

и лечебная гимнастика. Приведены **примерные комплексы упражнений** для больных с различной локализацией процесса, из которых каждый состоит из 3 периодов (в активной стадии процесса, в стадии потери активности и тренировочной). После такого лечения больные, как правило, выписываются без корсетов и туторов.

У глава содержит анализ собственных клинических наблюдений.

В результате применения трехзвеневой терапии из 378 больных у 224 получено полное восстановление функции, у 107 — незначительное и у 47 осталось резкое ее ограничение. Лучшие результаты были получены у больных со спондилитом, а самые плохие — с кокситом. В этой главе приводятся краткие истории болезни, рентгенограммы и фотоснимки больных.

В VI главе представлены лабораторные показатели результатов лечения: фагоцитарная активность лейкоцитов, антиоксидеская функция печени и сдвиги белковых фракций крови.

Последняя глава посвящена функциональному принципу в хирургическом лечении больных костно-суставным туберкулезом.

Б. К. Бабиц произвел 61 восстановительную операцию на коленном и тазобедренном суставах, причем после 46 из них получена полезная функция.

Необходимо отметить, что книга Б. К. Бабица — это первое научное произведение, которое так широко излагает назревшие в клинике вопросы восстановления функции после туберкулезного поражения суставов.

Однако следовало бы все же указать, что как дедистрофическое, так и аутоиммунотерапевтическое звенья должны применяться только в стационарных условиях и при участии не только ортопеда, но обязательно и фтизиатра-терапевта.

Мы считаем, что методика аутоиммунотерапии должна подвергнуться дальнейшему изучению и, возможно, упрощению.

Контингент больных должен тщательно подбираться, наблюдения за больными должны быть продолжительными, а оценки достаточно квалифицированными и объективными. При таком подходе можно будет достойно оценить эффективность предлагаемого метода, рекомендовать широкое его применение.

Во II главе автор правильно указывает на трудности ранней диагностики костного туберкулеза. По нашему мнению, старая рекомендация Bouvier обращать внимание на поведение ребенка может быть использована для ранней диагностики.

Трудно согласиться с автором, что у больного с активной формой костного туберкулеза, вне зависимости от давности заболевания, процесс следует считать свежим. Это определение можно принять весьма условно, его следовало бы давать в кавычках.

При описании активной фазы процесса Б. К. Бабиц совершенно правильно привлекает внимание к одному из симптомов — к локальной болезненности. Видимо, здесь надо бы упомянуть и об иррадирующих болях, которые не так редко наблюдаются в ранней фазе спондилита и коксита, а также о симптоме удлинения конечности при кокситах.

Нам представляется необходимым уточнить один вопрос из показаний и противопоказаний к функциональному лечению деструктивных форм поражения суставов, где имеется любое большое или малое нарушение конгруэнтности. Мы полагаем, что при полной компенсации можно и должно применить функциональную терапию. Субкомпенсацию или декомпенсацию следует считать противопоказанными для лечебной гимнастики. К такому заключению в отношении одного наблюдения пришел и автор (стр. 47), однако в 5 пункте противопоказаний фаза компенсации все же не учтена.

Таковы наши замечания. Они ни в какой степени не снижают большой ценности книги Б. К. Бабица, которая, несомненно, вызовет большой интерес как среди научных, так и среди практических работников, занимающихся костным туберкулезом.

Проф. Л. И. Шулуто (Казань)

СЪЕЗДЫ И КОНФЕРЕНЦИИ

III ВСЕСОЮЗНАЯ ОНКОЛОГИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ

(15—19/XI 1965 г., Москва)

Министр здравоохранения СССР проф. Б. В. Петровский указал, что наряду с исследованиями по вирусным и молекулярным проблемам канцерогенеза необходимо уделять больше внимания роли генетических факторов, связи онкологии с эндокринологией, изучению эпидемиологии опухолей, а также установлению более тесных связей с гигиенистами, привлекая их к изучению патогенетических влияний внешней среды на возникновение и развитие рака.

Проведение профилактических осмотров населения должно быть поднято на более высокую ступень за счет повышения качества. Следует совершенствовать новые методы диагностики опухолей (изотопная диагностика, тепловизор — аппарат, улавливающий

инфракрасное излучение растущих тканей). Не следует забывать и о дозиметрии с целью профилактики лучевых повреждений.

Особое внимание необходимо уделить преподаванию онкологии в медицинских институтах: оно должно быть сконцентрировано на специальных кафедрах или курсах и должно соответствовать данным современной науки. Программу обучения студентов нужно изменить в сторону повышения специализации в стенах институтов, причем, очевидно, придется увеличить и срок обучения студентов.

Для повышения уровня руководства специализированной помощью со стороны Министерства предусматривается создание при нем группы ведущих институтов, каждый из которых будет возглавлять свой раздел работы, а в совокупности образовывать Ученый Совет.

Первой проблемой на конференции были вопросы **канцерогенеза**. На основании многочисленных работ Киевского института экспериментальной и клинической онкологии, проф. Р. Е. Кавецкий представил материалы, позволяющие наметить определенные пути изучения канцерогенеза. Методом инфракрасной спектрографии в настоящее время удается обнаруживать во внешней среде различные канцерогенные вещества и определять их количество. Выявлены пути взаимодействия этих веществ с органоидами клетки, в результате которого наступает изменение энергетических процессов в клетке, а также нарушается синтез белковых молекул, что в первую очередь сказывается на наследственных механизмах клетки. Механизм действия канцерогенов связан с перемещениями электронов на свободную орбиту и образованием активных радикалов, включающихся в обменные процессы, что сближает этот механизм с механизмом действия ионизирующего излучения на клетку. При этом не исключено корректирующее воздействие целостного организма на процессы, происходящие в клетке.

В докладе проф. Ю. М. Васильева (Москва) было показано, что опухолевые клетки, возникшие в результате воздействия химических канцерогенов, утрачивают чувствительность к действию этих веществ. Проводя аналогию с различными канцерогенными воздействиями, докладчик пришел к выводу об утрате опухолевыми клетками чувствительности к корректирующим рост механизмам. Подтверждением этого являются изменения в межклеточных связях опухолевых элементов, оказывающиеся значительно меньшими в опухолевой ткани по сравнению с нормальной. Возрастает подвижность клеток и нарушаются свойства их оболочки, что находит отражение в изменении обменных процессов, происходящих через эту оболочку. В докладе проф. Е. Е. Погосянц (Москва) были изложены данные об изменениях в количестве и структуре хромосом опухолевых клеток.

Проблеме круговорота и судьбе канцерогенных углеводов в окружающей среде был посвящен доклад проф. Л. М. Шабда с сотрудниками (Москва). Эти ученые обнаружили такие вещества в выхлопных газах различных двигателей и показали, что они накапливаются в почве. Такие вещества найдены в концентратах, идущих на корм скоту; они имеются и в парафинах, употребляемых в пищевой промышленности. В настоящее время приняты меры к устранению этих веществ из пищевых продуктов и предложены устройства, улавливающие их при работе двигателей.

В других докладах освещалась возможность канцерогенного воздействия на организм натуральной нефти из некоторых месторождений и продуктов ее перегонки, а также возможность канцерогенного действия лучистой энергии на клетки центральной нервной системы.

Вторым проблемным вопросом была своевременная *диагностика опухолевых процессов*. В обстоятельном докладе проф. А. И. Ракова (Ленинград) были подвергнуты критическому анализу статистические показатели выявления и лечения опухолей в стране. Рост качественных показателей происходит главным образом за счет наружных локализаций опухолевого процесса. При внутренних локализациях опухоли оказываются выявленными своевременно не более чем у 25% больных. Низки показатели диагностики и в стационарах: на каждые 100 больных, диагнозов которых подтвержден на секции, у 45 опухолевый процесс при жизни не был обнаружен.

Главным в диагностике является тщательность обследования, использование современного комплекса диагностических приемов и постоянная настороженность к опухолевому процессу, которую следует прививать практическим врачам. С целью повышения качества обследования больных докладчик рекомендует создать специализированные центры (пульмонологический, гастроэнтерологический и гинекологический), достаточно оснащенные и укомплектованные специалистами. В них нужно направлять всех нуждающихся в обследовании больных. Опыт работы этих центров в Ленинграде подтвердил их целесообразность.

Эти тезисы были подтверждены также в докладе проф. А. И. Сереброва (Ленинград), который особое внимание уделил диагностике опухолей придатков матки и труб. Интересные сведения были представлены докладчиком по сочетанию опухолей тела матки с диабетом, обнаруженным в явном или скрытом виде у 65% таких больных. Раньше считалось, что диабет и опухолевый процесс сочетаются редко.

Диагностике опухолей пищевода посвятил свой доклад проф. В. И. Казанский (Москва). Достигнутые результаты являются мало утешительными. Пути совершенствования диагностики возможны при более широком применении известных методов эндоскопии, цито- и гистологического анализа и современных способов рентгенологического обследования.

Коллективный доклад сотрудников Горьковского мединститута под руководством проф. В. И. Кожевникова осветил вопросы диагностики опухолей желудочно-кишечного тракта. Авторы подчеркивают необходимость тщательного выявления малых признаков и целенаправленного обследования больного.

Проф. В. А. Фанарджян и сотр. (Ереван) изложили современные методы рентгенологического обследования больных с заболеваниями желудка и кишечника. Качество диагностики зависит от своевременного направления больного, а также применения множества диагностических приемов с использованием нескольких контрастных средств и методов функциональной диагностики.

Некоторые новые возможности в диагностике опухолей появились в связи с использованием радиоактивных изотопов и применением скенирования для обнаружения участков их избирательного накопления. Об этом сообщили сотрудники ГОИ им. П. А. Герцена М. А. Волкова и В. З. Агранат (Москва).

Метод цитологической диагностики занимает видное место при обследовании подозрительного на рак больного. Проф. Н. Н. Шиллер-Волкова (Москва) обратила особое внимание на трудности трактовки цитологических препаратов и на необходимость повышения квалификации врачей-цитологов.

В прениях по этому вопросу интересными оказались сообщения сотрудников ГОИ им. П. А. Герцена об использовании кибернетических устройств для диагностики опухолей. При раке молочной железы совпадение диагнозов было обнаружено в 96%, при раке легкого — в 82%. Была сделана попытка устанавливать прогноз с использованием машинного анализа операционных находок. Совпадение предсказания с полученными результатами было в 75%.

Третий из обсуждаемых проблем была *химиотерапия опухолей*.

Докладчиком по этому вопросу был президент АМН проф. Н. Н. Блохин (Москва). Он обратил внимание на необходимость изменения наименования «химиотерапия опухолей», поскольку оно не отражает истинного характера воздействия на опухолевый процесс. Более точным, по его представлению, является название лекарственная терапия опухолей. При проведении этого лечения нет необходимости добиваться гибели всех клеточных элементов, поскольку при введении этих препаратов в значительной степени страдает организм в целом.

На основании опыта лечения 4118 больных докладчик дает оценку различным лекарственным средствам и способам их применения.

Метод перфузии и инфузии должен ограничиваться лечением опухолей конечностей, так как в других случаях обнаруживается значительная утечка препарата с токсическим воздействием на организм. Получение универсального противоракового препарата невозможно, поэтому следует совершенствовать известные и отыскивать новые. Наиболее перспективными в этом отношении являются антимаболиты — антифолевые и антипиримидиновые вещества. Именно 5-фторурацил оказался действенным при первичных и рецидивных формах рака желудка, что ставит под сомнение вопрос об избирательном действии лекарственных препаратов не на самую опухоль, а на ее метастазы. Побочное действие этих препаратов сказывается не только и не столько на кровеносной ткани, сколько на слизистой оболочке желудочно-кишечного тракта. Такие особенности действия препаратов ставят вплотную вопрос о возможности сочетанного применения лекарственных веществ для одновременного воздействия на опухоль и метастазы. В докладе приводятся отдаленные данные лечения лекарственными средствами, свидетельствующие об увеличении средней продолжительности жизни больных, опухоли которых оказались чувствительными к использованным средствам. 25% больных лимфогрануломатозом и 40% семиномой переживали 5-летние сроки даже при распространенных формах поражения.

В различных странах отмечается различная эффективность одних и тех же лекарственных средств, что докладчик связывает с различием клонов опухолевых клеток.

Применение препаратов после операции следует проводить с осторожностью, поскольку они оказываются более токсичными для ослабленного организма.

Другие доклады по этой проблеме развивали и дополняли выдвинутые положения. Так, И. Д. Нечаева (Ленинград) отметила высокую эффективность лекарственного лечения опухолей придатков и хорионэпителиомы, которые при комбинированном использовании препаратов дают излечение в 70%. Проф. Н. Н. Трапезников с сотрудниками (Москва) сообщил о результатах лечения больных методом перфузии и инфузии при опухолях конечностей. Этот метод комбинировался с последующим оперативным вмешательством, однако он не предохранял больных от появления метастазов, которые и приводили больных к смерти.

Проф. Л. Ф. Ларионов (Москва) отметил возможность клинического излечения отдельных больных после применения химиотерапии на сроки 5, 10 и более лет.

Не у всех больных одинакова чувствительность к препаратам, и если для одних они оказываются эффективными в начальных стадиях заболевания, то для других могут оказаться полезными и при распространении процесса.

Проф. Н. В. Лазарев (Ленинград) доложил о фармакологии опухолевого процесса, поскольку лекарственные средства могут оказывать лечебное воздействие не только на опухоль, но и на предрасположенность к ее появлению (эксперимен-

тальные данные), на предопухолевые процессы. Так, применение дибазола и элеутерококка колючего, настойки жень-шеня тормозят возникновение индуцированного канцерогенами рака у подопытных животных. Препараты, стимулирующие регенераторные процессы (метиурацил), могут приводить к заживлению язв, считающихся предраковыми. Возможно лекарственное воздействие на повышение защиты организма к метастатическому распространению опухоли; оно осуществляется одновременным назначением противоопухолевых препаратов и препаратов, стимулирующих неспецифическую защиту организма. При этом снижаются токсические свойства противоопухолевых средств.

Оценке эффективности испытываемых лекарственных средств посвятил свое выступление проф. Н. М. Эмануэль (Москва). Он предложил графический математический анализ суммы экспериментов, который позволяет сравнивать получаемые результаты и высказывать суждение о качестве испытываемого средства, не ожидая истечения срока времени, необходимого для контроля.

В ипрениях по этой проблеме были изложены результаты работы различных учреждений над разными лекарственными средствами.

Так, проф. Н. Д. Гарин сообщил о результатах лечения рака легкого при одновременном применении перфузии легкого и операции.

О данных по лечению меланом конечностей также методом перфузии сообщил проф. Колесов. Этот метод был использован и для лечения опухолей челюстно-лицевой локализации, о чем доложили проф. Б. Л. Бронштейн и Доценко. Ст. научн. сотр. Переводчикова сообщила о новом методе использования препаратов в значительно повышенных дозировках с последующим введением больным донорского костного мозга. С сообщением об эффективности противоракового антибиотика хризомаллина при лечении опухоли Вильмса выступил ст. научн. сотр. Дурнов. Чувствительными оказались не только первичная опухоль, но и метастазы в легкие. Последующее применение рентгенотерапии усиливало лечебное действие препарата.

Комбинацию лекарственного лечения опухолей с лучевой терапией осуществляют и в Ереванском онкологическом институте. С целью стимуляции гемопоэза у этих больных им производится вливание лейкоцитарной взвеси.

Зав. лечебно-профилактическим сектором Минздрава СССР А. Г. Сафонов представил анализ показателей заболеваемости и смертности от опухолей по СССР и охарактеризовал организационные задачи.

С докладом об эпидемиологии опухолей выступил проф. А. В. Чаклин (Москва), который призвал к широкому изучению краевых особенностей заболеваемости опухолями и рассказал о методах, которыми это осуществляется (экспедиционный метод).

Были заслушаны отчеты правления Всесоюзного научного общества онкологов, ревизионной комиссии и редколлегии журнала «Вопросы онкологии».

Доц. Н. М. Сорокин (Казань)

ПЕРВАЯ ОБЛАСТНАЯ КАРДИОЛОГИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ

(30/V—1/VI 1966 г., Куйбышев)

В конференции приняли участие около 700 врачей и научных работников.

Основное внимание было уделено ведущим проблемам кардиологии: атеросклерозу, коронарной недостаточности, гипертонической болезни, порокам сердца.

Проф. Э. Ш. Халфен (Астрахань) подчеркнул, что факторы, способствующие возникновению инфаркта миокарда, ведут к повышению коагулирующей способности крови. Вскоре после развития инфаркта миокарда отмечается резкая активация противосвертывающих механизмов, которая сменяется их угнетением. Докладчик предполагает, что отсутствие тромбов в коронарных артериях при вскрытиях в ранние сроки инфаркта объясняется прижизненным и посмертным лизисом свежееорганизованных тромбов.

Проф. К. Н. Замыслова (Москва) отметила, что основным этиологическим фактором в генезе гипертонической болезни является травматизация и перенапряжение центральной нервной системы. Большое значение имеет сочетание психоэмоционального перенапряжения с предрасполагающими моментами. Ими могут быть: отягощенная наследственность, состояние основных нервных процессов в преморбидном периоде, перенесенные в прошлом поражения головного мозга и др. В дальнейшем формирование и прогрессирование гипертонической болезни обуславливаются вторично включающимися патогенетическими факторами.

Проф. А. П. Матусова и соавт. (Горький) наблюдали больных, полностью соблюдавших режим, разработанный для лиц, перенесших инфаркт миокарда. Было установлено, что трудовая деятельность в таких условиях не ведет к ухудшению состояния и благоприятно влияет на показатели кровообращения. У больных, не соблюдавших режим и включавшихся в труд без подготовки, прогноз оказался достоверно худшим.