

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 ПРЕДСЕРДИИ 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.

Таблица

Дефибрилляция произведена	Появление мерцательной аритмии			Всего
	до операции	во время операции	первые сутки после операции	
До операции	16	—	—	16
Во время операции	7	2	—	9
Первые сутки после операции	1	—	—	1
На 3—4 неделе после операции	9	3	16	28
Всего	33	5	16	54

Как видно из таблицы, до операции дефибрилляция была применена у 16 больных, но только у 4 синусовый ритм остался постоянным.

У двух больных мерцательная аритмия возобновилась до операции, а у 10 — в первые дни после операции. Этим больным пришлось повторить дефибрилляцию позже. Поэтому мы стали применять электрическую дефибрилляцию до операции только в тех случаях, когда мерцание предсердий затрудняло подготовку больного к операции или для уточнения диагноза.

Во время операции дефибрилляция была применена у 9 больных. Из этого числа у двух больных операция осложнилась мерцанием желудочков, которое было устранено прямой дефибрилляцией, одновременно было устранено и мерцание предсердий. У одной больной во время операции после ушивания грудной клетки, из-за короткого замыкания в аппарате мерцание предсердий не удалось прекратить. Дефибрилляция была применена успешно позже. У 3 больных мерцательная аритмия возобновилась на 3 сутки после операции, им тоже пришлось повторить дефибрилляцию. У 5 больных синусовый ритм стал устойчивым.

Применение наружной дефибрилляции на операционном столе после ушивания грудной клетки оставило хорошее впечатление. Больные, даже те, у которых на 3 сутки мерцательная аритмия возобновилась, легче переносили первые дни послеоперационного периода. Этим больным легко удалось перевести тахикардическую форму мерцательной аритмии и брадикардическую и после 3 недель успешно применить дефибрилляцию. Операцию митрального стеноза, осложненного мерцанием предсердий, как правило, в последнее время заканчиваем дефибрилляцией.

У 22 больных мы отмечали, что увеличенная чувствительность сердца во время операции является прелюдией возникновения мерцательной аритмии на операционном столе или в первые сутки после операции. Внутривенное введение новокаина, бережно выполненная операция, хорошая эвакуация перикардиальной и плевральной жидкости, хинидин, борьба с гипоксией уменьшают эту опасность.

Одному больному мы применили дефибрилляцию на 3 сутки после операции. Больной был в тяжелом состоянии из-за плохой функции клапанов и печеночной недостаточности. Применение дефибрилляции под тиопенталовым наркозом ухудшило его состояние и привело к гибели. Поэтому дефибрилляцию в первые послеоперационные дни и до заживления раны мы считаем нецелесообразной. В этом периоде лучше

применять медикаментозную терапию, под влиянием которой мерцание предсердий может пройти и без дефибрилляции.

Дефибрилляция на 3—4 неделе после комиссуротомии была применена у 28 больных с хорошими результатами. Это, на наш взгляд, самое подходящее время для снятия мерцательной аритмии, когда она возникает после операции.

ПРИМЕНЕНИЕ ДЕФИБРИЛЛЯТОРА ПРИ РАЗЛИЧНЫХ РАССТРОЙСТВАХ СЕРДЕЧНОГО РИТМА

Н. П. Бычихин, Л. А. Смольников

Архангельск

В связи с широким развитием сердечной хирургии и реанимации проблема аритмии и фибрилляции сердца стала особенно актуальной. Применение медикаментов, понижающих возбудимость сердца (хинидин, новокаинамид и др.), является не всегда эффективным, а в острых случаях и бесполезным мероприятием. В последнее время на страницах медицинской печати появились сообщения, указывающие на эффективность применения при аритмиях электрической деполяризации сердца.

Наш небольшой опыт убедил нас в преимуществе электрической деполяризации по сравнению с другими методами. Стало очевидно, что в некоторых случаях этот прием является методом выбора.

При лечении больного мужчины 33 лет, поступившего в терапевтическую клинику в июле 1964 года, лечившегося по поводу повторного инфаркта миокарда, осложненного желудочковой пароксизмальной тахикардией и острой сердечно-сосудистой недостаточностью, был применен метод электрической деполяризации. Состояние больного при поступлении было тяжелое: больной бледен, покрыт холодным липким потом, цианоз губ, выраженная пульсация и набухание шейных вен, пульс слабого наполнения, не поддается точному счету.

Несмотря на проведенную активную лекарственную терапию (новокаинамид, препараты брома, кордиамин, хинидин, коргликон, мезатон, гепарин и другие средства) состояние больного продолжало ухудшаться: печень увеличилась до уровня пупка, дыхание поверхностное, артериальное давление снизилось до 70/30, а затем перестало определяться. Больному введено внутривенно 300 мг тиопентала натрия, после наступления наркоза дан разряд на сердце дефибриллятором напряжением 3000 вольт. Сразу же после разряда появился ритмичный пульс до 90 ударов в одну минуту, хорошего наполнения и напряжения, артериальное давление поднялось до 140/80. Через 5 минут больной проснулся, сознание ясное. Уже на вторые сутки печень сократилась, пульс установился в пределах 75—80 ударов в одну минуту. Больной был выписан из клиники на 65 день. В настоящее время состояние больного хорошее, сердечный ритм восстановлен.

Кроме того, у 6 больных нами также был применен дефибриллятор во время фибрилляции желудочков, с целью восстановления сердечного ритма. У двух больных состояние клинической смерти наступило на операционном столе во время манипуляций на сердце. Проведение компрессных мероприятий по оживлению (внутриартериальное нагнетание крови, прямой массаж сердца и т. д.) не дало эффекта. Применение дефибриллятора в одном случае через 16 минут, а в другом через 10 ми-