

динамики оставались удовлетворительными. Эндоскопические манипуляции, продолжавшиеся от 10 до 25 минут, не мешали проведению ИВЛ и незначительно сказывались на параметрах вентиляции.

Вентиляция оказалась недостаточной при 7 бронхоскопиях. Эти наблюдения относятся преимущественно к начальному периоду освоения метода; проведенная модернизация и доработка метода существенно повысила его эффективность. Во всех случаях с осложнениями удалось справиться.

ОПЫТ РЕАНИМАЦИИ БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА В БЛОКЕ ИНТЕНСИВНОГО НАБЛЮДЕНИЯ (сочетание электрической дефибрилляции и коррекции метаболических нарушений)

А. П. Голиков, Н. В. Ершова, А. И. Бобков

г. Москва

Проведены наблюдения за 22 больными с первичной и 40 больными вторичной фибрилляцией желудочков. С целью восстановления синусового ритма применяли единичные или повторные разряды дефибриллятора с напряжением 5000—6500 вольт, продолжительностью 0,01 сек. В ряде случаев в сочетании с непрямой массажем сердца и на фоне применения медикаментов.

Электроимпульсная терапия была эффективной в подавляющем большинстве случаев и не дала эффекта при вторичной фибрилляции желудочков.

В группе больных с тяжелыми осложнениями течения инфаркта миокарда, такими как кардиогенный шок, отек легких, фибрилляции желудочков предшествовала политопная экстрасистолия на фоне синусовой тахикардии. При капнографии отмечено выраженное снижение выделения CO_2 в КЩБ — развитие метаболического ацидоза или метаболического алкалоза, высокое содержание $\text{H}^+\text{ОКС}$, с резким снижением PCST до 0, высокое содержание катехоламинов, преимущественно за счет адреналина, значительное снижение содержания калия как в плазме, так и в эритроцитах, умеренное повышение содержания магния в плазме. Возникшая в терминальном состоянии фибрилляция желудочков была низковольтной, а после кардиоверсии возникал узловый, идиовентрикулярный ритм или асистолия.

В группе больных инфарктом миокарда, осложненным

«внезапным» развитием клинической смерти, — так называемой первичной фибрилляцией, отмечены следующие изменения. В предприсутный период по данным ЭКГ появление групповых, политопных, опасных экстрасистол типа R на T, появление блокады ножек пучка Гиса, преимущественно правой. При капнографическом исследовании выявлена альвеолярная гипоксия и неравномерность вентиляции. При исследовании КЩБ умеренный или значительный метаболический ацидоз. Электролитный баланс, характерный для острого периода инфаркта миокарда — умеренная гиперкалиемия в плазме, и снижение содержания калия в эритроцитах, повышенное содержание магния в плазме. Отмечен значительный выброс катехоламинов как за счет адреналина, так и за счет норадреналина. Повышение глюкокортикоидной функции надпочечников.

В момент развития клинической смерти (фибрилляция желудочков) по данным капнографии — низкоамплитудная капнограмма по типу дыхательной фибрилляции, низкое альвеолярное напряжение, вызванное неравномерностью вентиляции. В первые же минуты после кардиоверсии и восстановления синусового ритма — бурное выведение CO_2 , тахипное 30—40 в 1; резко деформированные беспорядочные капнографические комплексы, свидетельствующие о резком нарушении дыхательной функции, развитие метаболического алкалоза, резкое снижение содержания калия в плазме, эритроцитах, еще более резкий выброс катехоламинов. По мере стабилизации состояния, восстанавливался ритм и глубина дыхания, улучшалась эффективность вентиляции, более медленно восстанавливался кислотно-щелочной, электролитный баланс, равновесие симпатно-адреналовой системы.

Учитывая вышеперечисленные показатели с целью профилактики терминальных аритмий (фибрилляция желудочков) проводилась коррекция КЩБ путем введения бикарбоната, оксигенации, введение препаратов калия в виде поляризующей смеси.

После электроимпульса — адекватная вентиляция легких, введение препаратов калия в поляризующей смеси, лидокаина, для улучшения гемодинамики — глюкагон, для блокирования катехоламинов — нейроплегика, препараты типа новокаина. Учитывая развивающийся метаболический алкалоз — бикарбонаты не вводились. Больным с кардиогенным шоком и отеком легких проводилась также соответствующая терапия кардиогенного шока и отека легких.