

ский В. А. Непрямой массаж сердца и экспираторное искусственное дыхание. М., 1966. — Carroll S., Ahuja S., Manning C., Am. J. Cardiol., 1965, v. 16, p. 813. — Day H., Ibid., 1968, v. 21, p. 252. — Kouwenhoven W. B., Jude R., Knickerbocker G. G., J. A. M. A., 1960, v. 173, p. 1064. — Laborit H., Huguenard P., Schweiz. med. Wschr., 1956, Bd 86, S. 73. — Lown B., Amarasingham R., Neuman J., J. A. M. A., 1962, v. 182, p. 548. — McMillan R., Brown K. et al. Am. J. Cardiol., 1967, v. 20, p. 451. — Nachles M., Miller D., Am. Heart J., 1965, v. 69, p. 448. — Panasiuk F., Abramowitz A., Kardiol. pol., 1964, т. 7, с. 108. — Stämle E. J., Ann. intern. Med., 1965, v. 63, p. 613.

Поступила 17/II 1969 г.

SUDDEN DEATH IN ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION AND PROBLEMS OF REANIMATION

I. E. Ganelina

Summary

The paper contains the results of observations over more than 1000 patients with acute macrofocal myocardial infarction, who went through a specialized department with a ward of intensive observation. Sudden death was observed in 10–12 per cent of all cases. Ventricular fibrillation and rupture of the myocardium were the principal cases of sudden death in acute myocardial infarction. In properly conducted measures reanimation proves to be successful in many cases of sudden death associated with ventricular fibrillation. The effectiveness of reanimation depends upon the experience of the medical personnel. At the present time there exists no reliable prophylaxis of sudden death due to ventricular fibrillation. Patients with acute infarction should be urgently admitted to hospitals which have wards of intensive observation. The remote prognosis in reanimated patients does not differ from that in patients who have sustained macrofocal myocardial infarction.

УДК 616.12-008.313/315-036.882-085.842

ПРИМЕНЕНИЕ ДЕФИБРИЛЛЯТОРА ПОСЛЕ ДЛИТЕЛЬНОГО ПРЯМОГО МАССАЖА СЕРДЦА

С. Х. Бязров, Н. К. Дзобаев

Отделение торакальной хирургии (зав. С. Х. Бязров)
Республиканской туберкулезной больницы Северо-Осетинской АССР,
г. Орджоникидзе

За последнее время значительно возрос интерес к электростимуляции сердца. Внедрение в медицинскую практику массажа сердца, электрической дефибрилляции и других средств реанимации создает условия для успешного восстановления основных жизненных функций организма.

Фибрилляция, или мерцание желудочков, является тяжелым, но обратимым в ряде случаев осложнением, требующим неотложных и энергичных мер. Если фибрилляция желудочков не устраняется консервативными мерами, применяют электрический разряд через сердце с помощью дефибриллятора.

Приводим наше наблюдение.

Больной М., 18 лет, поступил 9/VII 1968 г. в удовлетворительном состоянии с диагнозом цирроза левого легкого, осложненного частыми кровотечениями. С детства часто болеет бронхитами и воспалением легких. Лечился несистематически в амбулаторных условиях.

В отделении после клинко-рентгенологического обследования (обзорные снимки, томограммы, бронхоскопия, бронхография и т. д.) диагностирован цирроз левого легкого, осложненный бронхоэктатической болезнью и частыми кровотечениями. Проведена обычная предоперационная подготовка. Анализы крови, мочи, пробы Квика — Пытеля, Зимницкого, уровень остаточного азота и сахара в крови без отклонений от нормы. Спирометрия 3000 см³, дыхательные паузы 40/28 сек. ЭКГ: обменно-биохимические изменения.

5/IX под интратрахеальным наркозом (закись азота и эфир) и управляемым дыханием произведена торакотомия. Плевральная полость облитерирована мощными сращениями, легочная ткань тесно спаяна с перикардом, диафрагмой. В ходе выделения легкого наступила аритмия. Артериальное давление упало до низких цифр, пульс на периферических

артериях не определялся. Через 5 мин. наступила фибрилляция желудочков. Начаты открытый массаж сердца, внутриартериальное нагнетание 200 мл одногруппной крови, внутривенно введен 1 мл норадреналина, 20 мл 40% раствора глюкозы с витаминами, 0,5 мл 0,05% раствора строфантила и 1 мл мезатона.

Деятельность сердца не восстанавливается, фибрилляция желудочков сохраняется. Открытый массаж сердца продолжался 50 мин. Эффекта не было. На 51-й минуте применен дефибриллятор. Через сердце дан электрический разряд 4000 в продолжительностью 0,01 сек. После дефибрилляции появились единичные слабые сокращения сердца. Прямой массаж продолжен до полного восстановления деятельности сердца (еще 15 мин.). Операция закончена торакотомией. Рана грудной клетки ушита послойно. Спонтанное дыхание восстановилось, экстубация на столе. Артериальное давление 100/70 мм, пульс 90 в минуту, ритм не нарушен. В последующем признаков нарушения деятельности мозга не отмечено. На ЭКГ — нормограмма. Послеоперационный период протекал гладко. Больной выписан на лечение в санаторий в удовлетворительном состоянии.

Длительный прямой массаж сердца с одновременным внутриартериальным нагнетанием крови обеспечил необходимое минимальное кровообращение в жизненно важных органах на протяжении 50 мин., а применение электрической дефибрилляции, способствовало восстановлению правильного ритма и выздоровлению больного.

Поступила 1/IV 1969 г.

УДК 616.131-008.331.1+616.141-008.341.1]-085.225.2

СОСУДОРАСШИРЯЮЩИЕ СРЕДСТВА В ЛЕЧЕНИИ ГИПЕРТОНИИ МАЛОГО КРУГА КРОВООБРАЩЕНИЯ

Доктор медицинских наук *Р. М. Заславская*

Центральная больница Министерства здравоохранения РСФСР, Москва

Синдром гипертонии малого круга кровообращения развивается при многих заболеваниях сердечно-сосудистой и легочной систем. К ним относятся всевозможные хронические заболевания легких, спонтанный пневмоторакс, сливные пневмонии, бронхиальная астма, пороки сердца, гипертоническая болезнь, тромбоз эмболия легочной артерии, первичная легочная гипертензия, васкулиты сосудов легких различной этиологии, карциноматоз легких и др. Гипертония малого круга является ведущим патогенетическим звеном в развитии легочного сердца и отека легких. Механизмы ее возникновения при указанных заболеваниях совершенно различны. Однако их объединяет ведущий патогенетический фактор — вазоконстрикция сосудов легких.

Наряду с радикальным лечением, ведущим к устранению основной причины развития гипертонии малого круга (например, хирургическая коррекция пороков сердца, лечение легочных заболеваний тромбоземболических осложнений и т. д.), важную роль играет и симптоматическая терапия.

Можно рекомендовать следующие принципы фармакотерапии гипертонии малого круга кровообращения.

В лечении легочной артериальной гипертонии большое место должны занимать миотропные средства, оказывающие выраженное закономерное сосудорасширяющее действие в отношении сосудов легких. Среди этих веществ следует выделить папаверин, эуфиллин, нитроглицерин, хлорацезин.

Наибольший сосудорасширяющий эффект дает папаверин (Е. А. Мухин; Р. М. Заславская; Aviado). Тонус сосудов легких под влиянием этого препарата в экспериментальных условиях снижается на $64 \pm 9\%$ исходного уровня; серотониновый и гистаминовый спазм легочных сосудов уменьшается соответственно на 54 ± 10 и $49 \pm 15\%$. Сосудорасширяющий эффект папаверина длится около 2 часов. У больных с острым и хроническим легочным сердцем под влиянием папаверина, введенного внутривенно в виде 2% раствора в дозе 2 мл, через 15—20 мин. уменьшаются признаки перегрузки