

Пневмотахометрия позволяет оценивать действие лекарственных веществ, а также функциональный компонент в клинике больных.

У больных с тяжелой легочной недостаточностью лечение чистым кислородом и противоаллергическими препаратами приводит к уменьшению МОД (в результате снижения возбудимости дыхательного центра) и повышению содержания CO_2 в артериальной крови. Поэтому при лечении больных с легочно-сердечной недостаточностью обязательно следует определять содержание CO_2 в артериальной крови и альвеолярном воздухе, многократно назначать средства, возбуждающие дыхательный центр. Мы наблюдали больных, pCO_2 в артериальной крови у которых достигало 70—100 мм рт. ст., CO_2 в альвеолярном воздухе нарастала до 8—12%, которые в момент исследования внешнего дыхания при дыхании чистым кислородом даже засыпали.

ВЫВОДЫ: 1. Прогрессирование как сердечной, так и легочной недостаточности вызывают однотипные изменения МОД, МВЛ, ЖЕЛ, мощности выдоха, $\text{ДЛ}_{\text{со}}$, поэтому эти показатели внешнего дыхания не могут помочь в дифференциальной диагностике сердечной астмы от бронхиальной.

2. У больных ХНЗЛ, в частности, бронхиальной астмой, наблюдается более выраженное нарушение равномерности альвеолярной вентиляции, увеличение ОО легких и снижение насыщения артериальной крови кислородом, чем при заболеваниях сердца с недостаточностью кровообращения.

3. У больных с сердечной астмой замедляется кровоток в легких, появляются реографические признаки венозного полнокровия, которые отсутствуют при бронхиальной астме.

4. При лечении больных с острым нарастанием легочной недостаточности следует учитывать данные пневмотахометрии, капнографии и газов крови.

К ВОПРОСУ ОБ ЭЛЕКТРОИМПУЛЬСНОЙ ТЕРАПИИ НАРУШЕНИЙ СЕРДЕЧНОГО РИТМА ПО НЕОТЛОЖНЫМ ПОКАЗАНИЯМ

Арлеевский И. П., Г. С. Войцехович, Ю. Н. Яшин

Электрическая дефибрилляция, основательно «потеснив» традиционные методы противоаритмической терапии, стала в настоящее время ведущим способом устранения некоторых форм патологии сердечного ритма.

В нашей клинике электроимпульсная терапия (ЭИТ) по неотложным показаниям была проведена 56 больным в возрасте от 17 до 79 лет.

Во всех случаях электрическую дефибрилляцию проводили без обычной подготовки. Использовали различные виды наркоза: тиобарбитураты (тиопентал, гексенал) — 40 раз, закись азота — 12, эпентол (сомбревин) — 5. Наркоз не требовался, естественно, при фибрилляции желудочков.

Распределение больных в зависимости от формы нарушения сердечного ритма и результаты терапии приведены в таблице 1.

Таблица 1

Распределение больных в зависимости от формы нарушения сердечного ритма; результаты терапии

Форма нарушения сердечного ритма	Число		Аритмия	
	больных	эпизодов аритмии	ликвидирована	не ликвидирована
Фибрилляция первичная	11		6	5
желудков вторичная	5		1	4
Пароксизмальная тахикардия	12	17	14	3
Наджелудочковая	8	12	10	2
Желудочковая	4	5	4	1
Трепетание предсердий с ритмичным сокращением желудочков 2:1	22	33	31	2
Мерцательная аритмия	6	7	5	2
Всего	56	57*	57	16

* Без фибрилляции желудочков.

Эти данные подтверждают высокую эффективность ЭИТ при трепетании предсердий подавали не более 3—4 разрядов на-тахикардии.

Для устранения пароксизмальной тахикардии, мерцания и трепетания и мерцания предсердий, а также пароксизмальной пряжением в 4—6 кв. Если аритмия рецидивировала тотчас вслед за восстановлением синусового ритма, следующий импульс посылали после внутривенного, либо (при низком артериальном давлении) внутримышечного введения 5—10 мл 10%

раствора новокаинамида. В тех случаях, когда 3—4 импульса не ликвидируют указанные формы аритмии, не имеет смысла продолжать процедуру. Подобным больным, также как и тем, у которых аритмия упорно возвращалась (всего 7 человек), назначали большие дозы сердечных гликозидов, либо такие препараты, как хинин, хинидин, обзидан и др. У 5 из них в течение 1—3 дней восстановился синусовый ритм, у 2 пациентов — редкая форма мерцательной аритмии. Из 5 человек у 3 аритмия (фибрилляция предсердий, трепетание предсердий, суправентрикулярная пароксизмальная тахикардия) прошла на фоне насыщенной терапии кардиоактивными гликозидами (строфантин, дигоксин), которая однако до ЭИТ не дала того эффекта. Возможно, что электрический импульс, повышая проницаемость клеточных мембран, меняет чувствительность организма к этой группе препаратов.

Электрическая дефибрилляция оказалась достаточно эффективной и при первичной фибрилляции желудочков (у 5 больных из 11). В некоторых случаях для ее ликвидации требовалось несколько разрядов (до 10). При вторичной фибрилляции только у 1 пациента из 5 удалось прекратить аритмию, однако больной умер на следующий день от необратимой фибрилляции желудочков.

Интересен анализ 16 случаев неэффективной терапии. У одной больной пароксизмальная тахикардия была ретроспективно расценена как так называемая «синусовая», при которой ЭИТ не может дать эффекта. У 4 пациентов с инфарктом миокарда фибрилляция желудочков завершила либо ареактивный кардиогенный шок, либо тотальную недостаточность кровообращения. Это была так называемая вторичная фибрилляция, при которой реанимация вообще и дефибрилляция, как компонент реанимации, в частности, у абсолютного большинства больных эффекта не дает.

Еще 6 пациентов страдали инфарктом миокарда (5 находились в остром периоде болезни). Нарушение ритма (3 — фибрилляция желудочков, 1 — вентрикулярная и 1 — узловатая тахисистолия) развилось у них либо на фоне, либо непосредственно после, либо во время введения сердечных гликозидов, и, возможно, связано с их применением. Эти же препараты получали 2 пациента с мерцанием и трепетанием предсердий. Известно, что сердечные гликозиды создают чрезвычайно неблагоприятный фон для ЭИТ.

После эффективной ЭИТ состояние больных быстро улучшалось, исчезала или резко уменьшалась одышка, цианоз, артериальная гипотония и другие признаки недостаточности сердца.