

IX НАУЧНАЯ СЕССИЯ ИНСТИТУТА ХИРУРГИИ им. А. В. ВИШНЕВСКОГО АМН СССР

В Москве 28—29 ноября 1957 г. состоялась IX научная сессия института хирургии им. А. В. Вишневского АМН СССР, посвященная 40-й годовщине Великой Октябрьской социалистической революции.

Сессия была открыта выступлением действительного члена АМН СССР, проф. А. А. Вишневского об итогах научной деятельности института хирургии им. А. В. Вишневского АМН СССР к 40-й годовщине Великой Октябрьской социалистической революции и о перспективном плане дальнейших исследований.

Подробно были освещены успехи института хирургии АМН СССР за 10 лет его существования в разработке вопросов, связанных с новым клинико-физиологическим направлением в хирургии. Основные проблемы — местная инфльтрационная анестезия и нервная трофика в медицине. Эти проблемы разрабатывались совместно с выдающимися учеными — теоретиками советской медицины: А. Д. Сперанским, Б. И. Лаврентьевым, П. Ф. Здродовским, К. М. Быковым, П. К. Анохиным. В результате проведенных исследований успешно расшифровываются механизм новокаиновой блокады, причины ряда заболеваний и методы лечения. Работы, проводимые в Румынии (акад. Пархон, проф. Арслан), являются отражением результатов исследований сотрудников института. Благодаря комплексному применению методов А. В. Вишневского доказаны и внедрены в широкую практику: остеосинтез в гнойных ранах, имплантация кожи в толщу грануляций при трофических язвах голени и длительно не заживающих ранах, параплевральная новокаиновая блокада при лечении инфльтративных форм туберкулеза легких. Благодаря разработке и детализации местной анестезии, производятся операции на органах грудной полости в далеких районах нашей страны. В докладе было отведено большое место результатам операций на сердце и крупных сосудах, легких, пищеводе, проведенных под местной анестезией. Доказано преимущество последней перед наркозом при операциях по поводу нагноительных процессов легких. Смертность после операций на легких равна 8,5% на 400 операций, по поводу рака пищевода (215 радикальных) — 23,4%, на 150 операций при врожденных пороках сердца — 12,1%. Докладчик подчеркнул, что на 51 последнюю операцию по поводу врожденных пороков сердца не было ни одного смертельного исхода. Впервые в Советском Союзе в институте хирургии проф. А. А. Вишневским произведена операция на сердце с применением аппарата искусственного кровообращения, на „сухом“ сердце, с благоприятным исходом. В институте успешно разрешается проблема консервации сосудов для пластики, проблема ауто- и гетеропластики, проблема аллопластики поливинил-алкоголем и др. За время существования института хирургии защищено 17 докторских диссертаций, 48 кандидатских диссертаций, опубликовано свыше 500 научных работ. Задачей института в настоящее время является разработка вопросов комбинированной анестезии (местная анестезия, совместно с ганглиоблокаторами), изучение и уточнение показаний к различным видам новокаиновой блокады. В ближайшее время предметом специального изучения будут ожоговая болезнь и травматический шок.

ПРОБЛЕМА АНЕСТЕЗИОЛОГИИ

1. Действительный член АМН СССР проф. П. А. Куприянов в докладе „Принципы и методы обезболивания в современной хирургии“ осветил основные особенности анестезиологии с точки зрения истории вопроса. Особо подчеркнуты заслуги проф. А. В. Вишневского не только в разработке местной анестезии, но и в прекрасной аргументации этого вопроса. В то же время отмечено, что при тяжелых операциях местная анестезия имеет существенные недостатки в сохранении жизненно важных функций организма. В последние годы успешно внедряется интубационный интратрахеальный наркоз, который, в сочетании с мышечными релаксантами, позволяет снизить количество вводимого наркотического вещества. В связи с тем, что наркоз снимает не все рефлексы, желательно добавление к нему различных ганглиоблокаторов. Во время больших операций обязательно должны быть блокированы афферентные пути путем новокаинизации различных рефлексогенных зон. Целесообразна блокада и эфферентных путей, достигаемая применением или мышечных релаксантов, или ганглиоблокаторов. Чем тяжелее состояние больного, чем тяжелее сама операция, тем большая необходимость в усилении глубины наркоза. В заключение докладчик осветил проблему гипотермии, как ее положительные, так и отрицательные стороны.

2. Проф. Старков в докладе „Некоторые данные по физиологии наркоза“ сообщил, что малые дозы аминазина в первую очередь изменяют условные рефлексы, когда подкорковые области еще не страдают. При большей концентрации аминазина сон в течение 2—3 дней.

Интересные данные получены при изучении гипотермии методом условных рефлексов: восстановление условных рефлексов наступает после глубокой гипотермии только через 3—4 дня; после глубокой гипотермии с применением наркоза восстановление условных рефлексов наступает через 6—8 дней. Если же к гипотермии и наркозу еще присоединяется операционная травма, то восстановление условных рефлексов наступает только через 3—4 недели. Он подчеркнул, что наркоз не снимает рефлексы, поэтому обязательно его сочетание с местной анестезией. Оперируя под наркозом, хирурги не учитывают концентрацию наркотиков, введенных в организм. Определение концентрации наркотиков в организме лучше всего производить методом, разработанным проф. Старковым и названным им термометрическим газовым анализом.

3. Кандидат медицинских наук М. Г. Ананьев в докладе „Аппаратура и инструментальное оснащение при современных методах обезболивания“ остановился на аппаратах, изготовляемых в институте хирургического инструментария. Особое внимание фиксировалось на аппарате искусственного кровообращения. Аппарат сконструирован со специальным теплообменником, холодильником и механизмом, обеспечивающим оксигенизацию крови. Дополнением к системе служит электротермометр и дефибриллятор. Аппарат проходит клинические испытания. Недавно проф. А. А. Вишневский впервые применил его на больном и выполнил операцию на „сухом“ сердце с благоприятным исходом.

В прениях выступали профессора Жоров, Мешалкин, Виноградов, Соколов, Стручков, ассистент Сметанин и др. Их выступления послужили дополнением к указанным выше докладам.

ПРОБЛЕМА НЕРВНОЙ ТРОФИКИ

1. Проф. Л. Л. Шик в докладе „Физиологические основы учения о нервной трофике“ отметил, что все функциональные проявления связаны с состоянием трофики тканей. Кроме того, любое изменение обмена веществ обязательно сопровождается изменением кровообращения. Процессы, происходящие в организме, не могут рассматриваться изолированно, вне трофических или сосудодвигательных явлений. Трофическая функция осуществляется всей нервной системой. В заключение докладчик подчеркнул, что заслугой школы А. В. Вишневского является разносторонность в изучении проблемы нервной трофики.

2. Проф. С. П. Протопопов в докладе „Нервная трофика в хирургии и значение работ А. В. Вишневского и его школы“ изложил основные положения работ, опубликованных как сотрудниками института хирургии АМН СССР, так и другими продолжателями учения о новокаиновом блоке.

3. Член-корр. АМН СССР, проф. Б. В. Огнев выступил с докладом „Анатомия, физиология и клиника 3-го грудного симпатического ганглия“.

Во вступительной части докладчик как автор учения об асимметрии симпатической нервной системы остановился на вопросах топографо-анатомических особенностей этого отдела. По его данным, левый симпатический ствол иннервирует преимущественно артериальную систему, правый — венозную. От 3-го левого грудного симпатического ганглия нервные ветви идут к крупным артериальным сосудам и дуге аорты, поэтому патологические рефлексы с дуги аорты и ее ветвей снимаются после блокады данного узла или его оперативного удаления. Проверка в клинике подтвердила эффективность удаления или блокады 3-го грудного левого симпатического ганглия при болезни Рейно, реже — при облитерирующем эндартериите. Автор располагает 43 клиническими наблюдениями с хорошими ближайшими и отдаленными результатами. В настоящее время рядом московских хирургов данные автора полностью подтверждены. В заключение проф. Б. В. Огнев обратил внимание на потливость тела больных при воздействии на 3-й грудной ганглий, назвав 3-й грудной симпатический сегмент трофическим центром периферического нейрона пототделения.

4. Проф. Г. А. Рихтер в докладе „Изменение нервной трофики после пересечения нервных стволов“ сообщил о глубоких изменениях нервной трофики, в ряде случаев с исходом до некроза костей, при ранении нервов верхних и нижних конечностей. Больным производились пластические операции в виде пересадок формализованного нерва с хорошими исходами.

5. Кандидат биологических наук Т. В. Правдич-Неминская выступила с сообщением „Анализ влияния новокаина на нервные структуры“. Новокаин в минимальных дозах, без химической невротомии, уже в дозах 2—2,5 гаммы вызывает изменения, действуя как слабый раздражитель. Новокаиновая блокада сопровождается изменением уровня химических факторов нервного возбуждения. Эти результаты исследований явились подтверждением работ сотрудников кафедры проф. И. В. Домрачева (Д. Ф. Благовидов, Г. М. Николаев).

6. Кандидат биологических наук Е. Н. Воротынцева в своем сообщении „Влияние новокаина на обмен веществ нервной ткани“ отметила, что при внутривенном введении радиоактивного новокаина через 3 часа в крови содержится две сотых гаммы в 1 см^3 на протяжении 48 часов. Изучая распределение новокаина в различных отделах нервной системы, автор установила наибольшее его содержание в симпатической нервной системе, в седалищном нерве. Значительная задержка новокаина происходит в коре головного мозга и спинном мозгу.

7. Кандидат медицинских наук Б. И. Ходоров в сообщении „О некоторых особенностях новокаиновой парабиоза“ установил, что если воздействовать новокаином на участок нерва, находящегося в состоянии парабиоза, вызванного действием формалина и увеличивающего электроположительный поверхностный потенциал, то в результате действия новокаина увеличивается электроотрицательный поверхностный потенциал, то есть происходит как бы нейтрализация обоих зарядов. В этом докладчик видит специфическое действие новокаина в аспекте клинических фактов положительных трофических сдвигов.

8. Кандидат медицинских наук С. Н. Муратов („Новые данные к вопросу об изменении трофики тканей под влиянием новокаиновой блокады“) сообщил о малоизученном свойстве новокаина — задерживать всасывание лекарственных веществ. На основании более тысячи исследований автор предлагает производить короткую новокаиновую блокаду тканей с последующим введением в эту зону лекарственных веществ (инсулин, пенициллин и др.) как для снятия побочного действия некоторых лекарственных веществ, так и для пролонгирования их терапевтического действия.

В заключение, были заслушаны 3 доклада сотрудников института хирургии, в которых было показано влияние новокаина на физико-химическое состояние тканей и реактивность организма (Т. Н. Промтова); угнетение аллергических процессов и общности закономерностей при воздействии новокаиновой блокадой, медикаментозным сном и гипотермией (И. Я. Учитель); аналогия действия новокаиновой блока и медикаментозного сна в ускорении процессов заживления у больных с ожогами, острым гнойным воспалением и т. п. (А. С. Харнас).

Выступления в прениях по данной проблеме подтвердили результаты докладчиков (Ходкевич, Рябов и др.).

В сообщении проф. И. В. Домрачева, зачитанном доц. В. И. Михайловым (Казань), дан анализ применения новокаиновой блокады чревных нервов и пограничных симпатических стволов при лечении острых воспалительных процессов брюшины и органов брюшной полости, на большом клиническом материале обосновано терапевтическое действие новокаиновой блокады.

Автор данной информации доложил результаты терапевтического действия поясничной новокаиновой блокады и новокаиновой блокады чревных нервов при экспериментальном остром панкреатите и на больных с острым панкреатитом и рекомендовал, на основании исследований, не исключая в некоторых случаях оперативного вмешательства, начинать лечение с новокаиновой блокады чревных нервов.

На третьем заседании были заслушаны доклады по интраторакальной хирургии.

1. Проф. Б. А. Петров в докладе „Сравнительная оценка загрудинной пластики пищевода из тонкой и толстой кишок“ сообщил, что в настоящее время им произведено 69 загрудинных операций по созданию искусственного пищевода, из них у 21 больного применялась для пластики толстая кишка. Летальные исходы после операций у 6 больных. Докладчик, отметив, что толстая кишка в результате хорошего кровоснабжения после мобилизации ее для пластики не только не омертвевает, но даже не изменяет своей окраски, рекомендует через 3—5 месяцев заключительный этап операции: включение желудка в акт пищеварения.

2. Действительный член АМН СССР, проф. Б. В. Петровский в докладе „О применении лоскута диафрагмы в торакальной хирургии“ предложил при кардиоспазме после рассечения мышечных слоев пищевода производить пластику подшиванием лоскута диафрагмы. Им произведено более 30 таких операций с хорошими отдаленными исходами. Критикуя операцию эзофагофундоанастомоза и резекцию пищевода при кардиоспазме, проф. Б. В. Петровский отметил, что предлагаемая им операция не осложняется симптомом регургитации — бича всех других операций при данном заболевании.

3. Кандидат медицинских наук Т. Т. Даурова в сообщении „Аллопластика пищевода“ рекомендовала при резекции пищевода замещать дефект протезной трубкой из поливинил-алкоголя. Впервые в Советском Союзе такая операция была произведена проф. А. А. Вишневым. Поскольку трубка после восстановления пищевода является инородным для организма телом, требуется ее удаление, что и было произведено этой больной через полтора месяца с помощью эзофагоскопа. Т. Т. Даурова продемонстрировала оперированную больную, с хорошим прохождением пищи.

4. Проф. Ф. Г. Углов и кандидат медицинских наук Р. А. Мурсалова в докладе „Ошибки диагностики и опасности при операциях на сердце и крупных сосудах“ поделились итогом анализа 253 операций на сердце и крупных сосудах. Особо было подчеркнуто, что чем сильнее выражен процесс при стенозах левого венозного отверстия, тем большая смертность в послеоперационном периоде. При наложении

портокавального анастомоза нередким осложнением является тромбоз анастомоза. Отсутствие увеличения объема селезенки говорит о проходимости анастомоза. В заключение докладчики подчеркнули, что многие осложнения послеоперационного периода могут быть заранее предусмотрены и ликвидированы.

5. Проф. Б. К. Осипов в докладе „Материалы к хирургии опухолей средостения“, разобрав, на основании 89 операций по поводу опухолей средостения, дифференциальную диагностику за грудиного зоба, целомиических кист, гиперномы средостения, сосудистых опухолей и внутригрудного менингоцеле, рекомендовал для уточнения диагностики пневмомедиастинографию, введение воздуха и контрастных веществ в спинномозговой канал, а также радиоактивные изотопы.

6. Проф. В. И. Стручков в докладе „О хронических нагноительных процессах“, на основании анализа различных форм хронических нагноительных процессов и отдельных фаз заболевания, предложил разработанную им классификацию, которая позволяет уточнить прогноз и показания к оперативному вмешательству и проводить сравнительную характеристику отдаленных результатов.

7. Проф. С. Л. Либов в докладе „Двусторонние вмешательства при заболеваниях легких“ сообщил об 11 больных с хроническими нагноительными процессами легких, которым произвел двусторонние вмешательства на легких, отметил отсутствие успеха односторонних операций при двусторонних бронхоэктазах из-за их нерадикальности, а в заключение настаивал на строгой дифференциации при выборе операции и индивидуальном подходе к больным.

8. Кандидат медицинских наук Н. К. Галанкин („О хирургическом лечении больных транспозицией аорты и легочной артерии“) доложил о наиболее трудном варианте расположения крупных сосудов в виде транспозиции аорты. Аорта при этом отходит от правого желудочка, частичная компенсация происходит за счет незаращения овального отверстия и Боталлова протока. Смертность при этом заболевании абсолютная в первые месяцы или годы жизни. Оперирование транспозиции аорты впервые было выполнено в клинике Бейли. Н. К. Галанкин предложил вариант операции, разработанной им на собаках.

9. Проф. Е. А. Печатникова и кандидат медицинских наук П. П. Фирсова в докладе „Особенности проведения под местной анестезией операций на грудном отделе пищевода“ сообщили результаты анализа более 400 операций на пищеводе, произведенных в институте хирургии АМН СССР под местной анестезией, из них у 105 больных — на грудном отделе пищевода. Для полноценного обезболивания требуется новоканинизация межреберий, корня легкого, симпатической цепочки, клетчатки всего средостения даже в условиях операции под эфирным наркозом. На 329 операций под местной анестезией только у одного больного была ранена противоположная плевра. В случае ранения второй плевры необходимо перейти на искусственное управляемое дыхание. С 1956 г. авторы, оперируя под местной анестезией, перед операцией, после анестезии верхних дыхательных путей, вводили больному интратрахеальную трубку, куда периодически подавался кислород. В случае ранения второй плевры переходили на искусственное управляемое дыхание. Авторы разработали методику пневмографии по ходу операции.

Выступавшими в прениях проф. Богушем, Мешалкиным, Андросовым и др. внесены некоторые уточнения и замечания к заслушанным докладам.

Сессия прошла оживленно, при участии большого количества съехавшихся со всего Советского Союза делегатов.

Канд. мед. наук Г. М. НИКОЛАЕВ