

Применяя обычные меры оживления, мы оживили 37 больных, из которых 11 умерли повторно, а 26 были выписаны из стационара. 13 из выписанных умерли через 2 месяца — 2 года (в среднем через 12 месяцев), а 9 были живыми во время последней проверки, т. е. через 2—4,5 года после выписки из стационара. В среднем они прожили 37 месяцев после клинической смерти. Среди еще живых больных 4 болеют ревматизмом, 5 — атеросклерозом (4 из них перенесли инфаркт миокарда). Судьба остальных 4 больных неизвестна.

Отдаленные результаты реанимации кардиологических больных лишней раз указывают на целесообразность их оживления.

● **РЕАНИМАЦИОННЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ В МОМЕНТ ВЫПОЛНЕНИЯ КАРДИОХИРУРГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ У ДЕТЕЙ ДО 16 ЛЕТНЕГО ВОЗРАСТА**

В. С. СЕРГИЕВСКИЙ, В. А. УЗИКОВ, А. Т. ТАШПУЛАТОВ
(Алма-Ата)

За последние 2,5 года в нашем отделении было выполнено 365 разнообразных операций при пороках сердца у детей до 16 летнего возраста. В момент проведения операций остановка сердца или фибрилляция желудочков наблюдалась у 30 больных, что составило 8,2%.

Анализ кардиохирургических вмешательств показывает, что наиболее часто это осложнение развивается при операциях на открытом сердце: так 22 случая остановки сердца приходится на 168 операций, выполненных на открытом сердце в условиях умеренной гипотермии или искусственного кровообращения, тогда как на 197 операций, при которых проводилась обычная закрытая коррекция порока наблюдалось всего лишь 4 остановки сердца.

При операциях на открытом сердце наибольшее количество этих грозных осложнений приходится на период коррекции по-

рока (11) и на период включения сердца в кровообращение (9); остальные случаи приходится на дальнейшие различные этапы оперативного вмешательства.

Анализируя различные формы врожденных пороков сердца (ДМЖП, ДМПП, триады и тетрады Фалло, легочные и аортальные стенозы), следует отметить, что наиболее часто наблюдаются при коррекции аортального стеноза и тетрады Фалло. В основном на частоту развития этих осложнений влияет не форма порока, а степень коррекции. На нашем материале неправильная или неполноценная коррекция в 5 случаях закончилась остановкой сердца.

Воздушная эмболия коронарных сосудов причиной остановки явилась в 4 случаях, а длительное двойное выключение сердца из кровообращения — в 6. Из 30 случаев остановки сердца в 12 была зафиксирована фибрилляция желудочков, а в 18 — асистолия. У 12 больных эти осложнения развивались внезапно, без каких-либо предвестников, а у некоторых больных этому предшествовали брадикардия (13), мерцательная аритмия с пароксизмальной тахикардией (3), гипотония (2). Брадикардия как правило предшествовала асистолии. Время остановки сердца в 16 случаях до 3 минут, а остальных — от 4 до 90 минут. Чем раньше удавалось ликвидировать указанное осложнение, тем полнее и надежнее было восстановление гемодинамики.

В борьбе с терминальными состояниями в момент кардиохирургических операций мы применяли обычные мероприятия: массаж дефибрилляцию и весь комплекс медикаментозных средств.

Непосредственно удалось добиться восстановления сердечной деятельности у 24 больных из 30. У 6 больных, в основном с некоррегированными пороками сердца, восстановить сердечную деятельность не удалось.

Из 24 больных, выведенных из терминального состояния в момент операции, 9 погибли в различные сроки после операции (до 30 дней) в основном от сердечно-сосудистой недостаточности, 15 больных было выписано практически с полным

выздоровлением и при тщательном клиническом обследовании после операции каких-либо существенных нарушений у них не было отмечено.

Наш опыт, как и опыт других хирургов, показывает, что при правильной коррекции порока в подавляющем большинстве случаев удается успешно справиться как с остановкой сердца, так и с фибрилляцией желудочков общепринятыми методами.

● НЕКОТОРЫЕ МОМЕНТЫ ЛЕЧЕНИЯ ОТЕКА ЛЕГКИХ

С. ТАФТЕНЕ, И. БАКШИС, А. СМАЙЛИС, Г. КАНАПОРИС

(Каунас)

За 1966—1967 гг. в реанимационном центре находились на лечении 20 больных с отеком легких. Причины, вызвавшие отек, были следующие: митральный порок—4 больных, коронарная болезнь—4, заболевания ЦНС—2, сердечная недостаточность—4, заболевания легких—3, другие заболевания—3 больных. Большинство больных были старше 40 лет, из них старше 60 лет—9. Отек легких в возрасте до 20 лет наблюдался лишь у 1 больного. Мужчин было 11, женщин—9.

Клиника отека легких у всех больных была характерной. У 7 больных приступы отека легких повторялись многократно. Отек начинался внезапно, сопровождался одышкой, кашлем с пенистой кровянистой мокротой (у 9 больных), цианозом. Пульс учащался, кровяное давление повышалось, а при одновременном развитии кардиогенного шока—снижалось. В легких выслушивались влажные хрипы разных калибров. Температура тела повышалась или оставалась в норме. При исследовании крови изменения уровня Нв, электролитов и количества белков не всегда были характерны. При рентгенологическом исследовании легких через некоторое время после отека наблюдались картина стаза, легочной гипертензии, деформация гиллюсов. При инфаркте миокарда приступ отека