

СЪЕЗДЫ И КОНФЕРЕНЦИИ

МЕЖДУНАРОДНЫЙ КОНГРЕСС ОРТОПЕДОВ В ПРАГЕ

На состоявшийся в октябре 1958 года в Праге международный конгресс прибыли советские специалисты, а также ортопеды Польши, Румынии, Болгарии, Венгрии, Франции, Германии, Югославии и Австрии.

Врожденные вывихи бедра явились единственной проблемой, которая была поставлена на обсуждение конгресса.

Программа конгресса содержала разделы, касающиеся этиологии, диагностики, профилактики, консервативного и оперативного лечения врожденных вывихов бедра.

Доклады по этиологии, диагностике и профилактике были представлены исключительно чехословацкими ортопедами. Главными докладчиками по этим вопросам были профессор Ярош, Гневковский, Фрейка, Павлик и Червенянский. Сводклады были сделаны многочисленными доцентами, ассистентами и практическими врачами.

В качестве докладчиков по консервативному и оперативному лечению врожденных вывихов выступили Бертран (Париж), Груца (Варшава), Лёффлер (Лейпциг), Эрлахер (Вена), Радулеску (Бухарест), Боичев (София), Глаубер (Будапешт) и другие.

По этому разделу было сделано 4 доклада и советскими ортопедами (Никифорова, Гончарова, Богданов и Новаченко).

Интересные данные были доложены по поводу частоты врожденных вывихов, о влиянии на их частоту времени года и других причин.

Известно, что врожденные вывихи обнаруживаются тотчас после рождения сравнительно редко. Так, многочисленные статистики указывают, что на 1000 родившихся у 1—2 можно обнаружить указанную деформацию.

Было обращено внимание не только на сформировавшийся врожденный вывих, но и на подвывихи, которые в дальнейшем могут перевести бедро в положение вывиха. Многие докладчики представили статистические данные о дисплазиях в области тазобедренного сустава, которые встречаются в 10—16% случаев. Эти анатомические отклонения могут во многих случаях привести к полному вывиху бедра, в то время как своевременное консервативное лечение обеспечивает хороший исход.

Основными причинами как врожденного вывиха, так и сублуксации и дисплазии тазобедренного сустава, несомненно, являются нарушения эмбрионального развития скелета.

Однако, наряду с этим, возможны и экзогенные причины, связанные с состоянием матери, а также с внешними влияниями на развитие плода.

Несколько докладчиков показали, что наибольшее количество вывихов бедра наблюдается у родившихся в ноябре, декабре и январе. Такое положение они склонны объяснить тем, что эти дети зарождаются в феврале, марте и апреле, то есть в те месяцы, когда снижается содержание витаминов в пище; особенное значение авторы придают снижению в пище беременных витамина комплекса «В».

Принимая во внимание то, что известный процент сублуксаций и дисплазий тазобедренного сустава в дальнейшем может привести к полному вывиху бедра, — специально обсуждался вопрос о профилактике этого осложнения.

Накопившийся у чехословацких ортопедов солидный опыт дал им возможность рекомендовать определенную систему лечения. Так, ими установлена необходимость поголового осмотра новорожденных в родильных домах, диспансеризации всех новорожденных, по крайней мере до трехмесячного возраста. Авторы считают, что рентгенодиагностика, которая окончательно решает вопрос о патологии в суставе, допустима без вреда для ребенка лишь с трехмесячного возраста. В этом периоде устанавливаются те или иные отклонения от нормы и приступают к консервативному лечению, которое дает успех более чем в 80%.

По материалам ряда авторов (Полипка, Вавра и др.) отличные результаты (почти в 80%) наблюдались тогда, когда начинали лечение с 3-го месяца от рождения; успех снижался до 66%, когда лечение начиналось в возрасте 6 месяцев; далее, 42% успеха было при лечении, начатом в возрасте 9 месяцев и т. д. Гораздо менее удачным или совсем неудачным оказывалось консервативное лечение, если оно проводилось у детей после 13 месяцев от роду. Приведенные данные весьма убедительно свидетельствуют о необходимости раннего выявления и лечения детей с нарушениями нормального развития тазобедренного сустава.

Серьезной критике подверглась давно применяемая методика вправления вывиха по Лоренцу. Как выяснилось, при этом методе весьма значительны неудачи и осложнения асептическим некрозом головки бедра.

Конгресс пришел к убеждению, что наиболее эффективны мягкие подушечки, которые обеспечивают возможность удержания ножек ребенка в отведенном положении. При этом вправление вывиха и установка головки бедра в правильное положение по отношению к вертлужной впадине происходит без каких-либо внешних насильств, в течение нескольких месяцев.

Фрейка (Брно) пошел в этом направлении еще дальше. Он предложил свою «перинку», которой снабжается каждый новорожденный в родильном доме. Эта «перинка» фиксирует ножки в разведенном положении. Через 3 месяца мать приносит своего ребенка к ортопеду, который выясняет состояние тазобедренного сустава. Если здесь не обнаружено никаких отклонений от нормы, удаляется «перинка» и ребенок освобождается от дальнейших осмотров и лечения. Те же дети, у которых обнаружены изменения, получают лечение и обеспечиваются систематическим ортопедическим наблюдением.

В свете изложенного заслуживает внимания доклад проф. Павлика (Оломуц), который лечение у грудных детей проводит функциональным методом при помощи предложенного им кожаного «стремени». Этот весьма несложный аппарат позволяет держать ножки в разведенном положении, не ограничивая движений ни в одном из суставов. При помощи этого метода автор имел успех более чем в 80% случаев врожденного вывиха.

Следующим вопросом повестки дня конгресса явилось оперативное лечение врожденного вывиха бедра. В обсуждении этой тематики приняли участие представители не только Чехословакии, но и многих других стран, в том числе и СССР.

Прежде всего была отмечена необходимость раннего решения вопроса об оперативном вправлении врожденного вывиха. Большинство докладчиков представили убедительные данные о том, что с наилучшими результатами операция производится в возрасте 2—3 лет. Таким образом, если к концу второго года жизни ребенка не удастся получить успех от консервативного лечения, то следует приступить к операции. Само собой разумеется, что если ребенка с врожденным вывихом доставляют в более старшем возрасте и даже в 10—12 лет, ортопед не должен отказываться от операции, хотя операции в этом возрасте не всегда обещают успешный исход.

В течение последних лет всюду широко стали применять методику, предложенную Лёффлером и Заградничком. Поэтому в большинстве представленных докладов сообщалось о результатах этой операции. Благодаря тому, что при этом производится укорачивающая остеотомия, создается возможность без нанесения большой травмы мышцам легко вправить бедро. Ценная особенность этой операции еще и в том, что одновременно с вправлением вывиха без дополнительных вмешательств удается устранить крайне невыгодное антеверзионное положение оси шейки бедра.

Совершенно справедливо докладчики привлекли внимание аудитории к важности правильного послеоперационного ведения больных. После операции необходимо рано (с 4-й недели) приступить к разработке функции в оперированном суставе; лишь после трех месяцев можно разрешить переход на костыли, и с 5—6 месяца начинать постепенную нагрузку на оперированную конечность. При таком ведении больного можно рассчитывать на хорошие функциональные результаты.

В перерывах между заседаниями, а особенно после окончания конгресса, мы имели возможность познакомиться с многочисленными ортопедическими учреждениями Чехословакии.

Все осмотренные учреждения оставили впечатление отличной организации и высокой медицинской культуры.

Мы побывали в клиниках Праги, Брно и Братиславы. всюду работают известные специалисты, имеющие хорошо подготовленную квалифицированную молодую смену ортопедов. Эти учреждения хорошо оснащены, главным образом аппаратурой и инструментарием отечественного производства — известного завода «Хирана».

Большое внимание уделяется здесь содержанию и удобству больных, отлично оборудованы подсобные кабинеты, особенно по лечебной гимнастике; весьма удобно, а порой и комфортабельно, организованы операционные блоки.

Наркоз, преимущественно, — ингаляционный; широко применяется интратрахеальный метод.

В Праге была осмотрена клиника пластической хирургии, возглавляемая ученым с мировым именем — академиком Ф. Бурианом, и ожоговое отделение на 80 коек, где лечение больных проводится открытым методом. Эти учреждения имеют хорошо оборудованные клинические, электрофизиологическую и биохимическую лаборатории.

С большим интересом мы посмотрели в Братиславе санаторий для детей, перенесших полиомиелит, и учреждение, в котором получают лечение и образование более 200 детей, ставших инвалидами после полиомиелита, костного туберкулеза, вследствие врожденных уродств и т. д.

Дети, перенесшие полиомиелит, получают в основном консервативное лечение, в котором очень большое место уделяется апробированной методике медицинской сестры Кенни (устранение боли, стимуляция пораженных мышц специальными тепловыми процедурами, выработка координации, массаж, гимнастика, ванны и т. д.).

Второе учреждение имеет интернат, мастерские для профессионального обучения, школьные классы, необходимые подсобные учреждения, а также и ортопедическое отделение с операционной, водным бассейном и гимнастическим залом.

Таким образом, здесь дети получают необходимое лечение, образование и специальность.

Неизгладимое впечатление осталось у нас от встречи с представителями чехословацкого народа. Приветливость, дружелюбие, солидарность с народами Советского Союза проявлялись ими на каждом шагу.

Мы уехали с чувством братской признательности к народам Чехословакии и ее замечательным людям за теплую встречу.

Проф. Л. И. Шулушко

(Казань)

Поступила 8 декабря 1958 г.

ВТОРОЙ МЕЖДУНАРОДНЫЙ КОНГРЕСС АКУШЕРОВ-ГИНЕКОЛОГОВ

С 22 по 28 июня 1958 г. в г. Монреале (Канада) состоялся 2-й международный конгресс акушеров-гинекологов, на котором приняли участие делегаты 46 стран. Из Советского Союза на конгрессе было 19 делегатов.

Было заслушано более 200 докладов, из них 8 — на пленарных заседаниях, а остальные — на секционных. Ежедневно демонстрировались кинофильмы, иллюстрирующие доклады.

Конгресс уделил основное внимание диагностике и лечению злокачественных новообразований гениталий, психопрофилактической подготовке к родам, генитальному туберкулезу, борьбе с мертворождаемостью, аномалиям сократительной деятельности матки и другим вопросам.

Злокачественным новообразованиям было посвящено более 30 докладов. Большинство докладчиков по этому вопросу исходило из того, что поскольку возможности как хирургического, так и лучевого лечения рака матки, и в частности рака шейки матки, почти достигли предела, — дальнейшего улучшения результатов можно ожидать лишь от ранней диагностики и своевременного начала лечения, когда опухоль находится еще в преинвазивном состоянии. Проф. С. Оберлинг (Oberling, Париж), придавая большую роль в ранней диагностике рака шейки матки цитологическому методу, обратил внимание на то, что с помощью электронной микроскопии была открыта целая серия новых данных, касающихся ядра раковой клетки, наличия некоторых особых хромозом в опухолях у грызунов и т. д. Однако, нельзя ограничиваться только цитологической картиной для диагноза рака *in situ*, а необходимо гистологическое исследование серий биопсийного материала.

Эйр (Ауге, США), Кардиа, Марио (Cardua, Mario, Португалия) и др. считают недостаточной обычную биопсию в виде одного клина при подозрениях на рак *in situ*, в этих случаях они рекомендуют циркулярную биопсию с многочисленными секциями. В большинстве случаев рак поражает эндоцервикальный отдел, возникая в области перехода плоского эпителия в железистый, и поэтому следует делать биопсию участков, именно расположенных в этом месте, с последующим выскабливанием канала шейки матки.

Дуглас (США), исходя из того, что в преинвазивном состоянии рак может оставаться локализованным до 8—12 лет, рекомендует не всегда торопиться с лечением. Многие высказывались в пользу радикального метода лечения рака.

Проф. Митра (Mitra, Индия) на основании своего многолетнего опыта для лечения рака шейки матки предложил экстраперитонеальную лимфаденэктомию малого таза, экстраперитонеальную резекцию параметрия в сочетании с радикальной влагалищной гистерэктомией.

В докладах, посвященных раку эндометрия, подчеркивалось, что при раке тела матки нередко наблюдаются такие же метастазы в лимфатические узлы малого таза, как и при раке шейки матки. Поэтому во всех случаях рака тела матки нужно произвести радикальную расширенную гистерэктомию (Лоу — Loun, Южная Африка), Брок (Brok), Тейфер (Teifer, США) и др.

Авторы Эйр, Лоу (Auge, Loun) и др., выступавшие по лечению рака тела матки, высказались о невозможности излечения рака тела матки только при помощи одной радиевой терапии методом «заполнения», так как при последующих операциях в препаратах удаленных маток находили раковые клетки в 75—79%. По данным Тейлера и Бокера (Teiler a. Bocser), после интракавитальной кюри-терапии в 46% в препарате были обнаружены раковые клетки.

Проф. М. С. Александров (СССР) представил большой материал о хирургическом лечении рака шейки матки с хорошими отдаленными результатами.

Было несколько докладов, посвященных профилактике послеоперационных осложнений при раке шейки матки (Родригеус Лорес — Rodrigeus Lores из Уругвая, Бомпар и Мишель-Бени — Bompart et Michel Begnet из Парижа и др.).