

поражения не имеют четких границ. Отдаленные результаты у этих групп больных оказываются менее удовлетворительными.

Противопоказанием к хирургическому лечению являются дыхательная недостаточность с развитием легочного сердца, бронхиальная астма, протекающая с частыми и тяжелыми приступами, выраженный амилоидоз. Летальность после оперативных вмешательств у детей по поводу бронхоэктазий не превышает 1—2%.

М. Н. Степанова (Москва) отметила разнообразие форм гнойных заболеваний легких у детей. Морфологические изменения удаленной при операциях бронхолегочной ткани при бронхоэктазах на почве неспецифических легочных заболеваний, перенесенных в раннем детском возрасте, по данным докладчика, составили 84%. Наряду с приобретенными хроническими нагноительными процессами в легких обращает на себя внимание хроническая пневмония при врожденных пороках развития бронхолегочной системы (поликистоз, ателектазы, нарушение ветвления бронхов и др.); они наблюдались у 15% всех оперированных больных. Хорошие результаты оперативных вмешательств отмечены у 83% детей, удовлетворительные — у 13,6%, неудовлетворительные — у 3,4%.

К. В. Лапина подчеркнула, что физиотерапия является обязательным звеном в комплексном лечении хронических неспецифических заболеваний легких у детей и должна быть строго патогенетически обоснована.

Освещался опыт санаторно-курортного лечения детей с хронической пневмонией в санаториях Башкирии (проф. Е. Н. Третьякова), Крыма (проф. С. М. Гавалов) и др.

С. Ю. Каганов (Москва) отметил, что в последние десятилетия имеется тенденция к росту заболевания бронхиальной астмой в детском возрасте. Автор выделяет две формы бронхиальной астмы: инфекционно-аллергическую (80,2%) и аллергическую (19,8%), и подразделяет их по типу, тяжести и течению.

Бронхиальная астма может быть типичной и атипичной, легкой, средне-тяжелой и тяжелой. Тяжесть заболевания определяется не только частотой, характером и продолжительностью приступов, но и наличием и выраженностью изменений в межприступном периоде со стороны центральной нервной системы, внешнего дыхания, сердечно-сосудистой системы, обменных и иммунологических процессов.

Бронхиальная астма у детей протекает как с отдельными острыми приступами, так и с длительным астматическим состоянием; часто она сочетается с воспалительными изменениями легких и носоглотки, иногда сопровождается другими аллергическими заболеваниями и осложнениями.

Бронхиальная астма возникает на фоне хронических воспалительных заболеваний легких в 50—100 раз чаще, чем у здоровых детей. Однако среди детей, больных хронической пневмонией, только у 15—16% развивается бронхиальная астма. Мероприятия, направленные на предупреждение и лечение повторных и хронических воспалительных заболеваний легких, могут способствовать профилактике и успешной терапии бронхиальной астмы у детей.

Н. В. Догель (Москва) изложила принципы дифференцированного лечения больных бронхиальной астмой. При аллергической форме, не отягощенной инфекционными компонентами, основное внимание уделялось десенсибилизирующей терапии (антигистаминные препараты, средства, уменьшающие проницаемость сосудистой стенки, стероидные гормоны и т. д.). При инфекционно-аллергической форме астмы, а также при сочетании ее с воспалительными явлениями в легких и носоглотке наряду с общеукрепляющей и десенсибилизирующей терапией проводилось активное противовоспалительное лечение. В периоде астматических приступов в лечебный комплекс включались бронхолитические средства. В результате лечения, определяемого формой, типом, тяжестью, течением и периодом заболевания, была отмечена отчетливая положительная динамика в течении патологического процесса.

Ряд товарищей выступил с сообщениями об эффективности лечения бронхиальной астмы у детей в санаториях.

Асс. С. Я. Порсева  
Казань

### ХIII КОНГРЕСС ОРТОПЕДОВ ГЕРМАНСКОЙ ДЕМОКРАТИЧЕСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

(22—25.IV 1964 г., Варнемюнд)

На конгрессе обсуждались три основные проблемы: 1. Этиология, профилактика и лечение врожденного вывиха бедра. 2. Коксоартрозы (этиология, биохимия, морфология и лечение). 3. Спастические параличи (лечение и трудоустройство).

1. Немецкие ортопеды лечение врожденного вывиха бедра начинают только на 3—4 месяце жизни ребенка, обосновывая это необходимостью выжидать до момента расслабления приводящих мышц, которое наступает примерно с 3-го месяца.

При позднем обращении лечение проводится оперативными методами, из которых предпочтение отдается остеотомии бедренной кости и открытому вправлению вывиха в тазобедренном суставе (вмешательство по типу Колонна-Матцен-Дега).

В немецких клиниках хорошо разработана методика функционального лечения врожденного вывиха вытяжением, дающая вполне удовлетворительные результаты в возрасте детей от 1,5 до 3 лет. Это лечение легко переносится детьми и в отдельных случаях служит этапом перед оперативным вмешательством.

Советские ортопеды в своих сообщениях подробно осветили организацию максимально раннего лечения врожденного вывиха бедра. Р. Л. Горбунова (Москва) сообщила о работе по выявлению детей с врожденным вывихом бедра в родильных домах и проведению функционального лечения с помощью новых шин. О результатах применения отводящих шин типа Беккера рассказала проф. Т. Ф. Ганжулевич (Иваново). Проф. М. В. Волков (Москва) предложил принципиально новый метод, включающий одномоментную остеотомию бедра и вправление головки с применением колпачка из амниотической ткани — плаценты человека, что обеспечивает восстановление полного объема движений в тазобедренном суставе.

В докладах Хиари (Венгрия) и Дега (Польша) пропагандировалась стабилизация вывихнутого бедра с помощью остеотомии таза.

2. Проф. Кайзер (ГДР, Берлин) подчеркнул необходимость использования всех консервативных методов лечения коксартрозов, прежде чем прибегать к любым оперативным вмешательствам.

Д-р Фосс (Любек) основным принципом оперативных вмешательств по поводу коксартроза считает необходимость разгрузки большой конечности путем создания «временно неопорного бедра». В докладе была подробно изложена методика такой операции, дающая, по словам автора, обнадеживающие ближайшие и отдаленные результаты.

У. Я. Богданович (Казань) доложил о лечении переломов шейки бедра с использованием методики, разработанной и апробированной в Казанском институте травматологии и ортопедии.

3. Всего в ГДР насчитывается 23 000 спастиков, и ежегодно это число возрастает на 1000 за счет повышения выживаемости детей после менингитов, энцефалитов и т. д. Большой интерес представили сообщения об организации специальных школ-интернатов для спастиков, где больным обеспечивается комплексное лечение и трудовое обучение. На нестойкость трудовых навыков у спастиков указал д-р Келлерман (Ариштадт), который подчеркнул, что домашний режим ставит успех проведенного лечения и трудового обучения в зависимость от родственников больного, которые должны закреплять и развивать успехи, достигнутые стационарным лечением.

Из оперативных методов лечения были названы операции Штоффель-1 и Штоффель-2, тенотомия. Д-р Галль (Дебрецен) рекомендует остеотомию и ко всем вмешательствам на мягких тканях относится отрицательно. Д-р Гершман (Эйзенберг) признает рациональным только артротомии суставов.

Наша группа посетила ортопедические клиники (проф. Матцена в Лейпциге и проф. Кайзера — в Берлине, ГДР). Основной контингент этих клиник — больные с врожденными вывихами бедра и его осложнениями, сколиозами, деформирующими остеоартрозами, спастическими параличами.

При лечении больных со сколиозами производится длительная подготовка их к операции с использованием вытяжения. Оно осуществляется в различных корсетах типа Мильвока, Дюкроке. Оригинальный аппарат-корсет, в котором совмещены принципы обоих типов корсетов, сконструирован и применяется в клинике профессора Кайзера.

При операциях на позвоночнике не применяются металлоконструкции, а фиксация позвоночника производится только гомотрансплантатами в виде щебенки и «спичек»; в отдельных случаях производится надлом остистых отростков. Реберный горб, как правило, не оперируют.

У. Я. Богданович (Казань),  
Е. М. Морозова (Москва)

## ХРОНИКА

26 мая 1964 г. в Казани проходил республиканский актив медицинских работников с участием представителей партийных, советских и общественных организаций.

С докладом о ходе выполнения постановления обкома КПСС и Совета Министров ТАССР «О мерах по дальнейшему улучшению медицинского обслуживания и охраны здоровья населения Татарской АССР» выступил министр здравоохранения