

Ф. Р. Богданов и В. Ч. Левенец (Киев) доложили о комплексном лечении больных с деформирующими артрозами тазобедренного сустава.

Для делегатов были продемонстрированы кинофильмы по вопросам лечения больных с ортопедическими деформациями (Вейкерш и Шульце, г. Дрезден), лечебной гимнастике (Кох, г. Мюнстер), снабжении ортопедическими изделиями (Виттиг, Вирбац, Кох, г. Берлин; Бауерманн, г. Кирхмезер) и др.

Проф. Кениг пригласил советскую делегацию в Берлин для ознакомления с его клиникой. Здесь мы провели весь последний день нашего пребывания в ГДР. Клиника оставила отличное впечатление. В ней до профессора Кайзера работали крупнейшие немецкие ортопеды Гоффа, Иохимсталь, Гохт, Леффлер и другие.

Проф. Л. И. Шулутко (Казань)

СОВЕТСКО-ВЕНГЕРСКИЙ СИМПОЗИУМ, ПОСВЯЩЕННЫЙ ГИПОТЕНЗИВНЫМ ПРЕПАРАТАМ

(19—20/IV 1968 г., Москва)

С программным докладом выступил действительный член АН Венгрии проф. П. Гэмери (доклад печатается в настоящем номере журнала). В других докладах как советских, так и венгерских ученых были представлены подробные данные о влиянии допегита и санотензина на сердечно-сосудистую систему, артериальный и венозный тонус, почечный кровоток, электролитный обмен, экскрецию катехоламинов и т. д.

Все выступающие отмечали, что допегит и санотензин являются более сильными гипотензивными средствами, чем резерпин и гипотиазид. С их помощью можно добиться снижения АД и при тех вариантах артериальной гипертензии (злокачественная гипертоническая болезнь, почечная гипертензия), которые ранее не поддавались воздействию.

Эти препараты, особенно санотензин, могут вызывать ортостатическую гипотонию (вплоть до коллапса), что требует осторожности в их применении, соответствующего контроля за АД в горизонтальном и вертикальном положениях и постепенности наращивания доз. Желательно начать лечение в стационаре, но после подбора дозы возможно применение их и в амбулаторных условиях. Об успешном применении допегита в поликлинике сообщили В. Е. Зайцева и Г. В. Зиновьева (Калинин).

Действие санотензина в основном связано не с ослаблением сосудистого сопротивления, а в большей степени со снижением сократительной функции миокарда. При этом сосудистое сопротивление часто даже повышается, но это повышение менее значительно, чем падение сердечного выброса, что и обуславливает снижение АД. При быстром снижении сократительной функции миокарда и падении АД могут создаться неблагоприятные условия для коронарного кровоснабжения; у некоторых больных было отмечено возникновение приступов стенокардии и острой сердечной недостаточности. Поэтому применение этих средств при выраженном атеросклерозе или после недавно перенесенного инфаркта миокарда (до 6 месяцев) противопоказано.

Была подчеркнута необходимость непрерывности лечения больных гипертонической болезнью и использования принципа комбинированной терапии как этими средствами, так и резерпином и салуретиками.

Проф. Я. М. Милославский (Казань)

ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА В ХИРУРГИИ

(Пленум Всесоюзного научного общества врачей-лаборантов)

27—30/V 1968 г., Ульяновск

В работе пленума приняли участие представители всех республик СССР, краев и областей Поволжья.

Современная хирургия развивается быстрыми темпами, и ответственные оперативные вмешательства требуют тщательного лабораторного контроля до, во время и после операции. Комплексная патогенетическая терапия в современной хирургической клинике не может решаться без подробных лабораторных исследований.

Пленум рассмотрел вопросы патологии свертывающей системы крови.

З. Д. Федорова (Ленинград) отметила, что в хирургической практике острое кровотечение встречается в 4,4% и смертность при этом составляет около 50%. Лабораторная диагностика при острых геморрагиях и эффективная неотложная терапия проводились специализированной бригадой, выполнившей за полтора года около 300 выездов.

С. Г. Конюхов и Д. И. Рыжаков (Киров) представили результаты коагулологических исследований при трансплантации почек. Ими обнаружена гиперкоагуляция и возможность развития микрополитромбоза, что вызывает необходимость применения антикоагулянтов и фибринолитиков при трансплантации почек.

М. С. Мачабели и С. Г. Аситашвили (Тбилиси) изучали тромбогеморрагический синдром при травматическом токсикозе в эксперименте. Фаза гиперкоагуляции наблюдалась при компрессии и в первый час декомпрессии. Сменявшая ее стадия коагулопатии потребления и гиперфибринолиз продолжалась иногда в течение недели. У выживших животных гемокоагуляция и количество фибриногена восстанавливались на 10—13-й дни. Применение гепарина способствовало купированию коагулопатии потребления и даже отека ткани.

Б. И. Кузник (Чита) выявил в интиме сосудов человека фактор адгезивности и агломерации пластинок (по-видимому, аденозиндифосфорную кислоту), во внутреннем слое аорты — конвертиноподобную субстанцию, в эндокарде, перикарде и клапанах сердца — комплекс антикоагулянтов, а также фибриназу. Травмированный участок сосуда выделяет фибриназу и тромбопластические факторы. Тканевые соединения, активно влияющие на гемокоагуляцию, обнаружены в мозговых оболочках, в стенках желудка, мышцах, матке, почках.

Большой интерес вызвал доклад проф. Д. М. Зубаирова и Л. Г. Поповой (Казань) о новом методе исследования активности XI и XII факторов в плазме, который основан на определении разности в гидролизе субстрата (бензоил N-1-аргининэтилового эфира — ВАЕЕ) под действием интактной и обработанной целитом плазм. Новый метод изучения контактной фазы свертывания крови несомненно привлечет внимание.

М. А. Котовщикова и Л. П. Папаян (Ленинград) посвятили свое сообщение определению активности IX фактора при антикоагулянтной терапии.

В. И. Францев, О. М. Левантовская и соавт. (Москва) обнаружили гипокоагуляцию при врожденных пороках сердца, особенно при «синих» пороках.

Оживленную дискуссию вызвали проблемы клинической энзимологии.

Б. Ф. Коровкин (Ленинград) обобщил современные данные о диагностическом значении изоферментов. Его наблюдения над изоферментным спектром лактатдегидрогеназы сыворотки дают возможность дифференцировать эмболии в системе легочной артерии от инфаркта миокарда, поскольку при эмболии легочных сосудов активность ЛДГ₁₋₂ не возрастает. При травматическом токсикозе активность изофермента ЛДГ₅ повышается. Докладчик отметил, что повышение активности изофермента ЛДГ₅ предшествует отторжению почек при экспериментальной гомотрансплантации.

Т. А. Шишкина и соавт. (Новосибирск) при экспериментальном циррозе печени нашли резкое повышение аминотрансферазной активности в период некротического процесса. В восстановительном периоде цирроза печени возрастает активность глутамино-аланиновой аминотрансферазы сыворотки крови.

А. А. Червинский и соавт. (Новокузнецк) представили данные о влиянии операционной травмы на водно-солевое равновесие. По их мнению, для экстренной хирургии при изучении метаболической реакции на травму наиболее целесообразно определение К и Na в плазме и моче, показателей гематокрита, удельного сопротивления плазмы и объема циркулирующей крови. При гастроэнтерологических операциях этот комплекс расширяется за счет исследования К, Na и Cl в пищеварительных соках, рвотных массах. Этот же более широкий комплекс предлагается при торакальных операциях.

Пленум обсудил актуальные вопросы биохимического контроля кислотно-щелочного равновесия.

И. М. Якубсон (Москва) пришел к выводу, что причиной ацидотического сдвига у детей, оперированных по поводу врожденных пороков сердца, является «синдром периферического спазма». Операции под эфирно-кислородным наркозом в раннем возрасте не обеспечивают снижения стрессорных реакций, приводящих в конечном счете к ацидотическим сдвигам.

На пленуме был принят новый устав Всесоюзного научного общества врачей-лаборантов. Состоялось первое заседание вновь организованного научного общества врачей-лаборантов города Ульяновска и области.

В г. Ульяновске в дни работы пленума проводились консультации врачей-лаборантов больниц и поликлиник.

Проф. В. А. Германов и В. М. Юрлов (Куйбышев-обл.)