

---

## К ВОПРОСУ О ПРИМЕНЕНИИ РАЗЛИЧНЫХ АНЕСТЕТИКОВ ПРИ ЭЛЕКТРОИМПУЛЬСНОЙ ТЕРАПИИ

*Т. В. ЛОСЕВА, А. П. ПАК, В. Я. ТАБАК*

В последние годы, как известно, широкое распространение получил новый метод лечения аритмий сердца — электроимпульсная терапия. Воздействие на сердце одиночного электрического импульса высокого напряжения (3500—6000 вольт) является весьма эффективным при лечении мерцательной аритмии и различных форм пароксизмальной тахикардии. Советскими и иностранными авторами в настоящее время накоплен значительный клинический материал (Б. М. Цукерман, В. Н. Семенов, А. Л. Сыркин, В. Я. Табак, Н. Л. Гурвич, Д. А. Лукашевич, Lown, Killip и др.).

Помимо непосредственного влияния на сердце, электрический импульс, генерируемый дефибриллятором системы Н. Л. Гурвича, вызывает ряд побочных явлений, иногда весьма нежелательных. К ним следует отнести крайне неприятное ощущение «удара» в момент прохождения тока, судорожное сокращение групп скелетной мускулатуры, в том числе дыхательных мышц. Следует отметить также возможное резкое повышение артериального давления, связанное, по-видимому, с повышением содержания адреналина в крови. В этой связи вполне естественно стремление оградить больных от неприятных сторон этой процедуры, особенно ослабленных лиц с тяжелыми поражениями сердечно-сосудистой системы. С этой целью применяют различные виды наркоза. Особое внимание следует обратить на целесообразность анестезии у больных в терминальном состоянии. На эту сторону вопроса было обращено внимание Е. А. Дамир и А. Ю. Аксельрода. Из литературных данных (В. Н. Семенов) известно, что

наиболее распространенным обезболиванием является барбитуровый наркоз. В условиях «скорой медицинской помощи» применяют закись азота (В. Я. Табак).

Сотрудниками выездного реанимационного центра был испытан ряд препаратов (барбитураты, ГОМК, эпонтол). В настоящем сообщении представлены результаты наблюдений над группой больных, получивших различные анестетики.

Электростимуляционная терапия была применена у 93 больных в возрасте от 17 до 73 лет, страдающих различными заболеваниями сердечно-сосудистой системы (таблица 1). Наиболее тяжелыми были больные, у которых имела место желудочковая форма пароксизмальной тахикардии. Клинически это выражалось в наличии цианоза, резком снижении уровня артериального давления, сильной одышке и т. д. Тяжесть состояния больных зависела также от продолжительности приступа тахикардии, которая колебалась от 3—5 часов до 2—8 суток. Продолжительность мерцательной аритмии была различной — от нескольких месяцев до 5—8 лет. Из группы больных с мерцательной аритмией (11 человек) расстройства периферического кровообращения были лишь у 3.

Таблица 1

№	Вид обезболив.		Средняя продолж. действия	Кол-во больных
1	барбитураты	гексенал	5—10 мин.	24
2		тиопентал	5—15 мин.	21
3	Закись азота		1,5— 2 мин.	24
4	Эпонтол		3— 4 мин.	9
5	Комбиниров. наркоз: Эпонтол+барбитураты		неск. часов	3

Выбор анестетика для проведения наркоза в значительной степени определялся общим состоянием больно-

го. При наличии угрожающих симптомов (резкая одышка, цианоз, коллапс) у 9 больных электроимпульсная терапия проводилась без наркоза, на фоне внутривенного введения 1 мл 2% раствора промедола, 1 мл 1% раствора димедрола и 0,5—0,01% раствора атропина. 2 больным было применено внутривенное введение ГОМК (таблица 3). У остальных больных использовали тот или иной анестетик (таблица 2). У одного больного был применен наркоз фторотаном (в таблицу не включен).

Учитывая кратковременный характер вмешательства, продолжительность импульса составляет 0,01 сек. — больные вводились лишь в стадию аналгезии. С этой целью использовали 75—250 мг барбитуратов, 300—400 мг эпонтола (стандартного раствора). Во избежание осложнений барбитураты вводились в 1% растворе фракционно под контролем глазных рефлексов и частоты дыхания. Ингаляцию закиси азота с кислородом проводили в соотношении 3 : 1. Поскольку действие анестетика было весьма кратковременным, больные просыпались тотчас после разряда дефибриллятора. В тех случаях, когда 1-й электрический импульс был неэффективен и возникала необходимость повторного его применения, наркоз продолжали. При этом дополнительно вводили внутривенно 25—50 мг барбитуратов. Проведение наркоза эпонтолом не требовало дополнительного введения препарата. Эта необходимость возникла лишь у 3 больных, которым через 4—5 мин. после первоначального введения эпонтола было введено до 50 мг барбитуратов (таблица 2). При наркозе закисью азота и необходимости проведения повторных разрядов ингаляцию анестетика приходилось возобновлять. Применение в качестве обезболивающего средства ГОМК не требовало дополни-

Таблица 2

№	Вид обезболивания	Кол-во больных
1	ГОМК	2
2	В/венно: промедол 2%—1,0 димедрол 1%—2,0 атропин 0,01%—0,5	9



выраженным и связано с тяжелыми расстройствами кровообращения и сопутствующей этим расстройствам гипоксией. Мы полагаем, тем не менее, что проведение электроимпульсной терапии без наркоза является в значительной степени рискованным. На этот шаг можно решиться только после тщательного взвешивания всех конкретных факторов, определяющих тяжесть состояния больного.

---