

● **ЭЛЕКТРОИМПУЛЬСНАЯ ТЕРАПИЯ НАРУШЕНИЙ РИТМА
СЕРДЦА С УГРОЖАЮЩИМ ТЕРМИНАЛЬНЫМ СОСТОЯНИЕМ**

А. А. ДУБИНСКИЙ, Ю. С. КОХМАНЮК
(Харьков)

Внезапно возникающие нарушения ритма (в частности, пароксизмальная тахикардия и тахиаритмия) могут вызвать острые расстройства гемодинамики и тем самым способствовать развитию терминального состояния (П. Е. Лукомский, Е. И. Чазов).

Имеются сообщения о возникновении терминальных состояний с летальным исходом при возникновении пароксизмальных аритмий у больных инфарктом миокарда (М. С. Вовси, А. В. Виноградов и др.).

Указанные расстройства ритма из-за необходимости неотложных лечебных мероприятий приобретают особое значение в практике скорой помощи и прежде всего специализированных противоишемических бригад.

Согласно литературным данным, электроимпульсное восстановление синусового ритма является наиболее эффективным методом, значительно превышающим антиаритмические возможности фармакологических средств (В. А. Неговский, Н. Л. Гурвич, З. И. Янушкевичус с сотр., А. Лукошевичюте, А. А. Обухова с сотр., Lown).

С 1964 г. специализированной кардиологической бригадой Харьковской станции скорой помощи была произведена электроимпульсная терапия у 42 больных с пароксизмальной тахикардией и тахиаритмией различного генеза. Возраст больных колебался от 30 до 84 лет, большинство из них были лица старше 60 лет.

Суправентрикулярная пароксизмальная тахикардия выявлена у 24, желудочковая — у 6, пароксизм мерцательной аритмии — у 10 и трепетание предсердий — у 2 больных.

Чаще всего встречались аритмии, возникающие у больных с атеросклерозом венечных артерий.

Инфаркт миокарда наблюдался у 9, постинфарктный кардиосклероз — у 6 больных.

Продолжительность пароксизма аритмии колебалась от 3 часов до 21 суток.

У 9 больных были клинические проявления коллапса, из них 5 имели желудочковую форму тахисистолии. У 10 больных развилась сердечная астма и появились симптомы отека легких.

Во всех случаях электроимпульсное восстановление ритма производилось лишь после безуспешных настойчивых попыток лечения медикаментозными средствами. Электротерапия проводилась дефибриллятором ИД-1-ВЭИ после предварительного наркоза закисью азота с кислородом в стадии поверхностной аналгезии. Напряжение электрического импульса колебалось от 2800 вольт до 7000 вольт, обычно было достаточно 4500 вольт.

Из-за крайне тяжелого состояния, требующего немедленно вмешательства, в 13 случаях дефибрилляция была произведена непосредственно в квартире больного. Часть больных транспортировалась в ближайшие терапевтические стационары, где в приемном покое проводилось электроимпульсное восстановление синусового ритма (9 наблюдений).

В ряде случаев специализированной бригадой скорой помощи дефибрилляция аритмии производилась у больных непосредственно в палатах по вызову дежурных врачей различных стационаров города.

Непосредственный благоприятный эффект отмечался у 38 больных. Синусовый ритм не удалось восстановить у 2 больных. Эти больные страдали инфарктом миокарда и погибли. У одного из них на электрокардиограмме зарегистрированы признаки умирания сердца.

Электроимпульсная дефибрилляция может широко использоваться в практике специализированных кардиологических бригад скорой помощи для нормализации ритма у больных с пароксизмальной аритмией, особенно при затяж-

ных приступах и состояниях, грозящих развитием коллапса, отека легких или асистолии.

Дефибрилляция, проводимая кардиологической бригадой скорой помощи, может также использоваться для лечения фармакорезистентных тахикардий в условиях стационара по показаниям, определяемым врачебным персоналом больницы.

● ШОК ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА

П. Е. ЛУКОМСКИЙ и Н. А. ГРАЦИАНСКИЙ
(Москва)

В докладе дается обобщение современных представлений о патогенезе шока при инфаркте миокарда и некоторых новых направлений патогенетической терапии. Рассматриваются не только нарушения центральной гемодинамики, но и расстройства микроциркуляции и перфузии тканей.

Освещаются принципы патогенетической терапии шока, направленные на устранение указанных расстройств. Подчеркивается значение мероприятий, направленных на улучшение не только сократительности миокарда, но и перфузии органов и тканей. С этой точки зрения анализируются некоторые новые направления в лечении больных инфарктом миокарда в состоянии шока.

● РЕАНИМАЦИОННЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ ИНФАРКТНОЙ СМЕРТИ

В. С. СЕРГИЕВСКИЙ, Л. А. ЦОИ
(Алма-Ата)

Успехи современной реаниматологии при инфаркте миокарда, особенно с исходом в фибрилляцию, в настоящее время более чем очевидны. Тем не менее многие вопросы еще требуют экспериментального изучения. До сих пор в литературе име-