

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

больных с атеросклеротическим кардиосклерозом в стадии компенсации или нарушением кровообращения не больше I степени; нельзя направлять больных с выраженными формами коронарного атеросклероза старше 60 лет, страдавших в прошлом грудной жабой или перенесших инфаркт миокарда.

По наблюдениям З. А. Данилова, у подавляющего большинства больных атеросклерозом под влиянием гидроаэроионотерапии улучшается общее состояние и гемодинамика, выравнивается лецитин-холестериновый показатель.

По данным Н. В. Мгеладзе, Ш. Ш. Метонидзе, Д. Г. Датешидзе, в условиях курорта Сухуми показана лечение больных с атеросклеротическим кардиосклерозом без выраженных нарушений мозгового и коронарного кровообращения в стадии компенсации или с недостаточностью кровообращения не более II А стадии.

Н. Ф. Цхомелидзе, Ш. Б. Нуцубидзе, Л. М. Ткамаладзе отметили большую эффективность лечения больных атеросклеротическим кардиосклерозом радоновыми ваннами в комплексе с лечебной физкультурой и новокаин-электрофорезом, по сравнению с лечением только радоновыми ваннами. Они подтвердили, что кардиосклероз чаще наблюдается у работников умственного труда и реже — у лиц, занятых физическим трудом.

Р. М. Месхриказе наблюдал у больных гипертонической болезнью I А и Б и II А стадий под действием цхалтубских термально-азотно-радоновых ванн снижение артериального давления почти до нормы (в результате снижения возбудимости корковых и подкорковых вазомоторных центров).

Г. Е. Лурье и С. В. Андреев подтвердили, что персонал радоновой лаборатории подвергается внешнему облучению за счет гамма-излучения и внутреннему — за счет излучения вдыхаемого радона и продуктов его распада; персонал же радоноводолечебницы подвергается только внутреннему облучению.

По мнению докладчиков, в радонолечебницах достаточно иметь приточно-вытяжную вентиляцию с пятикратным обменом воздуха в час, в некоторых случаях может потребоваться устройство местных отсосов. В радоновых лабораториях все операции по приготовлению, разливу растворов радона, а также хранение барботера с раствором радона должны производиться в вытяжном шкафу.

А. Г. Ибрагимова

(Казань)

Поступила 2 июня 1959 г.

КОНФЕРЕНЦИЯ ПО ПРОБЛЕМЕ „КОРОНАРНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ“

С 29 по 31 мая 1959 г. в г. Горьком прошла конференция Горьковского медицинского и Терапевтического общества по проблеме „Коронарная недостаточность“.

Конференция была приурочена к 60-летию со дня рождения и к 25-летию профессорской деятельности заведующего кафедрой факультетской терапии — Александра Исаевича Гефтера. В конференции принимали участие представители Москвы, Ленинграда, Казани, Ярославля, Сталинграда. Всего было заслушано 30 докладов.

В программном докладе проф. А. И. Гефтер подвел итоги 10-летней работы коллектива руководимой им кафедры, посвященной проблеме коронарной недостаточности.

Проведенные исследования позволили подчеркнуть роль функционального фактора в патогенезе коронарной недостаточности. Были обнаружены нарушения функций центральной нервной системы, сосудистого тонуса, изучены изменения в организме, обуславливающие развитие рефлекторной стенокардии (особенно при холециститах). Эти данные подтвердили значение спазмолитических средств в лечении всех видов коронарной недостаточности, а также подчеркнули роль лечения при рефлекторной стенокардии основного заболевания для профилактики грудной жабы и инфаркта миокарда.

Исследования показали также значение гуморальных нарушений в патогенезе инфаркта миокарда, в известной мере обосновали причины развития коронарной недостаточности у больных сахарным диабетом и холециститом, поскольку при этих заболеваниях нередко изменяется белковая формула крови в сторону увеличения α_2 - и γ -глобулинов, нарастания β -липопротеинов.

Представленные материалы позволили проф. Гефтеру выдвинуть положение о роли комбинации трех факторов в патогенезе инфарктов миокарда: 1) нервного, ведущего к коронарному спазму; 2) гуморального; 3) атеросклероза венечных артерий.

В докладе было подчеркнуто значение нарушений обмена веществ в миокарде для развития коронарной недостаточности — повышения потребления кислорода в связи с накоплением катехоламинов.