

меняли у больных с тяжелым гипоксическим отеком мозга, возникшим в результате неоднократных остановок сердца.

Из 5 больных один выписан из клиники в удовлетворительном состоянии, несмотря на то, что у него дважды происходила остановка сердца в результате обширного трансмурального поражения передней, задней и боковой стенок левого желудочка, а также межжелудочковой перегородки. У всех пациентов во время гипотермии восстановилось сознание, нормализовались показатели гемодинамики. Смерть у одного из них, по-видимому, наступила вследствие раннего прекращения лечебной гипотермии (через 12 часов). Двое больных после восстановления основных жизненных функций были согреты, переведены на самостоятельное дыхание и экстубированы. Однако через некоторое время после этого у них развилась гипертермическая реакция, которая, очевидно, и явилась основной причиной последующего ухудшения состояния и смерти.

Таким образом, своевременное применение вспомогательной перфузии и лечебной гипотермии весьма перспективно при лечении терминальных состояний у больных инфарктами миокарда.

РЕАНИМАЦИЯ ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА

Е. А. Чазов
(Москва)

Одним из важнейших достижений советской медицины является разработка методов лечения больных инфарктом миокарда. Успехи в лечении таких больных связаны не только с внедрением новых методов терапии, но и с созданием новых организационных форм. Специальная система скорой помощи, специализированные отделения в больницах, палаты интенсивного наблюдения, оснащенные мониторными системами, дефибрилляторами, электростимуляторами, играют важную роль в снижении летальности при инфаркте миокарда.

Использование палат интенсивного наблюдения для коронарных больных позволило снизить больничную летальность у этого контингента в среднем на $\frac{1}{3}$. В настоящее время в условиях специализированного отделения первичная фибрилляция желудочков практически не является непосредственной причиной смерти. Известно, что летальность при инфаркте миокарда обусловлена в основном осложнениями, возникающими в остром периоде инфаркта миокарда, — прежде всего шоком и нарушением ритма сердца. Именно эти осложнения чаще всего

ведут к фибрилляции желудочков и остановке сердца. Вместе с тем эффективность лечения этих осложнений зависит от того, как быстро в полном объеме применяются современные методы терапии. По нашему мнению, деятельность врача в остром периоде инфаркта миокарда должна быть направлена прежде всего на предупреждение возможных осложнений, на их лечение как основы профилактики фибрилляции желудочков и остановки сердца.

В предупреждении возможных осложнений при инфаркте миокарда и в их лечении важную роль играют достаточное обезболивание, широкое использование сердечных гликозидов, гормонов, антиаритмических средств, своевременное проведение электроимпульсной терапии и внутрисердечной электростимуляции.

Большое место в деятельности врача в остром периоде инфаркта миокарда занимают реанимационные мероприятия. Основные положения общей реаниматологии сохраняют свою силу и у больных, погибающих от острой коронарной недостаточности. Вместе с тем патофизиология терминальных состояний у коронарных больных имеет и ряд особенностей, обусловленных первичным тяжелым поражением сердца, которое и является причиной смерти. Сюда можно отнести резкое снижение сократительной способности миокарда, «электрическую нестабильность» сердца и т. п.

Кроме того, в случаях «коронарной» смерти миокард уже в исходном состоянии испытывает резкое кислородное голодание. Поэтому отрезок времени, в течение которого еще можно реально надеяться на восстановление сердечной деятельности, весьма мал.

Случаи успешной реанимации больных инфарктом миокарда, если она начата даже через 4 минуты после остановки сердца, чрезвычайно редки.

В настоящее время реанимационные мероприятия наиболее эффективны у тех больных, у которых непосредственной причиной смерти были нарушения ритма, в первую очередь фибрилляция желудочков. Значительно менее эффективна реанимация больных, умерших на фоне тяжелой недостаточности кровообращения — отека легких или кардиогенного шока. Здесь, по-видимому, надо идти в двух направлениях. Прежде всего необходимо самое интенсивное лечение на ранних этапах заболевания. Например, нелеченый кардиогенный шок уже через 1—2 часа становится практически инкурабельным. Другим перспективным путем нам представляется вспомогательное кровообращение. Следует подчеркнуть, что если на фоне продол-

жающихся самостоятельных сокращений сердца в терминальном периоде еще можно рассчитывать на успех таких методов, как различные варианты контрпульсации, то после остановки сердца следует применять вено-артериальное нагнетание с промежуточной оксигенацией венозной крови. Экспериментальные данные показывают, что последний метод особенно перспективен, если остановка сердца произошла на фоне отека легких или тромбоэмболии легочной артерии. Возможно, что вспомогательное кровообращение в будущем послужит лишь этапом, необходимым для осуществления таких радикальных вмешательств, как трансплантация или протезирование сердца.