

вело на 2—3 сутки к полной ликвидации явлений сердечной недостаточности.

У 6 больных, которым деполяризация проводилась в поздние сроки после операции (от 1 месяца до 4 лет) стойкий положительный результат был достигнут во всех случаях.

У оотальных больных, не подвернутых операции, снятие мерцательной аритмии методом дефибрилляции позволило уточнить диагноз и исключить порок сердца у 2 больных, преобладание стеноза у остальных, в связи с чем они не были оперированы. У 5 больных с мерцательной аритмией длительностью свыше 5 лет снять ее не удалось.

Восстановление синусового ритма проходило через период кратковременного трепетания предсердий. В ряде случаев отмечалась интерференция с диссоциацией, множественные экстрасистолы, которые отмечались в первые часы после деполяризации.

Проводимые наблюдения показали, что метод электрической деполяризации сердца эффективен как при свежих формах мерцательной аритмии, так и при старых (5—7 лет).

Наиболее целесообразно проводить деполяризацию за 2—3 дня до операции или на операционном столе перед началом операции.

В случае появления тяжелых форм пароксизмальной тахикардии и мерцательной аритмии в первые часы после операции, некупирующихся применением медикаментозных средств, деполяризация приводит к нормализации сердечного ритма и уменьшению явлений сердечной декомпенсации.

Метод электрической деполяризации является удобным для исправления ритма в поздние (15—20 дней) сроки после операции, так как он не требует длительной антикоагулянтной терапии.

Мы не наблюдали осложнений при применении этого метода.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТРАНСТОРАКАЛЬНОЙ ДЕПОЛЯРИЗАЦИИ ПРИ МЕРЦАТЕЛЬНОЙ АРИТМИИ

Г. П. Шеломова, Э. Н. Николаева, Г. М. Кислякова, И. П. Макарова

Свердловск

В клинике госпитальной хирургии, руководимой проф. А. Т. Лидским с декабря 1964 года проводится лечение мерцательной аритмии методом трансторакальной деполяризации.

Для этой цели нами используется дефибриллятор «Према» и электрокардиограф ЭКПСЧ-4 со схемой синхронизации.

Данная схема кардиовертера собрана врачом В. В. Скобелиным и дает возможность направлять высоковольтный импульс в нужную фазу электрической активности сердца, что делает новый метод практически безопасным.

Разряд дефибриллятора производили под общим внутривенным тиопенталовым обезболиванием в условиях операционной, подготовленной к проведению реанимационных мероприятий, в том числе и кардиостимуляции.

В клинике использовалась следующая методика трансторакальной деполяризации: один электрод накладывался под лопаткой, другой —

в прекардиальной области на уровне второго-четвертого межреберий слева. Включение дефибрилятора производилось синхронизатором после индукции больного в наркоз.

Нами предпринята попытка к исправлению ритма 56 раз у 46 человек.

Всего дано 120 импульсов продолжительностью 0,01 сек. с напряжением на пластинах от 4000 до 6000 вольт.

Всем 46 больным удалось восстановить синусовый ритм, однако длительность ремиссии у 10 человек оказалась непродолжительной (2—3 недели).

В этих случаях предпринята повторная деполяризация, в результате которой устранена мерцательная аритмия и синусовый ритм сохраняется около 1 месяца.

У 12 человек сохраняется синусовый ритм в течение 5 месяцев, у 7 человек — 3 месяца, у 10 — 2 месяца. У остальных 9 больных синусовый ритм сохраняется 1,5 месяца.

В число наших наблюдений вошло 20 мужчин и 26 женщин. Большинство из них было в возрасте до 40 лет, а 6 человек старше 40 лет.

44 человека страдали ревматическими пороками сердца; у 6 из них в анамнезе отмечены эмболии, а у 4 во время операции выявлен тромбоз левого ушка, 2 больных имели дистрофические изменения миокарда вследствие тяжелого тиреотоксикоза.

Пятерым пациентам из 44 с ревматическими пороками сердца трансторакальная деполяризация произведена за 2 недели до оперативного вмешательства, 2 — во время операции, 27 — после операции в сроки от 3 мес. до 1 года и 7 больным — без оперативного вмешательства.

Наблюдаемые нами больные имели различную давность мерцательной аритмии:

$\frac{1 \text{ мес.}}{1 \text{ чел.}}$	$\frac{6 \text{ мес.}}{5 \text{ чел.}}$	$\frac{1 \text{ год}}{10 \text{ чел.}}$	$\frac{5 \text{ лет}}{16 \text{ чел.}}$	$\frac{10 \text{ лет}}{12 \text{ чел.}}$	$\frac{15 \text{ лет}}{2 \text{ чел.}}$	$\frac{\text{Всего}}{46 \text{ чел.}}$
---	---	---	---	--	---	--

В подготовке к деполяризации нами уделялось внимание следующим моментам: 1) компенсации недостаточности кровообращения; 2) улучшению метаболизма сердечной мышцы; 3) уменьшению возбудимости нервной системы; 4) профилактика тромбоэмболических осложнений.

Для этой цели всем больным назначались глюкозиды, хлористый калий, гипотиазид по показаниям, кордиамин, камфора, АТФ, кокарбоксилаза, бромиды, хинидин или новокаинамид в микродозах и антикоагулянты, преимущественно синкумар.

Наш небольшой опыт (56 деполяризаций) позволяет считать, что правильная комплексная подготовка является залогом успеха в восстановлении синусового ритма.

Несмотря на то, что среди наших больных давность мерцательной аритмии составляла 10—15 лет, все же нам удалось методом трансторакальной деполяризации восстановить синусовый ритм, в то время как повторное и длительное лечение мерцательной аритмии хиинидином было не эффективным.

Судить о стойкости восстановленного ритма мы не можем, т. к. наши наблюдения не превышают 6 месяцев.

Мы не наблюдали у больных каких-либо осложнений, зависящих от методики восстановления ритма.

Изучение гемодинамических показателей, фазового анализа в динамике выявило значительное улучшение или нормализацию их после восстановления ритма, что позволяет считать этот метод положительно влияющим на функции сердца и состояние кровообращения.

ЛЕЧЕНИЕ МЕРЦАТЕЛЬНОЙ АРИТМИИ В ПРЕД- И ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ЭЛЕКТРОРАЗРЯДОМ

В. С. Маят, Ю. А. Нестеренко, В. А. Кузнецова

Москва

Лечение мерцательной аритмии импульсом постоянного тока в госпитальной хирургической клинике 2 МГМИ проведено у 52 больных, причем у 19 больных электрическая дефибрилляция была применена повторно (2—3 раза). Таким образом, 52 больным было сделано 72 дефибрилляции. Синусовый ритм восстановлен 61 раз. Методика дефибрилляции обычная. Напряжение разрядов колебалось от 4000 до 6000 вольт. При неэффективности первого разряда напряжение следующего повышалось на 500—1000 вольт. Если мерцательная аритмия снимается повторными разрядами высокого напряжения, синусовый ритм нестойкий и мерцательная аритмия быстро рецидивирует.

Восстановление синусового ритма проводилось до операции, в ближайшем послеоперационном периоде и в отдаленные сроки от полугода до 3 лет после операции.

Выполняя дефибрилляцию до операции у 32 больных, мы рассчитывали лучше подготовить их к вмешательству на сердце, особенно больных с 4 стадией недостаточности кровообращения. Значительное уменьшение недостаточности кровообращения наблюдалось в тех случаях, где синусовый ритм держался от 2 до 4 недель до операции. У больных с брадиаритмической формой мерцательной аритмии без явлений сердечной недостаточности, по-видимому, восстановление синусового ритма с целью подготовки их к операции за 2—3 дня до нее не имеет большого практического значения. Однако, нет сомнения в том, что на фоне восстановленного синусового ритма операция и ближайший послеоперационный период протекают в более благоприятных условиях.

14 больных оперировано на фоне восстановленного синусового ритма, и только у 2 из них он стойко сохраняется до настоящего времени. У 12 больных наблюдался рецидив мерцательной аритмии во время и в первые 5 дней после операции. Причиной рецидива мерцательной аритмии были явления сердечной недостаточности, обычно усиливающейся после операции, и послеоперационные осложнения (скопление жидкости в левой плевральной полости, левосторонняя пневмония, послеоперационное кровотечение).

В отдельных случаях устранение мерцательной аритмии помогает уточнить диагноз до операции, так как на фоне синусового ритма лучше расшифровываются данные ЭКГ, ФКГ, электрокимограммы и показатели зондирования.

Результаты дефибрилляций, проведенных после операции, приведены в таблице: