

А. Уено и И. Мишима (Япония) представили данные о 150 больных с болезнью Такаиси. 82 из них были оперированы, причем у 75 произведены восстановительные операции на артериях. У 47 была восстановлена проходимость сонных и подключичных артерий. Во время операции умерло 14 больных.

В. С. Моор и А. Д. Холл (США) при поражении сосудов ног предложили подмышечно-бедренное шунтирование.

А. Р. Доунс и И. М. Морроу (Канада) выполнили 190 аутовенозных шунтирований по поводу окклюзии бедренно-подколенных сосудов. В отдаленные сроки стенозирование отмечено в 12 трансплантатах (7—117 месяцев после операции), у 7 больных образовались аневризмы в проксимальном отделе и у 3 — в дистальном, у 13 в дистальных отделах развилась окклюзия. Докладчики связывают эти изменения с прогрессированием основной болезни.

М. Денън (Бразилия) предложил модель расширителя с целью выворачивания венозных клапанов диаметром от 2 до 12 мм с последующим использованием этих венозных участков для трансплантации.

В ходе конгресса постоянно демонстрировались различные кинофильмы, показывающие технику операций на сердце и сосудах.

Проф. Н. П. Медведев (Казань)

V КОНГРЕСС ДЕТСКИХ ХИРУРГОВ ГЕРМАНСКОЙ ДЕМОКРАТИЧЕСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

27—29/IX 1971 г., Дрезден

На конгрессе присутствовали видные детские хирурги профессора Майсснер, Шмитт, Беллман, Тишер (ГДР), Д. Арнауод (Болгария), В. Тошовский (Чехословакия), Ребайн (ФРГ), Хартл (Австрия) и другие. В работе конгресса приняла участие делегация детских хирургов СССР: канд. мед. наук Л. М. Кондратьева (Москва), проф. П. В. Завьялов (Омск) и проф. М. Р. Рокницкий (руководитель делегации).

Первой обсуждалась проблема «Хирургия толстого кишечника у детей». Проф. Майсснер (Лейпциг) подробно остановился на отдаленных результатах резекций толстого кишечника у детей в сроки не менее 5 лет. Автор подчеркнул значение иммунологических факторов, язвенного колита в исходах резекций. При показаниях к разгрузочной колостомии взамен метода «двухстволки» и цекостомий докладчик считает целесообразным наложение свища на восходящую кишку. Он предложил проводить послеоперационную тренировку мышц толстого кишечника путем клизм, содержащих раздражающие и стимулирующие перистальтику препараты.

Сообщения Экешпарре (Гамбург) и Штоба (Гданьск) были посвящены хирургии язвенного колита и полипоза толстого кишечника. В ГДР неизвестен метод консервативного лечения полипоза чистотелом, предложенный проф. А. М. Аминевым (Куйбышев), и при тотальном полипозе в большинстве случаев производится радикальная операция.

При обсуждении методов местного лечения ожогов у детей большинство докладчиков (Шмитт, Тошовский, Тетмайр и др.) высказались за раннее применение повязок с 0,5—1% раствором ляписа. Доктор И. Поппэ (Росток) сообщила о лечении глубоких ожогов мазью, содержащей ксероформ и хлорамфеникол. Заслуживают пристального внимания ее рекомендации, касающиеся раннего (с 7-го дня) применения «ферментативной некрэктомии» с последующими пересадками кожи.

Среди сообщений, посвященных диагностике и хирургии опухолей средостения и легких, представляет интерес доклад проф. Тишера (ГДР) о медиастиноскопии у новорожденных и грудных детей. Исследование проводят ларингоскопом под эндотрахеальным наркозом. В числе показаний названы гиперплазия и новообразования вилочковой железы, стридор неясной этиологии (аномальные сосуды, трахеомалиция и т. д.).

Особенности дифференциальной диагностики легочной секвестрации у детей были освещены доктором Б. Пеплов (Берлин, ГДР). Она подчеркнула обязательность ангиопульмографии при этой патологии. Проф. Д. Арнауод (София) в последние годы отказался от радикальных иссечений врожденных аневризм яремных вен из-за опасения тяжелых нарушений венозного кровообращения и применяет укрепление сосуда и искусственное «стенозирование» расширенного участка футляром из дакрона или консервированной твердой мозговой оболочки.

В ряде сообщений (Флах, ФРГ; Ирасек, ЧССР; Наги, Венгрия; Гданец, ГДР и др.) обсуждались социальные проблемы детского травматизма и пути борьбы с ним. Заслуживают внимания методы направленного изучения частоты и видов уличного травматизма в различных районах города с учетом времени года, времени суток и т. д. Это позволило составить своеобразную карту наиболее опасных мест и внести рекомендации в организацию потоков уличного движения. На этом же засе-

дании автор настоящей информации выступил от имени группы казанских ученых (М. Р. Рокицкий, **Н. А. Мифтахов**, Г. М. Николаев, Ф. Н. Казанцев) с докладом «Тактика хирурга и анестезиолога при комбинированных травмах у детей».

По окончании конгресса в течение 3 дней мы знакомы с детскими хирургическими клиниками Дрездена, Берлина и Ростка. В ГДР нет специального курса детской хирургии, этот раздел преподается на кафедре общей хирургии. Не организована централизованная специализированная неотложная хирургическая помощь детям. Дети с острыми хирургическими заболеваниями госпитализируются в общехирургические отделения.

Отделение детской хирургии в г. Дрездене (его возглавляет проф. Беллман) на 52 койки расположено в хирургическом корпусе медицинской академии. В отделении находятся дети в возрасте преимущественно до 2 лет. Значительную часть составляют больные с гидроцефалией — клиника направленно занимается хирургическим лечением этого заболевания методом шунтирования.

Клиникой детской хирургии в Берлине руководит доктор медицины, новый президент секции детских хирургов ГДР Э. Краузе. Клиника расположена в одном из многочисленных трехэтажных корпусов крупнейшей в Европе больницы «Берлин-Бух», насчитывающей более 6000 коек. Пять отделений детской хирургии включают суммарно 135 коек. Хорошее впечатление производит организация работы в клинике, особенно в отделениях хирургии новорожденных и интенсивной терапии — последнее рассчитано на 11 коек, одновременно обслуживается 6 медицинскими сестрами и 2 врачами. Значителен удельный вес детей с урологическими заболеваниями. Нам показали 3 детей, выздоравливающих после операций по поводу атрезии пищевода. Следует отметить, что в родильных домах ГДР принято обязательное зондирование желудка у новорожденного до первого кормления. Это обеспечивает раннюю (в первые 2—3 часа после рождения) диагностику и эффективную операцию. Хирурги этой клиники предпочитают выполнять пластику пищевода экстраплеврально, отслаивая париетальную плевру так, как это делают при плеврэктомии.

В областной больнице г. Ростка отделение детской хирургии возглавляет доктор медицины И. Поппэ. Эта больница на 620 коек построена и оснащена по специальному проекту, причем ее строительству предшествовала поездка группы специалистов по различным странам для изучения новейших достижений в строительстве лечебных учреждений. Больница прекрасно оснащена, имеется система централизованной стерилизации коек, при каждом приемном покое подготовлены 10—15 застеленных коек, так что больного непосредственно в приемном покое укладывают в постель и в ней доставляют в палату.

Заслуживает изучения максимальная централизация всех вспомогательных служб (аптека, специализированные лаборатории, стерилизационная, заготовка операционного материала и т. д.). Например, отделения не направляют своих сестер в аптеку за получением медикаментов: экспедитор аптеки точно в определенное время на специальной каталке со шкафчиками и гнездами развозит заказанные медикаменты по всем отделениям, одновременно принимая заявки на следующий день. Широко используются различные штампы (в отделении их более 20) — контуры тела ребенка (для обозначения площади ожога), грудная клетка, схема органов мочевого выделения и т. д. Эти мелкие детали значительно облегчают работу врача и освобождают время для клинической деятельности непосредственно у постели больного.

В отделении интенсивной терапии проводка системы слежения за состоянием больного укрыта в стенах, палаты максимально освобождены от мебели и аппаратуры — это создает необходимый простор при экстренной реанимации. 12 коек этого отделения обслуживаются одновременно 6 медсестрами и 3 врачами, здесь же располагается биохимическая экспресс-лаборатория, отделение гемодиализа («искусственная почка»), обслуживающие только отделение интенсивной терапии.

Обращает на себя внимание отношение медицинских сестер и врачей к детям — каждую свободную минуту они стараются провести в палатах, играя с маленькими пациентами, читая им книжки и т. д. Это создает атмосферу полного доверия, столь необходимую для скорейшего излечения ребенка. Нужно отметить, что ни в одном детском лечебном учреждении ГДР матери не госпитализируются, вне зависимости от возраста ребенка и тяжести его заболевания. Эта система накладывает повышенную ответственность на врачей и сестер, но значительно облегчает обслуживание и лечение детей.

Проф. М. Р. Рокицкий (Казань)