

Каждого пострадавшего с тяжелыми повреждениями следует считать шоковым больным и проводить по отношению к нему весь комплекс противошоковых мероприятий. Транспортировка пострадавшего в стационар без предварительной медицинской помощи чревата иногда тяжелыми, непоправимыми последствиями.

Оказывающий помощь на месте происшествия должен: 1) по возможности устранить шокогенные причины; 2) принять меры к поддержанию функций жизненно важных органов; 3) подготовить пострадавшего к транспортировке и осуществить ее в максимально короткий срок.

Для оказания помощи тяжелообольным и тяжелопострадавшим формируются специализированные машины с соответствующим оснащением и обученным персоналом. Авторы предостерегают от чрезмерного увлечения оказанием помощи на месте происшествия. Основное назначение персонала специализированных машин — своевременная эвакуация и проведение мероприятий, обеспечивающих поддержание жизнедеятельности во время транспортировки.

Тяжелобольных и тяжелопострадавших (в состоянии шока, с массивными кровопотерями, получивших электротравму, перенесших повешение, утопление, отравление, лиц с асфиксией различной этиологии, с инфарктом миокарда и т. д.) следует направлять в так называемый реанимационный центр.

Такие центры целесообразно создавать в каждом крупном городе. Если число больных, подлежащих лечению в центре, не превышает 200—300 чел. в год, то достаточно одного центра.

Машины скорой помощи должны иметь прямую радиосвязь с реанимационным центром, чтобы персонал центра, получив информацию о больном, подготовился к немедленному оказанию помощи ему.

Авторы считают наиболее целесообразным размещение реанимационного центра на базе хирургического лечебного учреждения в непосредственной близости к приемному покою. Дежурная бригада центра должна состоять из хирурга, его ассистента, врача-анестезиолога, сестры-анестезистки, операционной сестры и санитарки.

Книга рассчитана на хирургов, травматологов, анестезиологов, врачей станции скорой помощи. Она вполне оправдывает свое назначение и с интересом будет прочитана врачами, особенно молодыми.

А. М. Окулов (Казань)

СЪЕЗДЫ И КОНФЕРЕНЦИИ

ПРИМЕНЕНИЕ ХОЛОДА В ХИРУРГИИ

С 26 по 30/VI в Горьком проходил III Всероссийский съезд хирургов, на котором было уделено значительное внимание применению холода в хирургии.

Современные проблемы искусственной гипотермии в клинической хирургии осветили в своем докладе А. А. Вишневецкий, Т. М. Дарбинян, В. Ф. Портной (Москва). Основное значение в этом вопросе следует придавать временному выключению или резкому ограничению кровотока в жизненно важных органах, немедикаментозному обезболиванию при операциях на конечностях, консервации изолированных органов, купированию некоторых патологических процессов. Применяют охлаждение кожных покровов, слизистых, серозных поверхностей, внутрисосудистое и комбинированное охлаждение. Наибольшее распространение получила общая равномерная и дифференцированная гипотермия. При операциях на «сухом» сердце используется общая умеренная гипотермия, умеренная и глубокая гипотермия в сочетании с экстракорпоральным кровообращением, локальная гипотермия головы, локальная гипотермия сердца. Локальное охлаждение почки позволяет бескровно оперировать на ней с широким рассечением почечной паренхимы. Гипотермию необходимо производить с использованием щадящего метода блокады терморегуляции организма. Наилучшей является блокада терморегуляции посредством глубокой кураризации антидеполяризующими миорелаксантами на фоне поверхностного наркоза.

У теплокровных животных при температуре около 14—20° (в прямой кишке) прекращается дыхание и они погибают (Н. В. Пучков, Москва). При искусственном дыхании животное может быть оживлено и после охлаждения тела до 7—9°, но при более низких температурах искусственное дыхание уже не спасает животных от гибели, наступает остановка сердца. При охлаждении понижается резистентность эритроцитов, появляется лейкопения, уменьшается количество тромбоцитов и ускоряется свертывание крови.

Е. В. Сидорова (Куйбышев) поделилась наблюдениями над 91 больным, подвергшимся воздействию низких температур. Она выделяет два периода: острый и хронический. В остром периоде появляются изменения со стороны центральной нервной и сердечно-сосудистой систем. На ЭКГ — выраженная гипоксия миокарда. Значительному воздействию подвергается эндокринная система, в особенности кора надпочечников. Хронический период характеризуется изменениями главным образом со стороны

центральной нервной системы и коры надпочечников. Появляется сухость, шелушение и пигментация кожи, выраженная адинамия, гипотония, гиперкалиемиия, гипонатриемия, гипопротениемия, гипогликемия и т. д. В этом периоде болезни выделяют две формы: отечную и безотечную. При хроническом поражении холодом применяют гормоны коры надпочечника и аскорбиновую кислоту. В эксперименте на мышах автор установила наилучшее влияние сочетания кортина и аскорбиновой кислоты, они оказывают замедлительный и стимулирующий эффект на клубочковую, сетчатую, пучковую зоны коры надпочечников. Лечение больных безотечной формой холодовой болезни проводилось в 1—2 курса по 10 инъекций. При отечной форме дополнительно вводили внутривенно 10% раствор NaCl по 10 мл.

Ф. Г. Углоз и соавт. (Ленинград) в экспериментах на животных доказали, что умеренная гипотермия (30—34°) путем наружного охлаждения предупреждает вредные влияния гипоксии, но в ней таится грозная опасность возникновения фибрилляции и остановки сердца. При перфузионной гипотермии температуру в пищеводе снижали до 8—20° и поддерживали на этом уровне 2—4 часа, а общее коронарное кровообращение выключали на длительные сроки (от 10 до 40 мин.) с реперфузией через каждые 10—15 мин. В большинстве случаев сердечная деятельность восстанавливалась после дефибрилляции, а у некоторых животных самостоятельно.

Б. Г. Волынский (Саратов) изучал в опытах на кроликах действие лекарственных веществ в условиях гипотермии. Действие аналептиков типа кофеина, кордиамина на сердечно-сосудистую систему и дыхание извращается, что сопровождается истощением энергетических ресурсов тканей. Аналептики типа лобелина не оказывают влияния на организм. Мезатон в малых дозах сохраняет характер своего действия, способствует экономному расходу энергетических продуктов в тканях. Морфин не угнетает дыхание, сердечно-сосудистую систему и тканевый обмен, способствует приспособлению организма к уменьшенному поступлению кислорода.

А. А. Тверской и Е. Т. Янов (Москва) на фоне поверхностного эфирного наркоза с глубокой кураризацией диплацином охлаждали больных до 30—33° в воде при температуре 8—12°. При охлаждении отмечено прогрессирующее снижение потребления кислорода со стабильными показателями метаболического компонента кислотно-щелочного равновесия.

В. Ф. Портной и соавт. (Москва) исследовали на собаках причины раннего возникновения фибрилляции желудочков при внутрисосудистом охлаждении в условиях перфузии. Среди многих причин играет роль уменьшение минутного объема сердца, поступление резко охлажденной крови в коронарные сосуды, неравномерное охлаждение миокарда. При нагнетании холодной крови в левую сонную артерию наибольшее падение температуры происходит в почках и печени (до 20° С), а температура миокарда оказывается выше на 7—8°. Меньше всего снижается температура в периферических тканях. Такая «дифференцированная» гипотермия сопровождается брадикардией на фоне устойчивого АД. Этот метод параллельной гипотермической перфузии с низким минутным объемом может быть рекомендован для достижения дифференцированной глубокой гипотермии органов брюшной полости перед длительной окклюзией нисходящей аорты.

Ю. М. Репин (Ленинград) предложил охлаждать тело промыванием толстых кишок водой температуры 2—4° по принципу сифонной клизмы под контролем измерения температуры тела электротермометром в пищеводе. Данный метод обладает легкой управляемостью с преимущественным охлаждением паренхиматозных органов брюшной полости. При такой гипотермии можно временно выключить из кровообращения для обескровливания печень, почки и т. д.

В. Г. Васильков (Свердловск) применяет продолжительную локальную гипотермию живота при разлитом гнойном перитоните со снижением ректальной температуры до 35° с продолжительностью охлаждения от 1 до 4 суток. При лечении холодом функция кишечника начинала восстанавливаться через сутки от начала гипотермии; значительно раньше, чем без применения холода, нормализовалась картина крови.

При гастро-дуоденальных кровотечениях Б. А. Петров и Н. И. Корнев (Москва) прибегали к гипотермии желудка. Охлажденная до 3° вода с помощью специально сконструированного аппарата пропускается через двухпросветную трубку в баллон, введенный в желудок. Охлаждение длится 5—6 часов, одновременно вводятся кровоостанавливающие и сердечно-сосудистые средства, витамины, переливается кровь. При кровотечениях из язвы двенадцатиперстной кишки гемостаз достигнут у всех больных, а из язвы желудка — не у всех. Временная остановка кровотечения с помощью гипотермии позволяет производить экстренную операцию в лучших условиях.

С. Т. Чекаев (Иркутск) рекомендует следующую схему лечения при гастро-дуоденальных кровотечениях. Переливают капельно кровь (100—150 мл), вводят хлористый кальций, викасол, витамин К, глюкозу и аскорбиновую кислоту. После этого сразу приступают к промыванию желудка ледяной водой до чистых промывных вод, а на область желудка кладут пузырь со льдом (с перерывами по 15—20 мин. через каждые 30—40 мин.). Через 1,5 часа повторно промывают желудок ледяной водой. Если промывные воды чисты, то промывание прекращают, но пузырь со льдом на области желудка держат в течение суток. Жидкость (физиологический раствор с добавлением на 1000 мл 100 мл чистого спирта) вводят в организм через дуоденальный зонд, продвинутый глубоко в прямую кишку. АД поддерживается на уровне 100—105 мм до

полной остановки кровотечения. Назначают камфару, кордиамин, гидрокортизон (кортин) через каждые 3—4 часа в зависимости от уровня АД. Дробное капельное переливание крови по 100—150 мл с перерывами на 3—4 часа продолжается в течение суток.

Для остановки желудочно-кишечного кровотечения В. В. Завьялов (Калуга) предлагает ректальную гипотермию. Через 20 мин. после введения обычной литической смеси делают высокую сифонную клизму водой температуры 4—10° в течение 15—20 мин., до появления чувства онемения нижних конечностей или легкого озноба. После этого в палате больному ставят круговые банки. Таким способом кровотечение остановлено у 73 из 76 больных.

Гипотермия дает положительный результат и при остром панкреатите (В. В. Виноградов и Р. А. Маркосян, Москва). В желудок вводят два зонда диаметром 0,5 см. Через один из них в желудок поступает водопроводная вода, пропущенная через змеевик со льдом, а через второй она свободно вытекает. При этом резко снижается панкреатическая секреция и уменьшается активность амилазы, липазы и трипсина.

При черепномозговой травме общую гипотермию применяли Е. Г. Гурова и А. М. Лебедева (Рязань). Наряду с другими мероприятиями, проводилась новокаиновая блокада по А. В. Вишневскому. Все больные получали ингаляцию кислорода через трахеостом или через нос. Гипотермия продолжалась от 1 до 13 суток.

Н. А. Звонков и В. В. Горчаков (Горький) при операциях на головном мозге создавали искусственную гипотермию охлаждением в ванне с холодной водой в течение 30—90 мин. до снижения температуры в прямой кишке до 31°. При удалении опухолей головного мозга гипотермия продолжалась 10—15 часов, а в некоторых случаях — до 3 суток. Отеки мозга и расстройства сердечно-сосудистой системы вследствие гипотермии не наблюдались.

Гипотермия используется как метод профилактики и лечения тяжелых последствий гипоксии. А. П. Колесов и соавт. (Ленинград) применяли гипотермию в тех случаях, когда острая гипоксия возникала в результате нарушения кровообращения: при неадекватной искусственной перфузии, при операциях на открытом сердце в условиях гипотермии, в результате внезапной остановки сердца в связи с анестезией или в послеоперационном периоде.

В. А. Буков и соавт. (Москва) пришли к выводу, что краниocereбральная гипотермия оправдывает себя при операциях на открытом сердце и терминальных состояниях. После интубации голову больного помещают в специальный шлем, а тело укрывают пластиком и простыней, на которые укладывают электрические грелки для сохранения общей температуры тела в безопасных пределах. Охлаждение головы начинают одновременно с кожным разрезом, температура охладителя — 5°. Через 40 мин. температура достигает в коре головного мозга 27°, а в теле — 32—33°. После окончания внутрисердечного этапа операции и восстановления АД головуогревают до 37—42°, примерно через 1,5 часа температура организма достигает 36°. Прекращают наркоз, производят экстубацию. Методом краниocereбрального охлаждения температуру коры головного мозга можно снизить до 20° при сохранении температуры тела в 30—31°.

Е. Н. Мешалкин и соавт. (Новосибирск) произвели исследования кардиодиагностики с оценкой сдвигов гемодинамики при умеренной гипотермии. Выявлено, что у больных «синими» пороками сердца фаза напряжения короче, чем у лиц с дефектом межпредсердной перегородки. Снижение давления, уменьшение градиента давления между правым желудочком и легочной артерией связаны с уменьшением сопротивления легочных сосудов, а уменьшение ударного объема правого желудочка — с уменьшением общего потребления кислорода.

Умеренную гипотермию при операциях на сухом сердце с успехом использовали В. И. Бураковский (Москва), Г. М. Соловьев (Москва) и Б. А. Королев (Горький).

Проф. Н. П. Медведев (Казань)

ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ ЯИЧНИКОВ

(профилактика, диагностика и лечение)

Всесоюзный симпозиум (12—13/V 1967 г., Ленинград)

Симпозиум был организован по инициативе Научно-исследовательского института онкологии им. Н. Н. Петрова и Минздрава СССР.

Чл.-корр. АМН СССР профессор Л. А. Новикова и П. И. Коледина (Москва) поделились опытом комплексного лечения больных злокачественными опухолями яичников, основу которого составляла химиотерапия (тио-тэф, сарколизин, циклофосфан, эндоксан, хризомалин и др.). Почти все химиопрепараты применялись путем «общего воздействия» и введением в полость («локальное воздействие»). Преимущественно назначались курсы «средних доз», но могут быть показания и для высоких