

повреждениях челюстно-лицевой области, что поможет дифференцировать эти повреждения в поликлинических условиях для определения лечебной тактики.

В девятой и десятой главах содержатся вопросы клиники и диагностики доброкачественных и злокачественных новообразований челюстно-лицевой области, которые помогут врачам-стоматологам проявить онкологическую настороженность и своевременно направить больного в специализированное учреждение.

Монография В. А. Козлова хорошо иллюстрирована, написана лаконичным доступным языком. Нет сомнения, что она принесет большую пользу врачам-стоматологам, работающим в условиях амбулатории.

Проф. Ф. С. Хамитов (Казань)

СЪЕЗДЫ И КОНФЕРЕНЦИИ

IV СЪЕЗД УРОЛОГОВ УКРАИНСКОЙ ССР

(г. Киев, 3—6 сентября 1985 г.)

С докладом по диспансеризации в урологии выступила доктор мед. наук Л. П. Павлова (Киев). Она обратила внимание на роль диспансеризации в предупреждении как возникновения урологических заболеваний, так и их трансформации в хронические формы, в своевременном лечении больных с урологической патологией. Предлагается расширить объем диспансеризации за счет наблюдения за практически здоровыми людьми, а также за лицами, имеющими факторы риска. Вопрос о целесообразности участия уролога в ежегодных осмотрах населения решен на основе анализа степени нуждаемости в консультации уролога. Сделан вывод, что предварительный отбор больных для специализированного осмотра урологом должен проводиться терапевтами, хирургами и педиатрами, при этом указано на необходимость официального разрешения органами здравоохранения трудностей с урорентгеновским обследованием больных. Для более динамичного наблюдения за оперированными больными централизованную диспансеризацию предложено осуществлять в тех лечебных учреждениях, в которых им было оказано соответствующее лечение.

В. Н. Ткачук (Ленинград) коснулся принципов диспансеризации больных с пиелонефритом. По рекомендуемой им схеме сроки диспансеризации должны составлять не менее 2 лет. В первые 6 месяцев профилактические осмотры рекомендуется проводить ежемесячно, а в последующем — один раз в 3 месяца.

Многими докладчиками предложены профилактические обследования мужчин старше 40 лет для раннего выявления заболеваний предстательной железы. И. П. Шевцовым и Н. С. Левковским (Ленинград) выделено несколько групп диспансерного учета при мочекаменной болезни. К 1-й должны быть отнесены здоровые люди с фактором риска; ко 2-й — клинически излеченные больные по истечении трехлетнего контрольного периода; к 3-й — больные с различными хроническими заболеваниями, предрасполагающими к возникновению мочекаменной болезни; к 4-й — больные после отхождения или удаления камней со сроком до 3 лет; к 5-й — больные с камнями, не требующими хирургического удаления; к 6-й — больные мочекаменной болезнью с выраженными морфологическими и функциональными изменениями при коралловидных и рецидивных камнях.

Доклад по гидронефрозу сделал В. С. Карпенко (Киев). В диагностике гидронефроза большое значение уделено интраоперационной электромиографии, а в качестве наиболее эффективной операции предложен метод Андерсона — Хайнса по возможности с отказом от нефростомии. По мнению докладчика, лечение гидронефроза, связанного с аномальным нижнеполярным сосудом, должно проводиться путем резекции лоханочно-мочеточникового сегмента. В докладе А. М. Романенко (Киев) такая тактика обоснована данными морфологических и электронно-микроскопических исследований, которые показали связь между добавочным сосудом и так называемой сочетанной нейромышечной дисплазией лоханочно-мочеточникового сегмента, радикальное лечение которого возможно лишь резекцией измененного отдела мочевой трубки. Показания к оперативному лечению во всех стадиях заболевания и возрастных группах больных ставятся достаточно широко.

Н. А. Лопаткин и соавт. (Москва) отметили, что тактика лечения позднего гидронефроза и послеоперационного ведения больных определяется тяжестью обструктивной нефропатии, выраженностью и обратимостью нарушений моторики пораженных мочевых путей, а также функциональными ресурсами контралатеральной почки. Ю. А. Пытель и В. Г. Казимиров (Москва) предлагают резекцию нижнего полюса почки как метод лечения гидронефроза, обусловленного aberrантным нижнеполярным сосудом, а также достаточно обширную резекцию мочеточника при его стенозе. Киевскими урологами В. В. Жила и В. С. Черненко в лечении гидроне-

фроза, связанного с добавочным сосудом нижнего полюса, используется метод фибромускулярной транспозиции сосудов посредством мышечного лоскута большой поясничной мышцы. С. Э. Шимкус (Симферополь) у больных с гидронефрозом при удвоенных мочеточниках называет операцией выбора уретерэктомию с анастомозом смежных мочевых путей.

Е. Б. Мазо (Москва) на основе сравнительной оценки результатов лечения гидронефротической трансформации аномалийных почек предлагает наиболее раннее оперативное лечение с внутренним дренированием при функциональных нарушениях, определяемых с помощью динамической сцинтиграфии и компьютерной ренографии.

Доклады М. Ф. Трапезниковой, А. Г. Пугачева (Москва), А. В. Люлько (Днепропетровск), посвященные проблеме гидронефроза у детей, были объединены выводом о положительном результате раннего лечения путем наиболее радикального устранения причины — резекции лоханочно-мочеточникового сегмента. При нефростомии и внутреннем дренировании необходима строгая оценка функции контралатеральной почки, выраженности функциональных нарушений и наличия инфекций.

С обзорным докладом по этиологии, диагностике, клинике и лечению мочевых свищей выступил А. В. Люлько (Днепропетровск). Было отмечено, что лечение мочевых свищей является сложной проблемой урологии и требует тщательного обследования больных с целью правильного выбора тактики лечения, среди которых ведущее место занимает радикальное оперативное вмешательство.

Среди сообщений о новых методах исследования в урологии М. Ф. Трапезниковой и соавт. (Москва) и С. К. Терновой и соавт. (Киев) представлены положительные отзывы о применении компьютерной и ультразвуковой томографии. А. С. Переверзев (Киев) предложил для лечения синдрома Фролея оригинальный метод операции и указал, что в возникновении органических изменений полостной системы почки ведущая роль принадлежит инфекции, а не сдавлению почки артериальными сосудами. Н. Е. Савченко (Минск) использует для лечения мегауретера у детей метод аутоотрансплантации почки, что, по его мнению, является весьма эффективным способом оперативной коррекции.

На основе данных, представленных в докладе Ф. А. Клепикова и В. В. Леонова (Харьков), сделан вывод об успешном применении сочетания гемодиализа и гемосорбции, позволяющем в 2 раза снизить летальность при острой почечной недостаточности. Новые возможности лечения уретерогидронефроза у больных раком предстательной железы, по мнению Н. А. Лопаткина и В. Г. Хазанова (Москва), заключаются в комплексной системе подхода к этой проблеме, которая состоит из трансуретральной электрорезекции, подвесной катетеризации и протонном облучения аденогипофиза.

Проф. Э. Н. Ситдыков, А. Ю. Зубков (Казань)

НЕКРОЛОГ

УДК 616—092:092 Ерзин

ПРОФЕССОР МУХАМЕД АБДУЛЛАЕВИЧ ЕРЗИН

29 апреля 1986 г. после тяжелой болезни на 78-м году жизни скончался один из видных представителей Казанской медицинской школы — заслуженный деятель ТАССР и РСФСР, доктор медицинских наук, профессор Мухамед Абдуллаевич Ерзин.

М. А. Ерзин родился 16 августа 1908 г. в деревне Азеево Ермишинского уезда Тамбовской губернии в семье крестьянина. Детство мальчика прошло в Средней Азии, куда семья переехала спустя несколько месяцев после его рождения. Смысленный и способный, он быстро изучил те языки, на которых говорят народы Туркестана: узбекский, туркменский, фарси, таджикский. Способности его не остались незамеченными, и в 1924 г. 16-летний юноша был приглашен переводчиком в ЦК партии Узбекистана. Так началась его трудовая деятельность.



После поступления на медицинский факультет Ташкентского университета он перевелся в Казань и в 1931 г. получил диплом об окончании Казанского медицинского института. Это был второй выпуск только что организованного из медфака университета медицинского института (или 133-й выпуск медфака университета). Как проявивший способности к научной работе, он был оставлен аспирантом на кафедре патологической физиологии у проф. Н. Н. Сиротинина, впоследствии действительного члена Академии медицинских наук СССР. Работая ассистентом кафедры патофизиологии, М. А. Ерзин защитил кандидатскую диссертацию (1939 г.) на тему «Динамика колебания глутатиона в венозной крови при экспериментальных пороках сердца». Официальными оппонентами