

ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКИЕ И ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРИ ДЕФИБРИЛЛЯЦИИ СЕРДЦА ПО ПОВОДУ МЕРЦАТЕЛЬНОЙ АРИТМИИ

А. А. Обухова, В. Н. Чиненкова

Горький

Электроимпульсная терапия является эффективным методом лечения мерцательной аритмии. Она сопровождается определенными изменениями гемодинамики и ЭКГ. Изучение этой реакции и контроль коррекции мерцательной аритмии проводились у 54 больных, которым произведено 70 дефибрилляций. Запись ЭКГ велась непрерывно на отечественном двухканальном электрокардиографе с чернильной записью во время разряда и спустя 2—5 минут после него. Восстановление синусового ритма при остро возникшей мерцательной аритмии происходило после 1—2 разрядов дефибриллятора. Период восстановления при этом наступал сразу. В единичных случаях наблюдались групповые желудочковые экстрасистолы или единичные экстрасистолы, которые продолжались в течение 1—2 секунд. За ними обычно устанавливался синусовый ритм.

При хронической мерцательной аритмии количество разрядов чаще достигало 4—5 с перерывом между ними в 3—5 минут. Если после разряда не наступало восстановление ритма, то на ЭКГ отмечалось ускорение сердечного ритма (иногда до 170 сокращений в 1 минуту). Через 2—4 минуты ритм урежался и при 90—100 сокращениях в 1 минуту производился новый разряд. При хронической мерцательной аритмии после разряда наблюдались различные нарушения ритма.

Вид аритмии	К-во больных
Групповая желудочковая экстрасистолия	15
Полиопная экстрасистолия	6
Бигеминическая экстрасистолия	5
Предсердная экстрасистолия	5
Интерференция с диссоциацией	4
Узловой ритм	3
Трепетание предсердий	2

Эти нарушения ритма были скоропроходящими, продолжаясь от нескольких секунд до 2—3 минут. Вслед за ними появлялся синусовый ритм.

Появление различных нарушений ритма, предшествующих восстановлению синусового ритма, является результатом непосредственного действия электрического тока на миокард.

У 7 больных после дефибрилляции произошел подъем ST-сегмента, типичный для миокардиального повреждения при остром инфаркте миокарда. Эти изменения ST-сегмента наблюдались в правой группе грудных отведений и являлись также кратковременными (2—5 минут)

Из 7 больных двое имели атеросклеротический кардиосклероз, трое — аортально-митральный стеноз. Учитывая возможность поражения коронарных сосудов у данной группы больных, можно согласиться с мнением Сассмана (Sussman, 1964), что это проявление не распознанной ранее болезни коронарных артерий, а не непосредственное действие самого шока. Однако этот вопрос требует дальнейшего изучения.

На второй день после дефибрилляции у 6 больных было выявлено замедление атриовентрикулярной проводимости. Интервал PQ достигал в отдельных случаях 0,44 секунды. В течение 4—6 дней наступала нормализация атриовентрикулярной проводимости.

Нарушения проводимости могут быть связаны с действием сильного разряда электротока на сердечную мышцу. Это также является спорным вопросом.

Наряду с электрокардиографическим контролем нами изучались колебания артериального и венозного давления во время дефибрилляции у 20 больных. Электрошок вызывает кратковременный подъем артериального давления на 10—30 мм рт. ст. Венозное давление у большинства больных повышалось в момент электроразряда от 5 до 80 мм водного столба. Через 3—5 минут после дефибрилляции показатели венозного давления, как правило, нормализовались или оставались несколько повышенными.

Проведенные наблюдения свидетельствуют о том, что дефибрилляция сопровождается кратковременными электрокардиографическими и гемодинамическими изменениями. Это позволяет рекомендовать данный метод для клинического применения при строгом отборе больных.

ОПЫТ УСТРАНЕНИЯ МЕРЦАТЕЛЬНОЙ АРИТМИИ ПРЕДСЕРДИЙ ЭЛЕКТРИЧЕСКИМ ИМПУЛЬСОМ В РАЗЛИЧНЫЕ ПЕРИОДЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ МИТРАЛЬНОГО СТЕНОЗА

В. Тамошюнас, А. Добкевичене

Каунас

Электрическая дефибрилляция в хирургическом отделении Республиканской клинической больницы и экспериментальной лаборатории хирургической госпитальной кафедры медицинского института применяется с 1960 г. До 1965 г. больные с митральным стенозом, сопровождаемым мерцательной аритмией, в пред- и послеоперационном периоде находились в кардиологическом отделении нашей клиники, где им применялась наружная электрическая дефибрилляция.

Последнее время большая часть таких больных поступает прямо в хирургическое отделение, где и проводится дефибрилляция.

Мы несколько изменили методику и премедикацию при лечении мерцательной аритмии в различные периоды хирургического лечения митрального стеноза.

Больным за 4 дня до дефибрилляции назначают беллоид по 1 таб. 3—4 раза; хинидин (по 0,2×2) в течение 3 дней и гепарин по схеме: 1 день — 40 000 ед., 2 день — 30 000 ед., 3 день — 25 000 ед. За два часа до дефибрилляции — 1 таб. беллоида и хинидин 0,4 г. За 30 мин. до процедуры — омнопон и атропин внутримышечно.

Дефибрилляция производится под внутривенным тиопенталовым или общим газовым наркозом. Напряжение импульса от 4000 до 5000 вольт. После дефибрилляции назначалась поддерживающая доза хинидина и беллоида.

Дефибрилляция была применена у 38 оперированных больных 54 раза.