

Аналгезический наркоз более удобно и легко получить при применении закиси азота, трилена и эфира, чем флюотана и циклопропана (И. С. Робинер, В. А. Михельсон и др.).

Аналгезический наркоз может быть осуществлен с помощью простых наркозных систем, снабженных дозиметром с точной подачей наркотической смеси (Б. В. Петровский и С. Н. Ефун, С. Я. Хаскелевич и И. М. Оснос).

Специальному обсуждению были посвящены вопросы обезболивания при заболеваниях печени и желчных путей (проф. П. Л. Сельцовский с сотр., В. И. Кочишвили и Н. В. Прахов, Москва).

Когда резко снижается обезвреживающая роль печени, уменьшается концентрация псевдохолинэстеразы в крови, даже обычные дозы наркотиков и анальгетиков могут оказаться токсическими, а действие деполаризирующих релаксантов (дитилин, сукцинилхолин, листенон и др.) более длительно, чем при нормальной функции печени. Поэтому предлагаются диагностическая пункция печени и стероидная терапия в предоперационном периоде.

В докладах проф. П. Н. Напалкова с сотр. и П. П. Денисенко (Ленинград) была дана клиническая оценка действию новых центральных холинолитиков (метамизил, скополамин, амизил, пентафен и др.), которые имеют транквилизирующие свойства, угнетают ориентировочную реакцию и подавляют отрицательные эмоции, а также усиливают эффект наркотиков, анальгетиков, фенотиазиновых производных и не изменяют функции паренхиматозных органов.

Наряду с положительными сторонами аналгезического наркоза, наблюдаются нежелательные явления при проведении операций под этим видом обезболивания, проявляющиеся в виде бронхоспазмов, гипертензии, двигательной реакции больного во время хирургического вмешательства, мучительных послеоперационных болей, сохранения сознания с ретроградной амнезией и т. д. (С. А. Богомолов и Л. И. Меркулов, Москва). Эти явления могут быть сняты введением анальгетиков, ганглиоблокаторов, новокаина (проф. П. А. Куприянов с сотр., Б. В. Петровский с сотр., С. М. Зольников и др., В. А. Гологорский и др., О. Д. Колюцкая и др.).

По вопросу о дальнейшем развитии местной анестезии в докладах проф. А. В. Вишневого с сотр. и В. И. Стручкова отмечена перспективность сочетанного применения при ней миорелаксантов, ингаляций кислорода, препаратов фенотиазинового ряда и ганглиоблокирующих средств.

Проф. М. А. Топчибаев с сотр. (Баку) сообщил о спинномозговой анестезии на фоне аналгезии, достигаемой путем инъекций эфирно-масляного раствора (аналгезина) в подкожную клетчатку.

В прениях освещались клиническая ценность как аналгезического наркоза, так и местной анестезии, возможности их комбинированного применения, допустимость сочетания спинномозговой анестезии с аналгезическим наркозом, а также миорелаксантов и ганглиоблокаторов во время общего и местного обезболивания.

В заключительном слове председателя проф. Г. П. Зайцева было отмечено, что аналгезический наркоз является крупным достижением современной анестезиологии, дающим возможность оперировать больных без нарушения рефлекторной саморегуляции важнейших функций организма.

Конференция в резолюции отметила, что настало время для организации Общества анестезиологов, укомплектования лечебных учреждений кадрами анестезиологов и издания необходимой литературы по вопросам обезболивания.

Для делегатов были показаны новые аппараты и инструментарий, применяемые в анестезиологии. Новинкой для участников конференции был наркозный аппарат НАПИ-60, предназначенный для аналгезического наркоза, особенно для лечебного наркоза по Б. В. Петровскому и С. Н. Ефун, позволяющий проводить наркоз с точной дозировкой смеси (эфир, закись азота и трилен) и имеющий автоматический выключатель аппарата в момент наступления аналгезии и амнезии.

Ф. Н. Казанцев
(Казань)

МЕЛКООЧАГОВЫЕ ИНФАРКТЫ МИОКАРДА И ХРОНИЧЕСКИЕ ГЕПАТИТЫ НА РАСШИРЕННОМ ПЛЕНУМЕ ПРАВЛЕНИЯ ВСЕРОССИЙСКОГО ОБЩЕСТВА ТЕРАПЕВТОВ

(21—22/1-62 г., Москва)

В программном докладе «О промежуточных формах между стенокардией и инфарктом миокарда» проф. А. Л. Мясников подчеркнул, что эти формы утверждены самой жизнью.

Острая коронарная недостаточность проявляется в трех формах: грудная жаба, инфаркт миокарда и промежуточная форма. Кроме «болевого коронарного недостаточ-

ности», необходимо различать асимптоматическую ее форму, сопровождающуюся лишь сердечной недостаточностью и нарушением проводимости.

Патогенез инфаркта миокарда не сводится к атеросклерозу, имеют значение и другие факторы, которые, в свою очередь, относятся и к грудной жабе. Таким образом, принципиального отличия нет, а лишь имеется количественная разница, вследствие чего получают разные клинические проявления, между которыми есть много разнообразных переходных форм.

Проф. А. Л. Мясниковым было предложено разделить некрозов миокарда на 1) коронарогенные некрозы (инфаркты миокарда) и 2) некоронарогенные (метаболические).

К первой группе относятся формы, возникающие вследствие атеросклероза и наличия таких факторов, как перенапряжение миокарда, спазм или тромбоз коронарных артерий, а также редкие формы, в возникновении которых имеют значение тромбангии и васкулиты, эмболизация, механическое сдавление (рубцы и т. п.).

Ко второй группе относятся аноксемические, анемические, гормональные, неврогенные, алиментарные, токсические некрозы, а также инфекционно-аллергические (входят как элемент воспалительного состояния миокарда — миокардита).

Для дифференциации форм коронарной недостаточности (ишемической болезни сердца) им предлагается следующая схема:

| Формы | | Клинические проявления | | | | | |
|------------------------------------|--|------------------------|----------------------|----------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|---------------------|
| | | характер болей | их продолжительность | изменения ЭКГ | повышенная T° | лейкоцитоз | ферментные реакции |
| Грудная жаба | | При физических усилиях | До 10 мин | Нет | Нет | Нет | Нет |
| Промежуточные формы | Очаговая дистрофия миокарда | Так же и в покое | 15—45 мин | Снижен. и измен. T | Нет | Нет | Нет |
| | Мелкоочаговые некрозы (мелкоочаговые инфаркты) | " | " | " | Небольшой подъем 1—2 дня после болей | Небольшой подъем 1—2 дня после болей | Небольшое повышение |
| Инфаркты миокарда (крупноочаговые) | | " | Час и больше | Характерная динамика | Повышено несколько дней | Повышен длительное время | Резкое повышение |

Докладчик подчеркнул, что могут существовать атипичные формы, когда не все симптомы выражены, поэтому необходимо при дифференциальной диагностике ориентироваться на большую часть признаков.

Очаговая дистрофия миокарда — обратимый процесс, между мелкоочаговыми некрозами и крупноочаговыми имеется разница, которую необходимо учитывать в клинике.

Проф. С. В. Шестаков (Куйбышев) предложил применять вместо термина «мелкоочаговые некрозы» — «мелкоочаговые инфаркты миокарда». Он считает, что мелкоочаговые инфаркты миокарда нельзя относить к промежуточным формам, а следует рассматривать как вариант инфаркта миокарда.

Проф. П. Е. Лукомский привел клинические и биохимические данные о 140 больных (крупноочаговый инфаркт — у 80, мелкоочаговый — у 30 и грудная жаба — у 30). Динамическое определение у этих больных альдолазы и трансаминазы, глюкопротеинов, С-реактивного белка, биохимические исследования позволяли дифференцировать грудную жабу от мелкоочагового инфаркта миокарда.

Проф. А. И. Гефтер (Горький) привел данные о лечении 97 больных коронарной недостаточностью. Автор подчеркивает необходимость учета особенностей патогенеза заболевания и строгой индивидуализации.

Весьма важны динамическое наблюдение за свертываемостью крови и раннее назначение антикоагулянтов, ранняя госпитализация с соблюдением соответствующего режима.

Проф. Б. П. Кушелевский (Свердловск) подробно осветил вопросы антикоагулянтной терапии при всех формах коронарной недостаточности. Необходимо организовать специальную кардиографическую службу в системе скорой помощи. Антикоагулянты показаны при мелкоочаговых инфарктах не менее, чем при крупноочаговых. Нельзя забывать о профилактическом значении антикоагулянтов в борьбе с тромбозом, эмболическими осложнениями; антикоагулянты также положительно действуют на спазм сосудов и предотвращают расстройства кровотока. Автор рекомендует долго-

временное применение антикоагулянтов. При стенокардии у больных гипертонической болезнью рекомендуется сочетанное назначение резерпина и антикоагулянтов.

В речах проф. Л. М. Рахлин подчеркнул важность более точной терминологии для дифференциальной диагностики всех форм коронарной недостаточности. Очень важно при мелкоочаговых инфарктах миокарда наблюдение за динамикой ЭКГ, поскольку она теряет свое постоянство, причем отмечается малая выраженность патологии, но она выступает не только в конечной фазе желудочкового комплекса, но и в начальной его части; при двухканальной записи ЭКГ имеются колебания оси QRS.

Проф. З. И. Малкин подчеркнул важное диагностическое значение биохимических исследований при коронарной патологии.

В программном докладе «О хронических гепатитах и их профилактике» проф. Е. М. Тареев выделил 4 этиологические группы циррозов печени:

I — инфекционные гепатиты;

II — дистрофические или жировые циррозы печени (вследствие белковой, витаминной и т. п. недостаточности);

III — собственно токсические циррозы (например, патологическое влияние промышленных ядов и т. д.);

IV — токсико-аллергические циррозы.

Самой распространенной причиной возникновения хронических гепатитов и циррозов печени является вирусный эпидемический гепатит (болезнь Боткина). Имеют значение особенности и количество вируса; вирус в организме человека (вирусемию) при хроническом гепатите сохраняется до 5 лет, таким образом, при обострениях эти больные могут заражать окружающих. Возможно заражение плода от матери. В печени появляются некрозы и узловая дегенерация. В 75% случаев Боткинский цирроз печени формируется в первые 2 года. В 20% первичного рака печени обнаружено определенное значение цирроза печени.

Холангитический гепатит не ведет к грубой перестройке и не грозит острым циррозом, как болезнь Боткина.

В профилактике циррозов печени нельзя недооценивать психического и физического перенапряжения, абортов, алкогольной интоксикации, употребления жирной пищи, неправильного применения медикаментозных средств (атофана, пенициллина, глюкозы, камполона, АКГГ, витамина B₁) из-за индивидуальной их непереносимости.

Сложные влияния оказывают сопутствующие гастриты, язвенная болезнь, холангит, глистная инвазия.

Важное значение имеют диспансеризация печеночных больных, индивидуальный подход к лечению, продуманные меры профилактики.

А. С. Логинов (Институт терапии АМН СССР) сообщил о лапароскопии и прицельной биопсии в диагностике заболевания печени. Документация видимых при лапароскопии изменений в печени осуществлялась при помощи цветных зарисовок или черно-белой фотографии. Возможность «прицельной» биопсии печени расширилась благодаря производимой одновременно с биопсией электрокоагуляции, обеспечивающей надежную остановку кровотечения. Между лапароскопическим и гистологическим диагнозом имеется почти полное совпадение. При асците лапароскопия производится после предварительного выпускания асцитической жидкости. При кистозных поражениях печени пункционная биопсия противопоказана.

Проф. А. Л. Мясников указал, что нельзя забывать о диффузных циррозах печени (инсулярный тип, а не узловой). Узелковость бывает клеточная и рубцовая. Поставлена задача: найти способ вирусологической диагностики гепатитов.

Проф. А. И. Левин предложил для улучшения диагностики заболевания печени включить в работу кабинетов по острым кишечным инфекциям подготовленных терапевтов, а в инфекционных отделениях иметь терапевтические палаты.

Проф. М. А. Ясиновский отметил, что при статистической оценке распространенности заболеваний печени нельзя не учитывать, что за последние годы резко снизилась частота хронических гепатитов за счет ликвидации малярии, уменьшения люэса, алкоголизма, нельзя недооценивать и роль при этом бруцеллеза, тиреотоксикоза, сахарного диабета, желудочно-кишечных заболеваний.

В. Е. Анисимов и Ф. Т. Красноперов
(Казань)