегидратации (глюкоза, раствор поваренной соли, кортизон и мочевина), а при явлениях сдавления мозга — декомпрессивной трепанации черепа, иногда тенториотомии; 4) ликвидация гипертермии с помощью медикаментозных и физических средств в виде охлаждения больного, блокирования витальных центров.

По вопросу о лучевой терапии в нейроонкологии группа авторов из Ленинграда доложила о результатах лечения на бетатроне больных с опухолями головного мозга.

Ф. М. Лясс, Э. И. Кандель, А. Л. Кадин (Москва) сообщили данные о применении стереотаксической техники введения радиоактивного иттрия-90 для лечения опухолей базальных отделов головного мозга.

В докладах подчеркивалась значимость лучевой терапии в комплексном лечении внутримозговых опухолей.

Проф. М. Х. Файзуллин,
канд. мед. наук Г. С. Книрик,
канд. мед. наук И. Х. Галимов
(Казань)

НАУЧНАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ ПО ПРОБЛЕМЕ «КАТЕХОЛАМИНЫ И ИХ РОЛЬ В РЕГУЛЯЦИИ ФУНКЦИЙ ОРГАНИЗМА»

(1—3/XII 1962 г., Москва)

В работе конференции приняли участие физиологи, биохимики и клиницисты. Всего заслушано 47 докладов.

Проф. А. В. Тонких (Ленинград) сообщила о новых данных в отношении раз-