

системы, что приводит к некомпенсированным сдвигам в гормонообразовании и способствует канцерогенезу. Для противодействия гормональным эффектам принципиально возможны три способа: 1) подавление выработки гормона, 2) нейтрализация его на пути следования и 3) противодействие его влиянию на эффекторные органы (конкуренция). Роль конкурентов могут играть анагормоны — продукты с устраненным гормональным эффектом и с сохранением иммунологической характеристики и тропности к эффекторному органу.

О результатах изучения роли тимус-лимфатической системы в процессах иммуногенеза и злокачественного роста было сообщено в докладе Г. Я. Свет-Молдавского, Л. И. Равкиной и С. Н. Зинзар (Москва). Ими экспериментально установлено, что тимэктомия у мышей в раннем возрасте способствует канцерогенезу (за исключением развития лимфоидного лейкоза).

Выступившие на конференции акад. А. И. Серебров и другие отметили большое значение изыскания способов повышения сопротивляемости организма и необходимость проведения клинических испытаний как отдельных новых соединений, так и их различных сочетаний в комплексной терапии онкологических больных.

Канд. мед. наук В. А. Сабурова

VIII НАУЧНАЯ СЕССИЯ ИНСТИТУТА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ХИРУРГИИ АМН СССР

(14—16/V 1964 г., Москва)

В работе сессии принимали участие хирурги почти всех союзных, автономных, краевых, областных хирургических учреждений Советского Союза. Было заслушано 69 докладов и 50 фиксированных выступлений. Сессия рассмотрела отдаленные результаты хирургического лечения приобретенных и врожденных пороков сердца и хирургического лечения болезней сосудов.

К началу 1963 г. в разных городах Советского Союза произведено более 12 тысяч операций. И хотя с каждым годом количество оперируемых увеличивается, еще большое количество больных не получают своевременную помощь.

Много еще и противников оперативного лечения этих заболеваний, в первую очередь из числа терапевтов. При сроке наблюдения от 6 месяцев до 10 лет у больных митральным стенозом, оперированных во II—III ст., отличные и хорошие результаты встречаются в 78—84%, удовлетворительные — в 8,5—17%. Ухудшение отмечено в 5,6%. Общая летальность — 3,3—6%.

У больных, оперированных в IV ст. заболевания, отличные и хорошие результаты получены в 48,6—57,1%, удовлетворительные — в 29,3%. Число больных, ежегодно оперируемых в IV—V ст. заболевания, колеблется от 60 до 20%. Несмотря на худшие непосредственные и отдаленные результаты и более высокую смертность во время операции и в послеоперационном периоде, больным в IV ст. операция показана, т. к. без операции они неизбежно погибают в течение 1—3 лет.

Основными причинами ухудшения результатов оперативного вмешательства в отдаленные сроки являются следующие:

1. Дистрофические изменения миокарда (наблюдаются у 25% больных); 2. Обострения ревматизма (у 10%); 3. Присоединение других заболеваний (болезнь Боткина, пневмония, нефрит); 4. Недостаточное расширение митрального отверстия (расширение расширителем Дюбо до 4 см дает лучшие результаты); 5. Травматическая недостаточность; 6. Дополнительный (пропущенный на операции) или возникший вновь порок; 7. Повторные атаки ревматизма; 8. Рестеноз.

Повторная комиссуротомия при рестенозе дает отличные и хорошие результаты в 65%, посредственные — в 23,3%, ухудшение — в 3,4% (срок наблюдений от 6 мес. до 5,5 лет).

Митральная комиссуротомия при наличии сопутствующей митральной недостаточности, которая встречается в 28%, дает лучшие результаты у больных с выраженным стенозом и умеренной недостаточностью митрального клапана, худшие результаты отмечены у больных с умеренным стенозом и значительной недостаточностью. Лучшие результаты хирургического лечения больных аортальным стенозом отмечены при применении искусственного кровообращения. Различные методы коррекции митральной недостаточности с использованием искусственного кровообращения дают удовлетворительные функциональные результаты в ближайшее после операции время, но в дальнейшем они ухудшаются.

При сохранении эластичности и подвижности створок митрального клапана показана операция аннулоаппликации. При обезображенном клапане необходимо протезировать его. Опыт показал, что тефлон для изготовления клапанов непригоден (Н. М. Амосов — Киев). П. Н. Маслов (Минск) получил удовлетворительные результаты при протезировании аортального клапана протезом из капрона и кости без включения сердца из кровообращения.

При дефектах перегородок сердца (срок наблюдения 3,5 года) отличный и хороший исход получен в 84,4%, удовлетворительный — в 10,8%, эффекта не было в 4,8%.

Операции закрытия незаращенного артериального протока (срок наблюдения от 6 мес. до 5 лет), проведенные при нормальном или небольшом повышении давления в легочной артерии, дали отличные и хорошие результаты в 95%.

После операции эти больные ведут нормальный образ жизни, занимаются спортом, учатся, работают. Также хорошие отдаленные результаты получены после операции в случаях сочетанных аномалий — незаращение Боталлова протока с дефектом перегородок сердца и стеноза устья аорты.

Отдаленными наблюдениями от 1 года до 10 лет за больными с тетрадой Фалло, леченными межсосудистыми анастомозами по Поттсу, Блелоку, А. А. Вишневскому, Галанкину-Донецкому, установлено, что эти операции показаны детям раннего возраста с выраженной гипоксией, когда радикальная операция не может быть выполнена.

Межсосудистые анастомозы уменьшают гипоксию, создают условия для лучшего развития организма и позволяют детям достичь возраста, когда им может быть выполнена радикальная операция.

Я. Л. Раппопорт (Москва) в докладе «Отдаленные результаты пластики выходного отдела правого желудочка и дефектов перегородок сердца в эксперименте и клинике по данным морфологического анализа» сообщил следующие выводы.

Все применяемые синтетические материалы через ряд промежуточных процессов подвергаются полной инкапсуляции; толщина фиброзной капсулы и ее структура примерно одинаковы и мало зависят от качества аллопластического материала; к трехнедельному сроку выявляется регенерация эндотелия в области трансплантата, наложенного на выходной отдел правого желудочка и легочную артерию. В дальнейшем происходит полная эндотелизация внутренней поверхности трансплантата.

По данным выступающих, ни одна из предложенных операций для хирургического лечения коронарной недостаточности (Рейнберга — Березова, Фиески, Фиески — Томпсона и др.) не может существенно изменить коронарное кровообращение, а лишь несколько улучшает состояние больного.

Улучшение состояния больных и прекращение приступов стенокардии вскоре после операции наблюдается в 86%. По мере увеличения сроков наблюдения лечебный эффект постепенно снижается.

По В. И. Колесову (Ленинград), результаты операции зависят не только от характера хирургического вмешательства, но и от состояния коронарного резерва, степени вегетативно-сосудистых нарушений, тяжести гемодинамических расстройств.

Загрудинная новокаиновая блокада дает хорошие и удовлетворительные результаты в отношении снятия болевых явлений в 80%.

Отдаленные результаты хирургического лечения больных с коарктацией аорты путем применения гомо-аллопластики показывают (Г. Г. Караванов — Львов), что у большинства больных восстанавливается трудоспособность через 6—12 месяцев. Целесообразно рекомендовать оперативное лечение в более раннем периоде — 10—15 лет.

Отдаленные наблюдения по пластике артерий нижних конечностей при травме лучше, чем при атеросклеротических окклюзиях.

При атеросклеротических окклюзиях брюшной аорты и периферических артерий конечностей лучшие исходы операции отмечаются в аорто-подвздошной области и худшие — в бедренно-подколенной области. Артериальные и венозные гомотрансплантаты дают несколько лучшие результаты, чем аллопластические. Гетеротрансплантаты абсолютно непригодны.

На заключительном заседании сессии обсуждался проект организации отделений сердечно-сосудистой хирургии, которые должны быть организованы в республиканских, краевых, областных центрах на 50 коек, из них 25 для больных приобретенными пороками, 15 — врожденным пороком сердца, 10 — для больных с заболеваниями сосудов. Организация таких отделений требует совместной работы хирургов, терапевтов, педиатров.

Доц. Б. Ф. Сметанин (Казань)

VI НАЦИОНАЛЬНАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ ОРТОПЕДОВ-ТРАВМАТОЛОГОВ РУМЫНИИ

(3—5/IX 1964 г., Мамайя)

Основными программными проблемами конференции были сколиоз и повреждение локтевого сустава. Кроме румынских ортопедов-травматологов, в ней приняли участие специалисты Польши, ГДР, Югославии, Венгрии, Болгарии, Франции, Австрии, Финляндии и др., от СССР был автор данной статьи.

Конференцию открыл старейший ортопед Румынии академик А. Радулеску. Он кратко сообщил о развитии в Румынии ортопедии и травматологии, причем более подробно осветил достижения последних 20 лет.

А. Радулеску и Н. Робэнеску (Бухарест), И. Сава и Е. Дусимбашу (г. Муреш) остановились в своих докладах на классификации сколиозов. Академик Радулеску считает возможным все виды боковых искривлений позвоночника свести к следующим 4 формам: 1. Сколиоз грудного ребенка и детей. 2. Сколиотическая болезнь подростков. 3. Сколиотические деформации ясной этиологии. 4. Врожденные сколиозы.