

ных была достоверно повышена как при I, так и при II ст. активности ревматического процесса.

Следовательно, при первичном и возвратном ревмокардите и ревматических пороках сердца без нарушения кровообращения активность фибриназы независимо от степени активности ревматизма находится в пределах нормы. У больных с ревматическими поражениями сердца и нарушением кровообращения установлена обратная зависимость активности фибриназы от степени нарушения кровообращения: чем значительнее нарушение кровообращения, тем ниже показатели активности фибриназы. Содержание фибриногена у больных первичным и возвратным ревмокардитом при I степени активности процесса остается в пределах нормы либо проявляет тенденцию к повышению, а при II степени активности достоверно повышено.

У больных первичным и возвратным ревмокардитом при I и II степени активности процесса независимо от степени нарушения кровообращения регистрируется положительная реакция на криофибриноген. Тромботест при первичном ревмокардите и I степени активности процесса не выходит за пределы нормы; при II степени активности он повышен.

УДК 615.841:616—089.28:612.171.3

Канд. мед. наук И. П. Арлеевский (Казань). Электрическая дефибрилляция у больного с шариковым протезом митрального клапана

Сообщения об электроимпульсном устранении мерцательной аритмии у лиц с протезами клапанов сердца редки. Приводим наше наблюдение.

У. С., 1922 г. рождения, в 1962 г. во время профосмотра был обнаружен порок сердца. В связи с бесперспективностью консервативной терапии больной был направлен на хирургическое вмешательство с диагнозом: латентно текущий ревматический эндомиокардит, комбинированный митральный порок с преобладанием недостаточности митрального клапана, мерцательная аритмия, НПА - 18/IV 1973 г. в институте сердечно-сосудистой хирургии им. А. Н. Бакулева произведено протезирование митрального клапана шариковым протезом.

Несмотря на блестящий эффект операции, компенсация была неполной: сохранялась тахикардия (90—100 в 1 мин.), рентгенологические признаки застоя в легких. Скорость кровотока на участке «легкое — ухо» составляла 10 сек. (до операции — 12—14 сек.). 13/VII произведена электрическая дефибрилляция. Восстановление синусового ритма еще более улучшило состояние больного: прошло сердцебиение, число сердечных сокращений уменьшилось до 80—86 в мин., скорость кровотока в малом круге достигла 7 сек.

Приведенное наблюдение позволяет сделать вывод, что наличие шарикового протеза не является противопоказанием к электрической дефибрилляции. Кроме того, даже на фоне успешной хирургической коррекции клапанного порока восстановление физиологического ритма весьма отчетливо сказывается на аккомодационной способности сердца.

УДК 614.351.77

Канд. мед. наук Э. Х. Закиров, И. М. Шафигуллин, Г. Ф. Хузина (Альметьевск). К вопросу организации реанимационной службы

В ноябре 1972 г. в медсанчасти «Альметьевнефти» было организовано реанимационно-анестезиологическое отделение общего профиля на 6 коек (общее количество соматических коек составляет 380), которое предназначалось для лечения больных с терминальными состояниями, вызванными самыми разнообразными причинами: тяжелым шоком, кровопотерей, поражением головного мозга, травмой грудной клетки, отравлениями, острой дыхательной и сердечной недостаточностью различной этиологии. Кроме того, в отделение помещались больные после тяжелых и травматичных операций на органах грудной и брюшной полости, произведенных под общим обезболиванием.

В штате реанимационно-анестезиологического отделения — 2,5 врачебные единицы (анестезиологи-реаниматологи), 2 сестры-анестезистки, 5 палатных медицинских сестер, старшая сестра, 4 санитарки. Отделение располагается в хирургическом корпусе на первом этаже рядом с приемным покоем и рентгеновским кабинетом (см. рис.).

Из приведенной схемы видно, что реанимационно-анестезиологическое отделение представляет собой единый изолированный блок с хорошими путями доставки тяжелых больных. Общая площадь в палатах реанимации (2, 3, 4) составляет 120 м², реанимационного зала (7) — 32 м², биохимической лаборатории (1) — 24 м², материальной (8, 9) — 30 м². Отделение оснащено диагностической и лечебной аппаратурой: 4 дыхательными аппаратами типа РО-5 и ДП-8, 6 наркозными аппаратами, мингографом-81, механокардиографом, АЗИВ-1, оксиганализатором ММГ-7, оксигемометром 0,57 М,