

НЕКОТОРЫЕ ВОПРОСЫ ПРИМЕНЕНИЯ ЭЛЕКТРОИМПУЛЬСНОЙ ТЕРАПИИ
В УСЛОВИЯХ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Канд. мед. наук В. Я. Табак

Лаборатория экспериментальной физиологии по оживлению
организма АМН СССР /рук. - член-корр. АМН СССР
В. А. Неговоцкий/ и Московская станция скорой медицин-
ской помощи /глав. врач - Заслуженный врач РСФСР
Л. Б. Шапиро/.

Одним из важных аспектов работы медицинского персонала скорой медицинской помощи является проведение комплекса терапевтических мероприятий, направленных на восстановление нарушенного ритма сердечной деятельности. В первую очередь это относится к больным с длительным некупирующимся приступом пароксизмальной тахикардии или пароксизмом мерцания предсердий, что, как известно, способствует нарушению гемодинамики и прогрессирующему развитию гипоксии.

В последние годы в медицинской практике широкое распространение получил метод электроимпульсной терапии, оказавшийся весьма эффективным и сравнительно безопасным способом нормализации ритма сердца. Начиная с 1963 года, указанный метод был успешно апробирован на Московской станции скорой медицинской помощи. Анализ полученного клинического материала позволил уточнить показания и противопоказания к проведению электроимпульсной терапии на догоспитальном этапе, а также наметить пути решения некоторых организационных вопросов.

Проведение электроимпульсной терапии мы считали показанным лишь у больных с тяжелыми нарушениями гемодинамики и дыхания, особенно у больных инфарктом миокарда или во время острого отека легких различной этиологии. Такая тактика была продиктована отсутствием эффекта от ранее применявшейся консервативной терапии, а также тем обстоятельством, что указанные больные не могли быть без значительного риска транспортированы в лечебное учреждение.

Взадействие на сердце мощного разряда конденсатора сопряжено с необходимостью проведения наркоза. Накопленный опыт позволяет полагать, что адекватным методом наркоза является ингаляция закисью азота с кислородом в соотношении 3:1 на фоне премедикации, включающей димедрол /10 мг/, промедол /10-20 мг/ и атропин /0,5 мг/. У ряда больных был применен барбитуровый наркоз /1% р-р гексенала или тиопентала-натрия в 40% р-ре глюкозы/. Мы не наблюдали сколь угодно серьезных наркозных осложнений, исключая кратковременного апноэ или чрезмерного возбуждения.

Результаты применения электроимпульсной терапии у больных на догоспитальном этапе показали исключительно высокую эффективность данного метода: при желудочковой тахисистолнии нормализация ритма наблюдалась у всех без исключения больных, при суправентрикулярных тахикардиях и мерцании предсердий - у 85% больных. Важно отметить, что в ряде случаев нормализация сердечного ритма способствовала немедленному прекращению острого отека легких, механизм развития которого был связан с резкой тахисистолнией или тахикардией.

Мы не считаем показанным проведение электроимпульсной терапии у больных, которых без риска можно транспортировать в специализированные отделения крупных многопрофильных больниц. Данное мероприятие не следует, видимо, проводить и без достаточного обеспечения дыхательной аппаратурой /ввиду возможных наркозных осложнений/ и электрокардиографическим контролем.

Полученные данные позволяют рекомендовать более широкое внедрение электроимпульсной терапии на догоспитальном этапе лечения