

стенокардией показаны тренировки на велоэргометре низкой интенсивности в положении лежа на спине. Отмечено закономерное увеличение потребления кислорода миокардом по данным показателей двойного произведения (при определении максимальной нагрузки), сократительной способности миокарда, ударного объема и ударной работы сердца при выполнении нагрузки пороговой мощности. Кроме того, тренировочные занятия на велоэргометре со скоростью педалирования 55—65 об./мин (мощность — 15—20 Вт), продолжительностью 30—40 мин, от 3 до 6 раз в неделю в течение 6 мес приводили к улучшению показателей липидного обмена и нормализации коагуляционных свойств крови. Тренировки на велоэргометре сочетались с утренней гимнастикой, дозированной ходьбой, свободным плаванием в бассейне по 30 мин один раз в день.

На съезде большое внимание было уделено вопросам медицинской реабилитации больных остеохондрозом. Лечебная гимнастика в методологическом плане должна быть единой, но с обязательным учетом индивидуальных особенностей организма, клинических проявлений (проф. В. А. Епифанов, Москва). В комплексе лечебных средств ведущая роль принадлежит патогенетическим методам терапевтического воздействия на позвоночник — активным и пассивным упражнениям (мануальной терапии), лечебной гимнастике, физическим упражнениям в воде, элементам спорта, режимам сниженной статикодинамической нагрузки на позвоночник. Лечебные воздействия следует дозировать адекватно объему патологических изменений позвоночника и их локализации (А. Ф. Каптелин, Москва).

Вопросы совершенствования научных исследований по лечебной физкультуре и спортивной медицине были затронуты в докладе А. И. Журавлевой (Москва). Дальнейшей разработки

требуют вопросы физиологии, биохимии спорта, методы экспресс-диагностики функционального состояния лиц, занимающихся физкультурой и спортом. Недостаточно изучены медицинские аспекты оптимизации двигательных режимов различных контингентов населения.

Были представлены результаты комплексных исследований реакции лимфатической системы (состояние лимфодинамики, микролимфоциркуляции, биохимическая характеристика лимфы) при мышечных нагрузках. Показано участие лимфатической системы в нейрогуморальном обеспечении процесса адаптации к физическим нагрузкам. В плане дальнейшего развития лимфологических исследований в спортивной медицине особый интерес представляет разработка методов регуляции гуморального транспорта в системе кровь — тканевая жидкость — лимфа — кровь, а также выяснение закономерностей изменений и целенаправленная стимуляция функций лимфатической системы по поддержанию гомеостаза, специфической и неспецифической резистентности организма (М. М. Миннебаев, Ю. Е. Микусев, Казань). Данное направление является весьма актуальным и перспективным в спортивной медицине.

На отдельных заседаниях съезда рассматривалась проблема физического перенапряжения спортсменов, связанного с интенсификацией тренировок. О возможности развития синдрома диссеминированного внутрисосудистого свертывания крови у спортсменов при выполнении предельных физических нагрузок сообщила Л. Н. Маркова (Москва).

Состоялись выборы правления Всесоюзного научного медицинского общества специалистов по лечебной физкультуре и спортивной медицине. Председателем правления вновь избран проф. С. В. Хрущев (Москва).

Доц. Ю. Е. Микусев (Казань)

## ЮБИЛЕЙНЫЕ ДАТЫ

УДК 061.75

### ПРОФЕССОР ГРИГОРИЙ ДАВИДОВИЧ ОВРУЦКИЙ



Исполнилось 60 лет со дня рождения и более 35 лет врачебной, педагогической и общественной деятельности заведующего кафедрой терапевтической стоматологии Казанского медицинского

института имени С. В. Курашова доктора медицинских наук, профессора Г. Д. Овруцкого.

В 1949 г. Г. Д. Овруцкий окончил Киевский медицинский стоматологический институт. С 1949 по 1951 г. работал в Днепропетровске. С 1951 по 1956 г. служил в Советской Армии начальником стоматологического отделения. С 1961 г. Г. Д. Овруцкий возглавляет кафедру терапевтической стоматологии. В 1966 г. Григорий Давидович защитил докторскую диссертацию, а в 1968 г. был утвержден в звании профессора.

Г. Д. Овруцкого отличает глубина научных интересов, постоянное стремление к поиску новых путей познания. Талантливый и высокообразованный ученый, замечательный педагог, чуткий и внимательный врач, блестящий лектор, он снискал заслуженный авторитет и уважение коллег, студентов, больных. Григорий Давидович внес существенный вклад в развитие отечественной стоматологии. Его перу принадлежат 280 научных работ, в том числе 18 монографий, 3 учебных пособия. Под его редакцией опубликовано 12 тематических сборников научных трудов. Его монография «Фтор в стоматологии» переведена на английский язык и издана в США.

Большое внимание Григорий Давидович уделяет подготовке кадров. Под его руководством защищены 4 докторские и 50 кандидатских диссертаций. Многочисленные ученики Г. Д. Овруцкого работают во многих городах Советского Союза.

Научную и педагогическую деятельность Г. Д. Овруцкий успешно сочетает с лечебно-консультативной и общественной работой. Григорий Давидович является членом правления Всесоюзного и президиума Всероссийского общества стоматологов, председателем Татарского республиканского общества стоматологов, избран почетным членом Все-

польского общества стоматологов. Он редактор раздела «Стоматология» БМЭ, член редакционного совета журнала «Стоматология» и «Казанского медицинского журнала».

Григорий Давидович награжден юбилейной медалью «За доблестный труд в ознаменование 100-летия со дня рождения Владимира Ильича Ленина».

Товарищи по работе и многочисленные ученики сердечно поздравляют Григория Давидовича с юбилеем, желают ему крепкого здоровья, счастья, дальнейших творческих успехов.

## ПИСЬМО В РЕДАКЦИЮ

УДК 616—082—089 (04)

Уважаемый редактор!

Нам хотелось бы поделиться опытом работы межрайонного отделения детской хирургии, организованного в феврале 1980 г. при Лениногорской детской больнице. Профиль отделения — оказание плановой и круглосуточной экстренной хирургической помощи детям (107631 чел.), проживающим в шести (Лениногорском, Альметьевском, Азнакаевском, Бугульминском, Бавлинском, Черемшанском) прикреплённых районах ТАССР.

Возникающие в процессе работы затруднения (организационные, материальные, финансовые) решались и решаются при непосредственном и активном участии партийных и хозяйственных органов города, Министерства здравоохранения ТАССР. В отделении развернуто 60 коек: 40 хирургических, 10 урологических, 10 оториноларингологических.

Основная стационарная и амбулаторная хирургическая помощь оказывается 4 хирургами и анестезиологом. С этой целью были выделены по 2,5 ставки ординатора и дежурного хирурга и по одной ставке заведующего отделением и анестезиолога. Необходимо было создать не только отделение по оказанию квалифицированной плановой, экстренной хирургической помощи, но и организационно-методический и научный центр на уровне района. Преодолеть психологический барьер между детскими хирургами, общими хирургами и родителями помогли регулярные выезды в прикреплённые районы, в каждом из которых был выделен хирург (общий или детский), ответственный за оказание хирургической помощи детям и за состояние диспансеризации.

Нами были определены задачи межрайонного отделения и его функции, разработаны план работы в прикреплённых районах и инструктивные указания о направлении детей в межрайонное отделение, намечены конкретные мероприятия по улучшению помощи детям в этих районах. Выезды в районы осуществляли по составленному графику, который был доведен до сведения главных врачей и заинтересованных специалистов. Во время выездов консультировали больных, делали профилактические осмотры, отрабатывали вопросы преемственности. Ежегодно в прикреплённых районах проводили научно-практические семинары, где отчитывались о работе конкретно по данному району, знакомили с наиболее актуальными проблемами детской хирургии (стафилококковая деструкция легких, перитонит, остеомиелит, кишечная непроходимость у детей). За 6 лет состоялось 18 таких семинаров. Постепенно между органи-

заторами здравоохранения, общими и детскими хирургами, а также педиатрами прикреплённых районов установился тесный контакт. С каждым годом стало увеличиваться число больных, поступивших из прикреплённых районов (с 12,7 до 24,7% от общего количества госпитализированных).

С первых дней получаем постоянную практическую и теоретическую поддержку со стороны сотрудников кафедры детской хирургии КГМИ и врачей Детской республиканской клинической больницы МЗ ТАССР. Непосредственно только в нашем городе кафедрой детской хирургии КГМИ и врачами Детской республиканской клинической больницы МЗ ТАССР. В результате плановой работы был усовершенствован подход к лечению таких тяжелых заболеваний, как стафилококковая деструкция легких, остеомиелит, кишечная непроходимость, перитонит. Внедрены следующие методы лечения и диагностики: бронхоскопия (санационная, удаление инородных тел, поисковая окклюзия бронхов), эзофагоскопия, операция при острых заболеваниях органов мошонки, наложение и закрытие илеостомы, цекостомы, лапаростомия, резекция кости, экстирпация гнойных затеков при остеомиелите таза, активная вакуум-аспирация, Т-образный разгрузочный анастомоз.

Из рентгенологических методов применяем экскреторную урографию, микционную цистоуретрографию, ирригографию, фистулографию, рентгенодиагностику при артерезии пищевода, пилоростенозе и др. Из эндоскопических методов выполнили 166 бронхоскопий, 25 эзофагоскопий, 264 цистоскопий, 80 ректороманоскопий.

Врачами отделения подготовлены и сделаны доклады на 5 республиканских конференциях. Напечатаны 7 статей в научных журналах, оформлены 3 рационализаторских предложения.

Своевременное направление больных из прикреплённых районов и применение современных методов лечения позволили резко снизить летальность при стафилококковой деструкции легких, перитонитах, остеомиелитах таза и практически исключить в последние годы исход заболевания в хронических остеомиелитах.

Все больные, перенесшие операцию при гнойно-воспалительных заболеваниях органов брюшной полости, с 3-их суток после операции получают электрофорез йодистого калия, лидазы (10 сеансов). Данное лечение больные проходят курсами в течение года. В результате на протяжении последних лет не предпринималось ни одной операции по поводу спаечной кишечной непроходимости.

В ближайшее время нам необходимо решить следующие задачи: 1) обеспечить отделение не-