

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, электрокинограммы и показатели зондирования.

Результаты дефибрилляций, проведенных после операции, приведены в таблице:

	Всего 6-ных	Рецидив в первые сутки	Рецидив через 3— 17 суток	Не снята	Выписаны с синусо- вым рит- мом на 3— 17 сутки
Дефибрилляция сделана через ме- сяц	21	3	2	2	14
Через 1,5—3 года	15	—	4	1	10
Всего	36	3	6	3	24

При сравнении 2 групп больных с дефибрилляцией, выполненной до операции, а так же тех больных, у которых дефибрилляция была сделана в различные сроки после операции, выяснено, что количество неудач и рецидивов в первые 2 недели приблизительно одинаково. Так, из 32 больных, которым дефибрилляция сделана до операции, неудачи и ранние рецидивы наблюдались у 15, а из 36 больных, подвергшихся дефибрилляции после операции, рецидивы наблюдались у 12.

С целью выяснения причин неудач и ранних рецидивов мы анализировали значение следующих факторов: характер порока, величину давления в легочной артерии во время зондирования правых отделов сердца, длительность интервала PQ, поперечник сердца по прямым рентгенограммам.

Из 52 больных у 6 было диагностировано преобладание недостаточности митрального клапана и у 46 — стеноз левого венозного отверстия. Успешное восстановление синусового ритма наблюдалось как при недостаточности митрального клапана, так и при стенозе. Возможность восстановления синусового ритма, по-видимому, не зависит ни от размеров левого атриовентрикулярного отверстия, ни от величины регургитации.

При восстановленном синусовом ритме интервал PQ колебался от 0,10 до 0,26 сек. У 21 больного он равнялся 0,20 сек. и больше, что указывает на нарушения проводимости в атриовентрикулярном узле. Рецидивы мерцательной аритмии не зависели от длительности этого интервала, они наблюдались одинаково часто как при коротком, так и при длинном интервале.

Величина легочной гипертензии не влияла на восстановление и стойкое удержание синусового ритма. Дефибрилляция была успешной при давлении в легочной артерии 40/20 и 106/50, рецидивы наступали как при давлении 25/13 так и 118/60.

Измерение размеров поперечника сердца, который у наших больных колебался от 13,8 до 27,8 см на прямых рентгенограммах, также не позволило установить какой-либо закономерности между размерами сердца, восстановлением и длительностью сохранения синусового ритма; однако, наибольший процент неудач наблюдался у больных с большим поперечником сердца (19,1—19,8).

Вероятно, неудачи восстановления синусового ритма и рецидивы мерцательной аритмии в ранние сроки зависят, в одних случаях, от функциональной недостаточности синусового узла, который не способен взять на себя функцию водителя ритма; а в других случаях — от грубых анатомических изменений в стенке предсердий, возникших в результате длительной гипоксии и ревматического миокардита. Левое предсердие не способно к полному восстановлению механической деятельности, что подтверждается данными электрокардиограммы.

Обсуждаемый метод лечения мерцательной аритмии в 80—90% позволяет восстановить синусовый ритм, однако, проблема удержания синусового ритма остается нерешенной.

Дефибрилляцию мы проводили после снятия явлений декомпенсации и выраженной тахикардии. При подготовке больных применялись в/в вливания глюкозы, калий, АТФ, комплекс витаминов, строфантин, дигиталис. 10 больных после дефибрилляции получали кокарбоксилазу для стойкого удержания синусового ритма. Однако, предупредить рецидивы мерцательной аритмии у этих больных нам не удалось. Дефибрилляция — относительно безопасная процедура. Мы наблюдали лишь один раз фибрилляцию желудочков, которая продолжалась несколько секунд и спонтанно прошла. У 4 наших больных в анамнезе наблюдались эмболии в сосуды мозга, у 6 — периферические эмболии. Тромбозы ушка и предсердия были выявлены у 14 больных во время операции. Ни в одном случае после дефибрилляции мы не наблюдали нормализационных эмболий.

Выводы

1. Восстановление синусового ритма наблюдалось у 46 из 52 больных с ревматическим пороком сердца.

2. У большинства больных восстановленный синусовый ритм держится недолго, и больные нуждаются в длительной поддерживающей терапии.

3. Наиболее эффективна дефибрилляция, когда она производится в отдаленные сроки после операции у больных со 2—3 стадией недостаточности кровообращения (по Бакулеву).

4. Восстановление синусового ритма у больных с тахиаритмической формой мерцания предсердий с 4—5 стадией недостаточности кровообращения (по Бакулеву) помогает подготовить этих больных к операции на сердце.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ НАРУШЕНИЙ СЕРДЕЧНОГО РИТМА ПУТЕМ ДЕФИБРИЛЛЯЦИИ ПРИ ОТКРЫТОЙ И ЗАКРЫТОЙ ГРУДНОЙ КЛЕТКЕ

М. И. Сахаров, Э. В. Пионтэк

Свердловск

Способ лечения аритмий электрической дефибрилляцией, примененный в клинике впервые в 1959 году, вышел уже за пределы крупных столичных клиник и с успехом используется во многих городах Союза.

Этот способ привлекает внимание своей относительной простотой, большой эффективностью и безопасностью.

Медикаментозное лечение аритмий хинидином, новокаиномидом и другими препаратами в сочетании с хлористым калием, часто было не эффективным.

Применение хинидина в больших дозировках иногда отягощается тяжелыми осложнениями, вплоть до смертельных исходов. Поэтому электрическая дефибрилляция стала методом выбора.