

Встречаются ошибки в формулировках грамматического материала.

В разделе о третьем склонении в одних случаях учебник повторяется (стр. 57 и 60, 54 и 57), а в других — не договаривает того, что нужно (см. § 62, 63). На стр. 60 среди равносложных слов греческого происхождения на *-is* забыто *pelvis*, а на стр. 88 предлагают студенту просклонять *pelvis maior*. Как должен склонять его студент, если к тому же из словаря выброшено указание Боголенова, что это слово греческое?

Только два обстоятельства заслуживают внимания и одобрения: 1) помещение в приложение образцов контрольных работ, которые проводились во II медицинском институте; 2) перенос темы об основных формах глагола в одно из первых занятий, хотя и здесь авторы не обошлись без погрешности.

Д. Ф. Калинин
Р. М. Романова
(Казань)

СЪЕЗДЫ И КОНФЕРЕНЦИИ

II МЕЖДУНАРОДНЫЙ КОНГРЕСС ПО РЕАБИЛИТАЦИИ

(11—15/VI 1962 г., Дрезден)

Конгресс был подготовлен немецким Обществом гигиенистов ГДР (председатель — проф. Гольштейн) и Обществом по реабилитации ГДР (председатель — проф. Ренкер).

В конгрессе приняли участие представители 19 государств. В качестве делегатов от СССР были доцент В. Н. Блохин (Москва), доцент Д. С. Мамалат (Киев) и проф. Л. И. Шулуток (Казань); в качестве гостей были канд. мед. наук Е. Н. Винарская (Москва) и проф. Е. С. Авербух (Ленинград).

Председателем конгресса был избран проф. Курт Винтер, заместителем — проф. К. Ренкер. Официальными языками конгресса были немецкий, русский, английский и французский.

На конгрессе для обсуждения были предложены четыре проблемы: 1) вопросы организации реабилитации; 2) медицинская реабилитация (восстановление); 3) реабилитация больного ребенка; 4) профессионально-трудовое восстановление.

Третья и четвертая проблемы, как это указывалось в программах, проводились совместно с соответствующими комитетами Международной организации по реабилитации (присутствовал генеральный секретарь Вильсон).

Открытие конгресса состоялось 11/VI. Во вступительном слове председатель проф. Винтер приветствовал прибывших на конгресс, отметил высокие гуманные цели, которые ставят перед собой организации реабилитации инвалидов войны и мирного времени. «Пусть этот конгресс будет конгрессом дружбы и сотрудничества на благо инвалидов», — закончил свою речь т. Винтер.

С приветствиями выступили также проф. Фридберг (зам. министра здравоохранения ГДР), генеральный секретарь Международного Общества по реабилитации Д. Вильсон, обер-бургомистр Дрездена Шиль, от ректората Медицинской академии — проф. Эльснер и другие.

С горечью произносились воспоминания о том, как перед самым окончанием войны американскими бомбами было уничтожено 35 000 жителей Дрездена, а сам город превращен в развалины. Убитых нельзя вернуть, но город был восстановлен и является одним из красивейших городов Германии.

В докладе В. Н. Блохина (СССР) была показана организационная структура учреждений СССР, где проводится громадная работа по реабилитации. Это отчетливо было видно на опыте по лечению и возвращению к труду детей, перенесших полиомиелит, на туберкулезных больных, на слепых и глухих, на детях со спастическими параличами, на душевнобольных и других.

Большое внимание привлекло то место доклада, где была показана широкая сеть профилактических учреждений, которые позволяют предупреждать развитие инвалидизирующих заболеваний, ликвидировать начальные формы болезни и этим сохранить трудоспособность.

В большинстве социалистических стран реабилитация идет по двум направлениям: 1) медицинская реабилитация и 2) социально-экономическая, или трудовая.

Первая ставит своей задачей оздоровление человеческого организма, ликвидацию болезненного процесса, по возможности восстановление нарушенных функций. Это относится к врожденным дефектам развития, заболеваниям и повреждениям как у детей, так и у взрослых. Для медицинской реабилитации имеется солидная группа контингентов: ортопедическая, хирургическая, нейрохирургическая, неврологическая, терапевтическая, гинекологическая, туберкулезная, психиатрическая, офтальмологическая и др. При этом особое значение как у детей, так и у взрослых придается ранней реабилитации.

Социально-экономическая, или трудовая, реабилитация предполагает привлечение

лиц с пониженной трудоспособностью или инвалидностью к общественной жизни и приобщение к труду. Понятно, часто решение этих вопросов зависит от степени остаточной трудоспособности, уровня образования, характера бывшей профессии и т. д. Методы реабилитации разнообразны. Сюда входят трудоустройство, переквалификация, повышение квалификации, создание необходимых условий для выполнения трудовых процессов и другие.

На конгрессе были высказаны мысли о важности тесной связи между медицинской и трудовой реабилитацией. Некоторыми докладчиками указывалось, что в медицинском учреждении необходимо добиваться не только излечения больного, но и восстановления трудоспособности. В связи с этим, как это сделано в Польской Народной Республике (проф. Дега), рекомендуется создать специальные кафедры по реабилитации. В качестве ассистентов на таких кафедрах должны быть представители разных специальностей — ортопеды, терапевты, физиологи, психологи и др. Целесообразность создания таких кафедр поддержали представители ГДР, Чехословакии. Были высказаны пожелания о внесении в программу медицинских вузов вопросов реабилитации.

Хорошо поставлено дело реабилитации в Чехословакии, ГДР, Венгрии, Финляндии, Швеции и др.

Кнапек сообщил, что начало реабилитации в Чехословакии относится к 1913 г., но полное развитие реабилитация получила после второй мировой войны. Реабилитация является составной частью общего курса лечения по определенной программе. Медицинское и трудовое восстановление проводится до полного успеха и приобщения больного к труду. На это приходится затрачивать много времени и усилий. Для больных с врожденными деформациями созданы специальные реабилитационные учреждения.

Ваш (Венгрия) обращает внимание на меры профилактики, придавая большое значение правильной организации на производстве техники безопасности и контроля. Медицинские осмотры должны выявлять не только общее состояние трудящегося, но и годность к выполняемой работе. Это будет способствовать раннему распознаванию начинающегося заболевания.

Ренкер (ГДР) сообщил, что в Германии с 1957 г. существует научно-исследовательская группа и организационный центр по реабилитации. В 1962 г. создано научное общество по реабилитации, которое объединяет врачей, педагогов, психологов, дефектологов, юристов и других специалистов, работающих по восстановлению. Докладчик полагает, что должен быть издан специальный закон, предусматривающий регистрацию всех инвалидов и меры к восстановлению трудоспособности, трудоустройству и приобщению их к общественной жизни. Докладчик считает, что на каждом предприятии должен быть резерв — 10% рабочих мест для инвалидов.

В Лейпциге, Дрездене и Эйзенберге созданы специальные центры по реабилитации: ортопедические больные обучаются 14 профессиям, глухие — 20 профессиям и т. д. Ставится задача предоставить инвалидам широкие возможности приобретения навыков по различным сложным профессиям. Намечается создание центра по реабилитации сельского населения.

Нора (Финляндия) сообщил об организации специального отделения по реабилитации инвалидов при Институте медицины труда (Хельсинки). В этом отделении работают врач, психологи, консультанты по трудовым вопросам. Важным разделом работы этого отделения является подбор профессии для инвалида. Интересно, что, по данным этого Института, из 4000 инвалидов в возрасте от 16 до 40 лет 2426 (58,5%) получили инвалидность по ортопедическим заболеваниям (травмы, последствия полиомиелита, костный туберкулез и т. д.). Из этого количества полное приобщение к труду удалось получить у 26%.

Дега (Познань) сделал интересное сообщение о плане реабилитации при тяжелых ортопедических деформациях. Автор правильно указывает, что план оперативных вмешательств у больных с ортопедическими деформациями должен быть тесно увязан с планом реабилитации. Эффективность оперативного вмешательства при тяжелых ортопедических деформациях во многом зависит от ряда факторов: продолжительности заболевания, возраста, образования, профессиональных способностей больного, настоящего стремления его к восстановлению и т. д. Совместное обследование и работа со специалистами по трудовой реабилитации дают лучшие надежды на положительные результаты лечения.

По вопросам об оперативном лечении и послеоперационном ведении больных с туберкулезом коленного сустава сообщение сделал Хаджистамов (Пловдив). О своей методике автор поделился с советскими читателями на страницах журнала «Ортопедия, травматология и протезирование».

В. Н. Блохин (Москва) рассказал о богатом опыте реконструктивных операций при ампутированных дефектах кисти и пальцев. Доклад был хорошо иллюстрирован диапозитивами.

Д. С. Мамалат доложил об опыте работы Киевского института туберкулеза по восстановлению функции и работоспособности больных туберкулезом после пульмонэктомий.

Л. И. Шулуто сообщил о результатах восстановления трудоспособности инвалидов, страдающих хроническими незаживающими язвами.

Доклады представителей СССР были заслушаны с большим вниманием и отмечены председателем заседания и участниками прений.

В докладе Матцена (Лейпциг) освещались методы лечения деформирующих артрозов тазобедренного сустава. Автор подчеркнул, что лечение этого рода больных и восстановление их трудоспособности представляют большие трудности. Эндопротезы, как и металлическая вертлужная впадина, дают ненадежные результаты: лучшие исходы артропластики — при использовании фасции. Решение о применении того или иного метода должно приниматься конкретно при оценке состояния больного.

Реабилитация спинальных больных была отражена в докладах польских ортопедов (Познань). Правильно подчеркивалась необходимость раннего применения методов реабилитации, в первую очередь лечебной гимнастики, опорных ортопедических аппаратов и специальной функциональной тренировки для тазовых органов. Изложенные принципы уже давно с положительными результатами реализуются в специализированных учреждениях нашей страны.

Интересно было заседание по вопросам реабилитации больного ребенка.

Основная мысль докладчиков сводилась к необходимости на соответствующем уровне обеспечить проведение лечебных процессов, применение педагогических и трудовых средств, начиная с самого раннего возраста.

Лечение ребенка должно строиться на основании детального изучения патофизиологических отклонений в его состоянии. Педагогический процесс зависит от характера заболевания, глубины патологических изменений и состояния нервной системы ребенка. Специальная воспитательная работа с дефективным ребенком проводится с учетом не только индивидуальных качеств, но и психонатологических особенностей.

Правильную мысль высказал Бару (Будапешт): «Не следует жалеть дефективного ребенка, а надо добиваться того, чтобы он стал полезным обществу». Лечебная реабилитация требует совместных усилий врача и педагога.

Интересные данные по поводу нарушения речи у малышей привел Бекер (Берлин). По его мнению, бывает трудно установить границу между нормальной и патологической речью у детей, и с пятого года все языковые отклонения у детей, как правило, следует считать патологией. Автор установил, что у 11% дошкольников и у 1% школьников существует нарушение речи. Такое положение выдвигает необходимость в расширении логопедического лечения.

Заслуживает внимания опыт ГДР в организации помощи больным с речевыми расстройствами. Она оказывается объединенными усилиями врачей (терапевтов, педиатров, невропатологов и психиатров) и педагогов-логопедов и психологов, с участием «социальных» работников. Это дает возможность полезного сочетания лечебных мер с квалифицированным обучением и воспитанием. Сеть учреждений, осуществляющих реабилитацию указанной группы больных, разворачивается на основе статистического учета нуждающихся.

Анализ заслушанных докладов и осмотр клиник Дрездена показали, что трудовая реабилитация психических больных в СССР проводится лучше и охватывает более значительные группы этих больных.

Последнее пленарное заседание было посвящено вопросам трудовой реабилитации. Маурер (Бухарест) сделал доклад о роли врачебной экспертизы в организации реабилитации. Он считает, что врачебно-экспертная комиссия обязана продолжительными наблюдениями и исследованиями больного установить возможности и пределы восстановления трудоспособности. При этом изучении следует помнить, что одно какое-либо нарушение обязательно вызывает комплекс других нарушений, но, с другой стороны, развивает приспособительные функции.

Реабилитация должна начинаться рано и доводиться до полного восстановления. Реабилитация — результат работы большого количества разных специалистов, где руководящую роль играет врач.

Формика (Рим) сделал сообщение по реабилитации подростков с нарушениями психики. Эта проблема для капиталистических стран представляет значительный интерес. Как сообщил докладчик, у подростков часто наблюдаются психические затруднения. Это происходит, по-видимому, благодаря биологическим изменениям, соответствующим данному возрасту, когда юноша не встречает удовлетворения своих стремлений в окружающей внешней среде.

В докладе Гулека (Варшава) речь шла о применении индивидуальных технических средств для реабилитации. Это важно для слепых или плохо видящих, для людей с ослабленной мускулатурой, ограниченными движениями, пониженной силой схвата и низкой реакцией на раздражители. В этих случаях может помочь специально созданное техническое оснащение. Докладчик рекомендует не навязывать больному технику, а изготовлять ее с учетом его желания.

Мюллер (Берлин) поделился опытом реабилитации 1000 железнодорожных работников. Создана специальная реабилитационная комиссия, состоящая из врача, представителей железнодорожной профорганизации и администрации. Эта комиссия решает вопросы изменения профиля работы, если в этом возникает необходимость. 80% реабилитированных получили работу благодаря медицинской реабилитации. Средний возраст — 47 лет, 68% из них работают в главных отраслях транспорта.

Ввиду своей высокой квалификации эти работники находятся под диспансерным наблюдением и получают своевременное лечение.

На конгрессе было показано 15 фильмов, в которых иллюстрировались успехи реабилитации.

Специальным жюри призы отмечены 2 кинофильма: Томашевская (Польша) — реабилитация после высокой ампутации двух нижних конечностей при помощи самых простых средств восстановления — и Айшла (Венгрия) — реабилитация умственно отсталых детей.

Следует признать, что заслушанные на конгрессе доклады создали у делегатов оптимистическое настроение, вселили веру в те громадные возможности, которыми располагает наука для возвращения больного человека к общественно полезной жизни и трудовой деятельности.

Укрепило такое убеждение и наше посещение реабилитационного центра в Дрездене. Это учреждение — профессиональная школа для инвалидов — существует с 1954 г., в 1962 г. перешло в ведение отдела социального обеспечения Министерства здравоохранения. Центр располагает большим количеством производственных мастерских, подсобных учреждений, школьных классов, аудиторий, а также интернатом на 160 человек.

Среди учащихся имеются больные с последствиями полиомиелита, спастическим параличом, после ампутаций, с врожденными деформациями опорно-двигательного аппарата, внутренними заболеваниями и несколько — с эпилепсией.

В этом центре готовятся различные специалисты: металлосты, механики, токари, фрезеровщики, столяры, чертежники, электрики, экономисты и другие.

Основной персонал и администрация центра укомплектованы из педагогов. Среди инструкторов имеются лица, получившие специальность в этом центре. Врач посещает школу один раз в неделю. Педагогический процесс разрабатывается на основе методических установок Министерства просвещения. Выбор профессии производится сообразно с состоянием здоровья поступающего и с учетом его желания. Вместе с подготовкой по специальности учащиеся проходят курс 10-классной общеобразовательной школы.

Возраст учащихся довольно пестрый, от 14 до 50 лет. Срок обучения новой профессии — 3 года, а переобучения — 2 года. По окончании учебы учащийся направляется на производство, но некоторые идут в вузы. Учащиеся в зависимости от профессии и стажа получают стипендии от 60 до 140 марок в месяц.

Бюджет школы — 1 млн. марок в год. Штат состоит из 60 человек, среди которых 27 педагогов, включая преподающих марксизм, физику, химию, математику, литературу, языки.

Школа имеет производственный план. Ее продукция продается государству, чем возвращается в бюджет четверть расходов, ассигнованных на школу.

Аналогичный реабилитационный центр имеется в г. Эйзенберге на 150 человек, а в Мекленбурге специально — для обучения по сельскохозяйственным профилям.

С большим интересом нами осмотрена ортопедическая клиника Дрезденской медицинской академии на 205 коек, руководимая проф. Н. Бюшельбергером. Здание, где размещена клиника, было разрушено во время известной бомбардировки, а в 1955 г. полностью восстановлено. Планировка клиникеских отделений, лабораторий, операционных, перевязочных, кабинетов проведена весьма рационально. В палатах для тяжелых больных имеются телефоны для переговоров с родными. В каждой палате библиотечный каталог. Для выдачи книг 1 раз в неделю приходит библиотекарь. Здесь находятся на лечении ортопедические и костнотуберкулезные больные. Травматологические больные госпитализируются в хирургической клинике проф. Шпринга, где старшим травматологом работает Бельман. В штате учреждения, кроме руководителя-профессора, 2 старших врача — заведующие отделениями и 8 врачей. Среднее звено состоит из 80 медицинских сестер, среди которых имеются стенографистки, заполняющие истории болезни и ведущие всю переписку. Запись чернилами запрещена, все медицинские документы заполняются только машинописью. В кабинетах, лабораториях работает только средний персонал. У работающих в рентгенокабинетах на халатах дозиметры. В отделении физиотерапии 8 методистов, получивших трехгодичную подготовку в специальной школе по лечебной гимнастике. В комнате для гипсовых работ имеется доска, на которой записывается фамилия больного, палата и название гипсового изделия, которое ему необходимо. На этом основании работник кабинета вызывает больных. Группы анестезиологов в клинике нет. Наркоз дают медицинские сестры и лишь интубационный выполняется врачом. В клинике чаще всего пользуются общим наркозом — закисью азота и нитроэсальной новокаиновой анестезией. В чистой операционной белье синего цвета, а в гнойной белое.

В течение года клиника принимает до 200 больных с врожденными вывихами. Основное лечение — бескровное вправление, а после 4 лет — операция. В клинике мало больных со сколиозами. Среди контингента взрослых ортопедических больных много с деформирующим остеоартрозом тазобедренного сустава, которым с успехом применяется операция Фосса, заключающаяся в рассечении приводящих мышц бедра и сбивании большого вертела со всеми прикрепляющимися мышцами. В 80% эта операция дает хорошие результаты (снижает боли, восстанавливает форму головки,

улучшает движения). Костнотуберкулезным больным проводится как консервативное, так и оперативное лечение.

Для Дрездена 205 ортопедических коек недостаточно, очереди для поступления в клинику ждут более 300 больных.

Большое впечатление произвела на нас Дрезденская картинная галерея. Очень тронула нас надпись над входом в эту галерею: «Народы Советского Союза спасли и немецкому народу передали дрезденские богатства мировой культуры. Мы используем их с благодарностью во имя дружбы народов и мира».

Во время всего пребывания нашей делегации в Дрездене мы чувствовали со стороны ученых и граждан этого города теплое и дружеское отношение к нам как представителям Советского Союза.

В заключение следует сказать, что реабилитация как отдельное направление здравоохранения получила признание во многих странах. Наиболее успешны результаты реабилитации тогда, когда к этой работе привлечены все заинтересованные специалисты, а медицинская реабилитация тесно связана с трудовой.

В нашей стране проводится громадная работа по реабилитации. Для большей ее эффективности необходимо всю эту работу организационно координировать в одном центре при Министерстве здравоохранения.

Весьма целесообразно было бы рекомендовать периодической медицинской печати более широко отображать работу по реабилитации в различных медицинских специальностях.

Проф. Л. И. Шулюто
(Казань)

ВТОРОЙ ВСЕРОССИЙСКИЙ СЪЕЗД ХИРУРГОВ

(24—29/IX 1962 г., Саратов)

Съезд проходил под председательством действительного члена АМН СССР проф. А. А. Вишневого.

По проблеме портальной гипертензии заслушано 20 докладов.

Ф. Г. Углов (Ленинград) выделяет две формы нарушения тока крови: внутривеночный и внепеченочный блок. Решающее значение для диагностики, выявления характера и места портального блока имеет спленопортография.

На высоте кровотечения оперативное лечение не показано. Длительное капельное переливание крови в больших дозах обычно привело к остановке кровотечения. В угрожающих случаях рекомендуется перевязка селезеночной артерии или вен пищевода. Спленэктомия производится крайне редко. Наиболее рациональным методом лечения считается прямой портокавальный анастомоз.

Б. А. Петров, Э. И. Гальперин, М. К. Щербатенко (Москва) придают большое значение измерению внутриселезеночного давления, что позволяет судить о степени нарушения портальной циркуляции и возможности операции.

Больных разделяют на две основные группы: I — с расширенными венами пищевода и кровотечениями и II — с циррозом печени и хроническим асцитом. Оперативные вмешательства для снижения давления показаны главным образом у больных I гр.

При кровотечении из расширенных вен пищевода, если не помогает переливание крови и гемостатические препараты, вводят в пищевод пневмобаллон для сдавления вен. Из операций рекомендуют рассечение передней стенки желудка в субкардиальном отделе с перевязкой изнутри расширенных вен. Операции, направленные на создание анастомозов с мелкими ветвями воротной вены, и оментопексии дают повторные кровотечения.

М. Д. Пациора (Москва) рекомендует при симптоме портальной гипертензии с варикозно расширенными венами пищевода и портальным давлением выше 350 мм водяного столба спленоренальный анастомоз. При давлении ниже 350 мм, а также при невозможности наложения сосудистого анастомоза показана спленэктомия с оментопексией в сочетании с перевязкой вен пищевода или перевязкой венозной вены желудка.

В. В. Виноградов, П. Н. Мазаев, В. П. Шишкин, М. Я. Авруцкий, Ю. Д. Вольнский, А. С. Логинов, Х. Х. Кулиева (Москва — Калинин) исследовали систему печеночных вен и артерий, состояние паренхимы печени. Эти исследования позволили наметить пути хирургического лечения. У некоторых больных прибегали к катетеризации печеночных вен с регистрацией «печеночно-капиллярного давления» и рентгеноконтрастным исследованием печеночных вен. Рентгенологическое исследование сосудов портальной системы производилось 70% раствором кардиотраста или диотраста в количестве 25—30 мл.

П. Н. Напалков, И. И. Шафер, А. Я. Липский, Е. Д. Можайский (Ленинград) рекомендуют пользоваться различными методами оперативного вмешательства. Отдаленные результаты прослежены более чем у 80 больных в сроки до 7 лет. У значительной группы больных наступило стойкое улучшение.

А. Ф. Зверев, Г. И. Гридина (Свердловск) при внепеченочной портальной гипертензии у детей рекомендуют производить спленэктомию в сочетании с оменторенопексией и перевязкой сосудов малого сальника в кардиальном отделе желудка.