

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 комплексных 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-

нут после клинической смерти, позволило восстановить сердечную деятельность без каких-либо, в последующем, расстройств со стороны внутренних органов и мозгового кровообращения. Оба больных выписаны из клиники в удовлетворительном состоянии. У остальных 4 больных применение дефибриллятора в состоянии клинической смерти не восстановило сердечную деятельность.

Таким образом, мы убедились в том, что применение дефибриллятора с целью восстановления ритма сердечной деятельности может быть эффективным, последующее восстановление нормальной сердечной деятельности зависит от общего состояния и характера первичного заболевания.

III РАЗДЕЛ

ЛЕЧЕНИЕ ПОЛНОЙ ПОПЕРЕЧНОЙ БЛОКАДЫ СЕРДЦА ЭЛЕКТРОСТИМУЛЯЦИЕЙ

ЛЕЧЕНИЕ ЭЛЕКТРОСТИМУЛЯЦИЕЙ БОЛЬНЫХ С АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНОЙ БЛОКАДОЙ

А. С. Ровнов, С. С. Григоров, Ф. Б. Вотчал, Е. Л. Геселевич

Москва

В Институте сердечно-сосудистой хирургии АМН СССР проблема электростимуляции сердца разрабатывается с 1959 г.

За это время под наблюдением находилось 120 больных с нарушением атриовентрикулярной проводимости.

Частота заболевания, по нашим данным, не зависит от пола больных. Мы имели почти одинаковое количество мужчин (61) и женщин (59). Возраст больных колебался от 3 до 75 лет.

У 64 больных поперечная блокада возникла в результате операционной травмы при хирургическом лечении пороков сердца.

У 56 больных этиологическим фактором являлись атеросклеротический кардиосклероз, гипертоническая болезнь, ревматизм и др. заболевания. Эта группа больных является объектом нашего анализа.

По клиническому течению атриовентрикулярные блокады можно разбить на три основные формы: стойкую, нестойкую и перемежающуюся.

В результате нарушения атриовентрикулярной проводимости наступает асинхронизм в работе предсердий и желудочков. Редкий индивидикулярный ритм приводит к значительным гемодинамическим нарушениям.

Методом радиоизотопной индикации выявлено значительное снижение минутного объема и минутного индекса (в 1,3—2 раза), замедление кровотока в большом и малом кругах (в 1,5—2 раза).

Заболевание характеризуется резким снижением адаптации больных к физическим нагрузкам.

Компенсация кровообращения в основном происходит за счет увеличения ударного объема и ударного индекса (в 1,5—2 раза).

В механизме повышения последних играют роль развивающаяся миогенная дилатация полостей сердца и гипертрофия миокарда.