

Воронцов (СССР) сообщил о тканевой терапии ампульными препаратами академик Филатова в далеко зашедших стадиях рака на основании опыта с 1945 г. Применялись ампульные растворы экстракта из консервированных листьев алоэ, отгона лиманной грязи или комплексного тканевого препарата «ФИБС». Препарат вводился внутримышечно ежедневно по 1 ампуле. На курс 32—64 инъекции. За 15 лет лечилось более 2000 больных раком пищевода, желудка, кишечника, легкого, молочной железы, женских половых органов. Тканевая терапия у половины больных оказала положительный эффект: улучшение самочувствия, сна, аппетита, ослабление интоксикации, уменьшение болей, что способствовало торможению опухолевого процесса и значительно продлению жизни больных. Тканевая терапия безвредна, не отмечено ни одного случая усиления роста опухоли.

А. Фикари и М. Меле (Италия) доложили о новом методе лечения рецидивов путем внутритканевого введения радиоактивных изотопов. Введение зерен золота-198 применялось у больных, страдающих рецидивами злокачественных опухолей; ранее эти больные подвергались хирургическому или лучевому лечению или обоим этим видам лечения. Внутритканевое введение радиоизотопов в соответствующих случаях имеет отчетливые преимущества. Прежде всего, этим путем можно ввести в злокачественную опухоль необходимую радиационную дозу изотопа, применяя относительно нетравматизирующую технику.

О. Стутвил (США) сообщил о хирургическом лечении запущенных и распространенных опухолей в области головы и шеи с удалением всей системы сонной артерии на одной стороне с расчетом на развитие коллатеральной циркуляции или ее искусственное восстановление путем различных приемов протезирования и пересадки тканей.

Л. М. Нисневич, С. В. Каграманов, В. П. Золотцев (СССР) изучали результаты применения химио- и биопрепаратов на больных раком прямой кишки, не подлежащих радикальному оперативному вмешательству. Для лечения применяли: хлорэтиламины (сарколизин, спиразедин), этиленимины (этоксен, омани), а также антибиотики 2703, аурантин, круцин. Препараты назначали перорально, внутримышечно и местно в виде клизм. Отмечалось субъективное улучшение, а также некоторое уменьшение опухоли.

А. Маркэц (Венесуэла) дал анализ 100 операций при запущенном и рецидивном раке шейки матки. Производили переднюю экзентерацию таза. Излечение наступило в 30%.

Е. Х. Саркисян, Г. А. Даниелян, Л. Х. Геворкян (СССР) на основании изучения отдаленных результатов паллиативных операций пришли к заключению, что там, где радикальные операции невыполнимы, необходимо оказывать больному помощь в виде паллиативных операций даже в самых запущенных случаях.

По К. Калчеву, Ж. Хамамджиеву, М. Иванову (Болгария), радиоактивное золото является единственным методом лечения реактивного плеврита при раке бронха.

В. С. Мэк Ком (США) считает, что иссечение регионарного лимфатического аппарата шеи при раке полости рта, глотки и гортани с сочетанием полной тиреоидэктомии показано при шейных метастазах.

### Проф. Ю. А. Ратнер. Заключительное слово

Заслушанные краткие сообщения 12 делегатов конгресса в известной мере охарактеризовали работу конгресса, современные направления экспериментальной и клинической онкологии. Вирусная теория рака привлекла к себе много внимания. Значительно улучшились методы диагностики опухолей. Снизилась послеоперационная летальность, даже при расширении границ операций; появились новые аппараты для диагностики и оперативных вмешательств, несколько улучшились и отдаленные результаты лечения злокачественных опухолей. Конгресс продемонстрировал значение объединенных усилий ученых и практиков в настоящем и будущем. Надо надеяться, что объединенные усилия приведут к окончательной победе науки над злокачественными новообразованиями, уносящими повсюду так много жертв.

## КОНФЕРЕНЦИЯ УРАЛА И ПОВОЛЖЬЯ ПО КОСТНО-СУСТАВНОМУ ТУБЕРКУЛЕЗУ (Свердловск, 23—26 мая 1962 г.)

Конференция открылась рядом организационных докладов по борьбе с костно-суставным туберкулезом сотрудников Свердловского института туберкулеза. А. В. Бедрин обратил внимание на то, что заболевание костно-суставным туберкулезом на Урале и в некоторых областях Поволжья уменьшилось по сравнению с 1955 г. на 41%. Однако в ряде областей (Пермская, Удмуртская АССР, Башкирская АССР) заболеваемость уменьшилась весьма незначительно. Заболеваемость среди городского населения уменьшилась лишь на 19%. По данным института, заболеваемость туберкулезом костей и суставов переместилась в старшую возрастную группу. Так, в 1960 г. заболеваемость среди взрослых составляла 70%, а среди детей и подростков — 30%. Клинические формы за последние годы мало изменились. Процент туберкулезных спондилитов колеблется в пределах 64—70, а поражений крупных суставов — 27—36. Санаторно-кочечная сеть во всех областях составляет в сумме 2276 коек

для детей и 1601 для взрослых. За 5 последних лет по всем областям сделано 3552 операции, из них радикального типа более 60%. Докладчик отметил, что для улучшения борьбы с костно-суставным туберкулезом необходимо провести ряд мероприятий: добиться расширения числа коек для взрослых за счет перепрофилирования детских санаториев и стационаров, шире развернуть хирургическую активность и увеличить производство радикальных операций.

А. В. Бедрин предложил новое распределение больных костно-суставным туберкулезом по группам.

К первой им относятся больные с острой стадией процесса обострения, прогрессирующие формы, торпидно-текущие формы абсцесса, все свищевые формы, оперированные больные до стадии образования анкилозов и блоков;

к второй — неактивные формы (полное затихание), послеоперационные больные с клиническим излечением (анкилозы, блоки), больные с давно существующими параличами, большими деформациями;

к третьей — все больные с полным клиническим излечением.

Доклад проф. В. П. Грацианского был посвящен причинам наиболее частых ошибок в диагностике туберкулезного спондилита. Основными рентгенологическими признаками туберкулеза позвоночника являются деструктивные изменения, сужение щели, уменьшение диска и тень абсцесса. Ряд нетуберкулезных заболеваний, не только в начальной стадии, но и в более поздние сроки, бывает сходен с туберкулезом позвоночника. К таковым относятся местная перестройка, доброкачественные опухоли, метастазы злокачественных опухолей, эозинофильная гранулема, миелома и другие. Поэтому необходимы томография, туберкулиновая проба, рентгенография легких, пробная биопсия и пункция для цитологических исследований.

Большим диссонансом на современном этапе активного лечения туберкулеза костей и суставов прозвучал доклад П. П. Устюжанина об отдаленных результатах консервативного санаторно-ортопедического лечения в санатории «Подснежник» (Пермь). Отдаленные результаты прослежены у 250 больных. У 115 лечившихся антибиотиками стадия затихания процесса отмечена в 79%, обострения и осложнения — в 20% (параличи, свищи и абсцессы), летальность — 1,7%.

В докладе Я. М. Криницкого (Казань) освещен вопрос о клинико-анатомических параллелях натечных абсцессов. На основании патогистологического материала автор пришел к выводу, что механическая теория простого растекания гноя в мягкие ткани совершенно несостоятельна. В полном соответствии с учением Ляжелонга и Корнева, образование натечных абсцессов — процесс биологический и характеризуется разрастанием туберкулезной гранулемы из первичного костного очага деструкции. Из этого следует, что абсцессотомии без некрэктомии очага деструкции недопустимы.

С. А. Вейсман (Казань) представил материал 84 операций на позвоночнике у детей. Автор считает, что и у детей хирургическое вмешательство является одним из важных компонентов комплексного лечения туберкулезного спондилита.

В докладе Коршунова был приведен большой материал по хирургическому лечению туберкулеза позвоночника у детей. Автор считает, что одновременно с изъятием туберкулезной гранулемы из костного очага поражения необходимо делать фиксацию, так как эта операция стимулирует регенерацию и ускоряет блокирование позвонков.

Г. А. Елизаров коснулся вопроса артропластики суставов при туберкулезном их поражении. Им проведено 15 операций на тазобедренном и коленном суставах с хорошим сохранением функции. Отдаленные результаты на протяжении 11 лет показали целесообразность этих операций. У всех не было ни разу рецидива туберкулезного процесса. Однако его доклад вызвал ряд возражений. Замечено, что его работа относится к группе поисковых исследований и что необходимы дальнейшие исследования, чтобы эта операция получила права гражданства.

В работах Крупницкого и Елохиной представлены весьма хорошие результаты после резекции тазобедренного сустава. Ликвидация туберкулезного процесса и устранение статико-динамических нарушений отмечены в 95%.

Е. В. Лабок сообщила о ликвидации свищей — весьма опасных осложнений костно-суставного туберкулеза. Полное заживление отмечено в 100%. У 80 больных произведено 86 операций. В ряде случаев необходимо оперировать до тех пор, пока свищи не будут ликвидированы. Иногда приходится оперировать таких больных по 3—4 раза, но можно добиться полного излечения.

Ряд докладчиков (В. С. Сафина, К. М. Игнатов) коснулись весьма важного раздела костно-суставного туберкулеза — первичных оститов и околосуставных очагов поражения. Для предупреждения поражения суставов и полного сохранения их функции необходимо таких больных оперировать срочно и ставить широкие показания для хирургического вмешательства. Эти лечебно-профилактические операции в комплексе с антибактериальной терапией дали возможность получить излечение в 95%.

Конференция показала, что лечение больных костно-суставным туберкулезом стоит на правильном пути. Правильно организованная борьба должна привести в ближайшие годы к ликвидации внелегочного туберкулеза как массового заболевания.

Доц. Я. М. Криницкий  
(Казань)