

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 большие 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 тиопентола 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.

Я. Д. Витебский (Курган) доложил об отдаленных результатах краниопластики при врожденных мозговых грыжах у детей. Докладчик выдвинул положение, что оперативное вмешательство должно быть проведено в течение первого года жизни ребенка путем экстракраниального доступа и закрытия дефекта черепа по типу «притертой пробки» хрящевой тканью. Им прооперировано 70 больных с хорошими исходами. Умерло 5 больных.

Г. А. Баиров (Ленинград) доложил свои наблюдения над хирургическим лечением атрезий желчевыводящих путей новорожденных. Он делит подобных больных на две группы: с частичным недоразвитием желчевыводящих путей и с полным отсутствием желчевыводящих путей. Больные первой группы оперировались путем создания анастомоза между желчным пузырем или желчными протоками и двенадцатиперстной или тощей кишкой. Умерло 3 больных, двое перенесли операцию и нормально развиваются. Оперативное лечение больных второй группы сводится к образованию анастомоза между внутривенечными протоками левой доли печени с желудком и правой доли — с петлей тощей кишки. Из 7 оперированных выжили двое и в настоящее время они нормально развиваются.

Ю. Ф. Исаков (Москва) сообщил материалы по лечению мегаколон у детей (болезнь Фавали — Гиршпрунга). Оперативное лечение при этом заболевании может применяться у детей старше трехлетнего возраста и сводится к удалению всей спазмированной зоны путем внебрюшинной резекции инвагинированной, по методу И. И. Грекова, ректо-сигмоидальной части кишки. В клинике проделано 20 подобных операций с хорошим результатом. С 7 дня появляется нормальный стул, вышележащие отделы толстых кишок постепенно уменьшаются в своем объеме.

А. Г. Завгородный (Донбасс — Сталино) сообщил результаты лечения диафрагмальных грыж у детей в возрасте от новорожденных до 15 лет. Он высказывается в пользу применения раннего хирургического лечения. Подход к грыжевому отверстию в диафрагме у детей показан внутрибрюшинный как при неущемленных, так и ущемленных грыжах. Оперировано 5 детей, умер 1.

М. И. Неволин (Ленинград) свой доклад «Лечение гемангиом челюстно-лицевой области у детей инъекциями склерозирующих растворов» посвятил методике лечения обширных гемангиом лица, не удалимых оперативным путем. Он получил хорошие результаты, инъецируя под основание опухоли раствор следующего состава: хинин солянокислый 2,0, уретан 1,0, дистиллированная вода 15,0. Из 240 гемангиом 159 с успехом лечились данным склерозирующим раствором, 65 — оперативным путем и 16 — комбинированным.

Доц. И. Ф. Харитонов

## РЕЦЕНЗИИ

Л. А. Лушникова, *Коматозные состояния. 1958. Медгиз.*

Затруднения врача у постели больного, находящегося в коматозном состоянии, общезвестны и зависят, во-первых, от большого количества этиопатогенетических причин, которые могут обусловить коматозные состояния, во-вторых, от невозможности словесного контакта с больным, а, иногда, и от невозможности быстрого применения лабораторных методов диагностики. Этим собственно и определяется потребность практического врача в доступном руководстве, с помощью которого имелась бы возможность преодолеть трудности дифференциальной диагностики коматозных состояний.

Таким доступным по простоте описания, по своему негромоздкому объему, является рецензируемая книга. Та быстрота, с которой разошелся тираж, сама по себе говорит о потребности практического врача в такой книге. Книга подкупает своей краткостью, ясностью и простотой изложения, доступностью для практического врача, независимо от его специальности и места работы.

Автор не ставит себе целью исчерпывающе изложить все виды коматозных состояний, а лишь приводит картину различных видов комы, более подробно останавливается на часто встречающихся видах комы, кратко характеризуя более редкие. Вслед за дифференциальной диагностикой, указывается лечение, которое строится, исходя из средств, доступных широкому кругу практических врачей.

Книга состоит из краткого введения, описания понятия коматозного состояния и методики объективного обследования больных, с акцентом на значении и оценке тех скудных анамнестических данных, которые иногда удается получить от родственников больного или сопровождающих его лиц.

Автор более подробно останавливается на оценке основных ведущих симптомов и дифференциальном диагнозе коматозных состояний. В виде специальной схемы приведены наиболее типичные признаки ком.

После кратких данных о течении, прогнозе заболевания, основных видов ухода за