

в трахею. Для нормализации работы сердца и сосудистого тонуса вводится строфантин. Сильное диуретическое действие вызывает инъекция высокоочищенного препарата мочевины (30% раствор, приготовленный на 10% растворе глюкозы, вводится внутривенно капельно до 200 мл). Хороший эффект дают антигистаминные средства, хлористый кальций и вещества, действующие на различные отделы вегетативной нервной системы. Из ганглиоблокаторов наиболее эффективен арфонад, препарат ультракороткого действия (50 мг внутривенно капельно в растворе глюкозы). Производные фенотиазина можно применять только при отсутствии угрозы резкого снижения АД.

При лечении постинфарктного коллапса («сердечный шок») важнейшими мероприятиями являются также непрямой массаж сердца, искусственное дыхание и оксигенотерапия. Для повышения АД вводят норадреналин или адреналин внутривенно капельно до появления прессорного эффекта. Однако нужно помнить, что адреналин, увеличивающий потребность сердца в кислороде, может дать тяжелое нарушение сердечного ритма. В качестве дополнительных мероприятий рекомендуется введение строфантина, антигистаминных средств, кортикостероидов (гидрокортизон, преднизолон) и хлористого калия. Эффективно внутриартериальное введение крови или полиглюкина. Однако инъекции большого количества жидкости для таких больных нежелательны, и если это диктуется необходимостью ввести лекарственное вещество, то одновременно делается кровопускание. Весь комплекс лечебных мероприятий должен быть проведен в течение первых 2—3 часов.

Для борьбы с тяжелыми формами нарушения сердечного ритма — пароксизмальной тахикардией и мерцательной аритмией — успешно применяется электрическая дефибрилляция сердца. Одиночный разряд, подаваемый на пациента, может практически моментально перевести патологический ритм в нормальный синусовый и значительно снизить частоту сердечных сокращений. Из лекарственных средств при тяжелых аритмиях наилучшим является новокаинамид, который вводится внутривенно по 5—10 мл 10% раствора.

Отличительной особенностью медикаментозного лечения терминальных состояний является введение всех препаратов непосредственно в кровяное русло внутривенно, внутриартериально, внутрисердечно и применение их в очень высоких дозах, иногда значительно превышающих обычные максимальные дозы.

И. А. Студенцова (Казань)

Вопросы реанимации в акушерско-гинекологической практике были освещены во вступительном слове проф. В. А. Неговского и на секционном занятии, проводимом В. С. Берман, возглавляющей Московский центр по реанимации в акушерстве.

Основными ситуациями, при которых возникают терминальные состояния в акушерстве, являются кровотечения и шок. Поэтому главное внимание в докладе было уделено вопросам остановки кровотечения и быстрому и своевременному замещению кровопотери. И то и другое необходимо начинать как можно раньше и проводить одновременно. Помимо известных способов остановки кровотечения при атонии матки В. С. Берман указала на ценность применения тракционной тампонады по Мюллеру, перевязки маточных (способ Р. Д. Цицишвили) или всех сосудов, осуществляющих кровоснабжение матки (способ М. С. Цырульникова).

Особенно эффективна электротонизация атонической матки, предложенная З. А. Чиладзе. При помощи отечественного дефибрилятора Н. Л. Гурвича применяется электроразряд силой в 3000 в при экспозиции 0,01 сек. Электроды накладываются на крестец и живот либо один из электродов вводится в полость матки. Вся манипуляция электротонизации занимает 2—3 минуты, что является большим достоинством. Матка сокращается тотчас же после разряда.

Необходимо как можно быстрее возместить кровопотерю, поэтому целесообразно введение крови и в вену и в артерию одновременно. При проведении лапаротомии не следует забывать, что кровь можно вводить в любую артерию, в том числе и в маточную, подчревную или даже в брюшную аорту. При больших кровопотерях в артерию можно вводить большие количества крови (до 2 литров). Кровь лучше переливать однокровную. На каждые 500 мл консервированной крови необходимо вводить 100 мл 1% раствора хлористого кальция или нейтрализации цитрата. 10% раствором хлористого кальция лучше не пользоваться.

При сниженной активности свертывающей системы крови необходимо переливание свежей донорской крови, сухой концентрированной плазмы, фибриногена, эpsilon-аминокапроновой кислоты, протамин-сульфата. Прессорные амины (норадреналин, мезатон и др.) целесообразно применять лишь при кровопотере, возмещенной не менее чем на 60%. При недостаточности функции коры надпочечников целесообразно введение глюкокортикоидов, гидрокортизон и др. (до 300 мг в вену).

Проф. В. А. Неговский применение аминазина в родах считает нецелесообразным. При тяжелых формах асфиксии новорожденных показано аппаратное искусственное дыхание или «рот в рот». Если новорожденный родился в состоянии клинической смерти, то оживление после 15 минут нецелесообразно (гибель коры головного мозга).

И. И. Фрейдлин (Казань)