

В. А. Аграненко (Москва) сообщил об острой почечной недостаточности, вызванной переливанием крови. При гемотрансфузионных осложнениях автор выделил три степени поражения почек. Летальность среди больных третьей группы достигала 70%. У больных с тяжелым клиническим течением концентрационная способность почек восстановилась в течение шести месяцев. Больные, перенесшие острую почечную недостаточность, должны находиться под диспансерным наблюдением.

В. Ф. Хоменко (Новокузнецк) применил модификацию Пытеля — интестинопексию петель тонкой кишки с предварительной демукозацией кишки и декапсуляцией почки.

В. Г. Спесивцева (Москва) считает, что метод радиоизотопной ренографии позволяет выявить у больных скрытую почечную недостаточность.

Председателем Всесоюзного общества урологов избран проф. А. Я. Абрамян, Всероссийского — проф. А. М. Гаспарян.

Доктор мед. наук В. Е. Кузьмина, канд. мед. наук Э. Н. Ситдыков (Казань)

УДК 616.12—616.13—616.14—616.089

ХИРУРГИЯ СЕРДЦА И СОСУДОВ

(По материалам XVI сессии Института хирургии АМН СССР им. А. В. Вишневского)

21—22/XII 1965 г., Казань

Действ. член АМН СССР А. А. Вишневский (Москва) осветил опыт применения кибернетики в диагностике врожденных пороков сердца. Диагностический процесс начинается с детерминистской логики. Она устраняет из рассматриваемого списка заболеваний те, которые исключаются имеющейся у больного симптоматикой, после чего остается значительно меньшее число пороков, возможных при данной клинической картине. На этапе вероятностной логики машина вычисляет процентную вероятность оставшихся в списке пороков. Для того, чтобы машина дала верный ответ, необходима правильная первичная информация, которую составляет врач на основании всех примененных обследований больного. Составленная перфокарта в электронно-вычислительной машине поставит диагноз (с указанием степени вероятности).

В докладе Т. М. Дарбинян, В. Ф. Портного, С. Ш. Харнас (Москва) изложены вопросы искусственного кровообращения в хирургии открытого сердца. Гипотермия позволяет выключить сердце из кровообращения лишь на 5—6 мин., а при условии использования коронарной перфузии — на 10 мин. Общее искусственное кровообращение связано с использованием большого количества донорской крови, с возникновением гемолиза и послеоперационных кровотечений. Учитывая эти недостатки, сотрудники института разработали методику операций на сердце с использованием сочетания гипотермии и перфузии головного мозга и сердца. Метод позволяет обходиться без донорской крови или использовать ее в количестве 1—2 ампул.

Ввиду того, что объем перфузии не превышает 700—800 мл в минуту, гемолиз не возникает. Большая часть крови депонируется в организме из-за пережатия нисходящей аорты и полых вен. Метод позволяет не смешивать кровь больного с большим количеством донорской крови, благодаря чему внутренняя среда организма не нарушается. Через коллатерали все же некоторая часть крови проникает из верхней половины тела в нижнюю, что определяется повышением давления в нижней полый вене. Для нормализации этого давления и уменьшения застойных явлений в печени и почках разработана методика, позволяющая отводить излишек накапливающейся крови в аппарат искусственного кровообращения. В конце перфузии в нижней половине тела (неперфузируемая область) возникает метаболический ацидоз, который купируется введением необходимого количества бикарбоната после восстановления искусственного кровообращения. Этот метод не может заменить общего искусственного кровообращения, а предназначен лишь для осуществления ряда операций, которые требуют сравнительно небольшого времени выключения сердца из кровообращения (до 30—40 мин.).

О хирургическом лечении сочетанных пороков сердца сообщили Б. М. Костюченко, С. Г. Щерба, А. Ф. Цыб, Н. И. Маклаков (Москва). Институт располагает наблюдениями над 354 больными с сочетанными пороками сердца. Существующие классификации не отражают всего разнообразия ревматических пороков сердца. Авторы предложили простую классификацию, учитывающую степень изменения со стороны клапанов по трехстепенному делению и стадии нарушения кровообращения по Лангу.

Оперировано 165 чел. с различными сочетанными пороками сердца. Авторы настаивают на одномоментном устранении всех пороков при левостороннем передне-боковом доступе. Общая летальность после таких операций составляет 12%. Придается основное внимание зонам звучания различных клапанов, повороту сердца, звуковой картине различных пороков.

А. М. Ахметов, О. В. Шумова, Г. А. Быков, Н. К. Горянина, Ю. Д. Волынский (Москва) поделились опытом диагностики митрального рестеноза. У большинства наблюдаемых ими больных была третья (19 чел.) и четвертая (22 чел.) стадия по классификации А. Н. Бакулева и Е. А. Дамир. У 22 была мерцательная аритмия и у 12 — кальциноз митрального клапана. Оперировано 30 больных.

Возникновение истинного рестеноза после адекватной комиссуротомии всегда связано с повторными обострениями ревмокардита. Неадекватное расширение левого венозного отверстия на некоторое время может улучшить состояние больного, но через 1—2 года вновь появляются все симптомы резкого стеноза. Для решения вопроса о рестенозе необходимы точные данные о характере первой операции. Аускультативные и фонокардиографические данные при рестенозе, в отличие от стеноза, характеризуются интенсивностью диастолического шума, большой амплитудой митрального щелчка и наличием III тона на верхушке сердца. Авторы подчеркивают, что оценка результатов зондирования должна производиться с обязательным учетом показателей других методов исследования.

Н. П. Медведев и Ж. Х. Васильев (Казань) осветили вопросы адренокортикальной реакции у больных с незаросшим артериальным протоком и тетрадой Фалло в связи с оперативным вмешательством. Известно, что адренокортикальная недостаточность при оперативном вмешательстве может привести к серьезным осложнениям в процессе самой операции и после нее. Поэтому исследование функциональной способности коры надпочечников при различных пороках сердца приобретает большое значение. Функциональная способность коры надпочечников изучалась определением уровня свободных и 17-оксикортикостероидов в крови с нагрузкой АКТГ.

У больных с незаросшим артериальным протоком функция надпочечников почти не страдает, а у больных с пороками синего типа она резко понижена, этим и объясняется довольно плохая их сопротивляемость различным стрессорным факторам. Для предотвращения тяжелых нарушений со стороны сердечно-сосудистой системы у больных с тетрадой Фалло операцию следует производить обязательно под защитой гидрокортизона. Операция Вишневого — Донецкого улучшает гемодинамику, и вскоре после операции функциональная деятельность надпочечников улучшается. Это обстоятельство проливает свет на некоторую связь функциональной деятельности надпочечников с насыщением крови кислородом.

В. А. Кузнецов (Казань) в 35 опытах на собаках вызывал различную степень сужения легочной артерии, что приводило к развитию гемодинамических изменений, аналогичных тем, которые встречаются в клинике у больных изолированным стенозом легочной артерии. Это позволило сделать ряд интересных наблюдений.

До настоящего времени вопрос о пластике сосудов не сходит с повестки дня. Искусственные синтетические протезы часто тромбируются на ближайших и отдаленных сроках, поэтому возникает необходимость в поисках более совершенных методов пластики сосудов.

И. В. Козырева (Казань) поделилась результатами многочисленных экспериментальных исследований по использованию многооскутных венозных аутотрансплантатов при пластике артериальных и венозных сосудов. Венозный аутотрансплантат, окутанный синтетическим материалом, хорошо приживает и функционирует. Эти исследования позволяют обосновать выбор методов пластики сосудов в клинических условиях.

А. И. Большаков (Казань), воспроизводя в эксперименте на собаках ишемию брыжеечных сосудов, перевязывал прямые и аркадные сосуды на протяжении 5—15 см, чем изменялось питание участка кишечной трубки протяженностью 10—27 см. Если операция выполнялась под общим обезболиванием, то наблюдалось интенсивное расстройство кровообращения с последующим нарушением моторики, тромбозом сосудов и некрозом участка кишки. При дополнительной блокаде чревных нервов тромбоза сосудов не было и некроз кишки развивался в 5 раз реже, чем без блокады.

Р. А. Вяселев, И. А. Салихов, Т. П. Тихонова (Казань) экспериментальными исследованиями доказали, что при перитоните нарушение кровообращения в сосудах брыжейки развивается раньше микробной интоксикации. Заплевральная новокаиновая блокада и применение нового препарата нибуфина, ингибитора холинэстеразы, улучшают моторику желудочно-кишечного тракта. Это следует учесть при лечении перитонита, особенно в начальной его фазе, когда обычные средства не оказывают эффекта.

Г. Б. Гатауллин (Казань) сообщил о 34 случаях тромбозов артерий конечностей. 21 больной оперирован с хорошим результатом.

Проф. Н. П. Медведев (Казань)