

● **ОСНОВНЫЕ ЗАДАЧИ В ОРГАНИЗАЦИИ РЕАНИМАЦИИ
БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА**

З. И. ЯНУШКЕВИЧУС, И. Н. БЛУЖАС
(Каунас)

Реанимация больных инфарктом миокарда (ИМ) является одной из важнейших проблем в комплексном лечении этого заболевания. Однако до настоящего времени нет единого мнения относительно первостепенности задач и очередности их выполнения при реанимационной помощи больных ИМ. На основании нашего опыта эти задачи можно сформулировать следующим образом:

1. Предупреждение возникновения клинической смерти.
2. Организация и осуществление усиленного кардиологического наблюдения за больными ИМ.
3. Неотложная реанимация в условиях скорой помощи.
4. Лечение кардиогенного шока.

Предупредить клиническую смерть можно при помощи своевременной усиленной и целенаправленной терапии. Применение своевременных мер, предупреждающих возникновение клинической смерти, приобретает особую важность при лечении больных ИМ на дому, где отсутствует возможность постоянного наблюдения и срочного оказания реанимационной помощи. В комплекс профилактических мероприятий входят ранняя госпитализация, которая, к сожалению, поставлена еще на недостаточном уровне. Так, с 1960 по 1967 гг. из 322 больных ИМ позднее чем через 24 часа было госпитализировано около половины больных, а через 6 часов с момента заболевания — только 34,2%. Хорошо известно, что поздняя госпитализация ухудшает результаты лечения кардиогенного шока, исключает возможность воздействия на процессы тромбообразования в венечных артериях сердца.

Усиленный кардиологический контроль за больными ИМ позволяет своевременно диагностировать расстройства сердечного ритма, чаще всего мерцание желудочков, которые неред-

ко возникают в острой стадии ИМ. Немедленное устранение возникших расстройств сердечного ритма уменьшает опасность возникновения клинической смерти. Усиленный кардиологический контроль требует организации палат интенсивного наблюдения за тяжело больными, особенно с расстройствами ритма, а также реанимационных палат или отделений во всех лечебных учреждениях.

Оказание немедленной помощи больным ИМ может быть осуществлено только тогда, когда врачи скорой помощи и стационаров будут знакомы с реанимационными мероприятиями. При возникновении клинической смерти в первую очередь необходимо обеспечить вентилляцию легких — искусственное дыхание, циркуляцию — наружный массаж сердца и устранить ацидоз, улучшить энергетический баланс миокарда, прекратить аритмии или устранить асистолию сердца. Успех реанимации зависит от продолжительности клинической смерти, быстроты и четкости проведения реанимации, наличия соответствующей аппаратуры, в первую очередь дефибриллятора. Так, из 39 реанимированных нами больных эффект получен только у тех, помощь которым была оказана в первые 3 минуты клинической смерти (из 29 оживлено 14, из которых 8 выписано из стационара). В более поздние сроки результаты реанимации гораздо хуже, а по истечении 5 минут нам не удалось оживить ни одного больного. Результаты реанимации зависят не только от быстроты ее проведения, но и от правильного выбора средств и методов интенсивного лечения. Особенно это касается осуществления немедленной дефибрилляции. При некоторых ситуациях не всегда имеется возможность установить вид нарушения ритма сердца, поэтому иногда дефибрилляцию необходимо проводить вслепую, что обеспечивает не только выигрыш во времени, но и приносит определенную пользу в случае мерцания желудочков, которое, как известно, является наиболее частой причиной смерти. Из 17 случаев клинической смерти в результате мерцания желудочков нами было оживлено 5 (5 выписано из стационара).

Лечение кардиогенного шока, который, как правило, является причиной асистолии, должно сочетаться с ранней госпитализацией и дифференцированным применением лекарственных средств в зависимости от стадии шока.

Мы глубоко уверены в том, что четко отработанная схема и своевременное проведение реанимационных мероприятий является реальным залогом успеха в борьбе с клинической смертью не только при инфаркте миокарда, но и во всех других случаях клинической смерти, подлежащих реанимации.

● **ОПЫТ БОРЬБЫ С КЛИНИЧЕСКОЙ СМЕРТЬЮ В КЛИНИКАХ ГОСПИТАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ, ГОСПИТАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ И ОБЩЕЙ ХИРУРГИИ ВИЛЬНЮССКОГО ГОСУНИВЕРСИТЕТА**

*Л. З. ЛАУЦЕВИЧУС, А. М. МАРЦИНКЕВИЧУС, П. И. НОРКУНАС,
Р. З. КОПОСОВАС, Л. Ш. ЗЕЛЬДИНАС, А. И. ВИДУГИРИС,
Г. И. МАРТИНКЕНАС, Д. Р. ПАВИЛОНЕНЕ, С. А. СУТКЕНЕ,
Д. А. УДРЕНАЙТЕ*

(Вильнюс)

Объем и успешность реанимационной помощи стали репрезентативным показателем работы любой клиники. Четыре условия определяют в равной степени исход реанимации: 1) развитие науки в этой области, 2) теоретическая подготовка и практические навыки персонала, 3) организация работы, 4) оснащенность. В ходе 5-летней реанимационной деятельности наши клиники систематически осваивали и улучшали каждое из условий, влияющих на исход реанимации.

Советская реаниматология, развитая школой В. А. Неговского и дополненная клиническими школами А. Н. Бакулева, Б. А. Королева, Б. В. Петровского, В. П. Радушкевича, З. И. Янушкевичуса и др., достигла высокого совершенства. Кроме непрямого и прямого массажа сердца, искусственной вентиляции легких, электроимпульсной терапии, электрической стимуляции сердца, на вооружение своих клиник мы приняли глубокую гипотермию в ходе реанимации, дробное нагнетание