

Он состоит из обоймы, сделанной из пластмассовой пластинки толщиной 3—4 мм, пластмассовых съемных вкладышей толщиной в ширину лоскута, стяжных болтов и лезвий от безопасных бритв.

Стерилизация инструмента осуществляется погружением его в спирт перед операцией.

Пользуются им следующим образом. Взятый дерматомом лоскут приклеивают к барабану и, равномерно нажимая инструментом, производят требуемой длины разрез. Получается ряд полосок кожного лоскута. Число полосок можно увеличивать или уменьшать, для чего изменяется количество лезвий.

Применение такого простого приспособления значительно облегчает труд хирурга.

БИБЛИОГРАФИЯ И РЕЦЕНЗИИ

УДК 616—036.882—08

Основы реаниматологии. Под редакцией В. А. Неговского. «Медицина», М., 1966. 400 стр. Цена 2 руб. 08 коп.

В. А. Неговский. Непрямой массаж сердца и экспираторное искусственное дыхание. Изд. «Советская Россия», М., 1966. 216 стр. Цена 98 коп.

Обе книги — и сборник, и монография — разошлись тотчас по выходе в свет. Так произошло потому, что эти книги необходимы не только клиницистам, но и теоретикам (физиологам, патофизиологам, фармакологам). Читатель найдет в них обобщенные данные экспериментальных изысканий и клинических наблюдений по реаниматологии отечественных и зарубежных авторов.

В книге «Основы реаниматологии» суммирован опыт по оживлению организма Лаборатории экспериментальной физиологии АМН СССР и работающих в контакте с нею клинических учреждений (неотложная хирургия, акушерство и гинекология, терапия). Рассмотрены вопросы организации работы по лечению терминальных состояний, в том числе в условиях станций скорой помощи.

«Основы реаниматологии» содержат 26 глав, написанных 24 авторами.

Внимание клиницистов привлекут следующие главы:

Лечение при острых нарушениях дыхания (В. Л. Кассиль).

Патофизиологические обоснования профилактики и лечения терминальных состояний, развившихся вследствие острой кровопотери и шока (Е. С. Золотокрылина).

Патофизиологические обоснования выбора анестезии при операциях по жизненным показаниям у больных, находящихся в терминальных состояниях (Е. А. Дамир, А. Ю. Аксельрод).

Принципы лечения терминальных состояний, развившихся вследствие акушерско-гинекологической патологии (В. А. Неговский, В. С. Берман).

Асфиксия новорожденных и ее лечение (В. А. Неговский, Т. Н. Гроздова).

Особенности лечения терминальных состояний у больных с патологией сердечно-сосудистой системы (В. А. Неговский, В. Я. Табак, В. Н. Семенов).

Особенности лечения терминальных состояний при острых отравлениях (В. Н. Дагаев, Е. А. Лужников).

Патогенез и лечение терминальных состояний при электротравме (Н. Л. Гурвич).

Патогенез и лечение терминальных состояний, вызванных утоплением (Л. В. Лебедева).

Монография «Непрямой массаж сердца и экспираторное искусственное дыхание» включает следующие главы:

Реаниматология и ее задачи. История (гл. II), методика (гл. III), применение наружного массажа сердца и экспираторного искусственного дыхания в клинике (гл. V). Востановительный период (гл. VI). Сравнительные данные патофизиологического изучения наружного и прямого массажа сердца. Организационные вопросы.

Значительная часть тем, освещаемых в этой монографии, представлена и в «Основах реаниматологии» и ранее в целом ряде работ В. А. Неговского и его сотрудников.

Остановимся на XV главе «Основ реаниматологии» — «Особенности лечения терминальных состояний у больных с патологией сердечно-сосудистой системы».

Авторы подчеркивают, что успешное развитие реаниматологии позволило проводить реанимацию и в палатах терапевтических стационаров. В терапевтических стационарах внезапная смерть больного развивается при наличии патологии жизненно важных органов, однако в ряде случаев эта патология не является несовместимой с жизнью и не исключает возможности положительного исхода борьбы с терминальными состояниями.

Профилактика занимает ведущее место в реаниматологии. В задачу реаниматолога входит устранение тяжелых расстройств функций организма, предшествующих наступлению клинической смерти. Этим вопросам и посвящена данная глава.

Если наступление смерти при постепенно и прогрессивно нарастающей сердечной недостаточности является неизбежным, то при внезапной остановке сердца борьба за жизнь может быть успешной при своевременном проведении определенного комплекса специфических мероприятий, в которые непременно ингредиентами входят не прямой массаж сердца и искусственное дыхание. В настоящее время медицина не располагает другими достаточно простыми и более совершенными способами возобновления кровообращения искусственным путем с минимальной затратой времени, в течение которого еще можно рассчитывать на последующее восстановление жизненных функций погибающего организма.

Наиболее благоприятны для реанимации случаи внезапной клинической смерти вследствие коронарораспазма при отсутствии в самой сердечной мышце значительных необратимых изменений. Авторы считают, что возможно восстановление сердечной деятельности и при обширном инфаркте миокарда.

Естественно, это положение читателю представляется и заманчивым, и сомнительным. К сожалению, детализация его связана с большими трудностями, может быть, часто и непреодолимыми на современном уровне развития кардиологии и реаниматологии, поэтому и нельзя требовать от авторов более полного освещения данного вопроса, но он возникает у каждого читателя рецензируемых книг.

Нельзя не согласиться с авторами, которые считают прогностически неблагоприятными случаи, когда в ишемический или некротический процесс вовлекается проводящая система сердца.

Положение, что возраст свыше 80 лет является противопоказанием к реанимации больных с коронарной патологией, по мнению авторов, не может быть принят полностью, так как возраст не всегда отражает резервные возможности организма.

Реанимационные меры бесполезны при длительном предшествующем существовании резко выраженной сердечной и сосудистой недостаточности, не поддающейся медикаментозному лечению, и при длительности клинической смерти более 5—6 минут.

Если в течение 5—6 минут проведения непрямого массажа сердца нет таких признаков оживления, как сужение зрачков, отчетливая пульсация крупных артерий, возобновление самостоятельного дыхания, необходимо не теряя времени переходить к прямому массажу.

При длительном непрямом массаже сердца следует проводить дробное внутриартериальное нагнетание небольших порций крови, полиглюкина с добавлением строфантина, норадреналина.

У больного инфарктом миокарда наряду с мерами реанимации надобно применять все те методы, которые проводятся и обычно, т. е. вводить антикоагулянты, сердечные гликозиды, антиаритмические средства, антибиотики, прессорные амины, кортикостероиды.

У больных с постинфарктным коллапсом при преобладании периферического сосудистого компонента и отсутствии признаков недостаточности сердца авторы считают возможным ограничиться применением мезатона, норадреналина, при наличии же признаков сердечной недостаточности рекомендуют начинать с сердечных гликозидов и затем вводить прессорные амины.

В комплекс мероприятий по лечению постинфарктного коллапса они включают оксигенотерапию, кортикостероиды, антикоагулянты.

Норадреналин вводят внутривенно капельно (добавляя его к 5% раствору глюкозы) в течение многих часов и даже дней. Одновременно вводят внутримышечно мезатон.

При гипотонии, резистентной к прессорным аминам, показано внутриартериальное дробное нагнетание небольших доз (200—250 мл) крови, полиглюкина или 1% раствора хлористого кальция.

При отеке легких применяют противоспенивающие вещества, в частности ингаляцию паров спирта или интратрахеальное введение 2—3 мл 70—96° этилового спирта в сочетании с энергичной оксигенотерапией.

При обильном выделении пенистой жидкости накладывают трахеостому и отсасывают накопившуюся в трахее жидкость через резиновый катетер. Можно применять искусственное дыхание кислородом под давлением до 40 мм рт. ст.

При высоком АД, митральном стенозе или артериальной недостаточности с высоким венозным давлением показано кровопускание.

Вводят внутривенно препараты кальция. Применяют мочегонные, в частности новурит. Перспективно назначение ганглиоблокаторов короткого действия (250 мг арфонада в 100 мл 5% раствора глюкозы внутривенно капельно).

Хороший эффект получен от введения пипольфена (1—2 мл 2,5% раствора) в сочетании с промедолом (1 мл 2% раствора) и строфантином К (0,5 мл). Строфантин дается лишь в том случае, если больной до этого момента не получал длительно препараты дигиталиса.

Включение в смесь этих веществ аминазина (0,2—0,5 мл 2,5% раствора) допустимо лишь при высоком АД. При АД 110—100 мм аминазин вводят отдельно, измеряя АД каждую минуту. При АД 90—80 мм одновременно с аминазином (в том же шприце) вводят 0,2—0,5 мл раствора мезатона.

В. А. Неговский уделил должное внимание ведению больного в восстановительном периоде после реанимационных мероприятий. В этом периоде необходимо преду-

преждать или устранять отек мозга, нормализовать кислотно-щелочной и электролитный баланс организма.

В первые часы после восстановления сердечной деятельности и самостоятельного дыхания могут развиваться тяжелые изменения, в первую очередь в центральной нервной системе.

По В. А. Неговскому, больные, выведенные из состояния клинической смерти, при благоприятном течении оживления проходят следующие стадии:

I. Состояние глубокой комы. При этом тонус конечностей понижен, сухожильные, брюшные и патологические рефлексы не вызываются.

II. Больные в коматозном состоянии, но тонус конечностей резко повышен. Периодически возникают тонические судороги.

III. Больные находятся в сноподобном состоянии, причем проявляются лишь элементы сознания. Судороги возникают реже, ослабевают и, наконец, исчезают. К концу этого периода тонус мышц нормализуется, сознание восстанавливается.

IV. С больным можно вступить в речевой контакт, причем выявляется ретроградная амнезия.

Каждая из стадий может длиться несколько суток или даже недель.

При неблагоприятных обстоятельствах процесс может остановиться на любом этапе, и больной через тот или иной срок после оживления погибает. Решающее значение для исхода имеет длительность гипотензии у больного до момента катастрофы.

В первые 6—12 мин. восстановительного периода показано капельное внутривенное введение 8% раствора бикарбоната натрия (0,1—0,15 сухого вещества на килограмм веса больного).

Рекомендуется вводить гидрокортизон, вначале 100 мл внутривенно и столько же внутримышечно.

При тяжелых судорогах периодически вводят релаксанты, аминазин, супрастин, димедрол, промедол.

В целях нормализации электролитного состава организма вводят хлористый калий (1,45 на 10 мл воды) до 8,0—14,0 сухого вещества в сутки. При гипонатриемии применяют раствор Дарроу (хлористого калия — 2,7; NaCl — 4,0; лактата натрия — 5,9 на 1000 мл воды).

Для ликвидации гипопроteinемии вводят белковые препараты, для повышения энергетических ресурсов — раствор глюкозы и инсулин (1 ед. инсулина на 4,0 поршка глюкозы).

Для нормализации функций центральной нервной системы вводят витамины группы В, аскорбиновую, никотиновую и глютаминовую кислоты.

В первые же часы послереанимационного периода дают антибиотики.

Наиболее серьезное осложнение после реанимации — отек мозга и отек легких.

При токсическом отеке мозга

— осуществляют искусственную вентиляцию легких или ингаляцию увлажненным кислородом;

— вводят гидрокортизон или кортизон;

— вводят внутривенно до 100 мл 40% раствора глюкозы с 10 ед. инсулина, 10 мл 2,4% раствора эуфилина, 10 мл 10% раствора NaCl;

— внутримышечно по 10 мл 25% раствора сернокислой магнезии дважды в сутки;

— внутривенно 200—600 мл 5% раствора бикарбоната натрия.

При почечной недостаточности (олигурия, анурия), возникающей после реанимации, показан гемодиализ.

Размеры настоящей рецензии не позволяют осветить многие другие разделы данного труда, представляющие также большой практический интерес.

Книга «Основы реаниматологии» заканчивается следующими данными, характеризующими этапы внедрения описанных методов реанимации в лечебную практику.

В 1962 г. была оказана помощь 485 больным, находящимся в терминальном состоянии, из них выздоровело 193 (40%). В 1963 г. были уже соответственно следующие цифры: 1028 и 486 (46,3%), а в 1964 г. — 630 и 340 (54%).

Таким образом, общее направление в реаниматологии избрано правильно, но предстоит еще много работы.

Детальное изучение всех условий и обстоятельств, способствующих успешному завершению реанимационных мероприятий, с учетом опыта прошлых лет и текущих наблюдений позволит уточнить показания к реанимации и профилактике развития угрожающих жизни состояний.

В. А. Неговский подчеркивает, что хотя массаж сердца без вскрытия грудной полости и искусственная вентиляция легких вдвуханием воздуха изо рта в рот уже занимают достойное место в реанимации, все же еще недостаточно исследованы различные патофизиологические особенности этих методов оживления.

Особо стоит вопрос, пишет В. А. Неговский, о замене на определенном этапе оживления и при наличии соответствующих показателей наружного массажа сердца искусственным кровообращением с помощью трансфузионных аппаратов. Кроме того, в ряде случаев для стойкого восстановления жизненных функций необходимо бывает провести однократную, а иногда многократную обменную трансфузию крови.

А. М. Окулов (Казань)