

возникновения значительно изменяет состояние сердечно-сосудистой системы и способствует развитию недостаточности кровообращения.

Поэтому там, где мерцательная аритмия удерживается не более двух месяцев и нет признаков наличия сердечно-сосудистой недостаточности II «Б» — III стадии, лечение хинидином следует проводить обязательно. В других же случаях мерцательной аритмии вопрос терапии должен решаться индивидуально.

ЭЛЕКТРИЧЕСКАЯ ДЕФИБРИЛЛЯЦИЯ ПРИ МЕРЦАТЕЛЬНОЙ АРИТМИИ

В. П. Радущквич, Н. А. Афанасьев, Т. П. Поздняков

(Воронеж)

Мерцательная аритмия, как известно, является тяжелым осложнением многих заболеваний сердца и наиболее частой формой нарушения сердечного ритма.

В клинике госпитальной хирургии Воронежского мединститута в течение ряда лет электрическая дефибрилляция была использована при фибрилляции сердца в эксперименте и клинике в 184 случаях.

С 1961 г. дефибрилляция применяется нами при мерцательной аритмии.

Вначале мы проводили ее после вскрытия грудной клетки, перед операцией комиссуротомии, но вскоре стали это делать при закрытой грудной клетке у больных, не подлежащих операции.

На открытом сердце дефибрилляция при аритмии произведена у 18 больных и чрезгрудивно у 148, всего у 166 больных, страдавших мерцательной аритмией. Для дефибрилляции мы использовали конденсаторы отечественного производства, венгерские и чешские. Все дефибрилляторы были без синхронизаторов.

При подготовке больных к дефибрилляции в течение нескольких дней для уменьшения гипоксии проводилась оксигенотерапия. Накануне вечером вводился 1 мл 2% промедола и на ночь 0,1 люминала. За 30 минут до процедуры 2 мл 2% раствора промедола. Дефибрилляция осуществлялась в операционной. К больному подключался многоканальный чернильнопишущий электрокардиограф.

Внутривенно вводился 2,5% раствор тиопентал-натрия в количестве от 10 до 20 мл, организм насыщался кислородом через маску наркозного аппарата. Один из электродов помещался на спине больного, другой — на груди между II—III ребром справа

от грудины. Как только наступал наркотический сон, производился разряд конденсатора.

При проведении процедуры через грудную клетку обычно применялось напряжение от 3,0 до 6,0 *кв*, но чаще 4,0—5,5 *кв*.

После электроудара сразу же велась проверка результатов на электрокардиографе. В случаях безрезультатности разряды повторялись через 1—2 минуты.

В большинстве случаев эффект получался от 1 или 2 разрядов, но у некоторых лиц требовалось по 4—5 импульсов за одну процедуру. В ряде случаев при неуспехе сеансы повторялись через 3—4 дня.

У 166 больных проведено 233 сеанса электрошока, с количеством импульсов 376. Среди 166 больных женщин было 92, мужчин 74.

Преобладали больные в возрасте от 30 до 50 лет, самому молодому было 18, самому старшему 68 лет.

После дефибрилляции нередко регистрировались единичные экстрасистолы, иногда бигеминия, которые вскоре самопроизвольно прекращались. Отмечалось замедление пульса на 20—30 ударов в минуту, артериальное давление снижалось на 10—20 *мм рт. ст.*

У 6 больных сразу же после разряда возникла фибрилляция желудочков, которая тут же была устранена последующим более сильным разрядом конденсатора. Возможно, мы попадали в «период ранимости», который располагается, как считает Буврен, на вершине волны электрокардиограммы, когда желудочек способен к фибрилляции.

Из 166 больных у 14 снять мерцательную аритмию не удалось, несмотря на повторные процедуры, а в 14 случаях синусовый ритм был восстановлен кратковременно от одного дня до 10. Эти нестойкие результаты мы также относим к отрицательным и таким образом считаем, что у 28 больных из 166 не удалось добиться стойкого восстановления синусового ритма. 48 больных были выписаны из клиники с правильным ритмом по истечении 10 дней и более, а 92 больных выписаны в различные сроки по истечении месяца также с правильным ритмом.

Не учитывая кратковременных результатов, можно считать, что положительный эффект был достигнут в 83%.

Наиболее отдаленные положительные результаты нам пока удалось проследить у 32 больных, у которых синусовый ритм удерживается в течение $1\frac{1}{2}$ и 2 лет.

Небезынтересно отметить, что в ряде случаев после дефибрилляции представлялось возможным уточнить или изменить ранее выставленный основной диагноз, так как физикальные и полиграфические данные после этого изменялись.

После восстановления синусового ритма почти у всех больных в ближайшие дни улучшалось общее состояние; увеличенная печень

быстро уменьшалась, исчезали имевшие место боли в печени, отеки, асцит и т. д. Явления декомпенсации подвергались обратному развитию.

У ряда больных с выраженными явлениями миокардиострофии большие размеры сердца после дефибрилляции быстро уменьшались.

Восстановление синусового ритма у больных с митральным стенозом и явлениями декомпенсации позволили быстро подготовить их к операции, которая проходила при стабильных гемодинамических показателях. 28 больным успешно была проведена операция после предварительного снятия мерцательной аритмии.

Помимо положительных результатов, при мерцательной аритмии мы наблюдали мгновенный и прекрасный эффект при остро развившихся суправентрикулярной и желудочковой пароксизмальных тахикардиях с явлениями тяжелого коллапса, при неопределявшемся артериальном давлении на периферии. Один разряд конденсатора оказался достаточным, чтобы вывести этих больных из тяжелого состояния.

На основании полученного нами опыта по использованию электрической дефибрилляции и изучения литературных данных, мы считаем возможным сделать вывод о том, что высокая эффективность и безопасность дефибрилляции постоянным током при соответствующем оснащении выдвигает этот метод на первое место среди других средств, предложенных для борьбы с мерцательной аритмией.

Дефибрилляция способствует быстрому выведению больных из состояния декомпенсации, дает возможность расширить показания к оперативному лечению.

Дефибрилляция, вероятно, найдет широкое распространение и при других видах нарушения сердечного ритма.

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА, ТРУДОСПОСОБНОСТЬ И ПОКАЗАНИЯ К ТРУДОУСТРОЙСТВУ БОЛЬНЫХ С АРИТМИЯМИ СЕРДЦА

Л. И. Фогельсон

(Москва)

Аритмии сердца являются симптомом различных заболеваний, и в большом числе случаев основное заболевание определяет трудоспособность больных, а аритмии сердца лишь отягощают трудовой прогноз. Но в целом ряде случаев аритмии сердца являются основным фактором, определяющим трудоспособность больных,