

НЕКОТОРЫЕ ИТОГИ XXIV КОНГРЕССА МЕЖДУНАРОДНОГО ОБЩЕСТВА ХИРУРГОВ И X МЕЖДУНАРОДНОГО КОНГРЕССА ПО СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ

(21—28/VIII 1971 г., Москва)

В данном отчете изложены лишь некоторые итоги конгресса, представляющие наибольший общеврачебный интерес.

Отдаленные результаты протезирования клапанов сердца

У. Старлинг (США) использовал для пластики клапанов сердца перикард и фасцию бедра. Отдаленные результаты неудовлетворительные, ибо через 2—3 года происходит развитие фиброзного стеноза.

М. Косио-Паскаль и соавт. (Мексика) оперировали 85 больных с многоклапанными пороками сердца. У 45 больных заменено 2 или 3 клапана, а у остальных кроме замены клапанов применяли различные консервативные и хирургические методы. Летальность во всей группе больных составила 23%.

В. А. Быкова и соавт. (Москва) осуществили у 30 больных замену митрального и трикуспидального клапанов аортальными алло- и ксеноклапанами, фиксированными на каркасе. В поздние сроки у 5 больных с протезированием митрального клапана развилась недостаточность трансплантата. У 11 больных с протезированием трикуспидального клапана результаты хорошие. Предполагается, что на функцию трансплантированного клапана оказывает влияние также гемодинамика. Исследование антигенной активности свежих и обработанных трансплантатов показало снижение ее при обработке формальдегидом и полное отсутствие при обработке методом кондиционирования.

М. Н. Люде и соавт. (Москва) рекомендуют при поражении аортального клапана протезировать шариковый клапан, а при поражении митрального — лепестковый. Для протезирования трехстворчатого клапана и клапана легочной артерии применяют гетероаортальные клапаны, армированные в металлический каркас и обшитые синтетической тканью.

Г. Паппас и Х. Девис (США) поделились опытом замены протезированных клапанов аортальными гомотрансплантатами (у 11 больных). Авторы рекомендуют заменять аллопротезы клапанов, вышедших из строя, гомотрансплантатами.

У. Лиллехей (США) разработал новый малогабаритный клапан, состоящий из титановой клетки и свободно плавающего диска из чистого углерода. Диск открывается на 80° и обеспечивает линейный поток крови с минимальной турбулентностью. Углерод обладает антитромбогенными свойствами и устойчив к различным биологическим воздействиям. Такой клапан применяется в клинике с послеоперационной летальностью 9%.

Р. П. Зубарев, А. М. Шилов (Москва) выполняют операцию аномалии Эбштейна следующим образом. После вскрытия правого предсердия ушивают дефект межпредсердной перегородки, затем накладывают широкие П-образные швы на фиброзное кольцо с захватом основания смещенных створок. В области проводящих путей швы накладывают выше коронарного синуса и этими швами фиксируют выбранный протез клапана.

А. Марчинкявичус и соавт. (Вильнюс) у 166 больных приобретенными пороками протезировали поврежденные клапаны шаровыми протезами. Отдаленные исходы прослежены у 109 больных, из них хорошие результаты выявлены у 86, удовлетворительные — у 20 и плохие — у 4. Из осложнений следует отметить микроэмболии сосудов головного мозга (у 6), тромбоз протеза (у 1), различные кровотечения (у 6), несостоятельность швов протеза (у 4), обострение ревматизма (у 12) и поперечную блокаду (у 1).

Д. Харкен (США) является сторонником шаровых протезов. Он предложил покрытый дакроном титановый шаровой клапан с полным титановым диском. Клапан обладает выгодными физиологическими и гемодинамическими качествами.

А. Зельцер и соавт. (США) приводят результаты длительного наблюдения за 19 больными, которым произведена аппликация задней створки митрального клапана при разрыве сухожильных хорд сосочковых мышц. Рецидива митральной недостаточности не наблюдалось.

А. Бауэр и соавт. (США) в эксперименте исследовали коллагеновую ткань, разрастающуюся вокруг имплантированной подочно-силастиковой матрицы, так как эта ткань может быть использована при замещении сердечных клапанов и периферических сосудов. Для созревания коллагеновой ткани необходимо 6 месяцев.

Н. М. Амосов и соавт. (Киев) протезировали различные клапаны сердца клапанами конструкции Амосова. При протезировании митрального клапана летальность

составила 23,1%, аортального — 17,6%, при множественном протезировании — 44,1%. В отдаленные сроки после операции умерло 12 больных, хорошие результаты получены у 116, удовлетворительные — у 45 и плохие — у 5.

Г. И. Цукерман и соавт. (Москва) проследили отдаленные результаты протезирования клапанов у 223 больных с приобретенными пороками сердца. После протезирования митрального клапана хорошие результаты получены у 69% больных, аортального — у 73,9%. Летальность в различные сроки после операции составила 12,6%. При протезировании аортального клапана антикоагулянты не применяют. Протезирование трикуспидального клапана шариковым и дисковым протезом дает плохие результаты, поэтому целесообразнее протезировать аортальным ксеноклапаном, фиксированным на каркасе.

Тромбофлебит, тромбэктомии и тромбоз полых вен

В. И. Стручков и соавт. (Москва) применяют при тромбофлебитах ферментные препараты фибринолитического действия (трипсин, химотрипсин, стрептокиназу). Это позволило им отказаться от антибактериальной терапии, за исключением случаев гнойно-септического тромбофлебита.

М. Дегни и соавт. (Бразилия) пришли к выводу, что в диагностике хронического мурального флебита важную роль играет наличие у больных признаков компрессии задних большеберцовых вен, срединных подошвенных вен и признака поперечной компрессии икры (симптом Мозеса). Они рассматривают хронический муральный флебит как новую клиническую форму постфлебитического синдрома.

Н. М. Рзаев и соавт. (Баку) при остром и подостром тромбофлебите поверхностных и остром тромбофлебите глубоких вен методом выбора считают сочетанное применение антикоагулянтов с фибринолитическими средствами.

Г. Генсини и соавт. (США) для профилактики тромбоэмболии легочной артерии рекомендуют вставлять в полую вену постоянный фильтр Моббина — Уддина.

Вспомогательное кровообращение и искусственное сердце

Е. И. Чазов и соавт. (Москва) рекомендуют для лечения острой недостаточности кровообращения при кардиогенном шоке вспомогательное кровообращение. Однако оно не всегда дает успех. Необходимо ставить вопрос о пересадке сердца, а вспомогательное кровообращение может быть подготовительным этапом к операции.

В. П. Радужкевич (Воронеж) указывает на важное значение вспомогательного кровообращения в комплексе реанимационных мероприятий при лечении терминальных состояний.

Г. Л. Ратнер и В. Д. Иванова (Куйбышев-обл.) в эксперименте проводили общее искусственное кровообращение при гипотензивных состояниях. Общее искусственное кровообращение по типу параллельного и полного было эффективным при угрожающих состояниях, вызванных нарушением венозного кровообращения, кровопотерей и травмой сердца.

В. П. Демихов и соавт. (Москва) разработали метод использования оживленного сердечно-легочного комплекса человека для подключения к больным в случаях, когда необходимо применение искусственного сердца и легких.

Окклюзии экстракраниальных отделов артерий головного мозга

Е. В. Шмидт и соавт. (Москва) для решения вопроса об операции предлагают «панангиографию» сосудов головы. При стенозе внутренней сонной артерии в области каротидного синуса целесообразна, по их мнению, эндартерэктомия, а при патологической извитости ее — резекция с анастомозом.

В. С. Работников и соавт. (Москва) наблюдали 200 больных с окклюзионным поражением брахиоцефальных сосудов и цереброваскулярной недостаточностью. Оперировали 64 больных, у 50 полностью ликвидировались симптомы.

Д. Е. Конли (США) для диагностики изъязвившихся атером сонной артерии рекомендует ангиографию бифуркации сонной артерии во многих проекциях.

П. М. Бианки и Донайре (Аргентина) делят внечерепной сосудистый сектор на 2 зоны: проксимальную, которая включает безымянную артерию, правую и левую подключичную, а также обе общие сонные артерии, и дистальную, включающую обе внутренние сонные и позвоночные. Поражения в первой зоне могут быть всегда подвергнуты оперативной коррекции.

Хирургия периферических артерий

В. М. Бернхард и соавт. (США) при ишемических поражениях конечностей у 40 больных применили собственные венозные трансплантаты. В 50% проходимость сосудов сохранялась в течение года.

А. Уено и И. Мишима (Япония) представили данные о 150 больных с болезнью Такаиси. 82 из них были оперированы, причем у 75 произведены восстановительные операции на артериях. У 47 была восстановлена проходимость сонных и подключичных артерий. Во время операции умерло 14 больных.

В. С. Моор и А. Д. Холл (США) при поражении сосудов ног предложили подмышечно-бедренное шунтирование.

А. Р. Доунс и И. М. Морроу (Канада) выполнили 190 аутовенозных шунтирований по поводу окклюзии бедренно-подколенных сосудов. В отдаленные сроки стенозирование отмечено в 12 трансплантатах (7—117 месяцев после операции), у 7 больных образовались аневризмы в проксимальном отделе и у 3 — в дистальном, у 13 в дистальных отделах развилась окклюзия. Докладчики связывают эти изменения с прогрессированием основной болезни.

М. Денъи (Бразилия) предложил модель расширителя с целью выворачивания венозных клапанов диаметром от 2 до 12 мм с последующим использованием этих венозных участков для трансплантации.

В ходе конгресса постоянно демонстрировались различные кинофильмы, показывающие технику операций на сердце и сосудах.

Проф. Н. П. Медведев (Казань)

V КОНГРЕСС ДЕТСКИХ ХИРУРГОВ ГЕРМАНСКОЙ ДЕМОКРАТИЧЕСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

27—29/IX 1971 г., Дрезден

На конгрессе присутствовали видные детские хирурги профессора Майсснер, Шмитт, Беллман, Тишер (ГДР), Д. Арнаутов (Болгария), В. Тошовский (Чехословакия), Ребайн (ФРГ), Хартл (Австрия) и другие. В работе конгресса приняла участие делегация детских хирургов СССР: канд. мед. наук Л. М. Кондратьева (Москва), проф. П. В. Завьялов (Омск) и проф. М. Р. Рокицкий (руководитель делегации).

Первой обсуждалась проблема «Хирургия толстого кишечника у детей». Проф. Майсснер (Лейпциг) подробно остановился на отдаленных результатах резекций толстого кишечника у детей в сроки не менее 5 лет. Автор подчеркнул значение иммунологических факторов, язвенного колита в исходах резекций. При показаниях к разгрузочной колостомии взамен метода «двухстволки» и цекостомии докладчик считает целесообразным наложение свища на восходящую кишку. Он предложил проводить послеоперационную тренировку мышц толстого кишечника путем клизм, содержащих раздражающие и стимулирующие перистальтику препараты.

Сообщения Экешпарре (Гамбург) и Штоба (Гданьск) были посвящены хирургии язвенного колита и полипоза толстого кишечника. В ГДР неизвестен метод консервативного лечения полипоза чистотелом, предложенный проф. А. М. Аминевым (Куйбышев), и при тотальном полипозе в большинстве случаев производится радикальная операция.

При обсуждении методов местного лечения ожогов у детей большинство докладчиков (Шмитт, Тошовский, Тетмайр и др.) высказались за раннее применение повязок с 0,5—1% раствором ляписа. Доктор И. Поппе (Росток) сообщила о лечении глубоких ожогов мазью, содержащей ксероформ и хлорамфеникол. Заслуживают пристального внимания ее рекомендации, касающиеся раннего (с 7-го дня) применения «ферментативной некрэктомии» с последующими пересадками кожи.

Среди сообщений, посвященных диагностике и хирургии опухолей средостения и легких, представляет интерес доклад проф. Тишера (ГДР) о медиастиноскопии у новорожденных и грудных детей. Исследование проводят ларингоскопом под эндотрахеальным наркозом. В числе показаний названы гиперплазия и новообразование вилочковой железы, стридор неясной этиологии (аномальные сосуды, трахеомалиция и т. д.).

Особенности дифференциальной диагностики легочной секвестрации у детей были освещены доктором Б. Пеплов (Берлин, ГДР). Она подчеркнула обязательность ангиопульмографии при этой патологии. Проф. Д. Арнаудов (София) в последние годы отказался от радикальных иссечений врожденных аневризм яремных вен из-за опасения тяжелых нарушений венозного кровообращения и применяет укрепление сосуда и искусственное «стенозирование» расширенного участка футляром из дакрона или консервированной твердой мозговой оболочки.

В ряде сообщений (Флах, ФРГ; Ирасек, ЧССР; Наги, Венгрия; Гданец, ГДР и др.) обсуждались социальные проблемы детского травматизма и пути борьбы с ним. Заслуживают внимания методы направленного изучения частоты и видов уличного травматизма в различных районах города с учетом времени года, времени суток и т. д. Это позволило составить своеобразную карту наиболее опасных мест и внести рекомендации в организацию потоков уличного движения. На этом же засе-