

Краткие сообщения

УДК 616.12-008.313-085.844-036.8

БЛИЖАЙШИЕ И ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЭЛЕКТРОИМПУЛЬСНОЙ ТЕРАПИИ МЕРЦАТЕЛЬНОЙ АРИТМИИ

И. И. Неймарк, В. А. Смирнова

Грудное отделение (зав. — проф. И. И. Неймарк) Клинической дорожной больницы № 2 (главный врач — канд. мед. наук М. Б. Форнель) ст. Барнаул

Поступила 9/XII 1971 г.

В последние годы в клинике для лечения мерцательной аритмии часто применяют трансторакальную электрическую дефибрилляцию сердца.

Материал и методы

Электроимпульсная терапия хронической мерцательной аритмии в нашей клинике произведена у 368 больных в возрасте от 17 до 72 лет. Длительность существования мерцательной аритмии у них составила от 3 до 16 лет. Длительно и безуспешно принимали сердечные гликозиды и антиаритмические средства 247 больных. Восстановление синусового ритма проводилось по общепринятой методике с помощью дефибриллятора системы Н. Л. Гурвича ИД-1ВЭИ, под поверхностным барбитуровым наркозом, с предварительной премедикацией промедолом и атропином. Лишь 50 больным был дан масочный наркоз закисью азота с кислородом (3:1 и 2:1). Напряжение разряда конденсатора колебалось от 4500 до 7000 в. При отсутствии лечебного эффекта дефибрилляцию повторяли до 3 раз с перерывом 3—4 мин. Об изменении ритма сердца судили по клиническим и электрокардиографическим данным.

После отрицательного результата электроимпульсной терапии 15 больных лечили хинидином в течение 4—5 дней, после чего электроимпульсную терапию повторяли. Положительного влияния подготовки хинидином мы не отметили. Антикоагулянты до электроимпульсной терапии больным не назначались.

Результаты исследования

В зависимости от геза мерцательной аритмии все больные были распределены на 4 группы (см. таблицу).

Из таблицы видно, что непосредственный эффект дефибрилляции при мерцательной аритмии получен в 84,7% наблюдений. В сроки от 6 месяцев до 1 года синусовый ритм сохранился у 74,3% больных. Благоприятные отдаленные результаты лечения наших больных объясняются, во-первых, тем, что у многих из них дефибрилляции сердца предшествовала радикальная операция по поводу основного заболевания. Эффективная митральная комиссуротомия произведена 96 больным, 25 успешно выполнена субтотальная резекция щитовидной железы или проведено лечение радиоактивным йодом у 25 больных.

Распределение больных в зависимости от результатов электроимпульсной терапии

Группа больных	Число больных	Непосредственный результат		Отдаленный результат — синусовый ритм сохранился		
		синусовый ритм восстановился	аритмия сохранилась	от 6 месяцев до 1 года	от 2 до 3 лет	от 4 до 5 лет
Перенесшие митральную комиссуротомию	96	70	26	62	45	17
Неоперированные с различными ревматическими пороками	144	120	24	68	18	—
Больные атеросклеротическим и миокардитическим кардиосклерозом	103	100	3	80	70	36
Больные тиреотоксикозом после операции или лечения радиоактивным йодом	25	22	3	22	20	19
Всего . . . абс. %	368	312 84,7	56 15,3	232 74,3	153 48,7	72 23

Во-вторых, у 103 больных атеросклеротическим и миокардитическим кардиосклерозом электроимпульсной терапии предшествовала длительная терапия сердечными препаратами, которая создала благоприятный фон для электроимпульсного лечения. В течение первых 10—12 дней после электроимпульсной терапии назначались антикоагулянты, кокарбоксилаза по 100 мг внутривенно с глюкозой, хинидин (0,1 г 4—5 раз в день) или индерал (10 мг 4 раза в день), что являлось профилактикой возникновения поздних экстрасистолий и рецидивов мерцательной аритмии. Больным с ревматическим поражением сердца проводилось противоревматическое лечение по общепринятой методике.

У 26 больных после восстановления синусового ритма в течение 2—3 мин. отмечалась экстрасистолия, иногда типа бигеминии, которая проходила самостоятельно или после введения 2 мл 10% раствора новокаин-амида и 10 мл 5% раствора глюкозы. У 2 больных после дефибрилляции сердца возникла пароксизмальная предсердная тахикардия до 300 сокращений в минуту. Повторным электроимпульсом эти явления были устранены.

При возникновении рецидива мерцательной аритмии 20 больным был успешно применен хинидин, хотя до электроимпульсной терапии этот препарат был неэффективным. После лечения хинидином синусовый ритм сохранился у этих больных до 2 лет. Повторная электроимпульсная терапия была применена у 36 оперированных больных, эффект получен у 19 человек. Частой причиной рецидива являлось нарушение режима, физическая нагрузка, прием алкоголя, а также обострение ревматического процесса.

После выписки из клиники больные постоянно находились на диспансерном наблюдении. Для профилактики рецидивов мерцательной аритмии в течение 5—6 месяцев им назначали ежедневно хинидин по 0,2 г, резерпин 0,25 мг или делагил 0,25 на ночь. В последние 2 года мы рекомендуем прием индерала по 10—20 мг.

Фибрилляции желудочков после лечения не наблюдались. У 80 больных в первые дни после восстановления синусового ритма отмечалось нарушение предсердно-желудочковой проводимости, особенно удлинение интервала PQ, который к 6—7-му дню возвращался к исходному.

В ы в о д ы

1. Электроимпульсная терапия является эффективным методом лечения мерцательной аритмии.

2. Наилучшие отдаленные результаты электроимпульсной терапии мерцательной аритмии отмечены у больных, у которых дефибрилляции сердца предшествовала радикальная операция по поводу основного заболевания или которые длительно получали сердечные средства.

УДК 616.1-07:616.153.1:577.153.9-074

АКТИВНОСТЬ СЫВОРОТОЧНОЙ ХОЛИНЭСТЕРАЗЫ У БОЛЬНЫХ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Ю. И. Децик

Кафедра пропедевтики внутренних болезней (зав. — проф. Ю. И. Децик) лечебного факультета Львовского медицинского института

Поступила 16/VIII 1971 г.

В последние годы в отечественной и зарубежной литературе опубликовано много работ, посвященных изучению сывороточной холинэстеразы при различных заболеваниях сердечно-сосудистой системы, в частности при ревматизме, атеросклерозе, остром инфаркте миокарда и гипертонической болезни [1—11, 13]. Данные литературы об активности этого фермента у больных с различными сердечно-сосудистыми заболеваниями довольно разноречивы.

М а т е р и а л и м е т о д ы

Мы исследовали активность сывороточной холинэстеразы с помощью колориметрического метода Nestrin [12] у 611 больных (275 мужчин и 336 женщин) с различными поражениями сердечно-сосудистой системы. Возраст больных колебался от 15 до 75 лет. У 448 больных отмечена хроническая недостаточность кровообращения, у 163 признаков нарушения гемодинамики не было.

Распределение больных по характеру основного заболевания и степени недостаточности кровообращения (классификация Н. Д. Стражеско и В. Х. Василенко) представлено в таблице.

У 16 из 326 больных ревматизмом определялся первичный ревмокардит (без клапанного порока), у 227 — возвратный ревмокардит (с пороком сердца), у 22 — затяжной септический эндокардит, у 61 — неактивная фаза ревматизма. Из 176 больных атероскле-