

СЪЕЗДЫ И КОНФЕРЕНЦИИ

X МЕЖДУНАРОДНЫЙ КОНГРЕСС ОРТОПЕДОВ-ТРАВМАТОЛОГОВ

(4—10/IX 1966 г., Париж)

Накануне открытия конгресса состоялась дружеская встреча делегатов во дворе Шайо.

Конгресс проходил в новом здании факультета права Сорбоннского университета. Вступительную речь произнес президент конгресса проф. Мерль Д'Обинье. Он пропагандировал создание круглосуточной помощи травматологов и оказание ее без различия рас, вероисповеданий и полсжения в обществе, не упомянув, что в нашей стране такая система существует около 50 лет.

На повестке дня было шесть проблем. Наибольшее внимание было уделено заболеваниям и повреждениям тазобедренного сустава у детей и взрослых, остеоартрозам.

Судя по докладам, деформирующий артроз тазобедренного сустава как по статистическим данным, так и по тяжести клинического течения во всех уголках земного шара является крайне актуальной и острой проблемой.

С. Фосс (Германия) считает, что частству поражений тазобедренного сустава можно объяснить его особым в филогенетическом отношении положением. Как тазобедренный сустав, так и поясничный отдел позвоночника не вполне адаптировались (в смысле изменения структуры) к новым функциям в ортоградном положении.

Кроме того, при патологии в тазобедренном суставе следует особо учитывать влияние эндокринных и механических факторов, от которых зависит метаболизм хрящевой ткани.

Многие видные специалисты (Ф. Паувелс — ГДР, В. Блоунт — США, А. Бертолини — Италия, и др.) различают первичные и вторичные формы коксартрозов. Отмечается, что идиопатические коксартрозы во многих странах выводят из строя больше больных, чем все вторичные коксартрозы, вместе взятые.

Известный английский ученый Ж. Труэта дал характеристику морфологических изменений при коксартрозе. Он обнаружил слоистую структуру проксимального конца бедра, разволокнение и эрозии гиалинового хряща, костные кисты с кровозапполнением, склероз кости. Все это — причины болевых ощущений, вызывающих мышечные спазмы. Указанные изменения приводят к тому, что процесс не поддается консервативной терапии.

С. Фосс, рассматривая коксартрозы как результат рефлекторной мышечной компрессии, считает, что она и обуславливает механические и функциональные перегрузки. Такое мышечное напряжение полностью угнетает тканевое дыхание, особенно хрящевой обмен, и сустав начинает «голодать».

Р. Мерль Д'Обинье (Франция) обнаружил наличие некроза в верхних участках головки близко к круглой связке. Ниже некроза определялась зона гиперваскуляризации и усиления метаболизма. В связи с этим автор указывает, что из соседних с некрозом здоровых участков костной ткани сосуды могут прорасти в зону некроза.

Большинство докладчиков настаивало на раннем применении хирургического лечения больных деформирующим коксартрозом. Этот метод является профилактическим в отношении полной инвалидности.

Если при болях и рентгенологических изменениях, характерных для коксартроза, имеется безболезненное сгибание до 70—90° и отсутствие выраженной компрессии губчатой части верхнего конца бедра, такое состояние следует считать ранней фазой процесса.

По А. Бертолини, при коксартрозе показана превентивная операция в случае наличия болей, хромоты, ограничения сгибания до 80°, отведения до 30° и ротации до 20°. Операция должна производиться, когда срок от начала болей исчисляется от 7 месяцев до 2 лет.

Что касается методов операции, то их можно разделить на 3 группы: остеотомии, операции на мягких тканях и эндопротезирование после резекций верхнего конца бедра.

Большинство докладчиков, склоняющихся к остеотомии, исходило из основного положения, что операция при коксартрозе должна обеспечить уменьшение напряжения (компрессирующих сил) в суставе и увеличение площади суставной поверхности, на которую падает давление. При этом ставится задача — улучшение конгруэнтности в суставе.

Для выполнения указанных требований предложены различные типы остеотомий бедренной кости. Труэта с целью предупреждения развития тяжелых форм коксартроза считает наиболее эффективной чрезвычайную остеотомию.

Другие признают необходимым производить не только остеотомию, но обязательно с тем или иным смещением фрагментов, фиксированных в этом положении винтами, пластинками, проволокой или другими средствами.

Третьи (сотрудники клиники Мерль Д'Обинье) выдвигают вопрос о необходимости совместить остеотомию с коррекцией, а в иных случаях дополнить навесом.

Большинство выступавших высказалось в пользу метода Паувелса, который в течение 20 лет при коксартрозе применяет 2 вида остеотомий: варусную и вальгусную. Каждая из этих остеотомий имеет свои показания, связанные со сроком болезни, характером ограничения подвижности и хромотой. Если конечность фиксирована в состоянии приведения и конгруэнтность в суставе улучшается при дальнейшем приведении, то следует производить абдукционную (вальгусную) остеотомию. Если конгруэнтность улучшается при отведении, то показана аддукционная (варусная) остеотомия. Под влиянием операции происходит перестройка трабекулярной структуры головки бедра, трансформация в области суставных поверхностей и субхондральных зон.

Интересные сообщения были сделаны по поводу операций на мягких тканях. В 1956 г. С. Фосс предложил операцию так называемого «временного подвешивания бедра». Она основана на представлении, что артроз возникает в результате рефлекторной мышечной компрессии. Поэтому автор рекомендует путем отсечения ягодичных мышц и тенотомии абдукторов прервать порочный круг. Обычно результаты — декомпрессия суставов — видны уже на операционном столе. Эта операция, в противовес остеотомии, показана у пожилых и престарелых.

Лейнбах (США) в дополнение к указанным вмешательствам рекомендует крестообразный разрез широкой фасции бедра, тенотомию *m. psoas*, *m. pectinei* и наружного ротатора.

Доклады об эндопротезировании, основанные на собственном большом материале, сделали Р. Мерль Д'Обинье, Ж. Чарнли (Англия) и М. Кей (Англия). Докладчики пришли к выводу, что этого рода операция может выполняться у больных при далеко зашедших формах коксартроза и лишь у пожилых людей. Вопрос об ее эффективности остается открытым. Об этом свидетельствует заключение М. Кея: «как долго смогут больные пользоваться этим протезом — дело будущего».

Второй проблемой явились сколиозы, которые не сходят с повестки дня научных заседаний и съездов во всем мире. Мнение выступавших сводилось к тому, что если в течение 6 месяцев систематического консервативного лечения не получен успех, то необходимо оперативное вмешательство.

Результаты операции разнообразны, однако все ортопеды наблюдали стойкость деформации не более чем в 25%, а само уменьшение искривления было не очень значительным.

Так, Мой (США) сообщил, что у детей с углом искривления от 40 до 80° достигалось уменьшение в среднем лишь на 10°. По данным Груца (Польша) после операции у 25% больных было стойкое улучшение, у 25% деформация нарастала, а у 50% она не прогрессировала.

Котрель (Франция) считает, что исходы оперативного лечения больных сколиозом следует определять по окончании роста позвонков, но не ранее чем через 3 года после операции. При этом для благополучного исхода хирургического вмешательства он считает необходимым достижение в предоперационной подготовке увеличенной жизненной емкости легких. Такой же позиции в отношении оценки результатов операции придерживаются П. Станьяр и Ж. Дебресс. Эти авторы предлагают при угле искривления 30—50° применять только консервативное лечение, а выше 50° — операцию.

Интересное сообщение, основанное на экспериментальном исследовании, сделал Лицка (Польша). Он нашел, что в развитии сколиоза имеют значение нарушения, идущие одновременно со стороны чувствительной и двигательной сферы.

На конгрессе подверглись обсуждению вопросы костной трансплантации. Чувствовалась некоторая недооценка гомотрансплантации по сравнению с аутопересадками.

В докладах Ф. Рея и соавт. (США), Р. Бюрвея (Англия), Вижиллиани (Италия) были представлены материалы клинко-экспериментальных исследований. Преимущество аутогенной кости перед гомокостью заключается, по мнению докладчиков, в том, что девитализированная кость хуже трансформируется при пересадке, чем живая; имеется различие в скорости замещения. Сделана попытка разделить кость на отдельные составные части и изучить вживление каждой субстанции по сравнению с целой костью.

По проблеме костной трансплантации советскими исследователями было сделано 4 доклада (М. В. Волков, Ф. Р. Богданов, С. Т. Зацепин, Л. И. Шулютко).

Параллельно с заседаниями в специальном зале в течение всех дней шла демонстрация научных фильмов. Автор этих строк продемонстрировал фильм д-ра Ф. Юсупова о предложенном им методе остеосинтеза.

Советским делегатам было приятно отметить, что научная и практическая разработка главных проблем нашей специальности в СССР находится на достаточно высоком уровне и что ни в одной проблеме у нас нет отставания.

Зарубежные коллеги мало знают о наших достижениях. Бывают случаи, когда за границей в качестве новых предлагаются методы операций, которые у нас с успехом применяются много лет и о них доложено и написано в наших трудах.

Уже с первых минут пребывания в столице Франции мы почувствовали благосклонность к нам, представителям Советского Союза, и большое гостеприимство французов.

Громадное впечатление оставили осмотры замечательных сооружений Парижа. олицетворяющих большую и интересную историю французского народа.

Нам приятно было увидеть скромную квартиру Владимира Ильича на улице Марри-Роз, пастеровский институт, где много лет в дружбе с Пастером работал наш великий русский ученый Мечников, колонну Свободы на площади Бастилии, сооруженную в память павших в революцию 1830 г. и февральской революции 1848 г. У подножия колонны в склепе похоронены жертвы июльской революции 1830 г. и февральской революции 1848 г.

На многих домах Парижа можно увидеть мемориальные доски в память о борцах с фашизмом в 1940—1944 гг.

С большим душевным волнением мы шли по 97 аллее кладбища Пер-Лашез и склонили головы у стены коммунаров.

На этой же аллее погребены Морис Торез, Марсель Кашен, Поль Элюар и другие видные деятели коммунистической партии Франции. Память о них любовно сохраняется. У их могил чистота, много свежих цветов. На этом же кладбище похоронены Шопен, Мольер, Бальзак, Золя, Барбюс и другие знаменитые французы.

Французы умеют чтить память гениальных людей науки. Это видно по Пантеону, где хранится прах Вольтера, Руссо, Гюго и других выдающихся деятелей Франции. Уезжали мы с чувством сердечной благодарности к французским коллегам, которые оказали нам большое внимание и позволили в дни пребывания в Париже многое увидеть и немало узнать об этом прекрасном городе и его хороших людях.

Проф. Л. И. Шулуто (Казань)

ГИПЕРТОНΙΑ БОЛЬШОГО И МАЛОГО КРУГА КРОВООБРАЩЕНИЯ

I Всесоюзный съезд кардиологов (20—24/XII 1966 г., Москва)

В работе съезда участвовали, помимо терапевтов, хирурги, патофизиологи, фармакологи и представители других специальностей, отечественные и зарубежные ученые.

А. М. Вихерт (Москва) считает, что в возникновении злокачественной гипертонии у человека большую роль играет одновременное действие двух факторов — повышенное введение NaCl и усиление функции ренин-ангиотензин-альдостерона.

В. Х. Анестиади и Е. Г. Зота (Кишинев) обнаружили в артериальной стенке при гипертонической болезни и атеросклерозе качественные изменения в составе мукополисахаридов и топографическое перераспределение их, инфильтративные процессы в интиме в виде отложения белков и липидов. Изменялось соотношение микрофаз коллагена, химизм эластина и липолитическая активность артериальной стенки. На самом раннем этапе для гипертонической болезни было характерно преобладание в интиме сосудов белков, а при атеросклерозе — липидов. Сложным изменениям трофики артериальной стенки предшествуют функциональные расстройства.

Ф. З. Меерсон и К. Н. Быковская (Москва) установили, что введение крысам с солевой гипертонией оротовой и фолиевой кислот и витамина В₁₂ приводит к закономерному снижению у них АД в течение всего периода введения препарата.

Г. П. Конради (Ленинград) обнаружил, что в зависимости от исходного тонуса сосудистой мускулатуры меняется и даже извращается характер сосудистых реакций на химические раздражители.

И. А. Рывкин и соавт. (Москва) на основании обследования 188 000 рабочих и служащих определили средние показатели АД в различных возрастных группах. Наибольшая частота артериальной гипертонии отмечена среди инженерно-технических, финансово-счетных работников, шоферов, телефонисток и лиц других профессий, связанных с систематическим нервно-психическим напряжением. У молодых людей, длительно совмещающих работу и учебные занятия, гипертония наблюдается в два раза чаще, чем у рабочих того же возраста, только начавших учиться.

Л. Т. Малая и соавт. (Харьков) наблюдали значительно увеличенную экскрецию альдостерона у больных гипертонической болезнью; при инфаркте миокарда было особенно выражено повышение выделения альдостерона и заметное снижение серотонина в крови.

А. Л. Михнев и Г. К. Яновский (Киев) провели дифференциальную оценку нарушений функционального состояния миокарда в поздних стадиях гипертонической болезни, когда преимущественную нагрузку испытывает не только левый желудочек, но и левое предсердие (деформация эзофагоатриограммы, высокоамплитудный IV тон на наружной и пищеводной фонокардиограмме и систолический шум у верхушки сердца интравентрикулярного происхождения). Эти признаки должны служить предпосылкой для раннего начала кардиальной терапии.