

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 химогормонотерапии 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 клинико-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)