

Операции закрытия незаращенного артериального протока (срок наблюдения от 6 мес. до 5 лет), проведенные при нормальном или небольшом повышении давления в легочной артерии, дали отличные и хорошие результаты в 95%.

После операции эти больные ведут нормальный образ жизни, занимаются спортом, учатся, работают. Также хорошие отдаленные результаты получены после операции в случаях сочетанных аномалий — незаращение Боталлова протока с дефектом перегородок сердца и стеноза устья аорты.

Отдаленными наблюдениями от 1 года до 10 лет за больными с тетрадой Фалло, лечеными межсосудистыми анастомозами по Поттсу, Блелоку, А. А. Вишневному, Галанкину-Донецкому, установлено, что эти операции показаны детям раннего возраста с выраженной гипоксией, когда радикальная операция не может быть выполнена.

Межсосудистые анастомозы уменьшают гипоксию, создают условия для лучшего развития организма и позволяют детям достичь возраста, когда им может быть выполнена радикальная операция.

Я. Л. Раппопорт (Москва) в докладе «Отдаленные результаты пластики выходного отдела правого желудочка и дефектов перегородок сердца в эксперименте и клинике по данным морфологического анализа» сообщил следующие выводы.

Все применяемые синтетические материалы через ряд промежуточных процессов подвергаются полной инкапсуляции; толщина фиброзной капсулы и ее структура примерно одинаковы и мало зависят от качества аллопластического материала; к трехнедельному сроку выявляется регенерация эндотелия в области трансплантата, наложенного на выходной отдел правого желудочка и легочную артерию. В дальнейшем происходит полная эндотелизация внутренней поверхности трансплантата.

По данным выступающих, ни одна из предложенных операций для хирургического лечения коронарной недостаточности (Рейнберга — Березова, Фиески, Фиески — Томпсона и др.) не может существенно изменить коронарное кровообращение, а лишь несколько улучшает состояние больного.

Улучшение состояния больных и прекращение приступов стенокардии вскоре после операции наблюдается в 86%. По мере увеличения сроков наблюдения лечебный эффект постепенно снижается.

По В. И. Колесову (Ленинград), результаты операции зависят не только от характера хирургического вмешательства, но и от состояния коронарного резерва, степени вегетативно-сосудистых нарушений, тяжести гемодинамических расстройств.

Загрудинная новокаиновая блокада дает хорошие и удовлетворительные результаты в отношении снятия болевых явлений в 80%.

Отдаленные результаты хирургического лечения больных с коарктацией аорты путем применения гомо-аллопластики показывают (Г. Г. Караванов — Львов), что у большинства больных восстанавливается трудоспособность через 6—12 месяцев. Целесообразно рекомендовать оперативное лечение в более раннем периоде — 10—15 лет.

Отдаленные наблюдения по пластике артерий нижних конечностей при травме лучше, чем при атеросклеротических окклюзиях.

При атеросклеротических окклюзиях брюшной аорты и периферических артерий конечностей лучшие исходы операции отмечаются в аорто-подвздошной области и худшие — в бедренно-подколенной области. Артериальные и венозные гомотрансплантаты дают несколько лучшие результаты, чем аллопластические. Гетеротрансплантаты абсолютно непригодны.

На заключительном заседании сессии обсуждался проект организации отделений сердечно-сосудистой хирургии, которые должны быть организованы в республиканских, краевых, областных центрах на 50 коек, из них 25 для больных приобретенными пороками, 15 — врожденным пороком сердца, 10 — для больных с заболеваниями сосудов. Организация таких отделений требует совместной работы хирургов, терапевтов, педиатров.

Доц. Б. Ф. Сметанин (Казань)

## VI НАЦИОНАЛЬНАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ ОРТОПЕДОВ-ТРАВМАТОЛОГОВ РУМЫНИИ

(3—5/IX 1964 г., Мамайя)

Основными программными проблемами конференции были сколиоз и повреждение локтевого сустава. Кроме румынских ортопедов-травматологов, в ней приняли участие специалисты Польши, ГДР, Югославии, Венгрии, Болгарии, Франции, Австрии, Финляндии и др., от СССР был автор данной статьи.

Конференцию открыл старейший ортопед Румынии академик А. Радулеску. Он кратко сообщил о развитии в Румынии ортопедии и травматологии, причем более подробно осветил достижения последних 20 лет.

А. Радулеску и Н. Робэнеску (Бухарест), И. Сава и Е. Дусимбашу (г. Муреш) остановились в своих докладах на классификации сколиозов. Академик Радулеску считает возможным все виды боковых искривлений позвоночника свести к следующим 4 формам: 1. Сколиоз грудного ребенка и детей. 2. Сколиотическая болезнь подростков. 3. Сколиотические деформации ясной этиологии. 4. Врожденные сколиозы.

Автор возражает против признания идиопатической формы сколиоза. Выделяя в самостоятельную группу сколиозы грудных детей и детей младшего возраста, докладчик отмечает трудности уточнения этиологии процесса в этом возрасте. Однако по аналогии с причинами, вызывающими у новорожденных кривошею и врожденный вывих бедра, главное значение в развитии сколиоза придается состоянию мускулатуры. Докладчики полагают, что миозит у плода вызывается вирусным заболеванием матери.

Особое внимание было обращено на профилактику сколиоза. Подчеркивалась необходимость систематического контроля за состоянием позвоночника ребенка с того момента, когда он начинает ходить. Особенное внимание нужно уделять при направлении ребенка в школу. Следует внедрять гигиенические навыки и любовь к физической культуре, обеспечивать нормальный отдых и питание ребенка.

Авторы обращают внимание и на профилактику осложнений при развивающемся искривлении позвоночника.

При назначении лечения они рекомендуют медикаменты, способствующие улучшению общего состояния ребенка: витамины, белки, кальций. Они считают, что при лечении сколиозов следует определять состояние вегетативной нервной и эндокринной систем.

Наряду с мероприятиями по укреплению мышц спины авторы считают возможным применять корсет Блоунта и Попова — Кашичниковой; из хирургических методов лечения признают тено-лигаментотомию, операции на ребрах, фиксации позвоночника проволокой через основание остистых отростков по Радулеску, спондилодез, воздействие на зоны роста позвонков по Раафу и клиновидную резекцию у пациентов старшего возраста.

И. Сава и Е. Дусимбашу (г. Мурец) доложили о висцеральных осложнениях при сколиозе. Авторы указывают, что этот контингент больных умирает не от сколиоза, а от различного рода осложнений, возникающих при деформации позвоночника. Прежде всего при искривлении позвоночника наблюдаются нарушения функции дыхательного и сердечно-сосудистого аппарата. Ригидность грудной клетки приводит к гиповентиляции легких; компрессия грудной клетки вызывает ателектаз, зоны затрудненного дыхания. В то же время в другой половине грудной клетки наблюдается компенсаторная эмфизема легких. В связи с изменениями в легких для улучшения вентиляции диафрагма увеличивает свои экскурсии, чем повышается внутрибрюшное давление. На почве недостаточной вентиляции легких возникают сердечно-сосудистые нарушения. Торсия позвоночника, сопровождающая сколиоз, изменяет положение желудка, что приводит к его заболеванию.

Авторы наблюдали при сколиозе холестит, почечные изменения за счет венозного стаза, деформации и атрофии почек, смещение мочеточников и другие отклонения.

Девиация позвоночника в области грудно-поясничного отдела уменьшает длинную ось брюшной полости и изменяет состояние пояснично-крестцового угла.

Авторы считают большие деформации позвоночника противопоказанием для беременности.

В. Климеску (Эйфория — Юг) с соавторами поделился опытом лечения идиопатической формы сколиоза и искривления позвоночника на почве полиомиелита. При паралитических формах применялась после вытяжения стабилизация трансплантатами и пружинкой по Груца. При идиопатических формах сколиоза авторы ограничиваются фиксацией только первичного искривления.

И. Джорджеску (Арац) с соавторами сообщили о методах лечения торакальных деформаций при запущенных формах сколиоза. Они обращают внимание на моделирование грудной клетки, для чего производят реберную пластику, а после резекции применяют металлический «тутор».

А. Груца (Варшава) план лечения сколиозов ставит в зависимости от возраста пациента и степени искривления. При тяжелых прогрессирующих формах применяется двухмоментная операция: миотомия, лигаменто-капсулотомия, рассечение желтой связки, а затем аллопластика.

В. Дега (Познань) также применяет мышечно-связочное освобождение вогнутой стороны сколиоза и спондилодез; в послеоперационном периоде — жесткую кровать, затем риссеровский корсет с редрессацией сроком на 4 месяца.

Л. Шулуток (Казань) сделал сообщение о необходимости применения предложенной им в 1958 г. тено-лигаменто-капсулотомии при любой операции, выполняемой по поводу сколиоза. Автор не считает возможным никакими консервативными средствами добиться надежного и достаточного устранения возникающей при сколиозе контрактуры на вогнутой стороне искривления позвоночника.

Т. Цук (Варшава) нашел малоэффективной операцию спондилодеза. Лучшие результаты он наблюдал после операции на мягких тканях с аллопластикой. У 14 больных после операции искривление уменьшалось на 25—60°.

А. Руссу (Бухарест) с соавторами лечение сколиоза проводит вытяжением, сменными гипсовыми повязками для деторзии, а затем спондилодезом. Им удалось таким путем получить уменьшение искривления в среднем на 36°.

Н. Робэнеску (Бухарест) рекомендует при лечении начальных форм сколиоза применять тонизирующие организм эндокринные препараты, рефлексотерапию, ионогальванотерапию и гимнастику. Лишь при необходимости — корсет.

И. Сава (г. Муреш) на 1000 леченных им больных сколиозом лишь у трех наблюдал серьезные неврологические осложнения в виде спастических параличей. Для уточнения локализации сдавления спинного мозга автор применял миелографию. Если в течение трехмесячного срока консервативного лечения не наступало улучшения, производилась ламинэктомия.

Таким образом, как в программных докладах, так и в остальных сообщениях выдвинутые положения согласуются с основными принципами, принятыми нашими отечественными ортопедами в отношении этиологии и профилактики, консервативного и оперативного лечения.

К этой проблеме имеет отношение и фильм, представленный Котрелем (Франция). Автор демонстрировал свою операцию спондилодеза, при которой он на большом протяжении освобождает дужковый отдел позвоночника от мышц, надкостницы и коркового слоя. Затем из подвздошной кости извлекает массу губчатой структуры и заполняет ею подготовленное на позвоночнике ложе. В послеоперационном периоде автор применяет большую гипсовую повязку в корригированном положении. У представленных в фильме больных автор достиг успеха. Однако следует отметить, что применяемая автором операция весьма травматична.

А. Радулеску и О. Троянеску (Бухарест) привлекли внимание аудитории своим сообщением о филогенетических особенностях развития локтевого сустава и его важном функциональном значении для верхней конечности.

При травме в области сустава наряду с нарушениями целостности скелета часто наблюдаются нервные и сосудистые повреждения. При оценке повреждения локтевого сустава с биомеханических позиций следует учитывать состояние каждой мышцы, их энергетическую сохранность и судьбу после травмы. С указанных позиций, а также с учетом повреждения капсулы сустава и связочного аппарата следует наметить план лечения различных травм области локтевого сустава.

Т. Эконому и А. Веряну доложили о повреждениях локтевого сустава у детей. Из 968 пациентов до 18-летнего возраста у  $\frac{2}{3}$  было повреждение локтевого сустава. В результате лечения (консервативного и хирургического) авторы наблюдали в 78% хорошие, а в 22% неудовлетворительные исходы. При ортопедическом консервативном лечении хорошие исходы были получены у 88,6% больных, а неудовлетворительные — у 11,7%. После оперативного лечения хорошие результаты были у 47%, неудовлетворительные — у 53%.

На основании анализа своего материала авторы рекомендуют при свежих переломах без осложнений рано применять консервативное лечение под контролем квалифицированных специалистов. Хирургическое лечение показано при больших диастазах, при сосудистых и неврологических осложнениях, не исчезающих после консервативной репозиции.

Б. Сусан и А. Дениски сообщили о лечении повреждений локтевого сустава у взрослых. Авторы рассмотрели все различные виды повреждения локтя. Они применяли консервативное лечение при наличии возможности произвести репозицию. Из 47 случаев перелома головки лучевой кости в 26 была произведена операция. При этом после частичного удаления головки функциональные исходы оказались хуже, нежели после полного удаления. При смещении отломков локтевого отростка применялся остеосинтез проволокой или винтами.

Третий день конференции был посвящен различным темам. Здесь можно было услышать сообщение о применении гомо- и гетеротрансплантатов (Е. Мереш и другие), о хирургическом лечении ревматоидных артритов (К. Вайно), об остеосинтезе стержнем Кюнчера (З. Дека), об ожогах у детей (О. Гданиц), о хирургическом лечении патологических вывихов при туберкулезном коксите (М. Михэилеску), об ампутационных культях (Д. Пинтилие), по вопросам обезболивания (И. Сава, И. Шуштрану) и др. Всего в этот день было сделано более 30 сообщений.

После ознакомления с лечебными учреждениями ряда румынских курортов в Бухаресте я ознакомился с двумя клиниками факультета усовершенствования врачей медицинского института.

Первой была клиника пластической и восстановительной хирургии и травматологии на 120 койк. Научный руководитель ее доцент А. Ионеску прошел аспирантуру в Ленинграде.

Основной тематикой клиники являются повреждения кисти и ожоги.

Нам продемонстрировали ряд ожоговых больных с хорошими результатами лечения. План лечения ожоговых больных в клинике следующий: 1. Интратрахеальный наркоз (за исключением поражений кисти, когда применяется внутрикостная анестезия). 2. Обтирание операционного поля 75% алкоголем. 3. Удаление всех некротических тканей. 4. При 4-й степени ожога обработка и первичная пластика не позднее чем через 2 суток. При более легких степенях ожога пластика лишь у 10% больных. 5. Антибиотики. 6. Сухая повязка. 7. Массивные переливания крови и физиологического раствора с глюкозой.

А. Ионеску — противник переливания плазмы ожоговым больным, так как при этом наблюдал много осложнений гепатитом.

В клинике имеется много больных после пластических операций на лице, а также и на сухожилиях кисти.

Второй клинкой, которую мне удалось осмотреть, была клиника ортопедии и травматологии (руковод. — доц. А. Деянки) факультета усовершенствования врачей Бухарестского медицинского института.

Руководитель клиники познакомил нас с историями болезни и рентгенограммами больных, подвергавшихся операциям в клинике. Там мы видели ближайшие результаты одномоментного удлинения бедра на 5—6 см за счет внедрения между фрагментами лиофилизированного гомотрансплантата. Все 3 фрагмента фиксированы стержнем Кюнчера.

Видели ближайшие результаты широкой резекции диафиза трубчатых костей при остеобластокластоме с одновременной аутопластикой. Также были продемонстрированы и другие больные, находящиеся в стационаре.

Общее впечатление несомненно хорошее.

Профессор Л. И. Шулуто (Казань)

## К 30-ЛЕТИЮ КУЙБЫШЕВСКОГО ОБЛАСТНОГО НАУЧНОГО ОБЩЕСТВА ТЕРАПЕВТОВ<sup>1</sup>

В 1934 г. в Самаре (Куйбышеве) проходил Краевой съезд врачей — терапевтов и хирургов Средневолжского края, на котором было организовано «Средневолжское краевое общество внутренней медицины и патологии». Председателем правления был выбран проф. Виктор Романович Гайворонский, секретарем — Яков Мойсеевич Гринберг.

В дальнейшем название общества изменялось. С 1944 по 1955 г. оно именовалось «Куйбышевский филиал Всесоюзного научного общества терапевтов», с 1956 г. по 1959 г. — «Куйбышевское областное отделение Всероссийского научного общества терапевтов» и с 1960 г. — «Куйбышевское областное научное общество терапевтов».

27/1 1963 г. правление общества отчиталось за 28 лет деятельности на пленуме правления Всероссийского научного общества терапевтов. Работа общества получила положительную оценку.

В настоящее время в обществе состоит 614 человек (в 1946 г. было 78).

За 30 лет состоялось 439 пленарных заседаний общества. На 1/1 1964 г. проведена 1931 научно-практическая конференция в г. Куйбышеве и 1028 — в городах и районах Куйбышевской и Ульяновской областей.

В районах области конференции начали проводиться обществом с 1943 г., а в г. Куйбышеве — с 1946 г.

В 1962 г. организован филиал общества на базе больницы № 17 г. Куйбышева.

В 1946 г. при обществе организована секция физиотерапевтов и курортологов, которая в дальнейшем превратилась в самостоятельное областное научное общество. В 1955 г. при обществе создана гематологическая секция.

По инициативе Куйбышевского общества терапевтов в 1944 г. были организованы единые научно-медицинские общества в Сызрани и Чапаевске, в период строительства Волжской гидроэлектростанции имени В. И. Ленина Ставропольское научное медицинское общество с терапевтической секцией, в 1959 г. Научное общество терапевтов в г. Новокуйбышевске и в 1964 г. Научное общество терапевтов в г. Жигулевске.

Куйбышевское научное общество терапевтов приняло самое активное участие в организации и проведении Первой Поволжской конференции терапевтов, которая проходила в Куйбышеве в мае 1957 г.

Многие члены нашего общества приняли участие во II и III Поволжских конференциях, которые проходили в Саратове (1959 г.) и Горьком (1963 г.).

Большим событием явилась Выездная сессия Института терапии АМН СССР, проходившая в г. Куйбышеве 3—4 июня 1964 г. и в организации которой правление общества приняло самое активное участие.

Обществом с 1941 г. проведено 12 областных конференций терапевтов. Как правило, они были тематическими и посвящались таким актуальным вопросам, как ревматизм, болезни почек, печени, гипертоническая болезнь и др.

Общество приняло большое участие в организации декадника по ревматизму, который проводился в Куйбышеве в 1963 г. Институтом ревматизма.

Проблематика, которой были посвящены доклады на пленарных заседаниях общества, определялась запросами здравоохранения.

В первые годы работы общества большое внимание уделялось инфекционной патологии, в частности малярии, которая имела в те годы в Средневолжском крае весьма большое распространение. На заседаниях ставились также доклады, посвященные гастроэнтерологии, витаминологии.

<sup>1</sup> Доложено на юбилейном заседании общества 2/IX 1964 г.