

Таблица 52

Летальность и результаты оживления

Годы	Число умерших			Применялись процедуры оживления	Результаты оживления				
	всего	постепен- ная смерть	внезапная смерть		неоживлен- ные	частично оживленные	полностью оживленные	повторно умершие	выбывшие из стацно- нара
1958	19	10	9						
1959	25	14	11	5	5				
1960	26	14	12	4	2	1	1		1
1961	30	15	15	11	7	2	2	1	1
1962	33	17	16	12	10	1	1		1
1963	44	20	24	18	5	3	10	5	5
Всего:	177	90	87	50	29	7	14	6	8

обычно нужна электрическая дефибрилляция, так как в большинстве случаев внезапной смерти обнаружено мерцание желудочков.

Клинические и патологоанатомические данные внезапно умерших показывают, что только в единичных случаях обнаружены изменения, несовместимые с жизнью (разрывы сердца, аорты, массивная эмболия легких).

Исходя из этого, по нашему мнению, всегда в случае внезапной смерти необходимо применять средства реанимации и только тогда, когда смерть произошла на фоне недостаточности сердца III° или в случае заболевания, несовместимого с жизнью, применять мероприятия по оживлению нецелесообразно.

ВОЗМОЖНОСТЬ УСТРАНЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО МЕРЦАНИЯ ПРЕДСЕРДИЙ ТРАНСТОРАКАЛЬНОЙ ЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ ДЕПОЛЯРИЗАЦИЕЙ СЕРДЦА

Канд. мед. наук А. ЛУКОШЕВИЧУТЕ
(Кардиологическое отделение Республиканской
Каунасской клинической больницы)

Мерцательная аритмия — часто наблюдающееся нарушение ритма. Из различных аритмий она следует сейчас же за наиболее часто встречающейся экстрасистолической аритмией.

Мерцательная аритмия отрицательно сказывается на гемодинамике. По мнению Макензи и Ротбергера, в 60—70% всех случаев тяжёлой сердечной слабости, встречаемой на практике, недостаточность сердеч-

ной деятельности является либо следствием этого состояния, либо ею усиливается. Кроме того, она предрасполагает к образованию пристеночных тромбов, нередко являющихся источником эмболии, а также может обусловить внезапную смерть.

Исходя из вышеизложенного, устранение мерцательной аритмии является целесообразным.

До сих пор для этой цели в основном применялся хинидин, реже — новокаиनाмид. В последнее время, в связи с успешным применением электрического тока для лечения мерцания и трепетания желудочков, стали его применять и при других видах нарушения ритма: желудочковой и предсердной тахикардии, трепетания и мерцания предсердий.

В разработку данного метода свой вклад внесли как советские ученые (Н. Л. Гурвич, Б. М. Цукерманн, В. Б. Малкин), так и зарубежные (Lown и другие). С 20.IX.1963 года, по предложению Н. Л. Гурвича, этот метод стал применяться и в кардиологическом отделении Республиканской Каунасской клинической больницы.

Сущность метода — одновременная и полная деполяризация сердца, в том числе и его эктопических очагов возбуждения, что создает благоприятные условия синусовому узлу опять стать водителем ритма.

Электрическую деполяризацию сердца проводили под общей, чаще всего тиопенталовой анестезией, при помощи импульсного дефибриллятора, несинхронизированными с зубцом R ЭКГ электрическими импульсами, при напряжении тока на конденсаторе в 3000—7000 вольт. Большой круглый электрод дефибриллятора помещали под левой лопаткой, малый грушевидный — в область сердца.

Таблица 53

Результаты электрической деполяризации сердца в зависимости от заболеваний, предрасполагавших мерцание предсердий

Заболевания		Ревматические пороки сердца	Атеросклеротический кардиосклероз	Тиреотоксическое поражение сердца	Другие заболевания сердца	Всего
Количество больных	Результаты лечения					
	Общее	35	25	11	4	75
	Восстановлен синусовый ритм	34 (97,1%)	23 (92,0%)	10 (90,9%)	3 (75,0%)	70 (93,3%)
	Синусовый ритм сохранился более 7 дней	24 (70,6%)	15 (65,2%)	8 (80,0%)	2 (66,6%)	49 (70,0%)

В целях профилактики тромбоэмболических осложнений 3 дня до применения электрической деполяризации сердца внутримышечно назначали гепарин.

Для поддержания восстановленного синусового ритма назначался хинидин, реже — новокаиनाмид.

Метод электрической деполяризации сердца мы применили 125 больным.

В настоящем докладе представляется анализ лишь первых 75 больных. Среди них 29 мужчин и 46 женщин в возрасте от 22 до 76 лет.

У 35 мерцание предсердий сочеталось с ревматическими пороками сердца, у 25 — с атеросклеротическим кардиосклерозом, у 11 — с тиреотоксическим поражением сердца и у 4 — с другими заболеваниями сердца. Длительность нарушения ритма — от 1 месяца до 11 лет.

Синусовый ритм восстановился у 70 (93,3%) больных (см. табл. 53).

У 5 больных синусовый ритм не восстановился (у 2 из них было резко выраженное ожирение, у 1 — выраженный тиреотоксикоз, у 1 — резко гипертрофированное и дилатированное сердце, у 1 — давнее мерцание предсердий).

У больных с ревматическими пороками сердца синусовый ритм восстановился в 97,1% случаев, у больных с атеросклеротическим кардиосклерозом — в 92,0% случаев, у больных с тиреотоксическим поражением сердца — в 90,9% и у больных с другими заболеваниями сердца — в 75,0% случаев.

Из 70 больных с восстановленным синусовым ритмом свыше 7 дней он сохранился лишь у 49 (70,0%), а у 21 больного возобновилось мерцание предсердий.

Мерцание предсердий чаще возобновлялось в тех случаях, когда оно сочеталось с резко гипертрофированным и дилатированным сердцем, когда продолжительность его была свыше 1 года, когда была выражена гиперфункция щитовидной железы, а также в ближайшие сутки после митральной комиссуротомии. Кроме того, синусовый ритм был более стойким в тех случаях, когда для его восстановления потребовался только единичный электрический импульс. Для стойкости восстановленного синусового ритма также имел значение и вид поддерживающей терапии. В тех единичных случаях, когда для этой цели назначался новокаин-амид, мерцание предсердий, как правило, возобновлялось.

В большинстве случаев (31 больной) синусовый ритм восстановился от первого электрического импульса, чаще всего напряжением в 4000 вольт. Реже (21 больной) он восстановился от второго электрического импульса и еще реже (13 больных) от третьего. У 4 больных синусовый ритм восстановился от четвертого импульса, у 1 — от пятого (см. таблицу 54).

В некоторых случаях, непосредственно после деполяризации сердца, наблюдались нарушения ритма или проводимости. Чаще всего наблюдалась предсердная или желудочковая экстрасистолия, в 1 случае — желудочковая тахикардия и еще в 1 — мерцание желудочков. Кроме того, наблюдалась предсердная атриовентрикулярная диссоциация, частичная атриовентрикулярная блокада.

Упомянутые виды нарушения ритма и проводимости имели кратковременный характер и чаще всего проходили самостоятельно. Только

Таблица 54

Напряжение, количество и эффективность электрических импульсов у 75 леченных больных

Колич. и эффектив- ность электрических импульсов	1					2					3					4					5					Всего					
	эффек- тивные					не эффек- тивные					эффек- тивные					не эффек- тивные					эффек- тивные						не эффек- тивные				
Напряжение в вольт- тах	3000	1																													1
	3500	30																													38
	4000							19																						31	
	4500							1																						9	
	5000							1																						10	
	5500																														20
	6000							2																						5	
	6500							1																						8	
	7000																														1
																															2
																														1	
																														5	
																														2	
																														1	
																														2	
																														2	
																														5	
																														3	
																														83	
																														75	
																</															

в случае мерцания желудочков был применён повторный электрический импульс.

Непосредственно после электрической деполяризации сердца тромбоэмболических осложнений не наблюдалось.

Представленные данные показывают, что транссторакальная электрическая деполяризация сердца является довольно эффективным и перспективным методом лечения хронического мерцания предсердий.

ВРОЖДЕННАЯ АНЕВРИЗМА ПРАВОГО СИНУСА ВАЛЬСАЛЬВЫ С РАЗРЫВОМ В ПРАВЫЙ ЖЕЛУДОЧЕК И ПРАВОЕ ПРЕДСЕРДИЕ

Канд. мед. наук С. БЛОХАС

(Судебно-медицинская экспертиза г. Каунас)

Аневризмы синусов аорты (Вальсальвы) бывают приобретенные и врожденные. Приобретенные встречаются сравнительно чаще, чем врожденные. Этиология их — в основном сифилис, реже бактериальный эндокардит и иногда — атеросклероз. Начало развития аневризм синусов Вальсальвы — 7-ая неделя внутриутробной жизни.

Впервые аневризму синусов Вальсальвы описал Турнам (Thurnam) в 1840 г. До 1956 г. в мировой литературе опубликовано 34 подобных случая. Нами наблюдались еще 3 случая. В отечественной литературе имеются 2 достоверных сообщения (Данилевича и Бадаевой — оба 1962 г.); генез одного из них вызывает некоторое сомнение.

Все авторы, останавливаясь на генезе аневризмы, придают важное значение их локализации. Лин (Lin) с сотрудниками в своей обширной работе приводят следующую классификацию 34 аневризм: 25 исходили из правого синуса, 4 — из заднего, 4 — из всех трех синусов и только один из левого. Аневризму левого синуса описывает также Элиот (Eliot) с соавторами (1962 г.).

Врожденные аневризмы часто сопровождаются другими пороками развития — дефектом межжелудочковой перегородки, наличием только двух клапанов аорты, коарктацией аорты, арахнодактимией, фенестрацией клапанов.

Разрыв аневризмы обычно вызван физическим перенапряжением. Разрыв происходит обычно в молодом возрасте (до 30 лет). Разрыв чаще происходит в правый желудочек, реже в правое предсердие, иногда — в правое предсердие и желудочек и лишь в единичных случаях в левое предсердие, легочную артерию или нижнюю полую вену. По мнению Рихарда (Richard) с соавторами — направление разрыва зависит от