

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 предракковыми. 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 испытуемого средства, не ожидая истечения срока времени, необходимого для контроля.

В прениях 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.

По данным кардиологической бригады станции скорой помощи г. Куйбышева (А. Г. Будячевский и соавт.), при лечении больных инфарктом миокарда гепарином случаи разрыва сердечной мышцы не учащались. Полученные результаты не подтверждают мнения А. Л. Гершберга (Куйбышев), что применение антикоагулянтов предрасполагает к учащению разрывов сердца.

Опыт клиники, руководимой проф. А. И. Гефтером (Горький), показывает, что фибринолизин-гепариновая терапия тромбозов как осложнений инфаркта миокарда эффективна даже в крайне тяжелых случаях.

По наблюдениям проф. В. И. Воробьева (Ростов-на-Дону), введение кардиотонических средств (строфантин, кордиамин) и прессорных аминов (норадреналин, мезатон) при коллапсе в результате инфаркта миокарда в ряде случаев оказывает лишь временный эффект. У этих больных более стойкое повышение АД возникает после капельного введения внутривенно полиглюкина или цельной крови в сочетании с прессорными аминами и строфантином. Больным инфарктом миокарда с хронической недостаточностью кровообращения показано в комплексе с кардиотоническими средствами и мочегонными препаратами проводить электрофорез с хлористым калием, вводить АТФ, андростендиол.

По данным проф. Ц. А. Левиной (Одесса), приступы стенокардии прекращаются при курсовом лечении бензидом у 78% больных, ипразидом у 51%, а этафеном, нитранолом, эринитом и персантином — только у 37—30%. Из гипотензивных средств исчезновение приступов стенокардии чаще всего наблюдалось от димеколина, оксилитина и тропифена (у 68—65—54% больных) и реже от синаплега и мекамина (у 38—37%).

При гипертонической болезни у лиц юношеского и молодого возраста проф. Н. Е. Кавецкий и сотр. (Куйбышев) отмечают, что обычно можно ограничиться отдельными курсами медикаментозной терапии. Часть больных среднего, пожилого и старческого возраста требует многолетнего непрерывного лечения гипотензивными средствами. Большинство современных ганглиоблокаторов следует назначать больным пожилого и старческого возраста в меньших дозировках, чем молодым и средних лет. Для снижения патологической сосудистой реактивности целесообразно одновременное назначение резерпина. Дибазол и препараты rauwolfii серпентины можно применять в индивидуально подобранных дозах во всех возрастных группах. Регексон больше показан для лечения больных молодого и среднего возраста, а депрессин (в обычных дозировках) — во всех возрастных группах.

Проф. В. И. Кукош и сотр. (Горький) у 14 больных с аневризмами сердца произвели абдоминализацию сердца, у остальных 11 с диффузной аневризмой — ее пластику. Все больные отмечают значительное улучшение как в ближайшем, так и в отдаленном периоде после операции.

По мнению проф. А. М. Дамира и Г. Д. Лазаревой (Москва), протезирование клапана не следует производить при диафрагмальном типе митрального стеноза. Легко устранимого митрального комиссуротомией. При воронкообразном типе митрального стеноза авторы, наоборот, рекомендуют замену всех структур митрального клапана протезом. Диагностика этого типа порока трудна из-за большого разнообразия, непостоянства и изменчивости свойственных этому типу порока симптомов. Протезирование показано у больных с признаками кальцификации митрального клапана, независимо от того, стеноз ли преобладает или недостаточность. Операция предпочтительна у больных с приобретенной чистой недостаточностью митрального клапана в стадии компенсации. Авторы считают, что оперировать следует только тех больных, у которых не удается восстановить кровообращение при помощи обычных терапевтических мероприятий.

В клинике госпитальной хирургии Горьковского медицинского института оперировано более 1400 больных с митральным стенозом. Изучение отдаленных результатов (чл.-кор. АМН проф. Б. А. Королев и В. В. Каров) показало, что у тех больных, у которых не было обострения ревматизма после операции, плохой результат, включая и состояние без перемен, получен только в 6,5%. Там, где обострение ревматизма изредка наблюдалось, плохой результат был уже в 21,5%, а при частых обострениях — в 46,1%. Если профилактическое лечение больным после операции не проводилось, состояние без перемен и плохой результат после операции были в 36%, если проводилось, хотя и недостаточно, — то в 27%, тогда как при полноценной и регулярной профилактической терапии ревматизма плохой результат был только в 6,8%.

Основным методом митральной комиссуротомии считается пальцевой — через ушко левого предсердия (проф. Г. Л. Ратнер, Е. В. Пономарев и др. — Куйбышев). Необходимость чрезжелудочковой комиссуротомии дилататором Дюбо возникла при невозможности разделения комиссур пальцем (у трети оперированных). При применении дилататора травматическая недостаточность встречается чаще, чем при пальцевом разделении сужения. При резких фиброзных рубцовых изменениях в клапанах даже инструментальная комиссуротомия не всегда достигает цели.

Обострение ревматического процесса, а также образование рубцов в углах разорванных комиссур приводят к постепенному ухудшению результатов, а при неадекватно произведенной операции — к рестенозу. С этих позиций митральную комиссуротомию во многих случаях следует считать паллиативной операцией.

Наблюдение над 70 детьми, оперированными по поводу митрального стеноза, позволили Г. В. Громовой и Е. Н. Максаковой (Москва) установить, что появление приступов отека легких является витальным показанием к митральной комиссуротомии. Причем этих больных можно оперировать даже при вяло текущем ревматическом процессе.

По данным проф. С. В. Шестакова (Куйбышев), из 861 больного с ревматизмом и ревматическими пороками сердца острая сердечная недостаточность возникла у 5,3%. У части больных она сочеталась с острой сосудистой недостаточностью. Во время приступов сердечной астмы в большинстве случаев с успехом применялся строфантин. Однако у двух больных с митральным стенозом отек легких возник после введения строфантина. Это должно предостеречь от чрезмерного увлечения в назначении этого препарата при сильно выраженном сужении митрального отверстия. В случаях отсутствия эффекта от введения строфантина, а также при развивающемся отеке легких производилось кровопускание с последующим внутривенным вливанием строфантина. Мощным средством, которое действует иногда лучше, чем кровопускание, является внутримышечное или внутривенное введение гексаметона, а также других средств этой группы.

При часто возникающих отеках легких у больных митральным стенозом единственным средством, предупреждающим возврат этого осложнения, является митральная комиссуротомия, которая должна проводиться даже при активном ревматическом процессе.

При сочетании сердечной и сосудистой недостаточности строфантин вводился в комбинации с сосудистотоническими средствами.

Г. П. Кузнецов (Куйбышев-обл.)

## НЕКРОЛОГИ

### ДОЦЕНТ НИКОЛАЙ ИВАНОВИЧ ПОПКОВ

Казанский медицинский институт понес тяжелую утрату — 29 августа 1966 г. скоропостижно скончался доцент кафедры общей хирургии кандидат медицинских наук Николай Иванович Попков.



Н. И. Попков родился 20 июня 1907 г. В 1918 г. он окончил гимназию и поступил в Казанский университет на медицинский факультет. Ученые было прервано мобилизацией в Красную Армию. После трех лет военной службы его демобилизовали для продолжения образования, и в 1926 г. он получил звание врача. С 1926 по 1933 г. Николай Иванович работал участковым врачом в Ульяновской области и в Татарской АССР. В 1933 г. Министерство здравоохранения ТАССР направило его для прохождения ординатуры в факультетскую хирургическую клинику Казанского медицинского института. По окончании ординатуры Николай Иванович был оставлен ассистентом на кафедре общей хирургии, руководимой проф. Б. Г. Герцбергом. Здесь он получил тему кандидатской диссертации: «Материалы к вопросу о физиологии изолированной кардии». Молодой хирург с увлечением приступил к экспериментам, применив методику Магнуса на изолированных органах.

В период войны с белофиннами Николай Иванович был врачом фронтового ППГ с февраля по апрель 1940 г. По возвращении в Казань он вновь приступил к работе в клинике, с успехом завершил диссертацию и защитил ее в Казанском медицинском институте в мае 1941 г.

С самого начала и до конца Отечественной войны Николай Иванович работал хирургом ППГ, прошел тяжелый путь отступления в глубь страны, а затем с наступающими частями Советской Армии дошел до Австрии. За свою деятельность на фронте он был награжден орденом Красной Звезды, медалями «За боевые заслуги», «За победу над Германией» и «XX лет победы в Великой Отечественной войне».

Демобилизовавшись в 1946 г., Николай Иванович возвратился в клинику для продолжения научной и педагогической деятельности. Им опубликовано 15 научных работ по актуальным вопросам хирургии, в частности ряд работ по военно-полевой хирургии. В клинике им выполнено большое число операций.

В 1956 г. Николай Иванович приступил к работе над темой докторской диссертации о гемотрансфузионном шоке. Работа была завершена и успешно защищена в 1966 г.

С 1956 г. в должности доцента кафедры общей хирургии Николай Иванович вел полные курсы лекций отдельным потоком. Его лекции отличались мастерством изложения, глубоким знанием предмета, в них находил отражение его большой опыт клинициста и экспериментатора. Интересны и поучительны были его обходы со