

ЛИТЕРАТУРА

- Блюгер А. Ф., Новицкая И. Н., Теребкова З. Ф. Сальмонеллез, Рига, 1975.
- Дмитровская Т. И. Сальмонеллезы в Казахстане. Алма-Ата, 1971.
- Клиника, лечение и диагностика сальмонеллеза у взрослых. Метод. рекомендации. / Покровский В. И. и др. М., 1981.
- Ойвин И. А. — Пат. физиол., 1960, № 4, с. 65.
- Фомина Л. С. Справочник по функциональной диагностике в педиатрии. М., 1979, с. 339.
- Шлыгин Г. К., Фомина Л. С., Павлова Э. М. — В кн.: Современные методы в биохимии. М., 1964, т. I, с. 297.
- Михайлова Ю. И. Клинико-иммунологические наблюдения, диагностика и некоторые показатели функциональной патологии при пищевых токсикоинфекциях, вызванных сальмонеллами. Дис. докт. М., 1967.

Поступила 05.10.81

УДК 616.12-008.313-085.844

Н. А. Афанасьев, А. Н. Богданов, А. Н. Афанасьев

РЕВЕРСИЯ СИНУСОВОГО РИТМА КАК МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ МЕРЦАТЕЛЬНОЙ АРИТМИИ РАЗЛИЧНОГО ГЕНЕЗА

Воронежская областная клиническая больница (главный врач — Л. В. Ядыкина)

Мерцательная аритмия является частым осложнением многих заболеваний, с наибольшим постоянством осложняющим течение пороков сердца, кардиосклероза и тиреотоксикоза. Это осложнение значительно ухудшает основное заболевание, способствует развитию недостаточности кровообращения, которая и является одной из причин смерти подобных больных. Другая грозная опасность, а также причина смерти больных с мерцательной аритмией — тромбоэмболические осложнения. По мнению ряда авторов, мерцательная аритмия развивается в результате множественных гетеротопных очагов автоматизма в миокарде предсердий (С. В. Андреев и соавт.; Finkelstein), циркулирующих по устьям полых вен, волн возбуждения (Mines, Lewis). Пусковым механизмом волны служат, по видимому, предсердные экстрасистолы, возникающие вследствие указанных очагов автоматизма. Из сказанного становится очевидным, что лечение мерцательной аритмии должно быть направлено на подавление циркулирующей волны возбуждения наряду с подавлением гетеротопных очагов автоматизма.

Широко практикуемую наперстянку нельзя считать полноценным лечением мерцательной аритмии, к тому же наперстянка оказывает токсическое влияние на миокард. Устранение мерцательной аритмии стало возможным лишь после открытия Wenckebach антиаритмического действия хинина, позволившего в известном проценте случаев производить химическую реверсию синусового ритма. Эффект в этом случае достигается значительной ценой — снижением контрактильной способности миокарда, так как хинидин обладает выраженной токсичностью по отношению к миокарду. Поэтому химическую реверсию можно применять в ограниченном числе случаев — у больных с малым сроком мерцательной аритмии и без признаков недостаточности кровообращения. При наличии таковых требуются длительная подготовка, лечение наперстянкой (М. Я. Арьев). Восстановления синусового ритма удается достигнуть в 30—80 % случаев (И. М. Арригонн; С. В. Шестаков).

Еще менее перспективными оказались прокаиномид и другие препараты этого ряда. Впрочем, при своевременном применении препаратов (сразу после возникновения мерцательной аритмии или через несколько дней) иногда удается получить эффект реверсии.

Метод электрической дефибрилляции мерцательной аритмии, разработанный в эксперименте Б. М. Цукерманом и Н. Л. Гурвичем в 1956 г. и введенный в клинику А. А. Вишневым и Н. Л. Гурвичем, в значительной мере свободен от этих недостатков. Эффективность его достигает 90 %.

В Воронежской областной клинической больнице метод электрической дефибрилляции применяется с 1963 г. Всего выполнено 5950 дефибрилляций у 2560 больных. Дефибрилляции производились по общепринятой методике. Использовались дефибрилляторы ДИ-1 ВЭИ, ДИ-03, установка ДКИ-0,1. Напряжение конденсаторного тока — от 4000 до 6000 В.

Большие ревматическими пороками сердца составили 84,5 %, кардиосклерозом — 10 %, тиреотоксикозом — 5 %, инфарктом миокарда — 0,5 %. При ревматических пороках сердца эффект достигнут в 91,1 % случаев, при кардиосклерозе — в 92,2 % (среди больных кардиосклерозом 150 страдали атеросклерозом, 106 — миокардитическим кардиосклерозом), при тиреотоксикозе — 95,2 %, а в целом по группе — 92,2 %.

При безуспешности попыток реверсии синусового ритма у 10 больных тиреотоксическим зобом, осложненным мерцательной аритмией и выраженными проявлениями сердечной недостаточности (у 2 больных — III степень недостаточности кровообращения, у 5 — IIБ, у 3 — IIА), использована гилербарическая оксигенация (10 сеансов при давлении 1 атм), причем больных доставляли в дефибрилляционную комнату из барокамеры в течение 5—10 мин в момент максимального насыщения кислородом организма больного. Таким образом, устранение гипоксии во время повторной дефибрилляции позволило восстановить синусовый ритм у всех этих больных. Устойчивое

восстановление синусового ритма (свыше 3 мес) достигнуто у 80 % больных.

Рецидивы мерцательной аритмии отмечены в различные сроки: от 3 мес до 1 года — у 21 % больных, до 2 лет — у 28 %, до 3 лет — у 12 %, до 4 лет — 10 %, до 5 лет — у 6 %, свыше 5 лет — у 3 %. Этим больным производились повторные дефибрилляции (2100 процедур), в том числе у ряда больных повторно и многократно.

Наибольший срок ремиссии у больных ревматическими пороками сердца был 10 лет, у больных атеросклеротическим кардиосклерозом — 3½ года, миокардитическим кардиосклерозом — 8 лет.

Восстановление синусового ритма сопровождалось явным клиническим улучшением: уменьшением признаков недостаточности кровообращения, увеличением толерантности к физической нагрузке, улучшением коронарного кровообращения по данным ЭКГ.

При применении несинхронизированных 1250 электроимпульсов отмечено 11 фибрилляций желудочков, успешно устраняемых повторным разрядом дефибриллятора. При работе синхронизатором фибрилляций желудочков не возникло (4700 разрядов).

Среди осложнений электрической дефибрилляции отмечены так называемые нормализационные тромбозы — 0,3 % от числа больных. При наблюдении в отдаленном периоде (5 лет) среди больных, в комплексе лечения которых систематически применяли электродефибрилляцию, отмечены лишь 2 тромбозы. В этот же срок у больных с мерцательной аритмией, лечившихся без реверсии синусового ритма (152), отмечено 21 тромбозомическое осложнение.

Систематическое применение электрических реверсий синусового ритма позволяет поддерживать больных в состоянии хорошей компенсации, а у части лиц сохранять трудоспособность.

Выводы

1. Современным адекватным лечением мерцательной аритмии следует считать восстановление синусового ритма.

2. Восстановление синусового ритма не только способствует улучшению гемодинамики, но и снижает опасность тромбоэмболических осложнений в последующем.

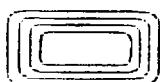
3. Дефибрилляцию следует рассматривать не как разовое, а как систематическое мероприятие среди всех лечебных мероприятий.

4. Применение гипербарической оксигенации у больных тяжелым тиреотоксическим зобом, осложненным мерцательной аритмией, позволяет значительно улучшить результаты лечения мерцательной аритмии.

ЛИТЕРАТУРА

- Арьев М. Я. Мерцательная аритмия. Петроград, 1924.
- Арригона И. М. В кн.: Всероссийский съезд кардиологов. 1-й. Материалы. Воронеж, 1968, с. 180—181.
- Андреев С. В., Борисова Б. И., Русин В. С. — Бюлл. экспер. биол., 1941, т. 11, № 2, с. 137—139.
- Вишневский А. А., Цукерман Б. М., Смеловский С. И. — Клин. мед., 1960, № 8, с. 26—29.
- Цукерман Б. М., Гурвич Н. Л. — Экспер. хир., 1956, № 3, с. 38—44.
- Шестаков С. В. Мерцательная аритмия. М., 1961.
- Endelman T. H. — Arch. ges. Physiol., 1895—1896, Bd 62, S. 543—566.
- Lewis T. Mechanism and Graphyc Registration of the Heart Beat. London, 1925.
- Mines G. K. — J. Physiol., (London), 1913, v. 44, p. 349—383.
- Wenckebach K. F., Winterberg H. D. Die Unregelmässige Herzthätigkeit. Leipzig, 1927.

Поступила 16.12.81



РЕЦЕНЗИИ

УДК 616.34-008.1-085.2/3(049.32)

А. В. Фролькис. *Фармакологическая регуляция функций кишечника*. Л., Наука, 1981.

Нарушения функций кишечника (пищеварительной, всасывательной, моторной, выделительной), а также интестинального кровотока довольно часто встречаются при заболеваниях как самого кишечника, так и других органов. Методы лекарственной коррекции нарушений кишечных функций разработаны недостаточно. В связи с этим выход монографии А. В. Фролькиса следует считать вполне своевременным. В книге обобщены собственные наблюдения автора и его сотрудников, а также обширный литературный материал. Проведенные по данной проблеме исследования выполнялись

большой частью в условиях эксперимента на животных. В монографии справедливо подчеркивается, что переносить данные эксперимента в клинику следует с большой осторожностью. Исследования автора проведены в условиях клиники с использованием современных методов исследования функций кишечника.

Монография состоит из 5 глав. В главе 1 обсуждается фармакологическая регуляция моторной функции кишечника. Излагаются данные о влиянии лекарств на моторику толстой и тонкой кишок, на сфинктеры прямой кишки. Использовался баллонно-кимографический метод регистрации моторики. Результаты исследования, а также соответствующие литературные данные распределены по группам фармакологических