

реакций. Обращено внимание на диагностические и лечебные трудности в связи с бессистемным применением антибиотиков.

Приведены краткие данные о туберкулезном и сифилитическом остеомиелите челюстей, которые в настоящее время представляют интерес главным образом с точки зрения дифференциальной диагностики.

Монография написана хорошим литературным языком, иллюстрирована большим количеством оригинальных рисунков, схем, рентгенограмм и микрофотографий и хорошо оформлена полиграфически.

Список литературы содержит 641 источник.

Этот труд, выполненный на высоком теоретическом уровне, будет полезен как научным работникам, так и практическим врачам — стоматологам и хирургам.

Проф. Г. Д. Овруцкий (Казань) и доц. А. М. Никандров (Омск)

СЪЕЗДЫ И КОНФЕРЕНЦИИ

У НЕМЕЦКИХ ОРТОПЕДОВ

В конце апреля 1968 г. в Потсдаме (ГДР) состоялась XVII конференция Общества ортопедов ГДР с участием ортопедов Австрии, Болгарии, Венгрии, Румынии, Польши, Чехословакии, СССР (профессора Ф. Р. Богданов, М. В. Волков и Л. И. Шулуток), ФРГ. Председательствовал на конференции доктор мед. наук Х. Крелле.

Для обсуждения были выдвинуты следующие главные темы: 1) врожденные деформации; 2) системные заболевания скелета; 3) обеспечение ортопедическими изделиями.

Научные заседания начались докладом проф. Кайзера (Берлин) о врожденных деформациях. Докладчик выделяет деформации наследственные и приобретенные, которые могут возникнуть на почве эндогенных и экзогенных причин. Воспалительные процессы, по мнению докладчика, наблюдаются во втором периоде развития плода. Большинство дефектов развития наследуется. Однако есть немало и других причин, среди которых отмечается влияние ради- и рентгеновых лучей, медикаментов, недостатка витаминов, немолодой возраст родителей и пр. Энергичное лучевое воздействие вызывает гибель клеток, а слабое может обусловить мутацию только через несколько поколений. Так как трудно установить день зачатия, встречаются затруднения в уточнении срока образования эмбриопатии. Обычно нарушения в нормальном развитии плода происходят в 1—13-ю недели. Синдактилию докладчик объясняет задержкой формирования; артрогрипоз — приостановкой развития; полидактилию — форсированным развитием плода.

Реттиг, обсуждая вопросы лечения больных с врожденными деформациями конечностей, указал на необходимость учитывать в первую очередь задачи функционального характера. Не всегда нужно спешить с устранением деформации, необходимо выяснить возможности биомеханического приспособления больного. Правда, в отдельных случаях (множественные деформации, резкие нарушения функции, прогрессирующие виды и пр.) больных следует оперировать без промедления.

Пап считает, что синдактилии, полидактилии, фокомелии, косолапость, блок позвонков и другие деформации у человека должны быть отнесены к наследственным. При повреждении ткани регенерация ее происходит на одной или нескольких филогенетических ступенях ниже.

Ратке представил материал о некоторых генетических закономерностях развития дефектов тел позвонков. Так, отклонения от нормального развития позвоночника находятся в прямой зависимости от антенатального развития *chorda dorsalis*, где могут образоваться различной формы перегородки, препятствующие нормальному окостенению позвоночника.

Госхейм считает, что нарушение процесса окостенения позвонков может наблюдаться в 1—4-ю эмбриональные недели. Учитывая, что хорда индуцирует образование позвонков, а нейральная трубка — дужек, следует помнить об их взаимосвязи и возможностях комбинированных деформаций в виде *spina bifida*, *meningomyelocelae* и др. *Spina bifida aperta* всегда осложняется участием спинного мозга или его оболочек, нередко наблюдаются менингит и гидроцефалия, которые являются причиной высокой смертности.

Прохаска, анализируя боли в крестцовой области, считает необходимым уточнить 3 вопроса: 1) связаны ли боли с рентгенопределяемыми деформациями скелета; 2) стойкие ли это боли и могут ли они привести к инвалидности; 3) не связаны ли они с имевшейся травмой.

Врожденные деформации, которые имеются более чем у трети всех людей, редко приводят к стойким болевым ощущениям. Чаще они бывают при различных формах нарушенной ассимиляции, в то время как при неполном срастании дужек боли скорее

всего являются следствием непосредственного давления или напряжения рубцово измененных структур вокруг спинного мозга или корешков. Иногда такие боли оказываются настолько постоянными, что приводят к инвалидности.

Аркт остановился на зависимости *spina bifida V* поясничного и крестцовых позвонков с крестцовыми болями. Среди многих причин наибольшее значение придается *spina bifida L_V* и *S_I*. У 14 больных боли были связаны именно с этими отклонениями. Операция освободила пациентов от болей.

Шуберт поделился опытом Дрезденской медицинской Академии, где в последние годы при менинго-миелоцеле с успехом применяют модернизированную операцию аурикуло-вентрикулярного дренажа.

О мышечной кривошее доложил Пиатковский (Люблин). С этой деформацией наблюдалось 282 ребенка; 51% из них родились в ягодичном, а 32,6% — в головном предлежании. Лишь 2 матери обнаружили у детей кривошею в течение первых 3 недель. Тенотомии в большинстве случаев производились как в верхней, так и в нижней порции мышц. С 1961 г. ребенку надевают после операции воротник из пластмассы. Из 129 детей, обследованных через 3 года после операции, у 126 оказались хорошие результаты, асимметрии устранены полностью у 55, частично остались у 69. Было несколько осложнений и даже летальный исход.

Кюне (Вена), Матиевский и Стригал (Прага) представили материалы о фиброзной костной дисплазии. Они совершенно обоснованно подчеркивают трудности в диагностике этого процесса. Авторы обращают внимание на осложнения, наблюдаемые при дисплазии (патологические переломы, малигнизация, половые расстройства и др.).

Шихедан, Кох, Цвека (Иена) сообщили о незавершенном костеобразовании (*osteogenesis imperfecta*). Они считают необходимым отличать поздно развившийся процесс от врожденной формы. Об этиологии и патогенезе этих двух форм нет общей точки зрения. Полагают, что это единое заболевание, но с различными клиническими проявлениями. Анализ клинической картины позволяет думать, что здесь наступают изменения в мезенхимальных тканях, наиболее выраженные в скелете, склере и внутреннем ухе.

Шлеви́нг (г. Биркенвердер) дал анализ 11 наблюдений незавершенного остеогенеза, возникшего в поздней фазе. Лечение было только консервативным. Корригирующие операции по поводу посттравматических деформаций автор рекомендует производить после окончания роста. У отдельных больных удалось исправить рекурвацию и варусную деформацию бедренной кости при помощи субперкостальной сегментарной остеотомии и штифтования по Кюнчеру. Детям, страдающим незавершенным остеогенезом, в течение продолжительного времени (2 года) назначают анаболические препараты (*neroboletta*). Каузальной терапии данного заболевания нет.

Экснер (Марбург) доложил об энхондральных дизостозах (обобщенное название различных форм наследственного нарушения энхондрального окостенения). Различают: а) выраженные врожденные и б) прогрессирующие формы. К первой относятся хондродистрофия плода, врожденные обызвестленные хондродистрофии, хондроктодермальные дистрофии и дистрофический карликовый рост. К прогрессирующим формам причислены эпифизарные и эпиметафизарные с нарушением обызвестления, эпифизарные и метафизарные энхондральные дизостозы и др. Энхондральные дизостозы не имеют определенного патогенетического происхождения, они скорее системного порядка. Соответственно этому различна и клиническая картина процесса. Наряду с системными формами заболевания, дающими пропорциональные или диспропорциональные нарушения роста (карликовый рост, микромелия, искривление конечностей и пр.), встречаются локально выраженные дефекты развития скелета. При некоторых формах заболеваний наряду с деструкцией опорно-двигательного аппарата возникают изменения кожи, глаз и других органов. У некоторых больных с энхондральным дизостозом обнаружено нарушение обмена веществ. В основе всех форм этого процесса лежат врожденные аномалии конституции. Наследственные факторы во многих случаях недостаточно ясны.

М. В. Волков и В. Л. Адрианов (Москва) поделились опытом лечения 616 детей с системными диспластическими процессами костей. При оперативном лечении авторы с исключительным успехом применяли гомотрансплантацию. От использования аутотрансплантатов они отказались, учитывая множественность поражения скелета. Такие операции (М. В. Волков) давали неизменный успех при врожденной ломкости костей, при деформирующей суставной хондродисплазии.

Ари́дт (Берлин) обратил внимание на необходимость учета детей-калек, выделения тех больных, которым показаны корригирующие методы устранения деформаций и госпитализация в специальные учреждения. Наряду с медицинской реабилитацией необходимо обеспечивать образование и выработку трудовых навыков.

Крессин (Берлин) привлек внимание к детям с синдромом *spina bifida*. В отношении этих больных необходимо решать 3 следующие задачи: 1) предупреждение и борьба с контрактурами, деформациями и пролежнями; 2) тренировка мочевого пузыря и толстого кишечника; 3) активизация двигательных функций и по возможности привитие больному навыков максимальной самостоятельности.

Больные дети с данной патологией должны находиться под диспансерным наблюдением.

Ф. Р. Богданов и В. Ч. Левенец (Киев) доложили о комплексном лечении больных с деформирующими артрозами тазобедренного сустава.

Для делегатов были продемонстрированы кинофильмы по вопросам лечения больных с ортопедическими деформациями (Вейкерш и Шульце, г. Дрезден), лечебной гимнастике (Кох, г. Мюнстер), снабжении ортопедическими изделиями (Виттиг, Вирбац, Кох, г. Берлин; Бауерманн, г. Кирхмезер) и др.

Проф. Кениг пригласил советскую делегацию в Берлин для ознакомления с его клиникой. Здесь мы провели весь последний день нашего пребывания в ГДР. Клиника оставила отличное впечатление. В ней до профессора Кайзера работали крупнейшие немецкие ортопеды Гоффа, Иохимсталь, Гохт, Леффлер и другие.

Проф. Л. И. Шулуто (Казань)

СОВЕТСКО-ВЕНГЕРСКИЙ СИМПОЗИУМ, ПОСВЯЩЕННЫЙ ГИПОТЕНЗИВНЫМ ПРЕПАРАТАМ

(19—20/IV 1968 г., Москва)

С программным докладом выступил действительный член АН Венгрии проф. П. Гэмери (доклад печатается в настоящем номере журнала). В других докладах как советских, так и венгерских ученых были представлены подробные данные о влиянии допегита и санотензина на сердечно-сосудистую систему, артериальный и венозный тонус, почечный кровоток, электролитный обмен, экскрецию катехоламинов и т. д.

Все выступающие отмечали, что допегит и санотензин являются более сильными гипотензивными средствами, чем резерпин и гипотиазид. С их помощью можно добиться снижения АД и при тех вариантах артериальной гипертонии (злокачественная гипертоническая болезнь, почечная гипертония), которые ранее не поддавались воздействию.

Эти препараты, особенно санотензин, могут вызывать ортостатическую гипотонию (вплоть до коллапса), что требует осторожности в их применении, соответствующего контроля за АД в горизонтальном и вертикальном положениях и постепенности наращивания доз. Желательно начать лечение в стационаре, но после подбора дозы возможно применение их и в амбулаторных условиях. Об успешном применении допегита в поликлинике сообщили В. Е. Зайцева и Г. В. Зиновьева (Калинин).

Действие санотензина в основном связано не с ослаблением сосудистого сопротивления, а в большей степени со снижением сократительной функции миокарда. При этом сосудистое сопротивление часто даже повышается, но это повышение менее значительно, чем падение сердечного выброса, что и обуславливает снижение АД. При быстром снижении сократительной функции миокарда и падении АД могут создаться неблагоприятные условия для коронарного кровоснабжения; у некоторых больных было отмечено возникновение приступов стенокардии и острой сердечной недостаточности. Поэтому применение этих средств при выраженном атеросклерозе или после недавно перенесенного инфаркта миокарда (до 6 месяцев) противопоказано.

Была подчеркнута необходимость непрерывности лечения больных гипертонической болезнью и использования принципа комбинированной терапии как этими средствами, так и резерпином и салуретиками.

Проф. Я. М. Милославский (Казань)

ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА В ХИРУРГИИ

(Пленум Всесоюзного научного общества врачей-лаборантов)

27—30/V 1968 г., Ульяновск

В работе пленума приняли участие представители всех республик СССР, краев и областей Поволжья.

Современная хирургия развивается быстрыми темпами, и ответственные оперативные вмешательства требуют тщательного лабораторного контроля до, во время и после операции. Комплексная патогенетическая терапия в современной хирургической клинике не может решаться без подробных лабораторных исследований.