

## ОБМЕН ОПЫТОМ

УДК 616.125-009.3-039.31-085.841

### КУПИРОВАНИЕ ПРИСТУПА ТРЕПЕТАНИЯ ПРЕДСЕРДИИ ОДИНОЧНЫМ ЭЛЕКТРИЧЕСКИМ ИМПУЛЬСОМ

*А. Л. Сыркин и И. В. Маевская*

Факультетская терапевтическая клиника (дир. — действ. член АМН СССР проф. В. Н. Виноградов) I Московского ордена Ленина медицинского института им. И. М. Сеченова

В 1961 г. Alexander, Kleiger и Lown впервые сообщили об успешном купировании приступа желудочковой тахикардии с помощью дефибриллятора. В дальнейшем этот метод неоднократно применяли за рубежом для борьбы с такими серьезными нарушениями ритма сердца, как пароксизмальная тахикардия, трепетание предсердий и мерцательная аритмия (Zoll и Linenthal; Paul и Miller; Lown и соавторы; Killip и др.).

В Советском Союзе Б. М. Цукерман после проведенных им и Н. Л. Гурвичем экспериментов еще в 1959 г. применил конденсаторный разряд для прекращения мерцательной аритмии на операционном столе (при митральной комиссуротомии). В 1961 г. он сообщил об использовании этого метода у больного с трепетанием предсердий с полным проведением импульсов к желудочкам (1:1).

В. Н. Семенов (лаборатория экспериментальной физиологии АМН СССР, руководимая проф. В. Н. Неговским) в октябре 1963 г. продемонстрировал на заседании Московского научного общества терапевтов больного, у которого приступ пароксизмальной тахикардии дважды устранялся с помощью конденсаторного разряда. Ряд аналогичных наблюдений имеется у В. Я. Табака из той же лаборатории.

Как известно, продолжительные приступы пароксизмальной тахикардии и трепетания предсердий могут, особенно при наличии атеросклероза коронарных артерий, приводить к тяжелым осложнениям и даже быть причиной летального исхода. В то же время обычными мероприятиями купировать приступ удается не всегда; иногда приходится прибегать к большим дозам строфантина, новокаинамида, хинидина, которые могут повлечь за собой добавочные осложнения. Отсюда понятен интерес, проявляемый клиницистами к новому методу лечения нарушений ритма.

В факультетской терапевтической клинике I Московского ордена Ленина медицинского института им. И. М. Сеченова одиночный конденсаторный разряд был успешно применен для прекращения приступа у 3 больных с пароксизмальной суправентрикулярной тахикардией и у 1 больного с трепетанием предсердий с неполным проведением импульсов к желудочкам. Так как случаи купирования пароксизмальной тахикардии конденсаторным разрядом еще весьма редки, а сообщений о применении в Советском Союзе конденсаторного разряда у больных с тахикардией, обусловленной трепетанием предсердий, нам не встретилось, мы считаем целесообразным привести это наблюдение.

Больной Д., 37 лет, колхозник, доставлен в клинику 7/II 1964 г. машиной скорой помощи. При поступлении жалобы на сильное сердцебиение, тупые боли в области сердца и в правом подреберье, резкую слабость. В 1950 г. опухли суставы левой руки, к врачам не обращался; других заболеваний не помнит. В июне 1961 г. впервые развился приступ тахикардии. Число сердечных сокращений превышало 220, приступ продолжался 1½ часа и прекратился самостоятельно. В дальнейшем подобные приступы возникали многократно, в последнее время — еженедельно; купировались какими-то инъекциями или прекращались самостоятельно. Обычная продолжительность приступа около 1 часа, наибольшая продолжительность около 13 часов. Больного неоднократно госпитализировали, у него был диагностирован митральный порок сердца, пароксизмальная тахикардия. По его словам, врачи и в межприступный период постоянно отмечали тахикардию (120 ударов в минуту) и какие-то нарушения ритма. Прием хинидина и дигиталиса не предотвращал приступов. Последний приступ возник

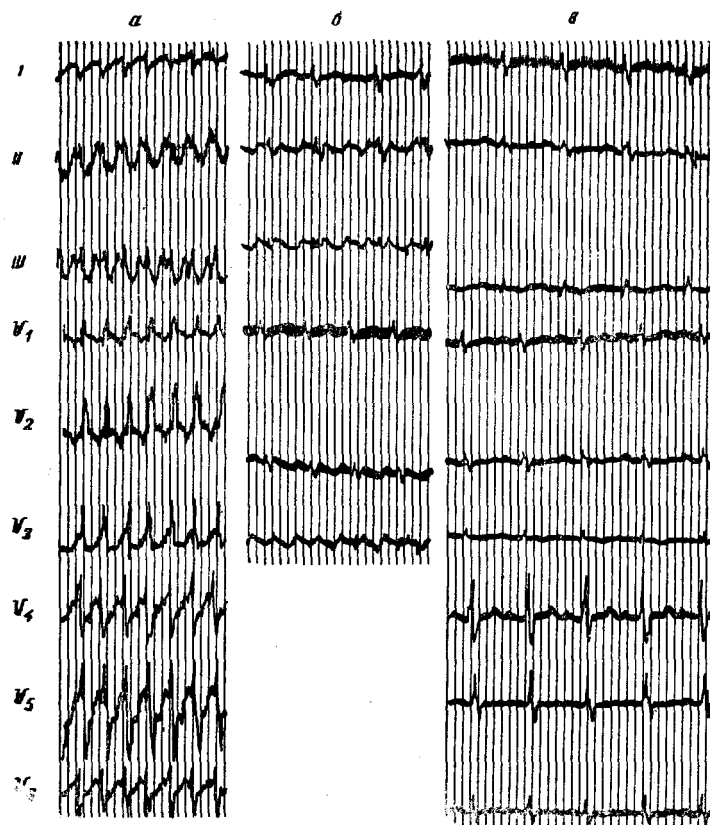


Рис. 1. ЭКГ больного Д.  
а и б — при поступлении; в — после проведения конденсаторного разряда.

в день поступления в клинику в 8 часов утра, когда больной находился в поезде. В Москве к нему была вызвана машина скорой помощи. Пульс был ритмичным, более 220 ударов в минуту; после внутривенного введения 5 мл 10% раствора новокаинамида отмечалось кратковременное урежение числа сердечных сокращений до 120 ударов в минуту.

При поступлении состояние средней тяжести. Выраженный цианоз лица, кистей, стоп. Число дыханий 26 в минуту. В легких жесткое дыхание, хрипов нет. Видимая пульсация шейных вен (симптом «закупорки предсердий»). Правая граница сердца на 1 см снаружи от правого края грудины, верхняя — по верхнему краю III ребра, левая на 1 см снаружи от среднеключичной линии. Число сердечных сокращений около 240 в минуту, тоны приглушены, у верхушки и в точке Боткина выслушивается шум, характер которого определить не удается из-за тахикардии. Артериальное давление 110/70 мм рт. ст. Венозное давление 150 мм вод. ст. На ЭКГ — трепетание предсердий с полным проведением импульсов к желудочкам с числом сердечных сокращений 250 в минуту (рис. 1, а).

Через 30 мин. после поступления в клинику число сердечных сокращений уменьшилось (самостоятельно) до 150 в минуту. На ЭКГ — трепетание предсердий с меняю-

щимся коэффициентом проведения импульсов к желудочкам, причем преимущественно отмечалось чередование соотношения предсердных и желудочковых сокращений (2:1, 3:1). При этом частота предсердных сокращений не изменилась — 250 в минуту (рис. 1, б). Состояние больного продолжало ухудшаться, цианоз и одышка нарастали, в связи с чем было решено купировать приступ конденсаторным разрядом. После

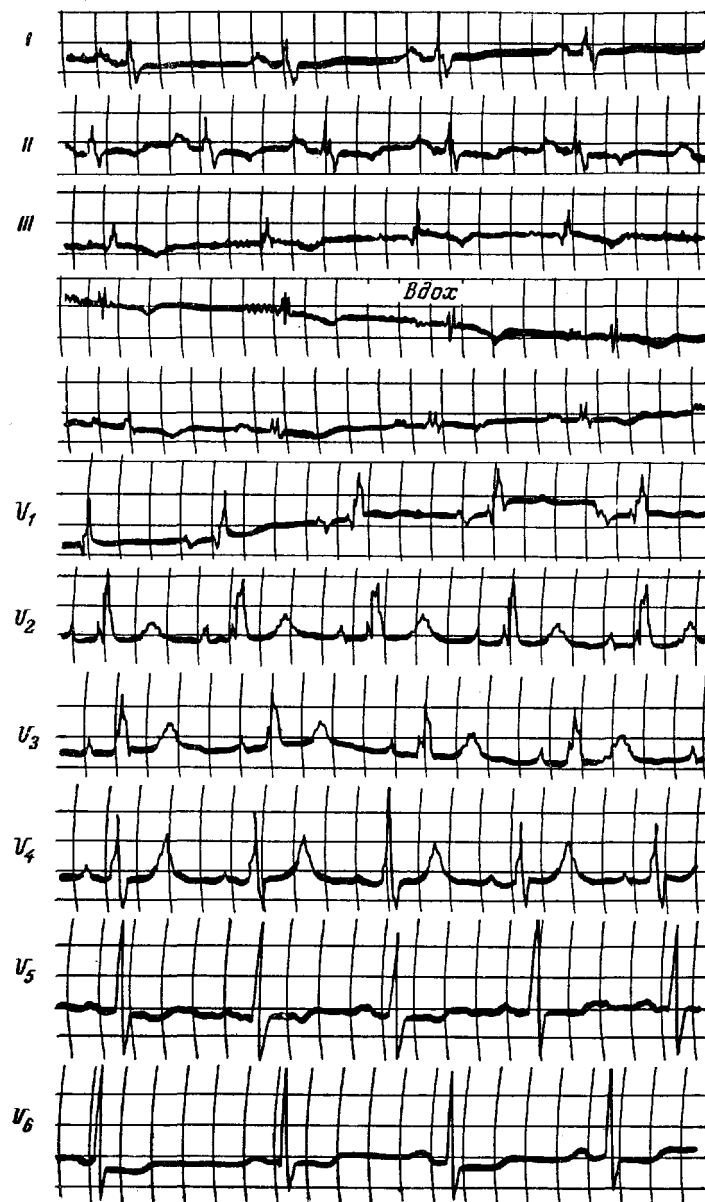


Рис. 2. ЭКГ больного Д. через 4 недели после купирования приступа трепетания предсердий конденсаторным разрядом.

внутривенного введения 1 мл 2,5% раствора пипольфена и 1 мл 1% раствора промедола больному дана закись азота с кислородом (в соотношении 3:1), наложены пластины рефибриллятора на область сердца и левой лопатки и через 8 часов от начала приступа произведен разряд конденсатора (при напряжении 4500 в). Немедленно после разряда число сердечных сокращений стало 92 в минуту, ритм правильный. На ЭКГ — синусовый ритм (рис. 1, в). Самочувствие больного сразу же резко улучшилось, быстро уменьшился цианоз и одышка.

В дальнейшем состояние больного вполне удовлетворительное. При обследовании диагностирован комбинированный митральный порок сердца; признаков активного ревматического процесса нет. Больной получает настой адониса, хлористый калий (по 20 мл 10% раствора 3 раза в день); в первые дни был назначен также хинин — 0,6 г в сутки с постепенным уменьшением дозы. За прошедшие с момента приступа 4 недели аритмии не отмечалось. На ЭКГ — синусовый ритм, выраженные изменения миокарда предсердий и желудочков с нарушением атриовентрикулярной и внутрижелудочковой проводимости (рис. 2).

Приведенное наблюдение подтверждает целесообразность применения конденсаторного разряда для прекращения тяжелых приступов пароксизмальной тахикардии, в частности трепетания предсердий. Прекращение приступа достигается, по-видимому, благодаря одновременной деполаризации всего миокарда, за которой следует восстановление синусового ритма.

Имеются ли осложнения при применении этого метода? В эксперименте показана возможность возникновения фибрилляции желудочков при нанесении одиночного электрического раздражения в «ранимую» фазу сердечного цикла. Killip сообщил, что у больной митральным стенозом при 3 попытках купировать этим методом мерцательную аритмию дважды возникала фибрилляция желудочков, прекращавшаяся немедленно после повторного конденсаторного разряда.

Возможность подобного осложнения всегда следует учитывать. Желательно применять синхронизатор, чтобы избежать попадания разряда в «ранимую» фазу сердечного цикла. Врач, купирующий приступ конденсаторным разрядом, должен быть готов к проведению дефибрилляции, непрямого массажа сердца и других необходимых мероприятий. Тем не менее, учитывая редкость подобных осложнений и возможность немедленной дефибрилляции, применение одиночного конденсаторного разряда является перспективным методом лечения аритмий сердца.

#### ЛИТЕРАТУРА

- Цукерман А. М., Гурвич Н. Л. Экспер. хир., 1956, № 3, стр. 38.—Цукерман Б. М. Вестн. АМН СССР, 1961, № 8, стр. 32.—Alexander S., Kleiger R., Lown B., J.A.M.A., 1961, v. 177, p. 916.—Killip T., Ibid., 1963, v. 186, p. 1.—Lown B., Amarasingham R., Neuman J., Ibid., 1962, v. 182, p. 548.—Zoll P. M., Linenthal A. J., Circulation, 1962, v. 25, p. 596.

УДК 618.14-006.36-085

### ОПЫТ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ФИБРОМИОМЫ МАТКИ

*Л. Я. Давыдов*

Львовский научно-исследовательский институт охраны материнства и детства  
(дир. — канд. мед. наук Л. Я. Давыдов)

Фибромиома матки — одна из наиболее распространенных доброкачественных опухолей женской половой сферы. По данным различных авторов, опухоль встречается у 8—20% всех женщин, чаще всего в возрасте от 35 до 45 лет.

Начиная с конца прошлого века ряд авторов высказывается за то, что росту опухоли способствует повышенное содержание в организме эстрогенных яичниковых гормонов (Д. Д. Попов, В. Ф. Снегирев, Г. Г. Гамбаров, В. Н. Хмелевский, Я. С. Кленицкий, Б. М. Максимович, С. Х. Назарли, М. В. Харабадзе, Lacassagne, Lipschutz, Vimes и др.). В пользу этого говорит то, что фибромиома возникает и развивается