

Петрова. При тяжелой кровопотере следует добавлять к ним 10—15% совместимой крови.

При тах. АД 90—70 мм показано внутривенное введение крови или ее заместителей.

При тах. АД 30—20 мм целесообразно начинать с внутриаартериального введения крови (под давлением 100—140 мм) до установления тах. АД на уровне 80—70 мм и уже затем переходить на внутривенное.

Описанная методика терапии травматического шока включает общеизвестные рекомендации.

Для предупреждения необратимых изменений при кровопотере и травматическом шоке экспериментально (и частично — клинически) испытывались дибазол, коразол, глюкоза.

Дибазол применяли в следующей прописи — дибазол 25 мг/кг, димедрол 1 мг/кг, витамины С — 25 мг/кг, В₁ — 5 мг/кг, В₆ — 3,5 мг/кг в 10 мл 10% раствора глюкозы.

Дибазол (10 мг) с глюкозой и витаминами давали для предупреждения операционного шока.

Коразол (3 мг/кг) вводили также в растворе глюкозы (50 мл 40%).

Заслуживает внимания заключительная часть монографии, где перечислены основные нерешенные вопросы, изучение которых приведет к установлению рациональных комплексных методов лечения как травматического шока, так и массивной кровопотери.

В целом книга безусловно с интересом будет прочитана как теоретиками, так и практическими врачами, оказывающими помощь при шоке и кровопотере.

А. М. Окулов (Казань)

СЪЕЗДЫ И КОНФЕРЕНЦИИ

УДК 616—053. 3—617

ПЕРВАЯ ВСЕСОЮЗНАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ ДЕТСКИХ ХИРУРГОВ

22—24/XII 1965 г. Москва

Первое заседание было посвящено состоянию и мерам улучшения хирургической помощи детям в СССР. С основным докладом по этому вопросу выступил проф. Ю. Ф. Исаков (Москва), который отметил, что в 1965 г. количество детских хирургических коек по Союзу возросло по сравнению с 1962 г. на 4300. Общее число детских хирургов достигло 1200. Создаются центры по детской хирургии во многих областях и республиках. Кадры детских хирургов должны готовиться из выпускников педиатрических факультетов, для чего необходимо увеличить прием в ординатуру и аспирантуру по хирургии детского возраста, расширить курсы специализации в ГИДУВах. Предусматривается расширение учебных планов по детской хирургии на педиатрических факультетах и введение детской хирургии на лечебных факультетах. Докладчик выделил 3 основные проблемы детской хирургии: 1) хирургия новорожденных; 2) изучение критических состояний у детей; 3) хирургическая коррекция пороков развития.

Доклад проф. А. З. Маневича (Москва) был посвящен путям развития детской анестезиологии и реаниматологии.

Основным методом обезболивания у детей должна являться общая анестезия. Показания к использованию мышечных релаксантов у детей возникают чаще, чем у взрослых (диагностические исследования и манипуляции).

С. Н. Ефунин (Москва) показал, какую неоценимую помощь оказывает электроэнцефалографический контроль при наркозе. Запись биотоков мозга позволяет получить точную и быструю информацию о глубине наркоза и степени гипоксии. Изменения биопотенциалов мозга возникают значительно раньше клинических симптомов.

Целый ряд докладов был посвящен применению новых препаратов в детской анестезиологической практике.

В. В. Катков, Р. Б. Франтов, С. К. Баталина (Москва) доложили о применении препаратов стероидного ряда, которые близки по своей химической структуре к эстрогенным гормонам, но гормональной активностью не обладают. Наиболее распространенным стероидным препаратом с выраженным анестетическим действием является виадрил. Этот препарат практически неогексичен, анестетическая доза его в 2 раза превышает дозу тиопентала натрия; в отличие от барбитуратов, он не угнетает дыхания и кровообращения, не оказывает отрицательного влияния

на печень, обладает большой терапевтической широтой. В клинике детской хирургии Института педиатрии АМН СССР виадрил «Г» (гидроксидион, прессурен) был использован для внутривенного наркоза при оперативных вмешательствах на органах брюшной полости и при диагностических исследованиях. Опыт применения стероидного наркоза в детской хирургической практике с контролем глубины наркоза электроэнцефалографией (С. К. Баталина и О. Д. Кузьминов) дает основание считать виадрил «Г» ценным препаратом для внутривенного наркоза.

Э. Л. Петровская и В. Ю. Островский (Москва) поделились опытом применения натриевой соли гаммаоксимасляной кислоты (ГОМК) у 22 детей, оперированных на сердце и магистральных сосудах. ГОМК является естественным метаболитом, нетоксичен и обладает снотворным и наркотическим действием. Его применяют после премедикации атропином или промедолом в количестве 100—120 мг на 1 кг веса в 100—150 мл 5% раствора глюкозы. При этом в течение 10 мин. наступает глубокий сон. После введения деполаризующих релаксантов производят интубацию трахеи с введением управляемого дыхания. Весь операционный период проводят только под наркозом ГОМК с подключением на короткое время и в малых дозировках любого из ингаляционных наркотиков, показанием к применению которых является выраженный подъем АД, что расценивается как проявление чрезмерной стрессорной реакции, совершенно не угнетаемой ГОМКом. ГОМК обладает ценным и оригинальным качеством, не встречающимся у других наркотиков: глубокая депрессия высших центров не сопровождается каким-либо угнетением вегетативных реакций, управляющих кровообращением.

Л. В. Бородин, А. Н. Червинский, Б. Я. Кауманский (Новокузнецк) рекомендуют циклопропановый наркоз (с предварительной атропинизацией) для широкого применения в детской анестезиологии.

При операциях по поводу пороков сердца и магистральных сосудов у детей проф. Т. М. Дарбинян (Москва), В. Ю. Островский, В. И. Францев, М. А. Либов и др. (Москва) считают необходимым: 1) применять наркотические средства и другие препараты в дозах, оказывающих минимальное депрессивное действие на дыхание и кровообращение; 2) в связи с быстрым развитием метаболического ацидоза при управляемой вентиляции пользоваться чистым кислородом; 3) замещать кровопотерю; 4) применять в послеоперационном периоде «метаболическую терапию» (сердечные глюкозиды, АТФ, комплексы витаминов).

При специальных методах исследования сердца и магистральных сосудов З. Л. Любичева, Т. Б. Ливанова и З. А. Раевская (Ленинград) лучшим считают поверхностный барбитуровый наркоз, проводимый в условиях миорелаксации и искусственной вентиляции через интубационную трубку.

В конце 1964 г. в Москве был открыт детский реанимационный центр, через который прошло 95 детей, из них выжил 61 чел. (Л. А. Ворохобов, И. К. Мурашев, Э. А. Степанов и К. А. Джеммиров). Авторы отмечают, что в терминальных состояниях чрезвычайно быстро нарушается внешнее дыхание, поэтому первостепенное значение имеет налаживание адекватного искусственного дыхания. Весьма эффективен непрямой массаж сердца. Прямой массаж сердца после безуспешного непрямого не давал желаемого результата. С целью реанимации применялись также внутриартериальное, внутривенное и внутрисердечное переливание крови, дефибриляция и электростимуляция сердца, гипотермия. У больных с двусторонней пневмонией накладывалась трахеостома.

Проф. А. Т. Пулатов применил 84 детям фракционный лечебный наркоз закистью азота с кислородом (3:1 и 2:1) по 10—15 мин. через каждые 30—60 мин. в течение 2 суток. Наркоз стабилизировал на исходных цифрах показатели гемодинамики и внешнего дыхания (без применения анальгетиков и с ограниченным применением сердечных средств). Фракционная ингаляция смеси закисы азота с кислородом способствует предупреждению возможных послеоперационных осложнений и является безвредной. 66 детям закисть азота вводилась в послеоперационном периоде подкожно один раз в сутки (детям до трех лет — из расчета 25—30 мл на 1 кг веса, старше трех лет — 20—25 мл). Подкожное введение закисы азота обеспечивало наиболее ровную аналгезию в течение суток у детей старше трех лет после относительно легких и непродолжительных операций. У новорожденных и детей грудного возраста подкожное введение кислорода оказалось малоэффективным.

Г. Л. Билич и Я. Н. Поварнин (Караганда) применяли внелегочное введение (под кожу обоих бедер) закисы азота в раннем послеоперационном периоде у 156 детей. При этом у детей реже наблюдались послеоперационные пневмонии. По мнению авторов, внелегочное введение закисы азота в раннем послеоперационном периоде с целью обезболевания оправдано, эффективно и должно применяться шире в комплексе с другими методами.

23 декабря на утреннем и вечернем заседаниях разбирались вопросы хирургии легких и плевры.

Проф. Б. В. Петровский и проф. М. И. Перельман (Москва) указали на успехи в хирургии органов дыхания. При обработке культи бронха авторы накладывают ручной шов атрауматическими иглами и тонким шовным материалом, предпочитают строго анатомические операции — сегментэктомии, лобэктомии.

Необходимо уточнить показания и противопоказания к одномоментным двухсторонним резекциям легких, изучить возможность и целесообразность хирургического лечения бронхиальной астмы, применения аллопластических материалов для закрытия дефектов трахеи, бронхов и грудной стенки, клея для соединения тканей.

Проф. С. Л. Либов (Минск) остановился на показаниях к неотложному вмешательству хирурга при поражениях легкого у детей (прогрессирующая дыхательная недостаточность, кровопотеря, нарушение гемодинамики или быстро нарастающая интоксикация).

По поводу повреждений и заболеваний легких у детей применялось дренирование, бронхотомия или резекция легких, которая преимущественно являлась экономной.

Э. А. Степанова и Е. М. Покровская (Москва) считают, что в основу хирургического лечения хронической пневмонии и бронхоэктазии у детей должно быть положено сочетание радикальности и экономности вмешательства. С 1962 г. авторами сделано 37 сегментарных резекций, причем наиболее часто приходилось удалять базальные сегменты изолированно или в сочетании с другими пораженными участками легких с оставлением 6-го сегмента. Количество осложнений после сегментарных резекций было не выше, чем после других резекций легких.

Профилактике ателектаза у детей после частичных резекций легких и пульмонэктомии были посвящены сообщения И. Г. Климович (Москва) и С. Е. Владыкина (Саратов). В клинике детской хирургии ЦИУ дети после частичной резекции легкого укладывались в положении на здоровом боку, после пульмонэктомии — на больном. Контрольная группа находилась в обычном положении. Из 50 детей, находившихся в положении на боку, ателектаз после операции не развился ни у одного ребенка, а из 50 детей, находившихся в положении по Федорову, ателектаз развился у 30. С. Е. Владыкиным для предупреждения послеоперационного ателектаза применяются ингаляции с протеолитическими ферментами, постуральный дренаж, интратрахеальное введение ферментов и антибиотиков, бронхоскопия или трахеостомия для аспирации. В целях профилактики перегиба бронха оставшиеся сегменты подшиваются к костальной плевре.

По мнению В. Ф. Баклановой, А. Л. Ческиса, З. Н. Вихиревой (Москва), Я. К. Гауен (Рига), А. Е. Кузьминой и В. А. Урусова (Иркутск), при лечении стафилококковых пневмоний у детей раннего возраста необходимо расширить показания к оперативному лечению, которое чаще всего заключается в наложении подводного дренажа по Бюлау.

Последнее заседание 24 декабря было посвящено проблеме «Новое в детской хирургии».

Проф. Г. А. Баиров (Ленинград) разработал методику двойной эзофагостомии при атрезиях пищевода, когда диастаз между сегментами более 1,5 см. В случае полной атрезии наружных желчных путей он предлагает операцию внутрипеченочной холангиостомии обеих долей печени с желудочно-кишечным трактом, дающую хорошие непосредственные результаты.

В последнее время, благодаря разработке и внедрению в клиническую практику искусственных клапанов сердца, стало возможным радикальное лечение врожденной аномалии трехстворчатого клапана. Проф. Г. М. Соловьев (Москва) доложил об успешных операциях, которые проводятся в условиях искусственного кровообращения из правостороннего доступа и заключаются в иссечении эктопированных и деформированных створок трехстворчатого клапана и подшивании к фиброзному кольцу шарикового протеза с опорным полуциркульным швом по методу автора.

Хирургии врожденных пороков сердца у детей раннего возраста был посвящен доклад В. И. Францева с сотр. (Москва). Автор выполнил 100 операций у детей в возрасте от 21 дня до 3 лет по поводу различных врожденных пороков сердца. Летальность составила 13%, в большинстве вследствие невозможности коррекции порока у цианотичных больных. В группе «белых пороков» смертельных исходов не наблюдалось. Операции проводились на «сухом» сердце в условиях гипотермии, чаще всего под обычным наркозом в поверхностной стадии.

У Я. В. Волкова (Рига) из 70 оперированных детей в возрасте до 3 лет летальность составила 14,3%.

О первом опыте применения регионарной перфузии в детском возрасте рассказал проф. А. П. Биезинь (Рига). У 2 детей произведена обширная резекция пораженной остеомиелитом кости и замещение ее гомотрансплантатом. У 3 больных во время перфузии иссечена опухоль (саркома) мягких тканей.

Ю. Ф. Исаковым с соавт. и Н. Л. Куц (Донецк) доложены первые результаты применения новой операции при пороках развития толстого кишечника, предложенной в 1963 г. Соаве (Италия). Суть операции заключается в выделении прямой кишки (после мобилизации участка сигмовидной, подлежащей резекции) и последующем бесшовном анастомозе между прямой и сигмовидной кишками с использованием мышечного футура первой. Преимуществом данной операции является то, что кишка низводится через естественный аноректальный канал, и исключена опасность повреждения семенных пузырьков, нарушения иннервации мочевого пузыря и связей с диафрагмой таза, повреждения сфинктеров прямой кишки. Первый опыт

применения данной методики позволил авторам сделать вывод, что операция по Соаве при определенных показаниях и технике хирурга может войти в арсенал хирургических методов лечения некоторых пороков развития толстой кишки.

А. В. Акинфиев (Казань)

УДК 618. 2. 7—618. 1

НАУЧНАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ, ПОСВЯЩЕННАЯ 100-ЛЕТИЮ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ проф. В. С. ГРУЗДЕВА

7—10/II 1966 г., Казань

После торжественного открытия конференции с докладом, посвященным жизни и деятельности проф. В. С. Груздева, выступил его ученик проф. П. В. Маненков (Казань). О деятельности проф. В. С. Груздева в роли директора Казанского повивального института сообщила Н. И. Жучкова (Казань), об основных чертах акушерской школы В. С. Груздева — проф. И. Г. Мильченко (Куйбышев-обл.). С докладом «Роль проф. В. С. Груздева в развитии акушерства и гинекологии в СССР» выступил председатель Всесоюзного научного общества акушеров-гинекологов действительный член АМН СССР проф. Л. С. Персианинов (Москва). Он отметил, что В. С. Груздев был автором первого советского учебника по акушерству и гинекологии, что он много внимания уделял развитию физиологии, эмбриологии и морфологии применительно к запросам акушерства, создал казанскую школу акушеров-гинекологов, представителями которой являются известные советские акушеры-гинекологи профессора М. С. Малиновский, П. В. Маненков, И. Ф. Козлов и др.

В адрес конференции поступили приветственные телеграммы от действительного члена АМН СССР проф. М. С. Малиновского (Москва), проф. И. И. Яковлева (Ленинград), члена-корреспондента ВАСХНИЛ СССР проф. А. П. Студенцова (Казань) и др.

Утреннее заседание 8/II 1966 г. было посвящено проблеме опухолей женских половых органов.

На роль В. С. Груздева в разработке проблемы опухолей половых органов указал в своем докладе проф. П. В. Маненков. Он отметил, что В. С. Груздеву и его ученикам принадлежат 72 работы по данной проблеме, из них 7 докторских диссертаций и одна монография. В этих работах рассмотрены почти все опухоли женской половой системы. Докторская диссертация В. С. Груздева «Саркомы яичников» является крупнейшей работой в этой области.

Доклад М. В. Монасыповой и Д. Л. Сатановской (Казань) был посвящен ближайшим и отдаленным результатам лечения рака шейки матки. Положительные результаты получены при комбинированном способе лечения в 92%. Проф. Х. Х. Мещеров (Казань) указал на важность гематологического контроля при лучевой терапии.

Проф. Ф. А. Сыроватко (Москва) рассказал о применении радиоиндикации раковой опухоли. Эта методика позволяет более точно (прицельно) брать биопсию, а в процессе операции решать вопрос об объеме оперативного вмешательства.

О результатах химиотерапии рака яичников сообщил проф. И. В. Данилов (Казань), об успешном лечении хорионэпителиомы отечественным препаратом хризомалином — В. С. Добронеецкий и Д. Л. Сатановская (Казань).

Об оперативном лечении опухолей придатков матки доложила В. А. Земцова (Казань), о функциональном состоянии коры надпочечников и щитовидной железы у больных фибромиомой тела матки и раком шейки матки — М. И. Слепов (Казань), о ценности гинекографии и гистеросальпингографии в диагностике спухолей матки и ее придатков — Л. М. Тухватуллина (Казань). Результаты морфологических исследований нервной системы в онкогинекологии были представлены в докладах З. Ш. Гилязутдиновой и Л. К. Малышева (Казань). Вопросы детской онкогинекологии были освещены в докладе Н. Л. Капелюшник (Казань).

В заключительном слове проф. Л. С. Персианинов отметил большие заслуги В. С. Груздева в развитии онкологии. Он подчеркнул, что лучевая терапия дает не худшие результаты, чем комбинированная, на что еще в свое время указывал В. С. Груздев. Л. С. Персианинов высказался за комплексную терапию опухолей, указал на целесообразность химиотерапии, в частности хризомалином, а также удаления сальника при раке яичников. Особенно важную роль в обеспечении успеха играет ранняя диагностика опухолей.

Вечернее заседание 8/II было посвящено проблеме осложнений беременности.

О материнской смертности от позднего токсикоза беременности доложила проф. Р. Г. Бакиева (Казань). Установлено, что в ряде учреждений достаточно четко