

ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНОЕ СЛОВО ПРЕДСЕДАТЕЛЯ СЪЕЗДА

Проф. И. Б. ОЛЕШКЕВИЧ

Дорогие товарищи!

Работа нашего съезда подходит к концу. Более трех дней мы напряженно трудились и выполнили очень большую работу. Результаты этой работы участники съезда донесут в самые отдаленные уголки нашей республики, они должны стать достоянием широких масс хирургов. Материалы этого большого коллективного труда, несомненно, будут изданы, что еще больше поможет хирургам в выполнении ими повседневной работы.

На съезде заслушано 6 докладов организационного характера; 45 докладов посвящено острому аппендициту, острому холециститу, острому панкреатиту и холецисто-панкреатиту, 30 — травматическому шоку, острой кровопотере и новому в хирургии. Таким образом, по всем проблемам мы

заслушали 75 докладов. В прениях выступил 51 человек. Они значительно дополнили основных докладчиков.

Моя задача как председателя съезда облегчена тем, что итоги по основным проблемам подведены председателями заседаний, которые в заключительном слове довольно полно охарактеризовали обсуждавшиеся проблемы. Кроме того, по основным вопросам подведены итоги в принятых нами решениях. Поэтому мне необходимо подчеркнуть только основные вопросы, а также дать общую оценку работе съезда.

При обсуждении состояния хирургической помощи в районах республики как докладчики, так и выступающие в прениях высказывали точку зрения, что и в районах должны быть организованы крупные хирургические отделения. Эти отделения необходимо хорошо оборудовать, обеспечить необходимыми кадрами хирургов и анестезиологов. Кроме того, и в районах республики следует стремиться к организации специализированной хирургической помощи: травматологической, урологической, онкологической. И это нужно считать правильным направлением в дальнейшем развитии хирургической помощи в сельской местности.

Обсуждение проблемы «Острый аппендицит и его осложнения» показало, что хирурги Белоруссии достигли определенных успехов. Больные с острым аппендицитом стали раньше госпитализироваться и своевременно оперироваться. Выработана тактика при диффузном перитоните аппендикулярного происхождения. Чаще стали пользоваться интенсивной терапией при запущенных формах острого аппендицита. Снизилась летальность при этом заболевании.

При обсуждении проблемы острого аппендицита выявилась и такая картина: резко увеличилось число больных с этим заболеванием в послевоенный период. Следует особенно подчеркнуть резкое увеличение заболеваемости аппендицитом среди сельского населения. Острый аппендицит стал частым заболеванием у детей, включая и грудной возраст. Участились случаи острого аппендицита у лиц пожилого и старческого возраста. Эти обстоятельства и вынудили нас поставить доклады о заболеваемости аппендицитом на селе, а также детей и лиц пожилого и старческого возраста.

Вместе с тем при обсуждении проблемы острого аппендицита выявлены и недостатки. И сейчас некоторые больные поступают в лечебные учреждения в запущенном состоянии и часть из них, несмотря на применение интенсивной терапии,

погибает от развившихся осложнений. Объясняется это тем, что аппендицит вначале иногда протекает с малыми симптомами, и больные до наступления катастрофы в брюшной полости не обращаются за медицинской помощью. Кроме того, население боли в животе нередко объясняет наличием глистной инвазии, а это, по их мнению, не опасно. О коварстве аппендицита и опасности глистных инвазий население должно знать. Сделать это можно при помощи санитарно-просветительной пропаганды.

И мне кажется, правильно поступило правление нашего общества, поставив острый аппендицит для обсуждения на VI съезде хирургов Белоруссии.

Всестороннему и глубокому обсуждению подверглись такие заболевания, как острый холецистит, острый панкреатит и холецисто-панкреатит. Как видно из заслушанных докладов и последующего их обсуждения, в послевоенный период значительно возросло число больных с этими заболеваниями. Вместе с тем мы узнали, что хирурги стали лучше лечить больных с этими заболеваниями. Улучшению лечения острого холецистита способствовали решения VI пленума Всесоюзного общества хирургов, состоявшегося в 1956 г. После пленума эти больные стали госпитализироваться в хирургические отделения, улучшилось качество консервативного лечения, уточнились показания к оперативному вмешательству, более целеустремленно стали лечить больных в пред- и послеоперационном периоде. В результате проведенных мероприятий улучшились непосредственные и отдаленные результаты.

Значительно улучшилось также лечение больных острым панкреатитом и холецисто-панкреатитом. Наблюдения показывают, что основная масса больных с этими заболеваниями нуждается в консервативном лечении. Однако эффективность такого препарата, как трасилол, невысока. Кроме того, трасилол не всегда имеется в достаточном количестве.

Важно также заниматься профилактикой острого панкреатита и холецисто-панкреатита. Поскольку эти заболевания часто являются дальнейшей фазой острого холецистита, то своевременное лечение его, в том числе и хирургическим методом, явится лучшим профилактическим средством против поражения поджелудочной железы.

Следует помнить, что при длительном консервативном лечении хронических рецидивирующих холециститов в печени и

желчных путях развиваются такие необратимые изменения, когда хирургическое лечение становится неэффективным. Отсюда вытекает необходимость в своевременном оперативном лечении этих больных. Необходимо также помнить, что при длительном применении консервативного лечения острый воспалительный процесс нередко переходит в хроническую форму и больные повторно попадают в стационары.

Следующей очень важной проблемой, которую мы обсудили, является травматический шок и острая кровопотеря. Следует отметить то, что в докладах и выступлениях отмечены классические исследования отечественных ученых (Н. И. Бурденко, И. Р. Петров, А. В. Вишневский, В. В. Бабук и многие другие), создавших и значительно усовершенствовавших рефлекторную теорию травматического шока. Согласно рефлекторной теории шок рассматривается как сложная двухфазная реакция организма в ответ на нервно-болевую травму. Для первой фазы (эректильной) характерно появление различного рода реакций, обусловленных разлитым возбуждением центральной нервной системы. Вторая фаза (торпидная) характеризуется разлитым торможением и истощением центральной нервной системы, ведущим к нарушению гемодинамики, дыхания, эндокринной системы, окислительных и обменных процессов. Течение травматического шока значительно осложняется при наличии кровопотери. Исходя из этих нарушений должна строиться патогенетическая терапия шока, направленная на восстановление нарушенных функций. Об этом подробно было сказано в заключительном слове председательствующего О. С. Мишарева. И если я на этом остановился, то только потому, чтобы подчеркнуть важность этой проблемы.

Совершенно другой должна быть тактика при острой кровопотере различного происхождения. Здесь имеют значение характер травмы, состояние больного, определение количества потерянной крови. Если острая кровопотеря наступает во время операции, то должны быть учтены тяжесть производимой операции, состояние больного до операции и др. У этих больных потерянная кровь должна быть возмещена и притом в необходимом количестве. При отсутствии крови или недостаточном ее количестве можно внутривенно ввести 5% раствор глюкозы на физиологическом растворе и 10% раствор хлористого кальция или глюконат кальция, а также внутриаптериально нагнетать кровь.

На съезде были рассмотрены некоторые новые вопросы хирургии. Это самый большой раздел программы VI съезда хирургов Белорусской ССР. В тезисах опубликовано 75 докладов, в программу внесено 23. Некоторые товарищи выступили в прениях с обсуждением проводимой ими научно-исследовательской работы.

Из этого раздела программы съезда прежде всего следует отметить доклады, посвященные реконструктивным операциям на желудочно-кишечном тракте и сердечных клапанах. На съезде довольно широкое освещение получили электронмпульсная терапия, экстракорпоральное кровообращение, реаниматология, регионарная перфузия и др. Заслуживают внимания доклады, посвященные лечению нейрогенных расстройств мочеиспускания. Сейчас такие больные, ранее считавшиеся обреченными, получают необходимую медицинскую помощь. При этом следует отметить, что все вопросы, связанные с реиннервацией мочевого пузыря, как в эксперименте, так и в клинике впервые изучены белорусскими учеными. Необходимо также отметить доклады, посвященные новому в онкологии, в том числе разработке новых оперативных методов.

Отмечая сделанное, нужно думать и о будущем. Мы должны стремиться развивать гнойную хирургию, которая в последнее время в связи с широким применением антибиотиков выходит на передовые позиции. В ближайшее время следует обсудить совместно с терапевтами нагноительные процессы в легких и их лечение. Необходимо и дальше совершенствовать оперативные методы на желудочно-кишечном тракте, желчных протоках, сердце и кровеносных сосудах. Ждет своего разрешения и хирургия поджелудочной железы. Нельзя забывать и о таких частых заболеваниях, как острый аппендицит, острый холецистит, острый панкреатит, и других заболеваниях органов пищеварения. Новому составу правления республиканского общества хирургов следует иметь в виду эти замечания и строить свою работу с учетом их.

Подводя итоги проведенной работы, я, по-видимому, не ошибусь, если скажу, что VI съезд хирургов Белорусской ССР прошел на высоком организационном и научном уровне. Об этом свидетельствует активность делегатов при обсуждении основных проблем, единодушно принятые решения по обсуждавшимся проблемам и т. д.

Дорогие товарищи! Позвольте мне от вашего имени сер-

дечно поблагодарить Центральный Комитет Коммунистической партии Белоруссии и правительство Белорусской ССР за создание условий для проведения съезда хирургов.

Разрешите отдельно поблагодарить заведующего административным отделом ЦК КП Белоруссии Л. Г. Клецкова, заместителя заведующего административным отделом ЦК КП Белоруссии А. А. Здановича и заведующего сектором здравоохранения ЦК КП Белоруссии В. И. Казея за их содействие в организации съезда.

Приношу благодарность Минскому городскому комитету партии, Минскому горисполкому Совета трудящихся и лично председателю горисполкома М. В. Ковалеву за проявленную заботу об участниках съезда.

В организации съезда большую помощь нам оказали: министр здравоохранения проф. Н. Е. Савченко, первый заместитель министра здравоохранения К. Н. Анищенко, заместитель министра Л. П. Маринкевич. За это мы выражаем им благодарность.

Выражаю сердечную благодарность ректору Минского медицинского института доц. А. А. Ключареву за предоставление актов зала для проведения заседаний съезда.

Благодарю начальника планового отдела Минздрава БССР А. Л. Доросинского за оказанную помощь в материальном обеспечении съезда.

Большое участие в подготовке съезда принимали проф. Т. Е. Гнилорыбов, доц. И. М. Стельмашонок, проф. А. А. Грейман, проф. А. В. Шотт, докт. мед. наук О. С. Мишарев, доц. Ф. А. Чеканович, доц. Ф. И. Родина, канд. мед. наук М. Н. Хомченко и многие другие товарищи, за что сердечно их благодарю.

Выражаю благодарность председателям заседаний, профессорам Н. Е. Савченко, Т. Е. Гнилорыбову, А. В. Шотту, А. А. Грейману, В. В. Бабуку, О. С. Мишареву и В. М. Величенко за их обстоятельные заключения. Благодарю всех докладчиков и выступавших в прениях.

Большое спасибо всем делегатам съезда за проявленную дисциплину и то внимание, которое они оказали его работе. Особую благодарность приношу участникам съезда, приехавшим к нам из Москвы, Ленинграда, Свердловска, Воронежа, Смоленска, Калининна и других городов Советского Союза, выступавшим с докладами и принявшим активное участие в обсуждении научных проблем. Прошедший VI съезд хирургов

Белоруссии, несомненно, поможет улучшить качество хирургической помощи населению республики, повысить уровень научных исследований по хирургии и др.

Разрешите, дорогие товарищи, пожелать вам доброго здоровья, счастья в личной жизни и больших творческих успехов в вашей деятельности.

VI съезд хирургов Белорусской ССР объявляю закрытым.