

Электрическая дефибрилляция сердца при лечении нарушений ритма

Б. А. КОРОЛЕВ, В. В. КАРОВ,
А. А. ОБУХОВА, В. И. ГУТЕНКО,
Т. Ф. ШВАРЦ.

Клиника госпитальной хирургии
Горьковского медицинского институ-
та.

По данным нашей клиники, среди различных осложнений после митральной комиссуротомии мерцательная аритмия занимает первое место.

Если до 1959 года нарушения ритма были отмечены в нашей клинике у 5,8% больных после операции, то за последние 4 года это осложнение зарегистрировано у 12,6% больных.

Рост этого осложнения связан с применением инструментальных методов для устранения стеноза левого атриовентрикулярного отверстия, расширением показаний к операции у тяжелых больных.

Помимо этого, от 20 до 25% больных с приобретенными пороками сердца поступают в хирургическое отделение с хронической мерцательной аритмией. Появление нарушений ритма у больных с митральным стенозом ведет к сердечной недостаточности, способствует тромбообразованию.

Профилактика и своевременное лечение мерцательной аритмии является важным мероприятием в снижении летальности и осложнений при митральном стенозе.

На последние 650 операций по поводу митрального и митрально-аортального стеноза мерцательная аритмия была отмечена у 76 больных. Причем у 70 больных она развилась в первые 3—6 дней после комиссуротомии и лишь у 6 на 14—17 день после операции.

Лечение острой мерцательной аритмии хинидином у 43 больных дало восстановление синусового ритма у 36 больных. При лечении хинидином хронической мерцательной аритмии с давностью ее от 3 месяцев до 1 года 8 больных, перенесших митральную комиссуротомию, восстановление синусового ритма было получено лишь у 2 больных.

Электрическая дефибрилляция имеет определенные преимущества перед лекарственным лечением: быстрота действия, отсутствие побочных явлений и большая эффективность при лечении хронической аритмии.

Для лечения различных нарушений ритма электрическая дефибрилляция была применена у 52 больных, которым сделано 122 импульсных разряда.

Показанием для электрической деполяризации сердца у 10 больных была острая мерцательная аритмия от 1 дня до

19 дней, у 36 хроническая мерцательная аритмия от 2 месяцев до 17 лет, у 3— приступ пароксизмальной желудочковой тахикардии от 2 до 12 дней и у 3 — приступ пароксизма трепетания предсердий.

При острой аритмии был восстановлен синусовый ритм у 9 из 10 больных после 1—2 разрядов напряжением от 2000 до 3000 вольт.

При хронической аритмии потребовалось произвести от 3 до 5 импульсов с интервалом 3—5 минут, а восстановление синусового ритма наступило у 31 больного из 36, леченных этим методом.

Электрическая деполяризация производилась под поверхностным тиопенталнатриевым наркозом, а во время операции — под интубационным наркозом с помощью дефибриллятора типа Гурвича без синхронизатора.

Перед снятием аритмии и для закрепления успеха в течение 3—10 дней применялись хлористый калий по 2—3 гр в сутки, хинидин по 0,1 х 5—6 раз, кокарбоксилаза по 100 мг, инсулин по 5 ед, глюкоза. При необходимости применялись сердечные гликозиды, кислород и др. У больных с внутрисердечными тромбозами до и после удаления тромба оперативным путем применялись антикоагулянты (гепарин, фибринолизин).

Применение электрической деполяризации сердца значительно расширяет наши возможности в борьбе с различными нарушениями ритма.

Лечение мерцательной аритмии и пароксизмальной тахикардии методом трансторакальной деполяризации сердца

С. Л. ЛИБОВ,
В. Ф. ЖАВОРОНКОВ,
А. И. ПАВЛОВА,
Е. Д. ВОЛКОВИЧ.

Кафедра и отделение грудной хирургии и анестезиологии на базе 5-й клинической больницы, Минск.

Мерцательная аритмия и пароксизмальная тахикардия, значительно утяжеляя течение основного заболевания, могут очень быстро приводить к выраженной сердечной недостаточности и явиться причиной смерти.

Принятое большинством врачей медикаментозное лечение этих нарушений сердечного ритма (хинидин, новокаинамид, хлористый калий и т. п.) сложно и имеет ряд противопоказаний (активизация ревматического процесса, сердечная недо-