

Х Р О Н И К А

ВТОРАЯ ВСЕСОЮЗНАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ ПО ПАТОЛОГИИ И ТЕРАПИИ ТЕРМИНАЛЬНЫХ СОСТОЯНИЙ (7—9 декабря 1961 г., Москва)

В работе конференции приняли участие около 500 врачей различных специальностей (патологофизиологи, хирурги, акушеры, педиатры и терапевты). Были заслушаны 52 доклада советских ученых и представителей демократических стран (Венгрии, Болгарии, Чехословакии, Китая). Сессию открыл президент АМН СССР Н. Н. Блохин.

В программом докладе проф. В. А. Неговский отметил, что возникла новая отрасль медицинских и биологических знаний — реаниматология — наука с особыми специфическими задачами и объектом исследования. Эта молодая наука направлена на предупреждение и терапию терминальных состояний. Подводя основные итоги патологофизиологического изучения процесса умирания и оживления организма, он показал, что угасание регуляторных функций центральной нервной системы происходит в определенной последовательности, начиная с коркового уровня и кончая бульбарным. Эта последовательность как бы отражает в обратном порядке ход эволюционного развития. При восстановлении жизненных функций наблюдается постепенный возврат к новым в эволюционном отношении формам регуляции. Возникают другие изменения — увеличение содержания органических кислот в крови, нарушение азотистого обмена в мозгу и белковой структуры мозга в результате гипоксии. Исследованиями ЭЭГ теперь удается установить элементы прогноза дальнейшей реанимации. Выяснена роль дыхательного центра как одного из источников электрогенеза для высших отделов мозга. Актуальной задачей является экспериментальное и клиническое изучение прямого и непрямого массажа сердца, роли эндокринных влияний при реанимации и гипотермии для удлинения жизнеспособности организма при терминальных состояниях.

С докладом о патогенезе и лечении шока выступил проф. И. Р. Петров, который охарактеризовал шок как сложное сочетание процессов возбуждения и торможения, защитных и патологических механизмов. При шоке происходят значительные изменения функции эндокринных желез, но они вторичны и зависят от функции центральной нервной системы. Интересны указания И. Р. Петрова, а также проф. А. Ковача (Венгрия) на отрицательное действие адреналина при шоке и терминальных состояниях. Стимуляция щитовидной железы также ухудшает течение шока.

Проф. Б. С. Розанов, проф. В. А. Неговский и Е. С. Золотокрылина дали анализ 690 клинических наблюдений по лечению шока и терминальных состояний. Они указали, что введение препаратов, стимулирующих функцию сердечно-сосудистой системы, целесообразно только после увеличения объема циркулирующей крови. При остановке сердца применяли массаж как прямой, так и непрямой. Расстройство внешнего дыхания устраняли трахеостомией и управляемым искусственным дыханием. Для борьбы с ацидозом внутривенно вводили 4—5% раствор бикарбоната натрия. Для нормализации обмена назначали кортизон, гидрокортизон и инсулин с глюкозой. Кроме борьбы с отеком мозга (дегидратация), рано применяли гипернацию, гипотермию и анальгезию закисью азота с кислородом.

Проф. П. А. Куприянов, В. И. Маслов, Б. С. Уваров, Ю. Н. Шанин и Н. А. Мещеряков сообщили о профилактике и лечении острой остановки сердца в грудной хирургии. Из 4965 внутригрудных операций и специальных исследований сердечно-сосудистой системы (за 9 лет) острая остановка сердца произошла у 93 больных (1,9%). Из них у 45 причиной остановки сердца был ваго-вагальный рефлекс, у 42 — гипоксия, у 6 — тяжелая операционная травма сердца. Авторы придают большое значение предоперационной подготовке, анестезии, возмещению кровопотери, восстановлению нарушенного дыхания. Особую роль играет прямой массаж сердца и обеспечение хорошей вентиляции легких. Внутриартериальное нагнетание крови было произведено 33 больным. У 56 оперированных удалось восстановить сердечную деятельность после массажа сердца без переливания крови в артерию.

Проф. М. Г. Шрайбер и доцент С. Н. Поликарпов поделились опытом лечения тяжелых форм травматического шока и терминальных состояний, близких к предagonalной фазе. Этим больным проводили переливание крови, полиглюкина, противошоковых жидкостей. Для стабилизации артериального давления вводили внутривен-

но 0,5% раствор новокаина. Авторы считают, что в патогенезе тяжелых форм шока играют важную роль расстройства дыхания. Нередко с успехом использовали трахеостомию для восстановления дыхания. Нейроплегические средства оказались успешными лишь для профилактики, а не лечения.

О гипотермии при терминальных состояниях сделали доклады В. И. Соболева (Москва), В. М. Прохоров (Минск) и проф. В. А. Самцов (Уфа). Проф. В. А. Самцов в опытах на собаках установил, что клиническая смерть продолжительностью 4—5 минут и выведение из нее по методу В. А. Неговского, а также гипотермия, не нарушают способности организма сенсibilизироваться и отвечать на введение антигена анафилактическим шоком.

В. И. Соболева (Москва) сообщила о роли гипотермии при терминальных состояниях. Гипотермия средней глубины (в начале умирания 26—25°, в начале оживления — 24—20°) дала возможность продлить клиническую смерть после кровопотери у обезьян до 20—30 минут, а у собак до одного часа и получить стойкое восстановление жизненных функций организма. С помощью глубокой гипотермии (температура в начале умирания 21°, в начале оживления 14—8°) у ряда животных удалось продлить срок клинической смерти до 2 часов с полным восстановлением жизненных функций организма.

Изолированное охлаждение головного мозга до 26—25° (температура тела 29,5—32°) при терминальных состояниях не дало положительных результатов.

Изучение глубокой гипотермии головного мозга Я. Горечким (Чехословакия) в профилактике и терапии клинической смерти дало положительные результаты: уменьшилось возникновение фибрилляции и облегчилось ее устранение. При глубокой гипотермии головного мозга (температура 11—12°) и умеренной гипотермии тела (29—30°) быстрее восстанавливаются функции центральной нервной системы и остальные жизненные функции.

Этой теме были также посвящены доклады П. М. Старкова (Краснодар), Г. А. Ионкина (Волгоград), В. М. Прохорова (Минск), Л. И. Мурского и В. А. Кравина (Ярославль).

О патофизиологических основах прямого массажа сердца сделали доклад Е. С. Золотокрылина, Н. С. Қолганова, Н. М. Рябова и Л. Г. Шикунова (Москва). Эффективность массажа во многом зависит от причины остановки сердца. Восстановление функции нервной системы и сердечной деятельности легче происходит при прекращении сердечной деятельности во время наркоза и кровопотери и труднее всего при остановке сердца на фоне травматического шока. При кратковременной остановке сердца прямой массаж в сочетании с искусственным дыханием позволяет длительно (120 минут) поддерживать артериальное давление на уровне 60—70 мм, что достаточно для сохранения функции головного мозга. При удлинении времени остановки сердца приходится увеличивать время массажа сердца и дополнять массаж внутриартериальным нагнетанием крови с адреналином и борьбой с гипоксией и ацидозом.

В. П. Демихов (Москва) указал, что при прямом массаже сердца часто травмируется эпикард и перикард. Сконструирован прибор «Механическое сердце», с помощью которого можно создать искусственное кровообращение в коронарных сосудах без травмы сердца.

Е. А. Котельников (Воронеж) отметил, что прямой массаж сердца обеспечивает мозговое кровообращение на достаточном уровне (35—45 мм).

С. Филиппов (Болгария) поделился опытом проведения массажа сердца, электростимуляции, внутриартериального переливания, интракардиальных трансфузий крови и управляемого дыхания при терминальных состояниях.

Н. Л. Гурвич (Москва) изложил современные методы оживления организма при электротравме. Смерть от электрического тока связана с наступлением фибрилляции или асфиксией при первичном поражении дыхания. При оказании первой помощи лицам со смертельным поражением электротоком можно применить непрямой массаж сердца и искусственное дыхание «рот в рот» или в нос.

Интерес вызвало сообщение Э. Кристевой (Болгария) об оживлении больной после смертельной электротравмы. Прямой массаж сердца был начат через 15 минут после поражения током и продолжался более часа. Пострадавшая была возвращена к жизни и после некоторого периода неврологических расстройств полностью выздоровела. Эффект массажа сердца у этой больной объясняется ранним применением искусственного дыхания, способствовавшего циркуляции крови в организме.

Об эффекте замещения крови для профилактики и терапии терминальных состояний, вызванных острыми отравлениями, доложили О. С. Глозман и А. П. Касаткина (Алма-Ата).

Большое внимание было уделено профилактике и лечению терминальных состояний в акушерско-гинекологической практике: борьбе со смертельной кровопотерей и асфиксией новорожденных [В. А. Неговский и К. С. Киселева (Москва); Н. С. Бакшев (Киев); В. С. Берман и Б. Л. Рубинштейн (Москва); Д. М. Волох (Полтава)].

При борьбе с клинической смертью артериальное нагнетание крови является одним из мощных средств по ликвидации тяжелой гипоксии и ускорению восстановления жизненных функций организма. В некоторых случаях при лечении клинической смерти нагнетание необходимо сочетать с прямым трансторакальным массажем сердца. В. А. Неговский и К. С. Киселева, В. Ф. Матвеева, М. И. Корецкий (Харьков),

Н. Г. Гулюк (Киев), А. П. Позняк, Т. Н. Гроздова посвятили свои выступления борьбе с асфиксией новорожденных. Из средств борьбы с асфиксией наиболее активным оказалось аппаратное искусственное дыхание (стимуляция дыхательного центра, устранение ателектаза легких, улучшение оксигенации крови и газообмена в легких).

Специальное заседание конференции было посвящено опыту организации и очередным задачам борьбы с терминальным состоянием. Докладчики Л. Г. Шкинунова (Москва), Д. К. Языков, Н. М. Рябова и Т. П. Бельская (Москва), Н. Л. Захарченко и Д. М. Волох (Полтава), А. И. Смайлис (Каунас), Н. И. Оболенцев (Харьков), А. Ф. Смирнова (Орел) привели данные о большой организационно-методической и лечебной работе, проделанной республиканскими и областными центрами по лечению терминальных состояний.

Смертность от кровопотери, тяжелого шока, асфиксии, электротравмы, интоксикации и утопления снижена благодаря применению современных методов оживления.

Отделения реаниматологии успешно работают в Чехословакии, Венгрии и Румынии.

Многолетний опыт комплексной терапии терминальных состояний в эксперименте и клинике вырос в большую научную проблему «Патофизиология и терапия терминальных состояний»; над отдельными темами этой проблемы работают 15 научно-исследовательских и медицинских институтов (Москва, Ленинград, Харьков, Волгоград, Новосибирск, Ереван, Горький, Воронеж и др.). Организованы центры по лечению терминальных состояний более чем в 40 крупных городах СССР.

Делегаты конференции пришли к выводу, что изучение методов оживления организма вышло за пределы научно-исследовательских лабораторий и стало предметом практической деятельности лечебных учреждений. В наиболее крупных стационарах необходимо создавать центры по борьбе с терминальными состояниями, в больших городах целесообразно организовать даже специальную «службу спасения», оказывающую помощь при инфаркте миокарда, осложненном коллапсом, тяжелом травматическом шоке, электротравме, эклампсии, утоплении, послеродовых кровотечениях и др. (Л. Б. Шапиро, Н. А. Ромодин, В. С. Белкин).

Проф. И. В. Данилов, В. В. Жарова (Москва).

ПРОТОКОЛЫ ЗАСЕДАНИЙ ХИРУРГИЧЕСКОГО ОБЩЕСТВА МОСКВЫ И МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ

1738-е заседание от 10/XI 1961 г.

Председатель — проф. В. И. Стручков

Секретарь — кандидат медицинских наук А. П. Качков

Демонстрации

1. Кандидат медицинских наук Т. М. Дарбинян и А. М. Кудрявцева (Институт хирургии имени А. В. Вишневского АМН СССР). Демонстрация больной после многодневной электростимуляции сердца.

Больная 8 лет поступила 19/VI 1961 г. В результате клинко-рентгенологического обследования установлено наличие вторичного дефекта межпредсердной перегородки. 15/VIII произведена операция на «сухом» сердце в условиях умеренной гипотермии (проф. А. А. Вишневский). Охлаждение до 30° происходило без осложнений. Торакотомия с продольным рассечением грудины. Сердце выключено из кровообращения на 8 минут, произведено ушивание дефекта перегородки. В период выключения сердца проводилась перфузия коронарных артерий кровью оперируемой. После окончания внутрисердечного этапа операции кровообращение восстановилось самостоятельно, но при резко выраженной брадикардии и гипотензии. На ЭКГ — полная поперечная блокада сердца. Возникновение блокады могло быть связано как с захватом в шов проводящих путей сердца, так и с гипоксическим повреждением миокарда и травматическим отеком. Ввиду значительной опасности повторной операции и повторного выключения сердца в условиях прекращения биотоков мозга решено было от нее отказаться. Применена электростимуляция сердца (электростимулятор НИИЭХАИИ типа ЭС-2) с частотой 90 импульсов в минуту, амплитудой 4 в. После подключения электростимулятора появились энергичные сокращения сердца, артериальное давление повысилось. Для проведения длительной электростимуляции шариковые электроды заменены проводочными, проведенными через эпигастральную область к сердцу. После согревания больной биотоки мозга восстановились. Электростимуляция продолжалась в течение 4 дней в связи с выраженным нарушением ритма и недостаточностью кровообращения. С 5-го дня после операции состояние больной вполне удов-