

СЛУЧАЙ ПРИМЕНЕНИЯ ДЕФИБРИЛЛЯЦИИ СЕРДЦА ПРИ ТЯЖЕЛОМ ПРИСТУПЕ ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ТАХИКАРДИИ

А. Г. Ганжа, Д. М. Френкель и К. С. Паркина

Из центра по борьбе с терминальными состояниями (рук.— проф. М. Е. Фридман) и центра по борьбе с тромбоземболическими заболеваниями (рук.— проф. М. М. Мирахимов) станции скорой медицинской помощи г. Фрунзе (гл. врач — В. В. Леженкин)

Пароксизмальная тахикардия — нередко встречающийся вид нарушения ритма сердечных сокращений, зачастую не поддающийся медикаментозному лечению.

С 1961 г. в зарубежной литературе появились немногочисленные сообщения о применении в клинической практике переменного тока, а затем и постоянного тока для борьбы с желудочковой тахикардией (Alexander с соавторами; Lewis с соавторами и др.).

В СССР нам известны лишь статьи В. Н. Семенова и В. Я. Табака, которым удалось у 7 больных купировать приступ пароксизмальной тахикардии применением импульсного разряда обычного конденсаторного дефибрилятора системы Н. Л. Гурвича.

Больная Н., 57 лет, доставлена в I объединенную больницу 18.XII. 1965 г. в 17 часов с непрекращающимся в течение 4 суток приступом пароксизмальной тахикардии.

Перед госпитализацией врачом-терапевтом поликлиники № 1 было сделано: подкожно Sol. Cordiamini 2,0% — 1,0, Sol. Atropini 0,1% — 0,1% — 1,0, Promedoli 2% — 1,0, постоянные ингаляции кислорода, снята ЭКГ и вызвана тромбоземболическая бригада станции скорой медицинской помощи, последняя дополнительно ввела: Sol. Cimarini 0,05% — 0,5 мл, Sol. glucosae 40% — 20,0, внутривенно: Sol. Novocain-amidi 10% — 3,0, внутримышечно, кокароуксилаза 50 мг внутримышечно, большой дозы хинин с бромсм. Такое комплексное медикаментозное лечение не увенчалось успехом.

При осмотре в 18 часов: жалобы на частое сердцебиение и боли в области сердца, в правом подреберье, резкую слабость. Объективно: больная бледная, выраженный цианоз губ, ушных раковин, ногтевых фаланг. В легких — везикулярное дыхание. Число дыханий — 26—28 в минуту. Сердце несколько расширено влево, тоны глухие, ритмичные. Пульс — 240 в минуту, малого наполнения и напряжения. Артериальное давление — 90/80 мм рт. ст. Язык суховат, слегка обложен белым налетом. Живот участвует в акте дыхания, при пальпации отмечается болезненность в правом подреберье. Симптомов раздражения брюшины нет. Отеков нет.

На ЭКГ: пароксизмальная тахикардия, 240 в минуту, суправентрикулярная форма. Промежуточная позиция сердца.

Диагноз: Атеросклероз I степени мозговых, коронарных сосудов, аорты. Суправентрикулярная форма пароксизмальной тахикардии.

Учитывая длительность приступа, ухудшающееся состояние больной, низкое артериальное давление и малое пульсовое давление (10 мм рт. ст.) и полное отсутствие эффекта от медикаментозного лечения, было решено произвести дефибрилляцию сердечной мышцы при закрытой грудной клетке.

Рекомендуемая в этих случаях премедикация (Sol. Promedoli 2% — 1,0, Sol. Pipolfeni 2,5% — 1,0 подкожно) не проводилась, т. к. промедол был введен больной ранее, непосредственно до нашего приезда. Дан наркоз закисью азота с кислородом 3 : 1. Наложены электроды на область верхушечного толчка и левую лопатку. Между кожными покровами и электродами положены марлевые салфетки, смоченные физиологическим раствором и произведена дефибрилляция дефибриллятором В. Я. Эскина (4000 в). Сразу установился правильный синусовый ритм с частотой 109 ударов в минуту, пульс ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. Артериальное давление 100,80 мм рт. ст. Больная порозовела, состояние удовлетворительное.

ЭКГ после дефибрилляции: умеренная синусовая тахикардия, 109 ударов в 1 минуту, промежуточная позиция сердца.

Данное наблюдение, с нашей точки зрения, представляет интерес в том отношении, что оно пока является единственным в Киргизии случаем успешно примененной дефибрилляции с целью купирования приступа пароксизмальной тахикардии. Мы позволим себе выразить надежду, что метод этот найдет себе более широкое применение в клинике там, где другими медикаментозными средствами длительное время не удается купировать приступ пароксизмальной тахикардии.