

нервной системы, вызываемое ожогом, является причиной нарушения нервной и эндокринной регуляции жизненных органов у пострадавшего. Этот же механизм лежит в основе тяжелого шока у обожженных. Чем тяжелее шок, тем более выраженной является следующая за ним стадия токсемии. Лечение ожогов должно быть комплексным. В основе его должна лежать борьба с болью путем применения наркотических веществ, двусторонних поясничных блокад по А. В. Вишневному, внутривенного введения новокаина и т. д. Для борьбы с токсемией рекомендуются многократные переливания крови, плазмы, полиглобулина, физиологических растворов и т. д. Для борьбы с инфекцией применяются противостолбнячная сыворотка и антибиотики. Обработка ожоговой поверхности не должна быть травматичной. Открытый метод лечения ожогов может применяться только по особым показаниям, главным образом у детей, а у взрослых — при ожогах лица, промежности и наружных половых органов. При замещении обширных дефектов кожи, наряду с аутопластикой, следует применять гомопластику и пересадку трупной кожи. Для более успешного лечения обожженных необходимо в республиканских и областных центрах иметь специализированные и хорошо оснащенные отделения.

Проф. С. Д. Терновский и С. В. Шишкова отметили особенности течения ожогов у детей. Ожоги у детей размером в 10—15% площади тела протекают с явлениями тяжелого шока. Тяжесть зависит от возраста ребенка, площади и глубины ожога. Лечение ожогов у детей сводится: 1) к комплексу мероприятий по предупреждению и борьбе с шоком (наркотические средства, переливание крови, плазмы, полиглобулина и т. п.) и 2) к лечению ожоговой поверхности. Лучшие результаты получены от применения, после наименее травматичной обработки ожоговой поверхности, открытого способа лечения Никольского — Бетмена (орошение ожога 10% растворами танина и азотнокислого серебра) с широким использованием антибиотиков и ранней пересадкой кожи по Тиршу и Пясецкому. При этой методике смертность от ожогов у детей удалось снизить до 2%.

Доктор мед. наук И. Ф. Харитонов
(Казань)

О заболеваниях и повреждениях пищевода было 23 доклада.

Проф. Б. А. Петров (Москва) доложил об искусственных пищеводах при рубцовых сужениях (1000 операций за 31 год). Большинство операций относится к антеоракальному методу образования искусственного пищевода из тощей кишки. За последние годы отдается предпочтение толстой кишке (по Коллингу). Таким методом проведено 100 операций. Кишка располагается внутри грудной полости: за грудиной, внутриплеврально, в заднем средостении.

Б. В. Петровский (Москва) доложил о хирургическом лечении кардиоспазма. Эзофагофундоанастомоз (25 операций) вызывает в дальнейшем эзофагит и регургитацию. Пластика пищевода с помощью диафрагмального лоскута (52 операции) предупреждает эти осложнения.

Б. С. Розанов (Москва) сообщил о 10.000 наблюдений (за 25 лет) инородных тел пищевода. Инородные тела извлекались с помощью эзофагоскопа. В 10 случаях производилась эзофаготомия, при перфорации пищевода и нагноении средостения — срочная медиастинотомия, при этом отдается предпочтение чрезбрюшному методу (снизу). Из 15 операций 5 закончились летально.

Проф. Ю. А. Ратнер
(Казань)

Третьей проблемой было лечение эндартериитов (консервативное и хирургическое) — проф. А. Н. Шабанов, проф. Г. П. Зайцев, проф. В. И. Стручков, член-корр. АМН СССР Б. В. Огнев. Из консервативных методов были рекомендованы новокаин или новокаин — спирт — глюкоза внутривенно, новокаин внутриартериально, спазмолитики — атрофос, метацин, папаверин, физиотерапевтические — УВЧ, КВ-диагностика, радон, ионизованная с новокаином, повышающие обменные процессы — витамин В₁ и В₁₂, никотиновая кислота, оксигенотерапия. Из оперативных — симпатэктомия 2—5 поясничных ганглиев, третьего шейного ганглия слева Б. В. Огнев), резекция артерий: новым предложением явились восстановительные операции на сосудах — замещение артерий гомотрансплантатом из артерий и вен, тромбэндартериэктомия (удаление измененной интимы); наконец, сложные операции протезирования сосудов на большем или меньшем протяжении с помощью аллопластических веществ — тефлона, терилона, дакрона, лавсана и пр.; вшиванием конец в конец или конец в бок (шунтирование). Последнее предложение осуществили на практике в клинике проф. Б. В. Петровского с сотрудниками и проф. А. Н. Филатов.

В прениях главное внимание было направлено на операции пластики сосудов при эндартериите и атеросклерозе. Выступавшие, главным образом иностранные хирурги (Пигеллоу — Канада, Шолтес — Венгрия), в особенности Де-Бекей (США) представили значительный материал трансплантаций сосудов, в частности протезирования, где достигнуты значительные успехи. При тромбозировании у атеросклероза