

После применения трехгранного штифта у 15 больных указанные причины вынудили Я. Г. Дуброва от него отказаться.

Нам известна больная Л., из костномозгового канала бедра которой с величайшим трудом удален трехгранный штифт. Штифт пришел в абсолютную негодность от резких деформаций и насечек, возникших при удалении. При этом было испорчено и несколько других инструментов.

Кроме того, мы наблюдали трех больных, которым остеосинтез бедра произведен стержнем с навинчивающейся головкой (типа Азербайджанского ВОСХИТО). У этих больных головка стержня отвернулась и, еще задолго до удаления, находилась в мягких тканях на некотором расстоянии от стержня (рис. 3).

Причина, по-видимому, кроется в расшатывании головки от ударов молотка при введении стержня в костномозговой канал.

Из сказанного понятно, что внутрикостная фиксация металлическим стержнем или штифтом может быть произведена только при строгих показаниях для этого. Показания и противопоказания этого метода достаточно хорошо разработаны (Н. Н. Приоров, Л. И. Шулутко, Я. Г. Дубров и др.).

На основании вышеизложенного приходится возражать против тенденции расширять показания к внутрикостной фиксации металлическим стержнем или штифтом.

В свете этих данных имеются все основания продолжать поиски улучшения методов фиксации отломков, как и конструкций стержней и штифтов.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Дубров Я. Г. Внутрикостная фиксация перелома бедра, М., 1952.— 2. Крупко И. Л. и Воронцов А. В. Вестн. хир., 1957, 10.— 3. Лемберанский Д. Н. и Сеидова А. А. Вестн. хир. 1956, 10.— 4. Петров Б. А. и Яснгов Е. Ф. Хирургия, 1950, 11.— 5. Рахимкулов Х. С. Вестн. хир., 1956, 6.— 6. Ревенко Т. А. Врач. дело, 1955, 4.— 7. Хелимский М. А., Нефедов В. И. и Барсуков Г. П. Хирургия, 1957, 10.— 8. Шулутко Л. И. Вопр. ортопедии и травматол., Казань, 1957.

Поступила 3 апреля 1958 г.

## СЪЕЗДЫ И КОНФЕРЕНЦИИ

### ВСЕСОЮЗНАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ НЕЙРОХИРУРГОВ

(23—28 марта 1959 г., Москва)

На конференции присутствовали более 700 делегатов из различных городов Советского Союза и ряд представителей из Китайской Народной Республики, Албании, Болгарии, Чехословакии, Венгрии и других стран.

Основными программными вопросами были диагностика и лечение нейроэктодермальных опухолей головного мозга.

Один день был посвящен хирургическому лечению последствий воспалительных заболеваний головного мозга и его оболочек. Обсуждались организационные вопросы — отчет Правления Всесоюзного научного медицинского общества нейрохирургов и редакции журнала „Вопросы нейрохирургии“ и состоялись переборы правления. В последний день состоялись симпозиум по закрытой травме черепа и доклады зарубежных представителей.

Б. Г. Егоров в докладе о современных методах лечения внутримозговых нейроэктодермальных опухолей выставил следующие основные положения:

— пришло время создать новую классификацию нейроэктодермальных опухолей, удовлетворяющую современным требованиям;

— в обследовании таких больных должны участвовать хирурги, невропатологи, нейроофтальмологи, отоларингологи, рентгенологи;

— надлежит использовать биохимические, электрофизиологические и гистологические методы исследования, в связи с чем необходимо снабдить периферические лечебные учреждения соответствующей новейшей аппаратурой.

Доклад проф. М. А. Барона был посвящен значению двух функциональных систем мягкой мозговой оболочки (системы ликворных каналов и субарахноидальных ячеек) в процессах асептического менингита и метастазирования опухолей по субарахноидальному пространству. Путем экспериментальных и гистологических исследований он показал, что ведущее значение в патогенезе асептического лептоменингита имеют реакции высокореактивного арахноэндотелия ячеек мягкой мозговой оболочки. При этом фаза мобилизации системы ячеек, сопровождающаяся образованием макрофагов, в последующем сменяется фазой депрессии, деструкции, когда происходит распад стенок ячеек и возникает фиброз, что резко снижает защитно-трофические функции ячеек и реактивность мягкой мозговой оболочки. Проф. Барон установил,

что метастазирование опухолей по субарахноидальному пространству происходит по ликворным каналам, по которым опухолевые клетки могут распространяться не в одном, а в противоположных направлениях и могут, выходя через отверстия в стенках каналов в окружающие ячей, имплантироваться и давать начало метастатическим узелкам. Этот доклад вызвал большой интерес и получил очень высокую оценку во время прений.

Доклад проф. М. Ю. Рапопорта был посвящен обоснованию уточненного диагноза глиом больших полушарий. Он выделил 3 группы по локализации глиом, в зависимости от доступности их удаления: 1) корково-подкорковую; 2) подкорковую в области семиовального центра; 3) глубинную подкорковую, часто с вовлечением базальных узлов и перивентрикулярным распространением.

Большое значение для дифференциальной диагностики указанных групп опухолей имеют дополнительные методы исследования: вентрикулография, ангиография и электроэнцефалография.

Доклад проф. Л. А. Корейша и канд. мед. наук Виноградовой о современном состоянии хирургического лечения внутримозговых нейроэктодермальных опухолей основывался на изучении результатов хирургического лечения 300 больных. Они подчеркнули необходимость сочетания хирургического лечения глиом с последующей лучевой терапией, потребность в поисках новых путей лечения, в частности гормонотерапии, привели данные снижения смертности при опухолях гипофиза после применения АКТГ и кортизона.

Проф. А. И. Арутюнов дал анализ лечения 1200 больных с нейроэктодермальными опухолями.

Существуют 2 крайних точки зрения о характере оперативного вмешательства при глиомах. В то время как одни (Кушинг, Грант) предлагают ограничиваться деконпрессивной трепанацией, представители советской нейрохирургической школы являются сторонниками радикальных методов лечения. Так, узловые формы глиобластом и кистозные астроцитомы могут быть успешно удалены.

Доклады проф. Б. Г. Егорова, Г. П. Корнянского и О. С. Успенской, а также проф. Ю. В. Коновалова и других были посвящены одной из наиболее сложных глав нейроонкологии — диагностике опухолей желудочковой системы головного мозга. Они остановились на трудностях диагностики и особенностях клинической картины и течения этих опухолей, а также на значении вспомогательных методов исследования.

Диагностические трудности при опухолях боковых желудочков возникают тогда, когда на первый план выступают стволые симптомы. При опухолях 3-го желудочка могут появляться симптомы со стороны ромбэнцефально-стволового отдела и мозжечковые симптомы, а диагностика опухолей IV желудочка затруднена в случаях, когда гидроцефально расширенный третий желудочек обуславливает появление диэнцефальных симптомов.

В. Е. Майорчик доложила об использовании электроэнцефалографии в дифференциальной диагностике опухолей мозговых желудочков. Она подчеркнула важность дифференциации вторичных патологических реакций коры от первичных изменений электрической активности, обусловленных полушарным очагом.

Проф. А. А. Арентд и канд. мед. наук С. И. Нерсесян проанализировали данные операций 1516 детей с опухолями головного мозга, остановились на особенностях течения опухоли у детей (длительное бессимптомное течение, ремиссии, часто бурное развитие клинических проявлений, главным образом, при нарушении ликворных коммуникаций).

Они рекомендовали двухмоментные операции у детей, вначале вентрикулопункция с длительным дренированием боковых желудочков с последующим (когда ребенок выходит из тяжелого состояния) проведением второго этапа операции.

Несколько докладов было посвящено дополнительным методам исследования при нейроэктодермальных опухолях (пневмовентрикулографии, ангиографии, электроэнцефалографии и изотопной диагностике).

Проф. М. Б. Копылов и канд. наук Н. С. Плевако говорили о дискуссионных вопросах границ диагностических возможностей рентгенологического метода исследования при нейроэктодермальных опухолях. Они подчеркнули, что ангиография является ценным методом, способным определить объем и точную локализацию поражения. Однако, по их мнению, недооценивается значение флебографии. Как показали продемонстрированные рентгенограммы, изучение системы вен может выявить ранние симптомы мозговой декомпенсации.

Проф. Я. И. Гейнисман рекомендовал при затруднении в диагностике глиальных опухолей замеленную направленную пневмоэнцефалографию.

Проф. М. Д. Гальперин предложил применять томографию в сочетании с контрастными методами исследования — пневмоэнцефалографией, вентрикулографией и ангиографией.

Ряд докладов был посвящен описанию ангиографической картины при опухолях различной локализации и изотопной диагностике. Изотопная диагностика — щадящий метод, который может применяться при тяжелом состоянии больных, в пожилом возрасте при выраженных артериосклеротических изменениях, когда ангиография противопоказана. Процент правильной диагностики, по данным различных авторов,

значительно колеблется; наилучшие результаты получены при злокачественных глиомах и арахноэндотелиомах.

В докладах канд. мед. наук Э. И. Канделя, Э. И. Злотника, Л. С. Гиткиной и С. А. Кесаева обсуждались особенности оперативных вмешательств при нейроэктодермальных опухолях в условиях потенцированного наркоза и искусственной артериальной гипотонии. Они нашли, что применение ганглиоблокаторов дает положительный эффект: уменьшает кровотечение, предупреждает развитие шока, уменьшает отек мозга в послеоперационном периоде и дает возможность максимального радикального вмешательства.

Большой интерес представило сообщение Л. Я. Яблоновской с сотрудниками об экспериментальной модели злокачественной опухоли головного мозга, что имеет большое значение для изучения иммунологии опухолей и воздействия на них различных факторов. И. Н. Димант и Г. М. Локтионов доложили об экспериментальной гормонотерапии опухолей, трансплантированных в головной мозг. Они отметили тормозящий эффект в развитии перевитых опухолей после предварительного введения животным гормонопрепаратов, в частности половых гормонов. Выступавшие в прениях подчеркнули большой интерес этой проблемы, говорили о значении эндокринного фона для развития опухолей и попытках гормонотерапии.

Ю. А. Зозуля с сотрудниками, изучая различные виды обмена при нейроэктодермальных опухолях, показали, что происходит скопление межтучных продуктов обмена, оказывающих токсическое влияние на весь организм.

Проф. Л. А. Корейша изложил основные принципы хирургического лечения последствий воспалительных заболеваний головного мозга и его оболочек. Лечение должно быть направлено, в первую очередь, на восстановление ликворных коммуникаций, разъединение спаек и вскрытие кист. Методов хирургического лечения нарушений ликворообращения предложено много, но наиболее распространены при окклюзионных формах гидроцефалии операции перфорации конечной пластинки, вентрикулоцистостомия по Торкильдсену и прокол мозолистого тела.

Проф. М. Д. Гальперин и Е. А. Терпугов остановились на трудностях клинической и рентгенологической дифференциальной диагностики опухолевых и воспалительных процессов головного мозга.

Т. Г. Мареева-Хандрикова и Э. М. Назарова сделали сообщение о спинальных осложнениях туберкулезного менингита в виде синдрома раздражения оболочек и корешков. На различных уровнях спинного мозга были удалены единичные и чаще множественные опухолевидные образования, типа холестеатом.

Симпозиум по вопросам патогенеза и лечения закрытой травмы черепа служил подготовкой к первому съезду нейрохирургов, который предполагается созвать в 1962 году. Основным программным вопросом съезда будет вопрос о закрытой травме черепа и мозга. Симпозиум проходил очень оживленно. Присутствующие пришли к выводу, что классификация закрытой травмы (деление на сотрясение, ушиб и сдавление мозга), предложенная еще 200 лет тому назад, устарела и не отвечает современным требованиям.

Подлежат дальнейшему изучению вопросы патогенеза закрытой травмы черепа, патогенетической терапии, а также показаний к хирургическому лечению.

Проф. М. Ю. Рапопорт отметил, что недостаточно уделяется внимания легкой травме черепа и мозга, которая при неправильном лечении может привести к тяжелым последствиям.

С. А. Гринберг

(Казань)

Поступила 19 мая 1959 г.

## НАУЧНАЯ СЕССИЯ ГОСУДАРСТВЕННОГО НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОГО ИНСТИТУТА КУРОРТОЛОГИИ И ФИЗИОТЕРАПИИ МЗ РСФСР

(15—18 апреля 1959 г., Москва)

На сессии были представлены институты курортологии и физиотерапии Союзных республик.

Обсуждались вопросы курорто- и физиотерапии атеросклероза и проблемы радионотерапии.

По мнению Л. Г. Штернберга, показатели биохимических изменений крови не играют решающей роли в диагностике атеросклероза. Патологические изменения ЭКГ, главным образом ишемического характера, обнаруженные у лиц старше 40 лет, большей частью (при отсутствии других заболеваний) указывают на коронарный атеросклероз и потому могут оказываться не только подтверждающими, но и решающими для диагностики раннего проявления атеросклероза.

Для большей части больных с ранними проявлениями атеросклероза является показанным санаторно-курортное лечение в Кисловодске.

Проф. С. Р. Татевосов считает, что на Южный берег Крыма можно направлять