

● К ВОПРОСУ ОРГАНИЗАЦИИ И ЭФФЕКТИВНОСТИ
РЕАНИМАЦИИ БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА ВО
ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ОБСТАНОВКЕ.

*Д. Б. ЗИЛЬБЕРМАН, Н. Г. КРАШЕНИННИКОВА, Э. А. ЧЕЧИК,
Л. Л. КОЗЛОВА, В. Г. КАМИНСКИЙ, И. Я. КАМЕНЕЦКАЯ,
Я. И. ТАИХ, В. Л. КРАВЦОВ, Е. А. МАТУШЕНКО*
(Киев)

Внедрение в медицинскую практику непрямого массажа сердца (J. Jude et al. 1961), электрической дефибрилляции при закрытой грудной клетке (В. А. Неговский, 1954, 1966; Н. Л. Гурвич, 1957), а также развитие в СССР специализированной службы скорой помощи в виде выездных специализированных бригад, оснащенных современными диагностическими и лечебными средствами, лаборатории ургентной диагностики при станциях скорой помощи, создают все условия для проведения реанимационных мероприятий на месте происшествия (дома, в учреждении и т. д.) до восстановления и стабилизации основных жизненных функций (дыхание, сердечная деятельность).

Полный комплекс мероприятий по реанимации, проводимый нами во внебольничной обстановке, включает: искусственное дыхание, закрытый массаж сердца, фармакологическую стимуляцию сердечной деятельности (внутрисердечное введение адреналина, норадреналина, глюконата кальция, атропина, бикарбоната натрия). Реанимация проводится под ЭКГ контролем. При необходимости используется импульсный дефибриллятор высокого напряжения. Для борьбы с метаболическим ацидозом вводится бикарбонат натрия в 5% или 7,5% растворе из расчета 3,75 гр. сухого вещества каждые 10 мин. реанимации. При отеке мозга используются маннитол, гипертонические растворы глюкозы с инсулином, мочевины, сернокислая магнезия, кортикостероиды. После успешного оживления в случае необходимости использовались геприн, фибринолизин и стрептокиназа с гепарином, поляризующая смесь,

кортикостероиды, новокаиномид, кокарбоксилаза, прессорные амины. Срочно исследовался калий плазмы и, если нужно было проводилась коррекция электролитного баланса.

Проанализировано 109 случаев реанимации больных инфарктом миокарда. У 85 больных до наступления клинической смерти имели место различные формы нарушения ритма и проводимости сердца и явления острой сердечно-сосудистой недостаточности различной степени выраженности. У 24 больных течение острого инфаркта миокарда до наступления клинической смерти не было осложнено.

Реанимация была успешной у 30 человек из 109 (27,5%). По полу и возрасту успешно реанимированные распределялись следующим образом: мужчин—19, женщин—11, в возрасте от 49 до 87 лет. Из этой группы выжило 20 человек (18,3%), остальные 10 прожили после периода реанимации от 1 часа до 12 суток.

Для успеха реанимации исключительное значение имеют фактор времени, а также использование сил и средств организованного населения, обученного основным методом оказания помощи при внезапной остановке кровообращения, персонала общелинейных бригад скорой помощи с последующим вызовом спецбригады, оснащенной всем необходимым для завершения реанимации на месте случая.

Транспортировка больного с внезапной остановкой кровообращения в стационар (исключая улицу) нецелесообразна, т. к. проведение непрерывного массажа сердца и искусственного дыхания в пути значительно затруднено, а эффективность этих мероприятий может быть значительно снижена.

Наш небольшой опыт убедительно показывает эффективность реанимационных мероприятий на догоспитальном этапе.