

С начала Великой Отечественной войны начинает преобладать оборонная тематика: вопросы военно-полевой терапии, в частности этапное лечение терапевтических больных и др. Обсуждались также такие вопросы, как авитаминозы, алиментарная дистрофия, алиментарная алейкия, язвенная болезнь желудка, ревматизм, туберкулез. Проблемы инфекций продолжали также оставаться в поле зрения общества.

В период Великой Отечественной войны члены правления и наиболее квалифицированные члены общества работали консультантами, начальниками отделений госпиталей. Многие члены общества были в действующей армии и награждены орденами и медалями. В этот период военные врачи принимали активное участие в работе общества. Правление проводило научные конференции в эвакуогоспиталях. Эти конференции явились той базой, на которой возникли научные общества в Сызрани и Чапаевске.

В последние 15 лет все больше и больше внимания общество уделяет кардиологии и, в частности, гипертонической болезни, атеросклерозу, коронарной недостаточности.

В последние 2 года правление старается разнообразить тематику докладов, чтобы на заседаниях обсуждались вопросы из различных разделов внутренней медицины. Большое внимание уделяется диспансеризации.

На протяжении всех 30 лет деятельности Куйбышевского областного научного общества терапевтов в его поле зрения всегда были вопросы состояния терапевтической службы, подготовки врачей и студентов по терапии.

В целях повышения квалификации врачей проводились и проводятся научно-практические конференции, декадни, терапевтические среды и четверги в терапевтических клиниках, конференции в клинике инфекционных болезней, читаются лекции. Большое внимание уделяется при этом экспертизе трудоспособности. Значительное число врачей-терапевтов повышает свою квалификацию под руководством членов правления общества в клиниках и терапевтическом отделении областной больницы им. М. И. Калинина на рабочих местах.

В период строительства Волжской ГЭС им. В. И. Ленина (1950—1957 гг.) большая научная, консультативная работа по повышению квалификации в области внутренней медицины была проведена обществом в районах строительства (Ставрополь, Портгород, Жигулевск).

Общество обсуждало состояние лечебного питания в лечебных учреждениях города, организации диетического питания в городе, мероприятия по борьбе с ревматизмом, об аттестации врачей-терапевтов, об ошибках в диагностике и при отборе на курорт и много других вопросов.

Кроме членов общества, с сообщениями на конференциях и пленарных заседаниях нашего общества выступали представители Москвы, Ленинграда, Одессы, Горького, Ульяновска, Саранска, Пензы. Среди них можно назвать таких выдающихся ученых нашей страны, как Максим Петрович Кончаловский, Александр Леонидович Мясников, Мирон Семенович Вовси, Михаил Александрович Ясиновский и другие.

За 30 лет менялся состав общества: первые годы активное участие в работе общества принимали главным образом сотрудники медицинского института, в 1941—1945 гг. основную массу докладчиков и членов общества составляли военные врачи и врачи эвакуогоспиталей, в последние годы 85% членов общества составляют врачи больниц и поликлиник. Практические врачи составляют большинство и в правлении общества.

Ежегодно 3—4 заседания Куйбышевского областного научного общества терапевтов проводится совместно с другими научными обществами.

Общество работает в содружестве с научными обществами терапевтов Мордовской АССР, Ульяновской, Пензенской областей, обмениваясь докладчиками и информацией о работе.

Научное общество, руководствуясь решениями XXII съезда КПСС, программой Партии, стремится внести свой вклад в дело строительства коммунизма в нашей стране.

Проф. Н. Е. Кавецкий (Куйбышев-обл.)

## С КОНФЕРЕНЦИИ НЕЙРОХИРУРГОВ

(Ленинград, 11—14/XI 1964 г.)

На заседаниях конференции и организованных при ней симпозиумах было заслушано 220 докладов.

Вопросу диагностики и хирургического лечения эпилепсии было посвящено 44 доклада и симпозиум, в котором приняли участие представители Чехословакии, Польши, ГДР, Болгарии.

Проф. В. М. Угрюмов указал на важность комплексности при обследованиях больных эпилепсией с применением электроэнцефалографии, электрокортикографии и электростимуляции.

При выявлении эпилептогенного очага рекомендуется хирургическое вмешательство по принципу шадящих резекций коры (субпиальное отсасывание коры, частичные резекции долей головного мозга), при наличии грубых оболочечно-мозговых рубцов — менингоэнцефалоллизис и пластическое закрытие дефектов твердой мозговой оболочки и кости.

Удаление эпилептогенного очага приводит к разрыву цепи патологических явлений и исчезновению, урежению или изменению характера эпилептических припадков более чем у 80% оперированных больных. Докладчик подчеркнул обратимость некоторых эпилептоидных изменений личности больного.

Б. Г. Егоров, А. А. Шлыков, И. Д. Лейбзон, В. Е. Майорчик и Г. А. Габибов сообщили о 200 наблюдениях хирургического лечения фокальной эпилепсии с применением электрокортикографии и различных методов градуированного раздражения. Методы хирургического вмешательства применялись в зависимости от электрофизиологической характеристики эпилептогенной зоны. В послеоперационном периоде необходимо длительное время применять противосудорожное лечение.

Д. Г. Шефер с Л. Н. Нестеровым и Ю. И. Беляевым успешно применяли таламэктомия для лечения кожевниковской эпилепсии. Вопрос о характере и локализации эпилептогенного очага решался на основе сопоставления данных клиники, ЭЭГ и пневмоэнцефалографии; во время операции производилась электрокортикография при помощи прилипающих и глубинных электродов. При слабой выраженности на ЭЭГ эпилептической активности применялась ее провокация путем гипервентиляции, фотостимуляции, наркоза, медикаментозной провокации. Чем более длительное время больной страдал припадками и чем менее выражено в припадках фокальное начало, тем обширнее в возможных пределах должно быть удаление коры.

А. Г. Земская сообщила интересные данные о корреляции клинических, рентгенографических, электроэнцефалографических данных для выработки показаний к хирургическому лечению и оценке отдаленных результатов его при фокальной эпилепсии у детей. При электроэнцефалографической диагностике у больных с симптомами двустороннего поражения головного мозга важную роль играли функциональные методы исследования (фоторитмическая, триггерная стимуляция, гипервентиляция и коразовая проба), помогающие выявить зону наибольшего поражения головного мозга.

Клинической характеристике эпилепсии у детей был посвящен также доклад А. П. Ромоданова, А. Г. Дзевалтовской и Ц. М. Сорочинского, которые установили возрастные особенности припадков, различия в данных ЭЭГ, взаимоотношение общемозговых и очаговых изменений у детей.

П. М. Панченко предложил метод растормаживания путем внутривенного введения раствора новокaina для выявления очагов фокальной эпилепсии.

О. А. Сигуа экспериментально обосновал применение метода гидравлического разъединения при некоторых формах эпилепсии.

Вопросам диагностики и хирургического лечения сосудистых заболеваний головного мозга были посвящены 48 докладов.

А. И. Арутюнов остановился на ряде дискуссионных вопросов хирургического лечения сосудистой патологии головного мозга.

Автор, в отличие от ранее высказываемых им взглядов, считает, что оперировать нужно возможно раньше. Он рассмотрел перспективы операций при кровозлияниях с прорывом в желудочки. По данным Г. А. Педаченко, при этих кровоизлияниях при консервативном лечении отмечается 100% смертность, а из 31 оперированного больного 10 выписаны с улучшением.

Впервые в Советском Союзе разработана методика применения множественных глубинных электродов, вводимых на длительный срок больным с гиперкинезами, что позволяет уточнить наиболее пораженные структуры головного мозга с последующим их выключением. Разработан метод исследования биоэлектрической активности головного мозга при помощи электродов, фиксированных на голове больного на длительный срок. Используется метод регистрации вызванных потенциалов в электроэнцефалограмме. Производится изучение деятельности подкорковых отделов с помощью глубинных электродов. В сложных случаях локальной диагностики при эпилепсии и опухолях головного мозга используется способ временной зрительной деафферентации — темновая адаптация. Одним из перспективных направлений является использование различных фармакологических средств определенного действия для уточнения топического диагноза, оценки функционального состояния и компенсаторных возможностей центральной нервной системы.

Один симпозиум был посвящен хирургическому лечению гиперкинезов.

На основе анализа 370 стереотаксических операций Э. И. Кандель и Г. Р. Купарадзе считают, что криоталамэктомия (локальное замораживание) является наиболее эффективным и безопасным методом деструкции подкорковых структур.

К. В. Грачев и С. Л. Яцук применяли при лечении гиперкинезов множественные глубинные электроды, вводимые на длительный срок в головной мозг.

И. С. Васкин предложил новую модификацию иглы, Л. В. Абраков — модификацию техники стереотаксических операций, Н. П. Булгаков сообщил об применении нового варианта стереотаксического аппарата, А. Л. Кадин использовал метод анодного электролиза для деструкции вентро-латерального ядра таламуса, О. А. Лапоногов,

Э. И. Раудам и др. — метод двусторонней таламэктомии для лечения экстрапирамидных гиперкинезов и ригидности.

Большой интерес представлял симпозиум по клинике, профилактике и лечению терминальных состояний.

К. В. Балашов, С. М. Капустин и В. П. Раевский доложили о значении гипервентиляции в комплексной профилактике острого отека мозга. Этому же вопросу посвящено сообщение С. И. Гельман. Умеренная дозированная гипервентиляция во время наркоза приводит к понижению внутричерепного давления за счет вазоконстрикции.

На симпозиуме 35 докладов было посвящено диагностике и хирургическому лечению поврежденных позвоночника и спинного мозга.

В докладе Е. Г. Лубенского и С. Е. Народовольцевой изложены итоги и перспективы лечения закрытых повреждений позвоночника и спинного мозга. В настоящее время вопрос о необходимости возможно более раннего оперативного вмешательства решен окончательно. Репозиция и вправление допустимы лишь при открытой ране в сочетании с радикальной ламинэктомией.

В послеоперационном периоде используются пирогеналл, лидаза и другие средства, комплексное лечение, физиотерапевтическое, санаторно-курортное, ортопедическое и др. При незаживлении обширных пролежней рекомендуется кожная пластика.

Динамические наблюдения за больными в поздние сроки показали, что устраненная грубая деформация позвоночника часто приводит в позднем периоде к развитию необратимых изменений в спинном мозгу. Е. И. Бабиченко и В. И. Гребенюк указывают, что устранение деформации позвоночника необходимо производить в раннем периоде после травмы путем постепенной репозиции, а при безуспешности ее — открытым вправлением с одновременной ревизией спинного мозга. Необходима радикальная ламинэктомия, включающая, кроме декомпрессии спинного мозга, и заднюю фиксацию позвоночника — остеосинтез с применением авто- (ребро, малоберцовая кость) или гомотрансплантатов (лиофилизированные или замороженные фрагменты кости).

Ранняя ламинэктомия создает более благоприятные условия для спинного мозга и позвоночника, являясь профилактикой вторичных смещений и связанных с ними поздних осложнений — позднего сдавления спинного мозга и корешков.

Г. С. Книрик, С. Я. Гринберг (Казань)

## НЕКРОЛОГИ

### ПРОФЕССОР ИОСИФ ИОСИФОВИЧ РУСЕЦКИЙ



14/XI 1964 г. после продолжительной и тяжелой болезни скончался заведующий кафедрой нервных болезней Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина, заслуженный деятель науки РСФСР и ТАССР, доктор медицинских наук, профессор Иосиф Иосифович Русецкий.

И. И. Русецкий родился в городе Новочеркасске, там же в 1908 г. окончил гимназию. Медицинское образование он получил на медицинском факультете Парижского университета, который окончил в 1914 г. В 1920 г. И. И. Русецкий приехал в г. Казань и вошел в штат клиники нервных болезней Казанского ГИДУВа.

В 1925 г. И. И. Русецкий защитил докторскую диссертацию на тему «К вопросу о содружественных движениях (опыт графического изучения синкинезий)». В 1930 г. ему было присвоено ученое звание профессора, и с этого года до конца своей жизни он возглавлял кафедру нервных болезней Казанского ГИДУВа.

И. И. Русецкий являлся одним из крупнейших невропатологов нашей страны. Его работы имели клинико-физиологическое направление. Перу проф. И. И. Русецкого принадлежат 152 опубликованных в печати научных труда, из них около 20 — монографического характера.

Значительное число работ И. И. Русецкого было посвящено изучению патологии вегетативных отделов нервной системы. Его труды в этой области получили общее признание.

Монография И. И. Русецкого «Клинические методы исследования вегетативной нервной системы» является ценнейшим пособием для врачей при изучении вегетативного отдела нервной системы. В монографии «Вегетативные центры гипоталамической области большого мозга» описаны синдромы этой области. В ряде работ И. И. Русецкий выступал против упрощенных представлений о ваготонии и симпатикотонии.

В монографиях проф. И. И. Русецкого «Клиническая нейровегетология» (1950) и «Вегетативные нервные нарушения» (1958) отражены многолетние исследования автора и его сотрудников.