

о съездах и конференциях. 23 доклада были представлены профессорами, сотрудниками институтов и 8 — практическими врачами.

Члены общества выступали с докладами на Международном конгрессе ортопедов (проф. Л. И. Шулушко), на VIII пленуме правления Всесоюзного Хирургического общества (доц. Г. С. Самойлов), на общесоюзных и республиканских конференциях (проф. И. Ф. Харитонов, асс. В. С. Гирфанов, асс. С. Я. Кнубовец, доц. В. Е. Кузьмина, и др.). Члены общества участвуют в организации консультативной и лечебной помощи населению в больницах и поликлиниках города и районах Республики. 48 человек состоит членами общества по распространению политических и научных знаний.

Председатель общества проф. И. Ф. Харитонов
Секретарь М. И. Маврин

ХРОНИКА

В марте 1965 г. в г. Казани состоялось *Республиканское совещание фармацевтов Татарии* с участием врачей, на котором были обсуждены вопросы дальнейшего улучшения медицинского обслуживания и охраны здоровья населения.

С докладом о состоянии и мерах по дальнейшему улучшению медикаментозного обслуживания населения Татарии выступила управляющая Республиканским аптекоуправлением М. Г. Байгильдеева.

За последние 6 лет вступило в строй 76 новых аптек, в том числе 49 — в сельской местности. В 1960—1964 гг. многие аптеки переведены в новые помещения, расширены их производственные площади. За этот же период в г. Казани открыто 12 новых аптек. Увеличилась реализация медицинских товаров. Если в 1959 г. на одну аптеку в среднем по Республике приходилось 17 тыс. человек, то в настоящее время она обслуживает в среднем 12,8 тыс. человек.

Улучшению лекарственного обслуживания населения в значительной мере способствует размещение киосков непосредственно в зданиях поликлиник. Таких киосков открыто 65.

В последние годы широкое распространение получили доставка лекарств на дом престарелым, инвалидам и прием предварительных заказов от хронических больных на дефицитные медикаменты с последующим уведомлением о получении.

Заслуживает внимания организация безрецептного метода обслуживания больных в поликлиниках, где больной непосредственно в кабинете от медсестры получает рекомендованное врачом лекарство.

Для больных удобна продажа предметов санитарии и гигиены без продавца в стационарах, организованная некоторыми аптеками и лечебными учреждениями.

В некоторых аптеках на прокат выдаются предметы по уходу за больными. Ряд аптек Республики практикует доставку инъекционных растворов в процедурные кабинеты, тем самым освобождая больного от повторных посещений аптек с целью заказа лекарства.

На совещании были вскрыты и недостатки: не отвечает требованиям времени связь между врачами и фармацевтами; необходимо увеличение отпуска готовых лекарственных форм и др. Обсуждались меры по устранению этих недостатков.

А. М. Фудим (Казань)

19/VI-65 г. сотрудниками лаборатории экспериментальной физиологии по оживлению организма АМН СССР, возглавляемой проф. В. А. Неговским, в Казани был проведен *семинар по реаниматологии*.

Опыт коллектива исследователей и врачей, возглавляемого проф. В. А. Неговским, показывает, что при начальных стадиях развития клинической смерти высокоэффективны такие мероприятия, как непрямо́й массаж сердца и искусственное дыхание «изо рта в рот», которые могут быть и мерами доврачебной помощи. Начатые еще в агональном периоде или в первые 2—3 минуты при развитии клинической смерти, они позволяют иногда поддерживать жизнь больного до 1—1,5 часов и являются залогом успешного проведения дальнейших мероприятий по восстановлению жизненных функций.

Своевременное и правильное лечение может быть высокоэффективным при таких тяжелых заболеваниях, как отек легкого, коллапс, сердечные аритмии.

Так при терминальном отеке легкого рекомендуется проведение оксигенотерапии: после отсасывания жидкости из дыхательных путей через зонд вводится кислород

в трахею. Для нормализации работы сердца и сосудистого тонуса вводится строфантин. Сильное диуретическое действие вызывает инъекция высокоочищенного препарата мочевины (30% раствор, приготовленный на 10% растворе глюкозы, вводится внутривенно капельно до 200 мл). Хороший эффект дают антигистаминные средства, хлористый кальций и вещества, действующие на различные отделы вегетативной нервной системы. Из ганглиоблокаторов наиболее эффективен арфонад, препарат ультракороткого действия (50 мг внутривенно капельно в растворе глюкозы). Производные фенотиазина можно применять только при отсутствии угрозы резкого снижения АД.

При лечении постинфарктного коллапса («сердечный шок») важнейшими мероприятиями являются также не прямой массаж сердца, искусственное дыхание и оксигенотерапия. Для повышения АД вводят норадреналин или адреналин внутривенно капельно до появления прессорного эффекта. Однако нужно помнить, что адреналин, увеличивающий потребность сердца в кислороде, может дать тяжелое нарушение сердечного ритма. В качестве дополнительных мероприятий рекомендуется введение строфантина, антигистаминных средств, кортикостероидов (гидрокортизон, преднизолон) и хлористого калия. Эффективно внутриартериальное введение крови или полиглюкина. Однако инъекции большого количества жидкости для таких больных нежелательны, и если это диктуется необходимостью ввести лекарственное вещество, то одновременно делается кровопускание. Весь комплекс лечебных мероприятий должен быть проведен в течение первых 2—3 часов.

Для борьбы с тяжелыми формами нарушения сердечного ритма — пароксизмальной тахикардией и мерцательной аритмией — успешно применяется электрическая дефибриляция сердца. Одиночный разряд, подаваемый на пациента, может практически моментально перевести патологический ритм в нормальный синусовый и значительно снизить частоту сердечных сокращений. Из лекарственных средств при тяжелых аритмиях наилучшим является новокаинамид, который вводится внутривенно по 5—10 мл 10% раствора.

Отличительной особенностью медикаментозного лечения терминальных состояний является введение всех препаратов непосредственно в кровяное русло внутривенно, внутриартериально, внутрисердечно и применение их в очень высоких дозах, иногда значительно превышающих обычные максимальные дозы.

И. А. Студенцова (Казань)

Вопросы реанимации в акушерско-гинекологической практике были освещены во вступительном слове проф. В. А. Неговского и на секционном занятии, проводимом В. С. Берман, возглавляющей Московский центр по реанимации в акушерстве.

Основными ситуациями, при которых возникают терминальные состояния в акушерстве, являются кровотечения и шок. Поэтому главное внимание в докладе было уделено вопросам остановки кровотечения и быстрому и своевременному замещению кровопотери. И то и другое необходимо начинать как можно раньше и проводить одновременно. Помимо известных способов остановки кровотечения при атонии матки В. С. Берман указала на ценность применения тракционной тампонады по Мюллеру, перевязки маточных (способ Р. Д. Цицишвили) или всех сосудов, осуществляющих кровоснабжение матки (способ М. С. Цырульникова).

Особенно эффективна электротонизация атонической матки, предложенная З. А. Чиладзе. При помощи отечественного дефибрилятора Н. Л. Гурвича применяется электроразряд силой в 3000 в при экспозиции 0,01 сек. Электроды накладываются на крестец и живот либо один из электродов вводится в полость матки. Вся манипуляция электротонизации занимает 2—3 минуты, что является большим достоинством. Матка сокращается тотчас же после разряда.

Необходимо как можно быстрее возместить кровопотерю, поэтому целесообразно введение крови и в вену и в артерию одновременно. При проведении лапаротомии не следует забывать, что кровь можно вводить в любую артерию, в том числе и в маточную, подчревную или даже в брюшную аорту. При больших кровопотерях в артерию можно вводить большие количества крови (до 2 литров). Кровь лучше переливать одногруппную. На каждые 500 мл консервированной крови необходимо вводить 100 мл 1% раствора хлористого кальция или нейтрализации цитрата. 10% раствором хлористого кальция лучше не пользоваться.

При сниженной активности свертывающей системы крови необходимо переливание свежей донорской крови, сухой концентрированной плазмы, фибриногена, эpsilon-аминокапроновой кислоты, протамин-сульфата. Прессорные амины (норадреналин, мезатон и др.) целесообразно применять лишь при кровопотере, возмещенной не менее чем на 60%. При недостаточности функции коры надпочечников целесообразно введение глюкокортикоидов, гидрокортизон и др. (до 300 мг в вену).

Проф. В. А. Неговский применение аминазина в родах считает нецелесообразным. При тяжелых формах асфиксии новорожденных показано аппаратное искусственное дыхание или «рот в рот». Если новорожденный родился в состоянии клинической смерти, то оживление после 15 минут нецелесообразно (гибель коры головного мозга).

И. И. Фрейдлин (Казань)