

Ряд работ Ю. А. Ратнера посвящен вопросам диагностики и лечения урологических больных. Урологическое отделение клиники послужило базой для создания в последующем кафедры урологии, возглавленной учеником проф. Ю. А. Ратнера — доцентом Н. Х. Ситдыковым. Из клиники вышла кандидатская диссертация по туберкулезу почек (доцент Н. И. Любина).

Большое значение в деятельности проф. Ю. А. Ратнера имело оказание помощи онкологическим больным. В 1945 г. при кафедре созданы онкологическое и радиологическое отделения. С этого же года Ю. А. Ратнер состоит главным онкологом Министрства здравоохранения ТАССР и осуществляет консультативное руководство противораковой борьбой в республике.

В последние годы в клинике, руководимой проф. Ю. А. Ратнером, проводятся многочисленные исследования, объединенные проблемами грудной хирургии и онкологии. Успешно разрабатываются вопросы современной анестезиологии, хирургическое лечение заболеваний органов грудной клетки.

Многогранность деятельности, большой личный опыт в различных областях хирургии определили Ю. А. Ратнера как крупного хирурга и клинициста. Широкая эрудиция, глубокие знания хирургической патологии делают его выдающимся диагностом. Клинические обходы Ю. А. Ратнера и разборы больных являются школой хирургии: в них сочетается глубокое врачебное мышление и использование новейших методов объективного исследования, которые постоянно осваиваются, разрабатываются и внедряются в практику.

Ю. А. Ратнер как руководитель отличается внимательным, заботливым отношением к своим ученикам, постоянно побуждает их к исканиям, поощряет инициативу в решении научных задач, способствует их творческому росту. Молодые врачи за короткое пребывание в клинике, руководимой им, становятся квалифицированными специалистами. Эти качества Ю. А. Ратнера как ученого, учителя, наставника и человека снискали ему любовь всего коллектива. Под руководством Ю. А. Ратнера защищены две докторские и две кандидатские диссертации, 5 его учеников заведуют кафедрами. Им подготовлено большое количество практических врачей-хирургов.

Коллектив кафедры хирургии и онкологии и сотрудники Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина от души желают дорогому Юрию Александровичу Ратнеру доброго здоровья, долгих лет жизни и дальнейшей плодотворной деятельности на благо советского здравоохранения.

По поручению коллектива — доц. **Н. И. Любина**
(Казань)

СЪЕЗДЫ И КОНФЕРЕНЦИИ

ПРОБЛЕМА СКОЛИОЗА НА II МЕЖДУНАРОДНОМ КОНГРЕССЕ ОРТОПЕДОВ

(Брно, 25/IV—30/VI-60 г.)

В работах конгресса принимали участие, кроме советских ортопедов, специалисты многих стран (Польша, Болгария, Венгрия, ГДР, Австрия, Франция, США и др.).

Было заслушано более 80 докладов, затрагивавших воспитание правильной осанки у детей, возникновение и предупреждение сколиозов, их консервативное и оперативное лечение.

Для профилактики сколиоза, прежде всего, необходимы меры, устраняющие условия развития этой деформации, выявление так называемых пресколиотических форм. Эти формы встречаются более чем у 40% детей дошкольного и раннего школьного возрастов. Проявляется это в виде небольших нарушений осанки, асимметричного расположения плеч, лопаток и других изменений. Рентгенологически уже в этой стадии, в положении стоя, можно определить некоторое отклонение позвоночника в сторону.

Докладчики обоснованно выдвигали положение о том, что сколиоз — это проблема дошкольного возраста. Поэтому во всех докладах (Я. Ваврда, Я. Бердыхова, Ф. Шквара, Ш. Бенеш и др.) главным образом освещались вопросы раннего выявления нарушений осанки в этом возрасте с тем, чтобы меры к устранению обнаруженных дефектов были приняты немедленно.

Обследование большого количества детей (Санберт) показало, что среди школьников первых классов нарушение осанки определяется у 50—60% детей, причем к концу учебного года порочность осанки увеличивается. У детей старшего возраста эти отклонения наблюдаются у 60—70% и более.

У детей школьного возраста усиление сколиоза возникает на почве неправильного положения на уроках и дома, несоответствующей школьной мебели, недостаточной постановки физической культуры и др. Поэтому воспитание у детей нормальной осанки

должно стать повседневной заботой родителей, воспитателей и педагогов в детских садах и школах.

Родители и педагоги обязаны систематически указывать детям на необходимость исправлять осанку и вырабатывать формирование у них навыков правильной осанки как в покое, так и в движении.

Большая роль отводится специалистам по физической культуре. Они должны систематически проводить с детьми специальные занятия, которые могли бы обеспечить выработку рефлекторных механизмов, обеспечивающих нормальную осанку.

Вместе с педагогом деятельное участие в указанных мероприятиях принимает врач.

Основным среди докладов по этиологии и патогенезу сколиозов был доклад проф. Б. Фрейка (Брно). Он представил подробную классификацию форм сколиозов. Касаясь детского возраста, докладчик считает возможным развитие сколиоза у них из кифоза и плоской спины; к сколиозу могут привести преждевременная посадка ребенка, тяжелые заболевания, нарушения функции желез внутренней секреции.

Кошоа (Париж) придает значение питанию (молоку), которое может вызвать структурные изменения в позвонках и на этой почве развитие сколиоза. Поливка (Пльзень) установил, что у душевнобольных в 10 раз чаще встречается сколиоз. Я. Янек и М. Кучера (Брно) считают, что для профилактики сколиоза необходимо устранить анатомические препятствия в верхних дыхательных путях и научить ребенка правильно дышать. Нарушение носового дыхания приводит, по их мнению, к изменениям в положении позвоночника.

На основании хронасимметрических, электромиографических и гистологических исследований мускулатуры позвоночника при сколиозах А. Груца (Польша) и его сотрудники приходят к заключению, что боковое отклонение позвоночника вызвано нарушением равновесия мышц позвоночника.

И. Мовшович (Москва) считает, что в основе патогенеза сколиоза лежит асимметричное развитие позвонков, вызванное врожденными изменениями в позвоночнике, нарушением статики и действием мышц.

В программном докладе о консервативном лечении сколиозов проф. М. Ярош (Прага) обратил внимание на необходимость при лечении сколиоза регулирования режима дня ребенка путем сотрудничества врачей, родителей, воспитателей и педагогов. Наряду с режимом успех в лечении начальных форм может быть обеспечен хорошим питанием, созданием необходимого положения для ребенка, применением физических методов лечения, массажа, лечебной физкультуры, в их числе ползание по Клаппу, гипсовая кровать по Лоренцу, вытяжение, корсеты и в отдельных случаях — редрессации. Консервативные методы, к сожалению, должны оцениваться крайне осторожно. Если при их применении не достигается эффекта, то следует приступить к операции.

Можно полностью согласиться с докладчиком, что консервативное лечение может приостановить или даже излечить только легкие формы сколиоза. Прогрессивные же формы или более тяжелые степени сколиоза консервативным способом излечить нельзя, возможна лишь их стабилизация.

Консервативное лечение может быть наиболее успешным в том случае, если оно проводится в специальных стационарных учреждениях. Особенно ярко это было подтверждено в докладе М. Машковой (Брно). Автор применила метод так называемой «амбулаторной госпитализации», когда ребенок в течение целого дня, находясь в лечебном учреждении, лежит на твердой кушетке в горизонтальном положении, проводит лечебную гимнастику и выполняет все школьные уроки.

С помощью такой «амбулаторной госпитализации» Машковой удалось полностью устранить у детей сколиозы в начальной степени, значительно улучшить течение прогрессирующих форм.

Аналогичную тактику при лечении сколиозов с успехом применили Я. Элер и Ф. Лелек (Градец Карлове). Авторы применяли у больных продолжительное горизонтальное положение в стационаре, лечебную гимнастику и физиотерапию. Анализ результатов у большей части детей показал развитие отличной осанки, укрепление мышечного корсета и повышение емкости легких.

Оперативному лечению сколиозов посвятил свой доклад проф. О. Гневковский (Прага). Показанными операции он считает там, где консервативное лечение не дает эффекта, где деформация прогрессирует и где имеются осложнения вследствие сколиоза. Противопоказаниями для операции, в основном, служат — плохое общее состояние больного, ранний возраст пациента, незначительные сколиозы и другие. Автор придает важное значение предоперационной подготовке (массажа, гимнастике и, особенно, дыхательным упражнениям в респираторе Коллин-Дрегера, которые продолжают несколько месяцев).

После критического обзора всех предлагавшихся оперативных методов докладчик отдает предпочтение спондилодезу. При этом он обращает внимание на необходимость проведения тщательной коррекции, фиксации исправленного позвоночника корсетом; операция и послеоперационный период проводятся в том же корсете.

М. Файт, Е. Косинка (Брно) отрицают целесообразность экстензионных корсетов и предлагают свою методику предоперационного вытяжения. Больного укладывают на стол, при фиксированных конечностях, головной конец наклоняется. Вследствие воз-

никающего при этом положении расслабления мышц спины создаются благоприятные условия для коррекции.

М. Янечек (Брно) поделился опытом оперативного лечения 1000 больных сколиозом. Клиника применяла спондилодез по Ольби с использованием ауто- и гомотрансплантата. В последние годы эта операция дополнялась артродезом межпозвоночных суставов, а для фиксации позвоночника применялись ауто- и гомотрансплантаты.

На этом заседании были заслушаны доклады советских ортопедов (В. Д. Чаклина, Е. Н. Никифоровой, Ф. Р. Богданова и Г. Т. Саченко, Л. И. Шулуток, А. И. Казмина, Л. К. Закревского), в которых представлен большой отечественный опыт оперативного лечения больных сколиозами, сообщены оригинальные методики предложенных операций, дана сравнительная оценка ауто- и гомотрансплантации и др.

Группа польских ортопедов, возглавляемая проф. А. Груца, представила ряд докладов по металлопластическим операциям сколиозов. Клиника рекомендует в функциональной и в начале структуральной фаз сколиоза применять спиральную пружинку для создания мышечного равновесия.

П. Стагнар (Лион), П. Квено (Париж) поделились собственным опытом оперативного лечения сколиозов. Авторы применяют костнопластическую фиксацию.

Как видно из изложенного, оперативное лечение в очень небольшом проценте случаев устраняет сколиоз. В основном операция создает лишь условия, тормозящие дальнейшее прогрессирование деформации. Одним хирургическим путем нельзя решить проблему сколиозов. Главное внимание поэтому должно быть обращено на раннее выявление детей с нарушением осанки и их диспансеризацию, устранение условий развития деформаций, внедрение рациональных физкультурных упражнений, начиная с дошкольного возраста.

Совершенно прав проф. М. Ярош, который, перефразируя высказывания Джибнея, говорит, что тот ортопед должен считаться хорошим, который при лечении сколиозов вооружен бесконечным терпением и оптимизмом, который умеет пробудить бесконечное терпение родителей, интерес школы и органов здравоохранения.

Проф. Л. И. Шулуток
(Казань)

Поступила 19 августа 1960 г.

ВСЕСОЮЗНАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ ПО ИЗУЧЕНИЮ ГАЗОВОГО ОБМЕНА

(9—11/VI-60 г., Казань)

Конференция была созвана в честь 40-летия ТАССР. В ней приняли участие врачи и инженеры.

Вопросам функциональной диагностики легких был посвящен доклад проф. А. Г. Тергулова (Казань), в котором подчеркивалось значение новейшей газоаналитической аппаратуры в диагностике корреляции газообмена при легочных заболеваниях.

Выступление главного инженера СКТБ-МФП М. И. Абдрахманова (Казань) касалось перспектив развития отечественной медицинской газоаналитической аппаратуры.

Применяемые в настоящее время в клинике аппараты открытого и закрытого типов, основанные на механохимическом способе определения газового обмена, не отвечают всем требованиям современной физиологии и клинической практики. Очередной перспективной задачей является внедрение в клинику малогабаритной аппаратуры, основанной на физических принципах определения газового состава.

Были приведены характеристики новых газоаналитических приборов, изготовленных за последнее время в Казани: аппаратов для изучения газового и основного обмена у человека (И. А. Логвинов), фотоэлектрического газоанализатора углекислого газа — ГУФ-1 (М. И. Абдрахманов и М. Р. Трофимовский), фотоэлектрического газоанализатора сернистого газа (И. А. Логвинов и Г. В. Валнахметов).

Проф. Л. Л. Шик (Москва), отметивший в своем докладе задачи исследования газообмена в комплексе современных методов оценки функционального состояния организма, подчеркнул необходимость применения различных методических приемов изучения газообмена. Связь газообмена с внешним дыханием делает необходимым применение методов, которые обеспечивают одновременное получение таких величин, как альвеолярная и легочная вентиляция, легочные объемы, парциальное давление газов в альвеолярном и выдыхаемом воздухе, потребление кислорода и выделение углекислого газа, степень оксигенации крови и др.

Докладчик выдвинул следующие основные задачи в области применения известных и разработки новых способов изучения газообмена:

- а) стандартизация аппаратуры, методики ее применения и обработки результатов;
- б) установление типовых видов исследования и соответствующей аппаратуры