

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

крови в левый желудочек, электрическую стимуляцию сердца при помощи зонда, введенного в правый желудочек сердца. Мы с успехом начали применять индерал для устранения некоторых нарушений сердечного ритма, предшествующих мерцанию желудочков, а также стремились коррегировать кислотно-щелочное равновесие и водно-электролитный баланс. С применением мочевины и кортикостероидов стала эффективнее борьба с отеком мозга.

Опыт показал, что оптимальная организация борьбы с клинической смертью возможна, если врачи и отчасти средней медицинской персонал владеют всеми способами и средствами реанимации в каждом отделении, независимо от профиля последнего.

Основой нашей реанимационной деятельности для борьбы с клинической смертью являются применение маневренных колясок, оснащенных электроимпульсным дефибриллятором, электрокардиостимулятором, электрокардиографом, принадлежностями для интубации и искусственной вентиляции легких, аспиратором, стерильными шприцами и системой для внутриартериальных и внутривенных вливаний, и также набором медикаментов. В каждой из наших клиник имеются реанимационные секторы для лечения больных, находящихся в тяжелом и предагональном состоянии, а также больных после оживления.

С 1962 по 1967 гг. в наших клиниках произведено 146 реанимаций в случаях клинической смерти (см. таблицу).

В 96 (65,7%) случаях реанимации были успешными. Из стационара выписано 35 (23,9%) больных, оживленных после клинической смерти. По данным А. И. Смайлеса (1965) из 259 случаев клинической смерти оживление достигнуто в 25,0%, и только клиники хирургического профиля (И. Кудас, И. Бесняк, 1964; А. И. Бакулев с соавт., 1960; В. И. Маслов, 1961) сообщают об успешном оживлении более чем в 50% случаев клинической смерти. По данным многих авторов процент выписавшихся из стационара реанимированных боль-

Таблица 1

Причина клинической смерти	Количество реанимаций	Количество оживлений	Количество выписанных из стационара
Острый инфаркт миокарда	42 (28,7%)	18 (42,8%)	7 (16,6%)
Атеросклеротический кардиосклероз с острым нарушением ритма сердца	7 (4,8%)	5 (71,4%)	3 (42,8%)
Острое нарушение мозгового кровообращения	23 (15,7%)	21 (91,3%)	6 (26,1%)
Эмболия легочной артерии	15 (10,2%)	12 (80,0%)	3 (20,0%)
Острая легочно-сердечная недостаточность	6 (4,1%)	3 (50,0%)	0
Приобретенные пороки сердца	11 (7,5%)	5 (45,4%)	3 (27,3%)
Врожденные пороки сердца (неоперированные)	4 (2,7%)	2 (50,0%)	1 (25,0%)
Врожденные пороки сердца (оперированные)	9 (6,2%)	5 (55,5%)	2 (22,2%)
Отравления	6 (4,1%)	6 (100%)	6 (100%)
Черепно-мозговые травмы	8 (5,4%)	7 (87,5%)	0
Опухоли головного мозга	4 (2,7%)	4 (100%)	0
Наркоз	6 (4,1%)	5 (83,3%)	4 (66,6%)
Прочие	5 (3,4%)	3 (70,0%)	0
Всего	146 (100%)	96 (65,7%)	35 (23,9%)

ных составляет от 20 до 30% всех случаев клинических смертей.

«Пробным камнем» реанимации является клиническая смерть при инфаркте миокарда. В наших клиниках произведена реанимация 42 больных инфарктом миокарда. Оживление достигнуто в 18 (42,8%) случаях. По данным других авторов оживление достигается в 20—40% случаев клинической смерти при инфаркте миокарда и только некоторые авторы (Robinson J. S. a. al., 1965; Klossen G. A. a. al., 1963; Jude J. R, a. al. 1961) сообщают об эффективности, превышающей 40%. По данным Д. Б. Зильбермана с соавт. (1966), Л. Калашайти-

те с соавт. (1965), J. R. Jude (1961), К. Н. Shipman (1962), G. A. Klossen (1963), из стационара выписывается 13—16% больных, перенесших клиническую смерть от инфаркта миокарда, и только отдельные авторы (И. Н. Блужас, 1967;) сообщают о выписке 21—23% больных, перенесших клиническую смерть. Из наших клиник выписалось 16,6% больных, перенесших клиническую смерть при инфаркте миокарда.

Статистический анализ собственных и литературных данных показал, что гипотеза — «за 1959—1968 гг. из стационаров ежегодно выписывается тот же процент реанимированных больных от общего числа клинических смертей» не опровергается. Это показывает, что после введения в клиническую практику массажа сердца, искусственного дыхания «рот в рот», электроимпульсной терапии, электрокардиостимуляции в настоящее время не появилось более усовершенствованных методик оживления. Окажется ли это пределом возможностей практической реаниматологии или откроются новые перспективы — выяснится в ходе дальнейших наблюдений.

● ВНЕЗАПНАЯ СМЕРТЬ ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА

*И. Е. ГАНЕЛИНА, В. Н. БРИККЕР, Е. И. ВОЛЬПЕРТ,
В. А. НАГОРНЕВ*
(Ленинград)

Опыт трехлетнего наблюдения за больными острым инфарктом миокарда в палате интенсивного наблюдения (Intensive coronary care unite) дает основание прийти к выводу, что внезапная смерть при инфаркте миокарда связана с двумя механизмами: разрывом сердца и фибрилляцией желудочков. Внезапная смерть от фибрилляции желудочков и разрыва сердца угрожает 10% больных острым инфарктом миокарда (около 5% фибрилляций желудочков).

Экспериментальные исследования авторов и клинико-анатомическое сопоставление дают возможность высказать пред-