

За последнее время наблюдается учащение подостро и хронически текущих форм системной красной волчанки с поражением суставов. При атипичном же течении болезни или преимущественно суставной ее форме возникают значительные диагностические трудности, в первую очередь при дифференциации с ревматоидным артритом. Трудности обуславливаются не только клиническим сходством этих форм, но и их иммунологическим перекрестом (Л. И. Несговорова и соавт.).

В ряде докладов освещались вопросы терапии ревматоидного артрита. Т. Р. Петрова и соавт. сообщили об использовании пирогенала в терапии больных ревматоидным артритом. Пирогенал вводили больным внутривенно ежедневно или через день по 0,25 г. В последующие дни дозу постепенно повышали при индивидуальном подборе в зависимости от степени выраженности реакции на предыдущую инъекцию. Курс лечения включал в среднем 15 инъекций (от 10 до 20).

Под влиянием лечения пирогеналом значительное клиническое улучшение наступило у 50% больных, улучшение — у 34,6%, состояние существенно не изменилось у 15,4% больных. Лучший результат получен в группе больных со средней и низкой воспалительной активностью и при преобладании пролиферативных явлений в суставах.

О новом эффективном методе лечения больных ревматоидным артритом хлористым марганцем сообщили М. П. Артамонова и соавт. — 1% водный раствор хлористого марганца вводили внутримышечно в возрастающих дозах с 0,1 мл ежедневно или через день до 1,5—2,0 мл в сутки.

Ряд докладов был посвящен курортному лечению больных ревматоидным артритом.

Впервые на съезде обсуждались вопросы реабилитации больных ревматоидным артритом. В частности, Н. В. Кублицкая и соавт. сформулировали основные принципы реабилитации больных ревматоидным артритом.

Л. Н. Дьякова отметила преимущества противомаларийных препаратов в восстановлении трудоспособности больных ревматоидным артритом. В сообщении М. Г. Малкиной и соавт. подчеркивалось благоприятное действие сезонной бициллино-аспириновой профилактики при ревматоидном артрите. Сезонная профилактика, как правило, сочеталась с медикаментозной терапией и иногда физиотерапевтическими методами лечения.

После обсуждения второй научной проблемы съезд принял постановление, в котором признал необходимым проведение ряда организационных мероприятий, в том числе открытие в ряде крупных больниц артрологических отделений с обеспечением их необходимой диагностической аппаратурой и лечебными средствами.

На съезде был заслушан и обсужден отчет Правления и ревизионной комиссии Всесоюзного научного медицинского общества терапевтов и избран новый состав Правления. Председателем Правления единодушно избран Герой Социалистического Труда академик АМН СССР профессор Е. М. Тареев.

А. П. Голиков (Ленинград)

ВОПРОСЫ ИСКУССТВЕННОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

(По материалам XII научной сессии Института
сердечно-сосудистой хирургии АМН СССР)

(12-16/V 1969 г., Москва)

Директор института проф. В. И. Бураковский отметил, что реакция организма на искусственное кровообращение зависит от объема перфузии, содержания и насыщения крови кислородом, элиминации углекислоты и анестезии. Реакция организма на гомологичную кровь недостаточно изучена. Она заключается в основном в перераспределении крови, ее «секвестрации» и нарушении микроциркуляции. При искусственном кровообращении продолжительностью 1—1,5 часа с высокими объемными скоростями перфузии и оптимальной анестезией возникают нарушения кровообращения с обратимыми изменениями во внутренних органах. Более продолжительное искусственное кровообращение вызывает перераспределение крови, нарушение микроциркуляции, истощение надпочечников, нарушение проницаемости сосудов. Адекватность перфузии следует определять по многим показателям (по реакции надпочечников и сосудистой системы, данным ЭКГ, ЭЭГ, выделению мочи, состоянию газообмена в тканях).

За последнее время искусственное кровообращение нередко проводят с гемодилюцией. Гемодилюция показана у детей старше 12 лет, а в более молодом возрасте — при наличии гипоксемии.

Г. М. Соловьев (Москва) критерием адекватности перфузии считает соответствие интенсивности кровотока потребностям организма в O_2 . Если напряжение O_2 в отходящей от тканей крови не снижается ниже 40 мм рт. ст., то кровоснабжение считается достаточным. Развитие ацидоза в условиях достаточной объемной скорости

перфузии определяется защитным приспособлением кровотока, перераспределением крови, централизацией кровообращения и нарушением микроциркуляции.

По данным А. П. Колесова и соавт. (Ленинград), наибольшие изменения происходят в водно-электролитном балансе. Уровень гемоглобина и гематокрита снижается в соответствии со степенью гемодилюции, но насыщение крови O_2 и артерио-венозная разница существенно не страдают.

Б. А. Королев и соавт. (Горький) рекомендуют по окончании операции с искусственным кровообращением продолжать лечебный закисно-кислородный наркоз и вспомогательную вентиляцию легких в течение 2—4 часов для уменьшения нарушений в метаболических процессах. Лечебный закисно-кислородный наркоз и вспомогательная вентиляция легких продолжают после операции в условиях экстракорпорального кровообращения несколько часов до полной нормализации основных жизненно важных функций.

С. Ш. Харнас и соавт. (Москва) начинают перфузию с медленного внутривартериального нагнетания, повышая венозное давление до 160—170 мм водяного столба, и только после этого открывают отток крови из полых вен.

Исследования В. П. Осипова и соавт. (Москва) показали, что во время искусственного кровообращения происходит относительное увеличение кровотока во внутренних органах за счет снижения кровоснабжения периферических органов. Такое перераспределение крови отчетливо выявляется при сниженной объемной скорости перфузии. Для предупреждения этого явления следует применять вазодилататоры и особенно ганглиоблокаторы.

В. И. Францев и соавт. (Москва) предупреждают об опасности даже кратковременной гиповолемии во время искусственного кровообращения, ибо в дальнейшем последствия ее невозможно устранить никакими мерами.

Искусственное кровообращение и массивные переливания крови снижают иммунологическую реактивность организма. Так, Г. Г. Радзивиц (Москва) при массивной кровопотере и массивном переливании крови нашел снижение общей и иммунологической реактивности организма, уменьшение титра complementa, количества антител, подавление лимфоидной ткани. Эти факторы на фоне измененной микроциркуляции являются морфологической основой снижения общей реактивности организма к инфекции.

Ф. Р. Виноград-Финкель и соавт. (Москва) дали анализ искусственного кровообращения с использованием различных консервантов крови. Наилучшей для перфузии оказалась кровь, заготовленная по рецепту 12 А, худшие результаты получены от консервации по рецепту 7 Б и применения гепаринизированной крови.

А. В. Мещеряков и соавт. (Москва) при длительных перфузиях усиливают нейровегетативную защиту с помощью ганглиоблокаторов короткого действия — арфонада или гиргрония. В условиях нейролептанальгезии доза этих препаратов значительно уменьшается.

Ряд сообщений был посвящен протезированию клапанов сердца.

М. Л. Семеновский и соавт. (Москва) при протезировании аортального клапана для защиты миокарда применяли изолированную гипотермическую коронарную перфузию. Перфузия с пережатием аорты ведет к значительному уменьшению потребления O_2 миокардом, что обусловлено уменьшением энергообмена в мышце сердца. Можно ограничиться перфузией только левой коронарной артерии.

Во время протезирования клапанов и после наблюдается ряд серьезных осложнений. В. А. Воинов (Ленинград) изложил тактику лечения газовой эмболии мозговых сосудов во время операций на открытом сердце. Газовая эмболия мозговых сосудов является грозным осложнением, и летальность при этом составляет 25—50%. Одной группе больных с таким осложнением во время перфузии вводили диафилин с целью расширения мозговых сосудов и ранней дегидратации. После операции продолжалась длительная искусственная вентиляция O_2 , пролонгированная общая или локальная гипотермия и активная дегидратационная терапия. Из 8 больных удалось спасти только одного.

Другой группе для форсированного изгнания газовых эмболов увеличивали объемную скорость перфузии настолько, насколько позволял венозный приток к аппарату. Для снятия перифокальных спазмов артерий проводили умеренную вазоплегию введением в аппарат 1,5—2 об. % фторотана, а для дополнительного расширения сосудов создавали умеренную гиперкапнию с pCO_2 от 40 до 76 мм рт. ст. и вводили диафилин. Для облегчения процессов восстановления нервных клеток от временной ишемии вводили нормализующее метаболизм вещества — кокарбоксилазу, АТФ и глюкозу с витамином. Все 8 больных поправились.

Dubost (Франция) сообщил о пересадке сердца 3 больным, из которых 2 живут, 1 умер в ранний срок. Демонстрировался кинофильм о пересадке сердца. Исключительное внимание уделяется асептике, вплоть до стерильного воздуха в операционной. Всему персоналу проводится санация рта и носа.

Проф. Н. П. Медведев (Казань)