

ксикортикостерон. Дозировка всех этих средств должна быть строго индивидуализирована и, в частности, в зависимости от состояния высшей нервной деятельности больного.

Специальное заседание съезда было посвящено обсуждению доклада главного терапевта Минздрава РСФСР проф. К. Я. Шхвацабая: «Заболеваемость населения РСФСР важнейшими внутренними болезнями».

С отчетом Правления общества выступил председатель общества проф. А. Л. Мясников. Во вновь избранное правление общества от Татарской АССР выбран проф. З. И. Малкин.

**В. Е. Анисимов,  
В. Ф. Богоявленский**

## I ВСЕРОССИЙСКИЙ СЪЕЗД ХИРУРГОВ

С 15 по 22 декабря 1958 г. в Ленинграде проходил I Всероссийский съезд хирургов. Программными вопросами съезда были: 1) перитониты и их лечение и 2) закрытые травмы черепа. На секционных заседаниях были рассмотрены вопросы детской хирургии и анестезиологии. Отдельное заседание проведено по теме: «Новое в хирургии».

I. Проф. В. С. Левит в программном докладе о перитоните отметил, что за последние годы количество перитонитов, особенно послеоперационных, заметно уменьшилось. Наблюдается их нарастание за счет прободных язв желудка, желчнокаменной болезни и других заболеваний, при уменьшении за счет аппендицитов.

Операция при перитоните должна быть самой срочной и состоять в ликвидации первичного очага, с удалением гнойного содержимого из брюшной полости. Повторные операции при послеоперационных перитонитах позволили значительно снизить летальность.

Профессора Б. А. Петров, В. С. Левит и многие другие докладчики рекомендовали чаще применять зашивание брюшной полости наглухо вставлением в различные участки брюшной полости тонких хлорвиниловых или резиновых дренажей для последующего систематического введения туда антибиотиков.

В докладе проф. Н. В. Соколова и Т. П. Тихоновой было подчеркнуто, что лечение больных перитонитом должно проводиться комплексно и последовательно направляться на мобилизацию защитных сил организма.

Проф. Н. В. Соколов и Т. П. Тихонова так же, как и проф. Б. А. Петров и А. А. Беляева, считают, что два признака должны лечь в основу деления перитонитов — источник возникновения и срок развития болезни.

II. По проблеме травм черепа проф. Д. А. Арапов в своем докладе указал, что в нашей стране ежегодно регистрируется свыше 100 000 случаев травм мозга, тогда как в США ежегодно их более полмиллиона. Высокий процент смертности и инвалидности после этого вида травм придает ему актуальность.

Действ. член АМН проф. В. Н. Шамоу считает, что деление закрытых травм по старой классификации Пти на сотрясение, ушиб и сдавление остается целесообразным. Все больные с закрытой травмой головы подлежат госпитализации и наблюдению невропатолога, и около 8—10% из них — оперативному лечению.

При эпидуральных и субдуральных кровоизлияниях необходимы трепанация черепа и удаление кровяных сгустков и мозгового детрита. Для диагностики субдуральных кровоизлияний показано наложение фрезевых отверстий на месте подозреваемого кровоизлияния. При обширных субарахноидальных кровотечениях из базальных цистерн кровь может затекать в желудочки мозга, обуславливая их тампонаду. Кровоизлияния в 100—120 см<sup>3</sup> крови могут быть смертельны.

За расширение хирургической активности при закрытых травмах черепа высказались в своих докладах профессор Д. А. Арапов (Москва), В. П. Радужкевич (Воронеж) и другие докладчики. Показаниями к операции следует считать не только диагностируемые гематомы и вдавление отломков костей при переломах, но и нарастающий отек мозга, кровоизлияния в желудочки и другие осложнения.

Проф. Ф. Г. Углов и И. М. Мамедов (Ленинград) установили, что в остром периоде при закрытой травме повышается венозное и снижается артериальное давление. Изменение венозного давления является более чувствительным показателем состояния больного, чем изменение давления спинномозгового. Применение окологлопочечной новокаиновой блокады у 300 больных с закрытой травмой черепа явилось наиболее эффективным и безопасным методом лечения.

Г. М. Мюллер (Ленинград) на основе клинических наблюдений считает, что при свежих повреждениях головного мозга шейная новокаиновая вагосимпатическая блокада эффективна в борьбе с головными болями, и, в известной степени, предупреждает развитие в последующем травматической энцефалопатии.

Проф. В. П. Радужкевич (Воронеж) находит, что у больных с закрытой тразмой черепа в остром периоде применение ганглиоблокирующих препаратов ведет к уменьшению продукции ликвора и отека мозга, имеет большую практическую ценность и должно найти себе применение у 60—70% больных, не требующих оперативного лечения.

Применение ганглиоблокаторов противопоказано у больных в состоянии декомпенсации дыхательной и сердечной деятельности, при обширных контузиях мозга и первичных поражениях стволовых отделов, при шоке и тех травмах черепа, где необходимо оперативное вмешательство.

На двух секционных заседаниях было заслушано 20 докладов по анестезиологии.

Проф. И. С. Жоров охарактеризовал современную анестезиологию как науку об обезболивании и управлении функциями организма во время операции и в ближайшие часы после нее, осуществляемому химическими, физическими и другими воздействиями на нервную систему. В современной анестезиологии господствуют комбинированное обезболивание и потенцированный наркоз, а также применение мышечных релаксантов, ганглиоблокирующих и нейроплегических веществ. Подготовка кадров анестезиологов является актуальной задачей здравоохранения.

Ряд докладов освещал проблему анестезиологии в сердечно-сосудистой хирургии. Действ. член АМН, проф. Б. В. Петровский на основании своего опыта, охватывающего свыше 500 операций на сердце и сосудах грудной полости, а также 700 вмешательств на крупных периферических артериях и венах, считает, что при различных формах сердечно-сосудистой патологии необходима строгая дифференциация методов обезболивания. Управляемая гипотония, столь важная при выключении аорты, лучше всего осуществляется арфанадом. Л. И. Краснощекова, Р. А. Мурсалова и Тимашенко (Ленинград) указывают, что арфанад Роше действует кратковременно, легко выводится из организма, а вызываемая им гипотония легко контролируется.

Ряд докладов был посвящен применению потенцированного местного обезболивания с применением новокаина. А. Н. Беркутов и А. А. Воликов (Ленинград), применив у 1606 больных при операциях в неотложной хирургии и травматологии этот вид анестезии, считают, что потенцированная местная анестезия проста и высоко эффективна. В качестве нейроплегических средств ими применялись аминазин и меназин или пропазин в сочетании с димедролом, этизином или дипразином и другие препараты. Столь же положительную характеристику этому виду обезболивания дает И. С. Полещук, хотя он указывает, что у отдельных больных наблюдалось падение кровяного давления до 55—40.

Проф. Т. П. Макаренко (Москва) отмечает, что чем глубже потенцирование, гипертония, гипотермия, тем менее выражен эффект от переливания крови и, в частности, от внутриартериальной гемотрансфузии. В этих условиях анестезиолог остается обезоруженным, и любое его мероприятие по переливанию крови не дает положительных результатов.

Отдельное заседание съезда было посвящено теме «Новое в хирургии».

Действ. член АМН А. А. Вишневский осветил основные вопросы хирургического лечения врожденных пороков сердца. Он отметил, что современный анестезиолог обладает пока единственным методом, повышающим в значительной степени устойчивость организма к кислородному голоданию, — гипотермией. Хирургия «сухого» сердца — это хирургия будущего, замечательное, но еще не завершенное достижение современной науки.

Интересные экспериментальные исследования по резекции и пластике желудочков сердца были проведены проф. Н. П. Синициным (Горький). Автор устанавливает топографию зон пониженной и повышенной чувствительности сердца к травматическим повреждениям. У собак без существенных нарушений гемодинамики иссекались участки из двух стенок желудочков сердца по 20—25 см<sup>2</sup> с хорошими ближайшими и отдаленными результатами. Во второй серии опытов у собак иссекались участки стенок желудочков сердца в 10—15 см<sup>2</sup> и заменялись капроном или сухожильной фасцией. Подопытные собаки легко переносят такую операцию без видимых нарушений гемодинамики.

Проф. В. И. Колесов (Ленинград) доложил о 100 случаях лечения коронарной недостаточности путем перевязки art. mammaria interna, в результате чего, по сообщению докладчика, происходит улучшение питания сердечной мышцы. В ряде случаев исчезала или уменьшалась стенокардия и отмечались изменения электрокардиограммы в лучшую сторону.

Б. В. Петровский сообщил о разработанном им методе хирургического лечения релаксации диафрагмы полной заменой недоразвитого купола диафрагмы пластинками поливинилалкоголя. Операция успешно выполнена у 6 больных.

Проф. М. С. Григорьев и А. Л. Избинский (Ленинград) сделали практически важное сообщение о трахеостомии при острой послеоперационной дыхательной недостаточности.

Одним из наиболее частых и грозных осложнений послеоперационного периода является острая дыхательная недостаточность, нередко приводящая к смерти успешно прооперированного больного. Причинами осложнения являются травма грудной клетки

и болевые ощущения, ограничивающие легочную вентиляцию, нарушение трахеобронхальной проходимости, связанной с массовым накоплением мокроты, уменьшение легочных резервов (обширные резекции, ателектазы, инфльтрации и эмфизема), легочгортани и респираторные расстройства центрального происхождения. При неэффективности консервативных мероприятий докладчики рекомендуют немедленно производить трахеостомию для проведения отсасывания мокроты и перевода больного на искусственное дыхание. Трахеостомия в клинике П. А. Куприянова была произведена 30 больным, 28 из них выздоровели и 4 погибли.

Новый метод в гомопластике был доложен В. И. Поповым (Ленинград). Автор подвергает гомотрансплантат кожи повторной обработке жидкостью, основой которой является сыворотка реципиента. У некоторых больных приживший гомотрансплантат кожи существует в течение трех лет.

На съезде присутствовали гости из стран народной демократии, а также из Индии, Аргентины, Франции и из США. Некоторые из них поделились своим опытом.

Проф. Аганеску (Румыния) сообщил, что спинномозговая анестезия в Румынии является методом выбора. Под спинномозговой анестезией производятся все операции в брюшной и грудной полостях и на конечностях. В клинике произведено свыше 40 000 спинномозговых анестезий.

Проф. Шпачек (Чехословакия) доложил о применяемом им методе лечения аневризм сердца. Из левой большой грудной мышцы выкраивается широкий лоскут с сохранением питающих сосудов и укладывается на аневризматическое выпячивание стенки сердца. Над лоскутом мышца сердца сшивается, и лоскут инвагинируется внутрь. Трансплантат прирастает и восстанавливает питание мышцы сердца.

Проф. Де Бакей (США) сообщил об опыте в хирургии магистральных сосудов, охватывающей 2500 операций. Свыше 300 операций произведено на грудной аорте и ее ветвях, более 600 операций выполнено по замещению брюшной аорты и ее ветвей, а также операции на общей сонной артерии, бедренной артерии, позвоночной и других артериях. Производятся операции окольного кровообращения через искусственные протезы или же выполняется резекция сосуда на протяжении с замещением дефекта сосуда протезом из орлоновой или дакроновой тканей. Техника производства этих операций на людях была продемонстрирована кинофильмом. Сшивание сосудов производится простым обвивным швом.

Финскими хирургами был показан интересный фильм о применении кожного лоскута, взятого с живота больного, для артропластики коленного и тазобедренного суставов. Фильм основан на 100 наблюдениях с хорошими ближайшими и отдаленными результатами. Экспериментальная проверка показала, что на месте пересаженной кожи развивается хрящевая ткань.

22 декабря съезд избрал новый состав правления Общества хирургов Российской Федерации. От Казани были избраны: почетный член Всесоюзного общества хирургов засл. деятель науки проф. Н. В. Соколов и засл. деятель науки проф. И. В. Домрачев.

17 декабря делегаты съезда с большим вниманием выслушали выступление министра здравоохранения РСФСР С. В. Курашова, в котором сообщалось о грандиозных планах по улучшению дела здравоохранения в предстоящем семилетии.

Общее количество врачей по РСФСР превышает 250 тысяч человек и среднего медицинского персонала — 800 тысяч человек. Один врач будет в среднем на 460 граждан страны. Лечащие врачи хирургического профиля составляют 13% всех врачей, то есть около 27—28 тысяч.

Среди стационарных больных 19,9% составляют хирургические больные. Среди хирургических больных 70% лечатся амбулаторно, улучшение их обслуживания является задачей первостепенной важности. Необходимо дальнейшее изучение и снижение травматизма.

Серьезные успехи достигнуты в вопросах грудной хирургии, но по отношению к общему числу хирургических больных эти больные составляют всего лишь десятые доли процента. Важно не забывать о широком круге хирургов. Надо серьезно подумать о дальнейшем улучшении специализации и усовершенствовании врачей. Следовало бы вновь провести аттестацию хирургов. Необходимо шире привлекать практических врачей в члены хирургического общества. Необходимо также, чтобы хирургическое общество не замыкалось только в рамки научных проблем, а высказывало бы свое авторитетное мнение по многим сложным вопросам здравоохранения. Проведено объединение больниц и поликлиник, созданы двух- и трехзвеньевые системы обслуживания больных, и пора дать оценку эффективности этих мероприятий.

Следует также решить вопрос о том, целесообразно ли организовывать маленькие, карликовые хирургические отделения. Чтобы не распылять средства и кадры, не лучше ли объединить их в более мощные отделения, придав им более совершенное оснащение.

Все хирурги должны овладеть опытом лечения травм опорно-двигательного аппарата, для чего в больницах следует иметь травматологические отделения. В РСФСР имеется много институтов травматологии, но нет институтов неотложной хирургии.

В ряде институтов разрабатывается надуманная научная тематика, как было с институтом по пересадке тканей по Румянцеву, который пришлось закрыть. Авторитетное мнение хирургического общества имело бы важное значение в решении таких вопросов.

Проф. М. М. Шалагин

Поступила 12 января 1959 г.

## ВОПРОСЫ ДЕТСКОЙ ХИРУРГИИ НА I ВСЕРОССИЙСКОМ СЪЕЗДЕ ХИРУРГОВ

(15—22 декабря 1958 г., Ленинград)

На двух заседаниях было заслушано 21 сообщение по следующим проблемам: 1) острые перитониты у детей, 2) закрытые травмы черепа в детском возрасте, 3) обезболивание у детей, 4) лечение тяжелых пороков развития в раннем детском возрасте.

Проф. Н. В. Захаров (Саратов) в докладе «Патогенез, клиника и лечение пневмококкового перитонита» сообщил, что за последние годы в результате улучшения диагностики, применения раннего оперативного вмешательства и антибиотиков смертность при пневмококковом перитоните у детей резко сократилась.

О необходимости ранней диагностики и раннего оперативного вмешательства с широким применением антибиотиков высказался и ряд других участников съезда.

Д. Б. Авидон и В. М. Соколовская (Ленинград) сообщили свои наблюдения в отношении острых панкреатитов у детей. Консервативно лечилось 3, оперировано 9 детей. Из числа оперированных умерло 3. До операции правильное распознавание было только у двух. При консервативном лечении применялись поясничный новокаиновый блок и антибиотики. Оперативное вмешательство сводилось к срединному разрезу, рассечению брюшины над поджелудочной железой, подведении к ней тампона и тонких дренажей для введения антибиотиков.

Л. И. Петрова и Ю. Н. Федосеева (Ленинград) наблюдали 64 детей с флегмонами различных отделов желудочно-кишечного тракта. Правильный диагноз до операции был поставлен только у 3. Все больные с флегмонами желудочно-кишечного тракта были оперированы. Операция сводилась к производству лапаротомии с применением антибиотиков. Резекция кишечника производилась лишь при кишечной непроходимости и перфорации стенки кишки. Абсцессы в стенке кишки, наблюдавшиеся у двух детей, вскрывались, и брюшная полость дренировалась. Умер 1 ребенок.

Т. А. Хилкова (Ленинград) сообщила свои наблюдения над 50 больными с травмой черепа в возрасте от 1 до 14 лет. В первые часы после травмы дети переносят ее тяжелее, чем взрослые, но в дальнейшем течение острой травмы черепа у детей протекает легче, чем у взрослых. Массивные подпаутинные кровоизлияния у детей наблюдаются редко. Основные принципы лечебных мероприятий при этом повреждении сводятся к покою, дегидратации, профилактике инфекций, люмбальным пункциям при нарастании внутричерепного давления. Оперативное лечение было применено у 8 детей при внутримозговых гематомах и вдавлении костных отломков. Умерло 6 больных. Минимальный срок госпитализации при закрытой травме черепа у детей — в среднем 2—3 недели, а в тяжелых случаях до 1 месяца с последующим внебольничным наблюдением невропатолога и диспансеризацией этих больных.

А. Г. Пугачев и Н. В. Меняйлов поделились своими наблюдениями над применением интратрахеального наркоза у детей в возрасте от нескольких дней жизни до 3 лет и старше. Наркоз у детей применялся при врожденных пороках сердца, врожденных атрезиях пищевода с эзофаго-трахеальными свищами, хронических нагноительных процессах легких, опухолях средостения, врожденных диафрагмальных грыжах и т. п. Интубация детей проводится под ректальным наркозом 5% раствором тиопентотала из расчета 25—30 мг сухого вещества на 1 кг веса больного. После введения трубки в трахею переходят на наркоз эфиром или закисью азота. Исходя из относительной узости трахеи, у детей раннего возраста необходим тщательный подбор интратрахеальной трубки. Применение мышечных релаксантов в форме 1% раствора дитилина, быстро разрушающегося в организме ребенка, безопасно даже у новорожденных и позволяет вести наркоз на неглубоких стадиях.

Ф. Ф. Драгель (Ленинград) поделился четырехлетним опытом применения наркоза закисью азота с кислородом. Под этим наркозом проведены 403 операции на костях и суставах детям в возрасте от 1 года до 16 лет. Длительность наркоза колебалась от 30 минут до 4 часов. По наблюдениям автора, этот наркоз протекает значительно легче эфирного и эфирно-кислородного, и состояние больных после операции не отличается от состояния лиц, перенесших операции под местной анестезией.