

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, полиглюкина, 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, полиглюкина 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 антеракальному 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 В<sub>1</sub> и В<sub>12</sub>, 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 атеросклеро-

тиков производится пересадка внутренней сонной артерии, дуги аорты с ветвями и пр.

Однако все эти большие успехи относятся к сравнительно небольшому числу больных с запущенными формами процесса, притом там, где имеется локализованное поражение сосуда. Задачей будущего является, несомненно, борьба с болезнью в ранних стадиях ее развития. В докладах Шабанова, Зайцева, Стручкова, в особенности — Лидского и Захаровой (Саратов) отмечено большое значение профилактики заболевания и его диспансеризации, но в качестве основной, ведущей рекомендации это предложение на съезде не прозвучало. Между тем, по-видимому, именно раннее распознавание, профилактика, диспансеризация являются тем выходом из положения, к которому следует стремиться в деле борьбы с этим тяжелым заболеванием.

Проф. В. Н. Шубин  
(Казань)

Последний день съезда был посвящен проблемам костных опухолей. Ценным продолжением этого дня были заседания симпозиума по гигантоклеточным опухолям, который был организован Центральным институтом травматологии и проводился 30—31 мая 1960 г.

Н. Н. Приоров в программном докладе отметил, что опухоли костей среди всех новообразований наблюдаются от 2 до 7%. Имеется много неясностей как в диагностике, так и в лечении этих процессов. Еще не разработана общепризнанная классификация, нет организации, которая могла бы централизованно обеспечить надлежащий учет больных с костными поражениями. Все это создает трудности в лечении.

Т. П. Виноградова представила соображения о принципах построения классификации костных опухолей. Она считает, что хорошая классификация может быть создана лишь при участии клинициста, рентгенолога и патологоанатома. По ее мнению, нарушение целостности кортикального слоя, прорастание опухоли в мягкие ткани, рецидив в мягких тканях еще не служат доказательством злокачественности костной опухоли.

С. А. Рейнберг наблюдал, что очень часто злокачественные костные новообразования возникают метастатически, причем наибольшее их количество (свыше 40%) дает рак бронхов, меньше (14%) — рак предстательной и грудной желез. Хороший результат дают лучевая и гормональная терапия.

По вопросу о химиогормонотерапии Н. Н. Блохин высказался за то, что не может быть одного какого-либо препарата, который был бы эффективен при разнообразных формах костных опухолей. Сарколизин может быть с временным успехом применен при ретикулосаркоме, болезни Юинга, миеломной болезни. Препарат имеет общее действие, поэтому обладает преимуществом перед рентгенотерапией. В соответствующих случаях следует пользоваться синестролом и тестостероном (метастазы из грудной железы у женщин).

Об отдаленных результатах лечения больных с остеогенными саркомами доложили Л. М. Гольдштейн и его сотрудники. Из 352 больных с различной локализацией остеосаркомы через 5 лет остались в живых 23 человека (6,53%). Из них 16 после радикальной операции и 7 перед радикальной операцией получали рентгенотерапию.

В дискуссии на симпозиуме по гигантоклеточным опухолям одни (Т. П. Виноградова, А. М. Вахуркина, В. Я. Шлапоберский и др.) признают ее бластоматозным процессом, другие (С. А. Рейнберг, Д. Г. Рохлин, Н. С. Косинская, М. Г. Логунова) считают процесс остеодистрофическим. В связи с этим высказывались различные взгляды на характер оперативного вмешательства. Одни рекомендуют (В. Я. Шлапоберский и др.) при гигантоклеточной опухоли радикальные операции; другие (Н. П. Новаченко, В. Д. Чаклин и др.) в зависимости от характера течения процесса допускают экскохлеацию, но преимущественно применяют резекции; третьи (С. Д. Терновский, М. И. Куслик, Л. И. Шулутко и др.), основываясь на собственном опыте, считают экскохлеацию, так же как и резекцию, вполне эффективной.

Что касается рентгенотерапии, то рентгенологи рекомендуют пользоваться умеренными дозами.

Для дифференциальной диагностики Д. Г. Рохлин предлагает пользоваться радиоактивным фосфором. Гигантоклеточная опухоль концентрирует индикаторные дозы радиоактивного фосфора лишь на несколько процентов больше, чем аналогичный участок здоровой кости. При остеосаркоме пораженный участок концентрирует радиоактивный фосфор через 3—6 час., особенно через 24 часа, на 50—100—200% больше, чем аналогичный участок здоровой кости.

Единодушное мнение клиницистов сводилось к необходимости ранней клинко-рентгенологической диагностики гигантоклеточной опухоли и неотложного оперативного лечения, при показании — и рентгенотерапии.

Морфологическая диагностика не всегда оказывается достоверной, что подчас ставит хирурга в затруднительное положение.

Проф. Л. И. Шулутко  
(Казань)