

СЪЕЗДЫ И КОНФЕРЕНЦИИ

III СЪЕЗД ТРАВМАТОЛОГОВ-ОРТОПЕДОВ РЕСПУБЛИК СРЕДНЕЙ АЗИИ И КАЗАХСТАНА

(Ташкент, 8—12/IX 1982 г.)

В работе III съезда травматологов-ортопедов республик Средней Азии и Казахстана приняли участие ученые и врачи-травматологи РСФСР, Украины, Литвы, Эстонии, Молдавии, Азербайджана и других союзных республик. В программу съезда были включены следующие вопросы: профилактика детского травматизма, диагностика и лечение сочетанных травм конечностей, диагностика и лечение ортопедических заболеваний у детей.

В докладах акад. АМН СССР М. В. Волкова (Москва), проф. М. Д. Дусмуратова (Ташкент) и др. было подчеркнуто, что профилактику детского травматизма необходимо проводить в нескольких направлениях: следует создать травмобезопасную среду, в которой находятся дети; выработать у них навыки безопасного поведения в различных жизненных ситуациях; укрепить костно-мышечную систему закаливанием и физическим развитием детского организма; разработать координацию движений.

При обсуждении второй проблемы — сочетанной травмы, являющейся в настоящее время самой актуальной в травматологии, была обоснована необходимость комплексного обследования пострадавшего для выявления доминирующей патологии. В процессе выполнения реанимационных мероприятий следует производить новоканальные блокады и осуществлять простейшие виды иммобилизации конечностей (наложение облепленных гипсовых повязок, упрощенных аппаратов наружной фиксации). При отрывах и разрывах конечностей, повреждениях магистральных сосудов оперативные вмешательства сами являются реанимационными мероприятиями.

Многие докладчики высказывались за консервативное лечение переломов при сочетанных травмах (репозицию, гипсовую иммобилизацию, скелетное вытяжение). В дальнейшем (через 2—3 нед) при необходимости можно прибегнуть к оперативному лечению с применением аппаратов внешней фиксации, наkostного или внутрикостного остеосинтеза. Лечение подобных больных должно осуществляться в специальных отделениях сочетанных травм, которые должны повсеместно создаваться.

В докладах о профилактике и лечении врожденного вывиха бедра был дан анализ эффективности консервативных и оперативных методов лечения врожденного вывиха бедра, причин неудовлетворительных исходов; рассмотрены пути профилактики и методы лечения асептических некрозов головки бедра; предложены новые реконструктивные операции при лечении подвывихов бедра у детей старшего возраста.

Участникам съезда была предоставлена возможность ознакомиться с работой специализированных учреждений г. Ташкента, и мы смогли убедиться в высоком уровне организации травматологической и ортопедической службы в Узбекской ССР.

Проф. У. Я. Богданович, В. Ф. Алтунин (Казань)

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ ЭНДОКРИНОЛОГОВ ПОВОЛЖСКОГО И ВОЛГО-ВЯТСКОГО РАЙОНОВ «АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ДИАБЕТОЛОГИИ»

(22—23 сентября 1982 г., Казань)

На конференции были сообщены новейшие данные по актуальным вопросам современной диабетологии и клинической эндокринологии. Доклады, диспуты, клинические разборы больных в дни конференции явились формой внедрения научных достижений в практику здравоохранения. К началу конференции был выпущен сборник трудов Казанского медицинского института. «Сахарный диабет. Вопросы профилактики и лечения».

В докладе М. И. Балаболкина (Москва) «Современные представления об этиологии и патогенезе сахарного диабета» приведена схема развития инсулинозависимого диабета. Заболевание вызывают внешний и внутренний факторы (условия). Внутренним фактором является наследственное предрасположение к возникновению диабета. Однако для реализации этого условия необходим внешний фактор в виде вирусной инфекции, выполняющей роль инициатора иммунологических реакций, которые в конечном итоге ведут к аутоиммунному процессу в поджелудочной железе или к повреждению и гибели бета-клеток. В обоих случаях развивается недостаточность секреции инсулина, что проявляется абсолютным уменьшением количества бета-кле-

ток, инсулинопений, появлением антител к инсулину или островкам поджелудочной железы.

В сообщении В. П. Федотова даны результаты применения островковых клеток поджелудочной железы для лечения больных сахарным диабетом. Эта методика позволяет снизить дозу инсулина почти вдвое и поддерживать компенсацию диабета в течение 6—12 мес.

В работе, посвященной профилактике сахарного диабета (В. В. Талантов, Казань), эта патология рассматривается как многофакторное заболевание. Выявлено множество факторов, способствующих первичному поражению бета-клеток и экстрапанкреатических влияний, приводящих к повышенной потребности в инсулине с последующей диссоциацией инсулинообразования и инсулинового эффекта. Массовая и индивидуальная профилактика сахарного диабета щадит инсулярный аппарат, уменьшает функциональную нагрузку на бета-клетки (рациональное питание и исключение факторов, имеющих контринсулярный эффект) и активизирует пути окисления глюкозы с минимальным участием инсулина (увеличение мышечной работы, борьба с гиподинамией). Оригинальной является систематизация данных о «ятрогенном» диабете с анализом многих диабетогенных факторов — медикаментов и других лечебных мероприятий. Рассматривая принципы рационального питания, автор подчеркивает необходимость не только соблюдения суточных норм энергоемкости и углеводов (особенно легкоусвояемых углеводов, потребление которых в пределах 2—3 поколений возросло в несколько раз), но и важность исключения разовых пищевых перегрузок, то есть равномерного распределения пищи на 3—4 приема. Для подавляющего числа людей — учащихся, служащих, рабочих механизированного или автоматизированного производства — суточная норма сахара не должна превышать 50—70 г. Показателем сбалансированного питания является сохранение нормальной массы тела. Ожирение любого генеза сопровождается снижением чувствительности жировой ткани к инсулину и гиперинсулинизмом, то есть перегрузкой инсулинообразующих механизмов (А. Г. Мазовецкий и соавт., Москва). В этой же работе представлены убедительные доказательства, что параллельно увеличению уровня инсулина в крови не только происходит достоверное увеличение массы тела, но и возникает тенденция к повышению артериального давления. С клинических позиций эти данные следует рассматривать как одно из противопоказаний к назначению инсулинотерапии больным с инсулинонезависимым диабетом.

Ряд важных выступлений посвящен вопросам иммунологии сахарного диабета. В сообщениях М. И. Балаболкина и соавт. (Москва), Л. М. Султановой (Казань), Т. В. Моруговой (Уфа) отмечено, что при диабете нарушается гуморальный и клеточно-опосредуемый иммунитет. Эти данные являются основанием для назначения иммуноотрпной терапии при сахарном диабете как у взрослых, так и у детей. Представлены результаты применения левамизола, который способен выполнять функцию иммуномодулятора, усиливая слабую реакцию иммунитета, ослабляя сильную и оставляя без изменения нормальную, то есть он действует подобно гормону тимуса — тимопозтину.

Исключительный интерес с практической точки зрения вызвала работа группы авторов кафедры эндокринологии ЦОЛИУВ (Э. П. Касаткина с соавт., Москва), в которой освещены особенности сахарного диабета у детей. Э. П. Касаткина выделяет начальный этап, ремиссию и тяжелую форму сахарного диабета. Начальный этап заболевания характеризуется небольшой потребностью в инсулине, относительно легко достигаемой компенсацией. Лишь в самом начале болезни потребность в экзогенном инсулине может быть значительной, но по мере компенсации она быстро уменьшается и может даже полностью исчезнуть (ремиссия сахарного диабета). Продолжительность ремиссии во многом зависит от правильности врачебной тактики и точного выполнения больным предписаний врача. Все терапевтические мероприятия на данном этапе должны максимально щадить поджелудочную железу и влиять на нормализацию обменных процессов.

Через несколько месяцев или лет у большинства детей течение сахарного диабета усложняется. Потребность в инсулине возрастает. В работе дается подробная характеристика лабильного течения сахарного диабета у детей и патогенез данной формы: в ответ на введение неадекватно больших доз инсулина резко падает уровень сахара в крови. Для борьбы с гипогликемией активизируются гипоталамо-гипофизарная система и надпочечники, повышается уровень контринсулярных и жиромобилизирующих гормонов. В итоге возникают гипергликемия, гиперлипидемия и глюкозурия. Врачи довольно часто неправильно оценивают эту ситуацию и вместо уменьшения дозы инсулина увеличивают ее. Развивается синдром хронической пердозировки, для которого характерно крайне лабильное, тяжелое течение диабета со склонностью к гипогликемическим состояниям и кетоацидозу, к развитию жировой инфильтрации печени, постоянному чувству голода и прибавке массы тела.

В сообщении Л. С. Ланецкой и соавт. (Воронеж) убедительно показано влияние полной компенсации на снижение количества осложнений и сохранение трудоспособности больных. Компенсацию можно достичь и при ранее длительно декомпенсированном сахарном диабете обеспечением строгой субэнергоемкой диеты с резким ограничением продуктов, богатых углеводами, а при ожирении — снижением массы тела у больных (Н. А. Сильницкий, Е. А. Волкова, Ленинград).

Патогенетически обосновывается применение анаболических стероидов и гидролизина с целью регуляции белково-аминокислотного обмена (И. А. Дубинина с соавт., Рязань), ретаболила и ангиопротекторов при лечении ретинопатии (Е. Н. Сучкова с соавт., Астрахань). В работе В. В. Талантова (Казань) рассмотрены в профилактическом и лечебном плане постинъекционные липодистрофии и ряд других вегетативно-ирритативных постинъекционных синдромов, ранее неизвестных теории и практике медицины.

В докладе Г. С. Зефировой, Э. А. Войчик (Москва) представлены доказательства в пользу применения малых доз инсулина для выведения из тяжелого кетоацидоза, поскольку большие дозы вызывают позднюю гипогликемию, риск гипосомолярности и отека мозга, гиперлактацидемию и быстрое падение уровней магния и фосфора в сыворотке крови. Для предупреждения этих осложнений обосновывается применение дозы инсулина 6—10 ед./ч. Предлагается схема выведения больного из диабетической комы.

В последние годы в связи с актуальностью выявления факторов риска сахарного диабета особое значение приобретает изучение состояния углеводного обмена при тиреотоксикозе. Частота диабета при нем достигает 3—6%, поэтому важность проведения нагрузочной пробы с глюкозой у больных тиреотоксикозом очевидна. И. В. Давыдова (Москва) показала, что даже при условии хорошей медикаментозной компенсации тиреотоксикоза течение диабета не улучшается, в силу этого рекомендуется расширение показаний к хирургическому лечению больных тиреотоксикозом, одновременно страдающих сахарным диабетом. Вопросы организации эндокринной службы представлены в докладах и работах Ф. А. Тазетдинова (Казань), К. З. Курц (Казань), Р. М. Залая (Казань), Э. Н. Хасанова (Казань).

В дни конференции было проведено расширенное заседание президиума правления научного общества эндокринологов РСФСР с отчетом главных эндокринологов ряда областей. Весьма полезными оказались встречи заведующих кафедрами и курсами эндокринологии, а также клинические разборы больных, проведенные ведущими эндокринологами страны.

В. С. Лукьянчиков, Г. А. Герасимов (Москва), Л. М. Султанова (Казань).

XI ВСЕСОЮЗНЫЙ СЪЕЗД ДЕТСКИХ ВРАЧЕЙ

(30/XI—3/XII 1982 г., Москва)

XI Всесоюзный съезд детских врачей был посвящен актуальным проблемам охраны здоровья детей в СССР, физиологии и патологии новорожденных, аллергическим состояниям и аллергическим болезням у детей.

Заместитель министра здравоохранения СССР Е. Ч. Новикова выступила с докладом «Охрана здоровья детей в СССР и перспективы ее дальнейшего развития в свете решений XXVI съезда КПСС», в котором отметила постоянную заботу Коммунистической партии Советского Союза о здоровье матери и ребенка.

А. Г. Грачева (Москва) охарактеризовала основные направления в работе педиатрической службы Российской Федерации, предусматривающие дальнейшее развитие специализированных кабинетов в поликлиниках, повышение качества диспансеризации, подготовку дошкольников к школе, укрепление здоровья школьников, внедрение скрининг-программ при обследовании детей. А. И. Жилене (Вильнюс) свое сообщение посвятила важной роли детской поликлиники в охране здоровья детей раннего возраста, в организации центров здорового ребенка в поликлинике, во внедрении этапного скрининга факторов риска, в том числе и социальных, в усилении пропаганды здорового образа жизни среди населения и приближении врача-педиатра к семье.

Народный врач СССР Б. Х. Холматова (Ленинабад) поделилась опытом работы участкового педиатра, подчеркнув особое значение естественного вскармливания с возможно ранним прикладыванием ребенка к груди после рождения, а также роль стимуляции лактации, профилактики гипотрофии, санитарно-гигиенического просвещения родителей и др.

Л. В. Параскевич (Минск) отметила, что в профилактической работе со здоровыми детьми в Белорусской ССР большое внимание уделяется рациональному питанию, организации горячего питания в школах, физическому воспитанию, обучению плаванию, художественной гимнастике, расширению сети плавательных бассейнов.

Л. Я. Якунина (Москва) показала эффективность восстановительного лечения, в котором нуждаются дети дошкольного и школьного возраста при заболеваниях органов дыхания, ортопедической патологии, а среди детей до 3 лет — при заболеваниях нервной системы.

Э. К. Платкайс (Рига) познакомила с новыми формами организации медицинской помощи в Латвийской ССР, к которым относятся обучение молодежи по