

О Т З Ы В

О РАБОТЕ Н.З. АБРОСИМОВА "РЕСПИРАТОРНЫЙ АЦИДОЗ /ПАТОГЕНЕЗ, КЛИНИКА, ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА/. Рязань 1964 г., представленной на соискание степени доктора медицинских наук.

Солидная монография Н.З. АБРОСИМОВА /500 стр машинописи/, посвящена весьма актуальному вопросу современной медицины — дыхательному ацидозу у больных эмфиземой легких. В то время как нарушения газообмена при этом заболевании являются предметом большого количества работ как зарубежных, так и отечественных, последствия этих нарушений: изменение кислотно-щелочного равновесия и последующие изменения минерального обмена — значительно меньше привлекали к себе внимание исследователей. Между тем в клинической картине выраженных степеней эмфиземы легких и легочного сердца указанные изменения занимают ведущую роль и, в основном, являются причиной фатального исхода.

Автор изучил этот вопрос на 150 больных эмфиземой легких и 9 больных прочими заболеваниями, применив большое количество методов. Методическую вооруженность автора следует вполне достаточно характеризующей основные параметры изучаемого вопроса. И функции внешнего дыхания и газы крови, щелочный резерв, рН крови изучались автором с помощью отечественной аппаратуры и достаточно точными, хотя и трудоемкими методиками. Приходится только пожалеть, что в распоряжении автора имелся отечественный потенциометр ЖЭ ЛП-5, дающий уверенную точность лишь в 0,05. К сожалению, более точной аппаратуры отечественная промышленность не выпускает. Концентрация калия и натрия в плазме и моче определялась с помощью пламенного фотометра. Кроме того, автор определял концентрацию хлора в плазме. Так как в настоящее время не существует удовлетворяющего клинику метода определения

содержания электролитов в тканях, автор использовал косвенные признаки гипокалигемии и гиперкалигемии по данным ЭКГ и БКГ.

В своей работе автор придерживается физико-химической теории кислотно-щелочного равновесия по Гестингеу, которую он подробно излагает, разбирая понятие "общие основания крови /плазмы/" и буферные основания крови / плазмы/.

Автор не всегда достаточно подробно описывает детали своей методики /например, метод насыщения крови кислородом, точность работы экземпляра пламенного фотометра, имеющегося у автора/ и в то же время слишком много места посвящает перерасчету миллиграмм% в микхл/хввз мэкв/л и в ммол/л, приводя даже специальную таблицу / стр 36/ для перерасчета концентрации электролитов сыворотки в мэкв/л и мг/%. Это было бы более уместно в руководстве, а не в диссертации.

Останавливаясь на патогенезе дыхательного ацидоза, автор наряду с общеизвестными и общепринятыми факторами справедливо и достаточно подробно останавливается на дисфункции нервно-мышечного аппарата дыхания, на дисгармонии работы отдельных мышечных групп, усиливающих неравномерность вентиляции. Этот вопрос являлся предметом изучения покойного Н.А.Троицкого, руководителя клиники, из которой выходит и настоящая диссертация. В дальнейшем изложении Н.А.Абросимов проявляет, на мой взгляд некоторую склонность к переоценке значения этих нарушений механики дыхания. Так, на стр. 357 написано: "Важнейшим патогенетическим фактором развития легочного сердца, признаваемым значительным большинством авторов, служит нарушение дыхательных движений, которые играют существенную роль вспомогательного механизма кровообращения." Перечисление "большинства авторов" ограничивается небольшим их числом 1947 г. Большинство авторов в настоящее время считает важнейшим патогенетическим

фактором ~~считается~~^т нарушение равномерности вентиляции вследствие внутрилегочных причин.

Чрезвычайно подробно и убедительно автор разбирает влияние дыхательного ацидоза на электролитный обмен, в частности на нередко наблюдающуюся у больных гиперкалиемию. Не совсем точно утверждение автора об известной "специфичности" этой гиперкалиемии. По данным нашего сотрудника А. И. Кабакова, гиперкалиемия наблюдается иногда и у больных с ревматическими пороками сердца и кардиосклерозом, хотя и значительно реже, чем у больных с дыхательным ацидозом.

Обстоятельно разобрана на совершенно современном уровне роль почек в становлении и компенсации дыхательного ацидоза. Совершенно справедливо подчеркивается весьма важное обстоятельство большой инерции почечной компенсаторной реакции, что может привести при энергичных терапевтических вмешательствах к нежелательным и, на первый взгляд, "непредвиденным" последствиям - например, переходу дыхательного ацидоза в метаболический алкалоз.

Автор подробно описывает на основании собственных обширных наблюдений своеобразную клиническую картину газового ацидоза с обилием разнообразных симптомов, в основном, совпадающую с данными зарубежной литературы, но зачастую оказывающуюся мало известной практическому врачу, что иной раз губительно отражается на состоянии больного.

В диссертации правильно поднимается вопрос об участии гиперкапнии в патогенезе легочного сердца. Появление сердечной недостаточности автор ~~вряд ли~~ справедливо связывает с проникновением H-ионов в миокард и с выходом оттуда калия.

это несомненно существенный фактор, но не единственный и не всегда имеющий место.

На стр. 376 автор пишет: "...что избыток калия в миокарде, гиперкалиемия"... но ведь гиперкалиемия, по справедливому мнению автора является следствием избыточного перемещения калия из тканей / в частности и из миокарда / в кровь. К сожалению в литературе, насколько мне известно, нет термина для выражения содержания калия в тканях. Я позволили бы себе предложить термин "гипер- и гипо-калигистия". Мне кажется, что это могло бы внести ясность и в рассуждения.

Автор правильно подчеркивает накопление бикарбонатов в генезе отеков, однако схема патогенеза сердечной недостаточности у легочных больных / стр. 361 / мне представляется не очень удачной и трудной для восприятия.

Мне как терапевту наибольшее удовольствие доставил раздел "Лечение больных с дыхательной недостаточностью" и в частности с дыхательным ацидозом. Очень подробно и на современном уровне излагается вопрос оксигенотерапии. Чрезвычайно благоприятное впечатление оставляет раздел, посвященный механической помощи дыханию аппаратом ДП-1 и АМ-1 / отечественного производства /. К сожалению, этот метод чрезвычайно мало распространен и несомненно заслуживает широкого применения. Тщательный анализ газообмена, кислотно-щелочного равновесия и обмена электролитов при таком дыхании убедительно показывают его эффективность. Весьма ценным является указание на необходимость прерывистого применения искусственного дыхания в виду возможности, вследствие инертности реакции почек, возникновения метаболического алкалоза.

Несомненно интересны, хотя и немногочисленны, наблюдения автора по эффективности пневмоперитонеума, бандажа. Большое число медикаментозных мероприятий не представляет существенной новизны, однако изложено с большой систематичностью и полнотой.

Приходится высказать сожаление, что отечественная фармацевтическая промышленность не снабжает нас весьма перспективным органическим трисбуфером/тригидрокси-метил-амино-метан или ТГАМ/, представляющим несомненно очень большие преимущества в борьбе с ацидозом, что хорошо показано автором в диссертации.

Чрезвычайно ценно, что автор проводил комплексную терапию всеми возможными средствами и, судя по материалам диссертации, добился выдающихся результатов.

Спорным является положение автора о желательности антикоагулянтной терапии у больных с эмфиземой легких. У большинства авторов создается впечатление об относительной редкости тромбоземболических осложнений при легочном сердце по сравнению, например, с ревматическими пороками, и в то же время сравнительно большой частоте сочетания с язвенной болезнью, зачастую протекающей атипично.

Следует отметить, что в диссертации отсутствует раздел "литературный обзор". Литературные ссылки широко представлены и свидетельствующие о большой эрудиции автора вкраплены в каждую из глав. Они критически освещаются и иллюстрируются или опровергаются собственными данными.

Автором проделан огромный труд по изучению различных аспектов, связанных с дыхательным ацидозом. Он в совершенстве владеет сложными и трудоемкими методами исследованиями а также данными отечественной и зарубежной литературы. В диссер-

тации даны ссылки на 244 отечественных источника литературы и на 280 иностранных.

Автор известен мне как зрелый клиницист широкого профиля. Диссертация полностью соответствует всем предъявляемым требованиям. Многочисленные работы автора и автореферат в достаточной степени отражают содержание диссертации. Я могу со всей ответственностью рекомендовать Членам Ученого Совета голосовать за присуждение Н.З.Абросимову степени доктора медицинских наук.

2 февраля 1965 г.

Член-корр. АМН СССР,
доктор меднаук, профессор
/В.Е.ВОТЧАЛ/

