

УТВЕРЖДАЮ

Нач. станции скорой
помощи г.Киева
Н.А.Ленгауэр

10 июня 1970 года.

Протокол клинических испытаний опытного
образца импульсного дефибриллятора с
универсальным питанием для бригад скорой
медицинской помощи типа ДИ-03.

Прибор испытывался в течение восьми недель. Испытание проводилось на двух из трех выездных кардиологических /противоинфарктных/ бригад.

За время испытания прибором было дано 40 разрядов дефибриллятора у 20 больных из них эффективных 26. У двух больных проведено два повторных сеанса электроимпульсной терапии. Возраст больных от 31 до 76 лет. У всех больных были признаки недостаточности кровообращения, у девяти из 22 больных был свежий инфаркт миокарда /у трех мелкоочаговый, у шести - крупноочаговый/. У 11 больных нарушение ритма возникло на фоне постинфарктного, постмиокардитического и атеросклеротического миокардиосклероза и у двух больных на фоне текущего миокардита. Суправентрикулярные пароксизмальные тахикардии были у 6 больных, тахисистолическая форма мерцательной аритмии у 12 больных, желудочковая пароксизмальная у одного больного, состояние клинической смерти в связи с фибрилляцией желудочков сердца у 3 больных. Не эффективные разряды дефибриллятора напряжением 4,5, 5,5, 6,5 кв. имели место у трех больных: с мерцательной аритмией на фоне текущего миокардита, у другой больной на фоне свежего крупноочагового инфаркта миокарда. У третьей - на фоне постинфарктного миокардиосклероза с недостаточностью. После повышения напряжения до 6,5 кв. у больного с миокардитом и до 7 кв у больной с инфарктом, и 6 кв у больной с постинфарктным миокардиосклерозом был стабилизирован правильный синусовый ритм.

Не удалось снять фибрилляцию желудочков сердца после 7 разрядов 6-7 кв у одного больного /устранена после медикаментозной терапии с последующим повторным разрядом - больной оживлен/ - после двух разрядов у одной больной /устранена после индерала с последующим третьим разрядом-асистолия, смерть/. После двух разрядов дефибриллятора не удалось снять желудочковую пароксизмальную тахикардию, устранена после медикаментозного лечения. В одном

случае после разряда на фоне мерцательной тахисистолии возникла остановка сердца, — после удара в предсердную область ритм восстановился. Таким образом не было эффекта после разрядов напряжением 4,5 — 6,5 у 3 больных с мерцательной аритмией на фоне текущего тяжелого процесса и недостаточности кровообращения, у двух с фибрилляцией желудочков и одного с желудочковой пароксизмальной на фоне тяжелого миокардита с высокой лихорадкой.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

На основании полученных данных можно сделать следующие выводы:

1. Представленная конструкция прибора дефибриллятора ДИ-3 является более совершенной. Прибор эффективен при острых нарушения ритма типа пароксизмальной суправентрикулярной тахикардии и мерцательной тахисистолии.

Эффективность прибора при остальных видах нарушения ритма подлежит дальнейшей проверке.

2. Создается впечатление, что в случаях тяжелой патологии /активный текущий миокардит, инфаркт миокарда с недостаточностью кровообращения/ положительный эффект может быть достигнут лишь при использовании высоких напряжений /6,5 и 7 кв/ или предварительного и последующего введения медикаментов.

3. Степень кожных ожогов и общее сокращение мышц туловища несколько меньше после использования нового дефибриллятора.

4. Весьма положительным конструктивным моментом является наличие прибора, контролирующего цепь пациента.

5. Отдельный блок питания желательно реконструировать для того, чтобы уменьшить время зарядки прибора, увеличить его мощность до 150 ватт, сделать выход для питания ЭКГ аппарата. Это особенно важно при проведении реанимации.

6. Необходимо предусмотреть увеличение прочности высоковольтного разъема.

7. Плохо выполнена система контактов электродов с подводящими шнурами как на передней панели, так и в зажиме ручки /электрод выпадает/.

8. Размер диаметра грудного электрода в представленном исполнении без контактной пружины или губки велик и плохо контактирует с передней поверхностью грудной клетки у худых пациентов

и астеников с узкой грудной клеткой.

9. Прибор должен иметь влаго- и пыленепроницаемый чехол.

10. Провода высокого напряжения не эластичны, плохо гнутся, что мешает эксплуатации дефибриллятора в urgentных обстоятельствах.

Учитывая значение прибора для повседневной медицинской практики считаем возможным рекомендовать прибор для серийного производства при условии устранения отмеченных недостатков, продолжения клинического испытания и, при необходимости, внесения дополнительных корректировок в стадии подготовки серийного производства.

ЗАВ. ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИМ /ПРОТИВОИНФАРКТНЫМ/
ЦЕНТРОМ КИЕВСКОЙ СТАНЦИИ СКОРОЙ МЕДПОМОЩИ -
ДОКТОР МЕДИЦИНСКИХ НАУК -



Д.Б.ЗИЛЬБЕРМАН