

берг (Москва). Им является полимеризованный гемоглобин с регулятором обратимой оксигенации пиридоксаль-фосфатом. Изучается возможность сочетания искусственных переносчиков кислорода с различными кровезаменителями с целью создания кровезаменителя на основе эмульсии перфтордекалина и смеси перфторорганических соединений, отличающегося способностью к переносу кислорода и углекислого газа. Применение такой эмульсии совместно с донорским альбумином или раздельно с полиглюканом обеспечивало восстановление показателей гемодинамики, нарушенных в результате смертельной кровопотери. Б. В. Качоровский (Львов) считает, что в настоящее время жировые эмульсии (липиды) должны быть обязательным компонентом парентерального питания как источники эссенциальных липидов. Доказана азотсохраняющая способность введенных парентерально эмульгированных жиров. Жировая эмульсия оказалась также хорошо усваивающимся средством при зондовом парентеральном введении.

А. И. Воробьев и М. Д. Бриллиант (Москва) доложили о самостоятельной группе лимфатических опухолей — лимфоцитом, имеющих в начале заболевания такую-то одну зону преимущественного внекостномозгового поражения. Удаление такого очага (селезенка, желудок) в ряде случаев сопровождается полной ремиссией с редукцией роста очагов костномозговой пролиферации. Диагноз лимфоцитом основывается на гистологическом анализе биопсированной ткани основного очага поражения и трепаната костного мозга. О гематологических аспектах диагностики и лечения сепсиса сообщили М. И. Кузин и соавт. (Москва). На высоте клинических проявлений сепсис сопровождается повышением противосвертывающего потенциала. При септицемии одновременно отмечается снижение свертывающего потенциала крови по типу коагулопатии потребления. В противоположность этому при септикопиемии характерно сочетание активации свертывающего и противосвертывающего звеньев плазменного гемостаза. При септикопиемии наиболее информативно определение глубины коагаген-индуцированной агрегации, которая более чем на 50% выше, чем при септицемии, и в среднем на 45% ниже, чем при гнойно-резорбтивной лихорадке. Лечение больных сепсисом должно включать переливание свежих и отмывых эритроцитов, проведение сеансов гемосорбции и плазмафереза, коррекцию нарушенных реологических свойств крови и профилактику ДВС-синдрома (контролируемая гепаринотерапия, введение антиагрегантов и препаратов крови) с учетом динамики лабораторных показателей и фазы сепсиса.

Д. М. Зубаиров и И. М. Баишев (Казань) доложили о том, что в процессе хранения консервированной крови быстрой деградации подвергаются факторы V и VIII, другие факторы — I, II, IX, X, XI, XIII — относительно долго сохраняют свою активность. Третья группа факторов — XII, VII, прекалликреин — в консервированной крови подвергается активации при контакте с чужеродной поверхностью при хранении. Путем воздействия специфического ингибитора фактора Хагемана выявлено участие аутоактивации фактора XII в изменении коагуляционных свойств консервированной крови. С. М. Струкова (Москва) дала характеристику аналогам и предшественникам альфа-тромбина, в структуре которых направленно модифицирован или сохранен определенный участок молекулы. Установлена ведущая роль участка узнавания высокомолекулярных субстратов, локализованных вне активного центра во взаимодействии альфа-тромбина с хеморецепторами, рецепторами тромбоцитов, а также с белками плазмы — фибриногеном, протромбином, фактором VIII. Г. В. Андреев (Москва) охарактеризовала новые тромболитические ферменты, образуемые культурами непатогенных грибов. Энзимы трихолизин и лонголитин представляют наибольший интерес благодаря наличию трех видов активности: фибринолитической, активаторной и антикоагулянтной. В настоящее время усовершенствованы методы использования стрептокиназы путем иммобилизации ее на декстрате и получения особого активатора, состоящего из 86% плазминогена и 14% стрептокиназы. Экзогенные активаторы плазминогена, выделенные из тканей сердца, кадаверной крови, а также из культуры клеток почек и меланомы человека, представляются наиболее перспективными ферментами тромболитиса. Эти активаторы обладают в 5—10 раз более высокой тромболитической активностью, чем урокиназа.

В. С. Давыдов, М. В. Шакиров (Казань)

ПЛЕНУМ ПРАВЛЕНИЯ ВСЕСОЮЗНОГО НАУЧНОГО ОБЩЕСТВА АКУШЕРОВ-ГИНЕКОЛОГОВ

(г. Ивано-Франковск, 4—5 сентября 1985 г.)

Пленум был посвящен актуальному вопросу снижения материнской и перинатальной заболеваемости и смертности при поздних токсикозах беременных. Было обращено внимание на факторы риска при развитии этой патологии и прежде всего на экстрагенитальные заболевания матери: болезни почек (Г. М. Савельева, В. Н. Серов), хронические тонзиллиты, высокий инфекционный индекс в детском возрасте, тонзиллектomia в периоде менархе. Все эти заболевания отражаются на функции гипоталамо-

гипофизарной системы и на развитии плода (Т. А. Старостина). Особую роль играют биологически активные вещества, вызывающие спазм мелких сосудов и расстройство микроциркуляции, что приводит к гемодинамическим, коагуляционным, метаболическим нарушениям и влечет к развитию хронической формы ДВС-синдрома. У каждой четвертой беременной с поздним токсикозом констатирована плацентарная недостаточность, имеющая своим исходом гипоксию и гипотрофию плода, нарушение адаптации плода к внутриутробной жизни (Г. М. Савельева, А. Н. Стрижанов и др.).

Терапия позднего токсикоза беременных основана на принципах метода В. В. Строгонова (затемненная палата, седативные средства, внутривенные и внутримышечные вливания магнезии) и включает гипотензивные средства, вазоактивные препараты для коррекции фетоплацентарной недостаточности; инфузионную терапию с использованием дезагрегантов и антикоагулянтов, витаминов, инсулина, оротата калия, метионина, коргликона и средств, направленных на укрепление сосудистой стенки.

Лечение должно проводиться под контролем гематокрита и диуреза. Снижение гематокрита допустимо лишь до 28—30%. Общее количество вводимой жидкости не должно превышать 1200—1500 мл. Дегидратация выполняется на фоне инфузионной терапии либо после нее при максимальной суточной дозе лазикса 120 мг. Для быстрого воздействия на нарушенную микроциркуляцию рекомендуется однократное введение реополиглюкин-гепариновой смеси из расчета 5—6 мл реополиглюкина и 350 МЕ гепарина на 1 кг массы тела беременной. Половину рассчитанного количества гепарина вводят внутривенно капельно с полной дозой реополиглюкина со скоростью 20 капель в 1 мин; остальное количество гепарина — дробно через каждые 4—6 часов подкожно равными дозами в течение суток. Лечение при необходимости продолжается от 3 до 8 суток, далее дозу гепарина постепенно снижают. Подобная терапия позволяет уменьшить суточную дозу лазикса до 40—60 мг. При форсированном диурезе бессолевая диета не назначается (Л. В. Тимошенко). В комплексной терапии обязательны ингаляции кислорода.

Консервативная комплексная терапия нефропатии может быть продолжена до 10—12 дней, а при преэклампсии и эклампсии — не более 1—2 сут. При ее неэффективности необходимо решать вопрос о родоразрешении. Выбор метода родоразрешения должен быть индивидуальным исходя из подготовленности родовых путей, тяжести состояния больной, эффективности терапии и состояния плода (В. И. Кулаков). Расширение показаний к кесареву сечению при этой патологии вполне оправдано, особенно при тяжелых формах заболевания (Г. М. Савельева).

Методом выбора анестезии при кесаревом сечении является эндотрахеальный наркоз. Для вводного наркоза рекомендуется применять средства, снижающие АД. Назначение препаратов типа сомбревина, кеталара должно быть исключено. Считается необходимым проведение искусственной вентиляции легких до, во время и после операции в течение 1 ч для снятия гипоксемии, которая свойственна беременным с поздним токсикозом. Во время операции комплексная инфузионная терапия должна быть продолжена под контролем объема циркулирующей крови и других лабораторных методов исследования.

С целью профилактики и раннего выявления позднего токсикоза беременных (Г. М. Савельева, И. П. Иванов, Т. А. Старостина, В. А. Серов и др.) рекомендуется оздоровление детского и женского населения, учет групп риска.

Для раннего выявления позднего токсикоза беременных в условиях женской консультации необходимо кроме общепринятых методов обследования внедрять капилляроскопию, биомикроскопию для обнаружения начальных нарушений микроциркуляции; использовать плетизмографию, реовазографию, осциллографию и определение тонуса сосудов и регионарной гемодинамики; повысить ответственность за своевременную госпитализацию в стационар, а с тяжелыми формами токсикоза — в родильные отделения многопрофильного родильного дома.

Профилактика позднего токсикоза в группе риска в условиях женской консультации заключается в патогенетически обоснованном лечении экстрагенитальной патологии и токсикоза с ранних сроков беременности с учетом антенатальной охраны плода; во внедрении электроанальгезии и психотерапии (В. Н. Серов); в сбалансированном диетпитании; в физиопсихопрофилактической подготовке беременных к родам; в назначении санасола, гендевита, метионина, кислородно-витаминно-травяных коктейлей, галаскорбина в сочетании с рутином, глюканата кальция, оротата калия и витамина Е. Для нормализации общей и регионарной гемодинамики рекомендуется ультразвук или микроволновая терапия на область почек, для улучшения маточно-плацентарного кровообращения — электрорелаксия матки по А. З. Хасину, фитотерапия, оксигенотерапия.

Проф. З. Ш. Гилязутдинова (Казань)