

больных стафилодермиями, с долго не заживающими ранами (А. Я. Вартепатов, Тбилиси; С. И. Довжанский, Львов; Д. Н. Гвенепадзе, Тбилиси).

Подводя итоги 2-й межинститутской конференции по проблеме бактериофагии, следует подчеркнуть особую важность исследований по изысканию путей усовершенствования бактериофага, фаготерапии и профилактики дизентерии, бруцеллеза, колиэнтеритов и других острых инфекций; если бактериофаг был явно недооценен среди средств борьбы с инфекционными заболеваниями, то итоги конференции ясно показывают, что он при постоянном его совершенствовании, может стать не только ценным дополнительным, но при ряде заболеваний — самостоятельным средством лечения.

С. Б. Перельштейн

(Казань)

Поступила 3 января 1960 г.

## XI НАУЧНАЯ СЕССИЯ ИНСТИТУТА им. А. В. ВИШНЕВСКОГО АМН СССР (12—13/XI-59 г.)

На сессии обсуждался один вопрос — о методике операций на «сухом», отключенном от кровотока сердце. Основной доклад был сделан действительным членом АМН проф. А. А. Вишневым. Он поделился своим опытом операций на «сухом» сердце под гипотермией. Пионером подобной методики операций на сердце был Бейли (1950 г.); в СССР такие операции с 1953 года начал производить действительный член АМН проф. П. А. Куприянов, а затем А. А. Вишневский. За это время в институте им. А. В. Вишневого детям было сделано 24 таких операции, по поводу врожденных пороков сердца: незаращения межпредсердной перегородки, стенозов легочной артерии, клапанов аорты и т. д.

Проф. А. А. Вишневский указывает на необходимость для подобных операций современных методов диагностики: зондирования сердца, определения газового состава крови в полостях сердца, контрастной рентгенографии сердца и магистральных сосудов и т. д. Он предостерегает от «пробных» обнажений сердца у детей с врожденными пороками сердца, так как такие операции чрезвычайно опасны. Отключение сердца от кровотока под гипотермией хорошо переносятся больными в течение 5—8 мин, но не дольше 10 мин. Перед операцией вводятся атропин и промедол. Ганглиоблокирующие смеси в настоящее время институтом не применяются. Температура тела больного доводится до 28—31°. Наркоз — интратрахеальный, эфирно-кислородный. Доступ к сердцу при врожденных пороках большей частью осуществлялся путем поперечного разреза с рассечением грудины и вскрытием обоих плевр. Этот доступ является травматичным, и для ускорения он проводится одновременно двумя хирургами. Лучшим может считаться продольный разрез с срединным рассечением грудины по ее длине, разведением в стороны ее половин без вскрытия полостей плевр. Этот разрез применяется в институте при операциях по поводу врожденных стенозов легочной артерии и аорты. Тяжелым осложнением при подобных операциях является остановка сердца в конце операции. Это осложнение на 24 оперативных вмешательствах наблюдалось у 8 больных. У 7 больных оно было снято путем искусственного дыхания, массажа сердца, введения адреналина в коронарные сосуды, внутриартериального переливания крови с адреналином и применения дефибриллятора Гурвича. Осложнения со стороны легких — ателектаз обоих легких, дыхательная недостаточность — наблюдались главным образом при поперечном доступе к сердцу. Для предупреждения послеоперационных осложнений со стороны легких необходимо длительное обезболивание дыхательных движений. Для этой цели докладчик рекомендует алкоголизацию межреберных нервов в 3—4—5 межреберных промежутках, употребление в послеоперационном периоде промедола, кордиамина, капельного переливания крови, антибиотиков и т. п. Крайне тяжелым осложнением после подобных операций является тромбоз сосудов мозга.

Из 24 детей, оперированных таким образом по поводу врожденных пороков сердца, от вышеуказанных осложнений погибло 9. При этом из семи первых оперированных умерло 5, а из последних 17 только 4.

Был показан фильм, прекрасно иллюстрировавший методику зашивания дефекта межпредсердной перегородки на «сухом» сердце. В последующей серии докладов сотрудников института были освещены важнейшие детали методики этих операций.

Т. М. Дербинян остановился на вопросе об обезболивании. Дается интратрахеальный эфирно-кислородный наркоз. Перед операцией больным вводятся только атропин и промедол. Гипотермия осуществляется погружением половины тела больного в воду с температурой 8—10°. Во время операции дробно вводится диализин. После вскрытия грудной полости вводят в шокогенные зоны сердца 0,25% раствор новокаина.

Б. М. Цукерман и Л. А. Барская в докладе «Остановка сердца и борьба с ней при внутрисердечных операциях» отметили, что остановка сердечных сокращений чаще всего наблюдается после снятия зажимов, наложенных на основные магистральные

сосуды для отключения сердца от общего кровотока. На 24 операции остановка сердца наблюдалась у 8 больных, у 7 удалось восстановить деятельность сердца. Причиной остановки сердца является гипоксия сердечной мышцы и центральной нервной системы. Большую роль в возникновении этого осложнения, по-видимому, играет длительность отключения сердца. Так, при отключении на 5—8 мин сердце быстро восстанавливает свою функцию, при более длительных отключениях остановка сердца наблюдается нередко. Для восстановления деятельности сердца в институте им. А. В. Вишневского применяются введение в коронарные артерии 0,3 мл адреналина, внутриаортальное переливание крови с адреналином, массаж сердца, и как последняя мера, применение дефибриллятора Гурвича с силой тока в 1500—2000 вольт.

В. И. Бураковский в докладе «Хирургическое лечение дефектов межпредсердной перегородки» приводит клинические наблюдения о патогенезе, классификации и показаниях к оперативному лечению больных с врожденными дефектами межпредсердной перегородки. Методом отключения сердца под гипотермией проведено 10 операций закрытия врожденных отверстий в межпредсердных перегородках. Все операции произведены детям в возрасте 4—5 лет. Умерло 2 больных. При этих операциях сердце обычно отключалось на 5—8 мин.

А. М. Кудрявцева в докладе «Хирургическое лечение клапанного стеноза легочной артерии» охарактеризовала этиологию, диагностику и лечение клапанного стеноза легочной артерии. Причиной врожденного клапанного стеноза легочной артерии является перенесенный в утробной жизни эндокардит. Для лечения этого врожденного порока сердца используется как открытая, так и закрытая вальвулотомия. Проводимая закрытым методом вальвулотомия нередко дает крайне тяжелые осложнения: повреждение стенки легочной артерии, чрезмерное рассечение клапанов легочной артерии и т. п. Лучшим методом считается открытая вальвулотомия на отключенном от кровотока под гипотермией сердце.

Для подобной операции на «сухом» сердце требуется очень короткое время — не более 3—5 мин. Операция заключается в том, что на отключенном от кровотока сердце обнажают легочную артерию, рассекают ее стенку и на глаз разъединяют сросшиеся клапаны легочной артерии. После этого восстанавливают стенку артерии. В институте им. А. В. Вишневского было сделано 5 подобных операций. Умер 1 больной.

А. С. Харнас в докладе «Хирургическое лечение врожденного стеноза устья аорты» дал описание клиники и методики оперативного лечения этого порока сердца в условиях отключения сердца от кровотока под гипотермией. Закрытый метод рассечения врожденных стенозов аорты теперь также заменяется рассечением клапанного стеноза аорты «на глаз» на отключенном от кровотока под гипотермией сердце. Сделано 6 подобных операций. Умерло 3 больных. Причинами смертных исходов были следующие: 1 больной умер от ателектаза легких, у второго был подклапанный стеноз аорты, который при операции не удалось устранить, третий погиб от вторичного кровотечения из раны дуги аорты.

М. Г. Ананьев и ряд сотрудников Института хирургической аппаратуры доложили о новом усовершенствованном аппарате для искусственного кровообращения (АИК), переданном в 1958 г. на испытания в медицинские учреждения. В новом аппарате усовершенствована система насыщения крови кислородом. Если в прежнем аппарате насыщение крови кислородом сопровождалось выделением довольно значительного количества пены, то в новом этот недостаток почти полностью устранен.

В заключительном слове председатель конференции проф. П. А. Куприянов отметил актуальность поднятого проф. А. А. Вишневским вопроса об оперативных вмешательствах на отключенном от кровотока под гипотермией сердце. П. А. Куприянов подчеркнул, что операции на сердце под гипотермией имеют все права на существование, но это не метод выбора. Так же нельзя считать методом выбора закрытый метод оперирования при врожденных стенозах клапанов аорты и легочной артерии. К сожалению, нельзя сделать на отключенном от кровотока под гипотермией сердце операцию по поводу врожденного дефекта межжелудочковой перегородки, невозможно осуществить операцию при подклапанном стенозе аорты. Для этой цели нужны аппараты для экстракорпорального кровообращения. Новый аппарат, предложенный Институтом хирургического инструментария, прекрасен, но не свободен от недостатков. Усовершенствование его идет медленно.

Доц. И. Ф. Харитонов

(Казань)

Поступила 6 января 1960 г.