

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 x 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-

статочность и т. д.). Кроме того, это лечение должно сочетаться с длительной антикоагулянтной терапией и не всегда оказывается эффективным.

Накопленный хирургами опыт позволяет использовать достижения современной техники для лечения мерцательной аритмии и пароксизмальной тахикардии методом трансторакальной деполяризации сердца, который находит все более широкое применение.

В отделении грудной хирургии 5-й клинической больницы произведена серия трансторакальных деполяризаций по поводу нарушений сердечного ритма (мерцательная аритмия и пароксизмальная тахикардия). В основном применение деполяризации распространялось на больных с большим сроком давности заболевания. Деполяризации подвергались больные в предоперационный период, во время операции и в различные сроки после операции. Устранение мерцательной аритмии у больных с приобретенными пороками сердца включалось в комплекс мероприятий по предоперационной подготовке больных. Как правило, больные, у которых перед операцией была снята мерцательная аритмия, легче переносили оперативное вмешательство и послеоперационный период. При рецидивах мерцательной аритмии в послеоперационном периоде проводилась повторная деполяризация в сроки 7—14 дней.

Проведенная нами серия деполяризаций в ранние после операции сроки показала, что указанный метод является эффективным и сравнительно безопасным.

Деполяризация проводилась под поверхностным барбитуровым наркозом (тиопентал натрия, гексенал внутривенно). В послеоперационном периоде в качестве наркотика применялись фторотан и закись азота с кислородом вследствие нежелательных свойств барбитурата (угнетение дыхания, снижение давления, значительное повышение вагальных рефлексов и т. д.).

В начале освоения метода больным проводилась интубация трахеи и искусственное дыхание. Разряд осуществлялся на фоне апноэ. В дальнейшем деполяризация проводилась при самостоятельном дыхании.

Перед деполяризацией больным вводились умеренные дозы сернокислого атропина подкожно, ряду больных подготовка не проводилась.

Контроль за эффективностью деполяризации осуществлялся путем измерения артериального и венозного давлений, подсчета пульса, определения скорости кровотока до и после дефибрилляции, записи ЭКГ на чернильном одноканальном электрокардиографе.

После снятия мерцательной аритмии и пароксизмальной тахикардии уже в первые дни отмечалось значительное улучшение состояния больных: исчезло сердцебиение, уменьшались

цианоз и одышка, постепенно исчезали явления сердечно-сосудистой недостаточности, что подтверждалось рядом клинических и специальных видов исследования.

Данные наблюдений за больными после деполяризации показывают, что лечение мерцательных аритмий и пароксизмальных тахикардий путем трансторакальной деполяризации сердца можно считать эффективным методом, заслуживающим дальнейшего изучения.

### **Эффективность трансторакальной деполяризации при мерцательной аритмии**

Т. П. ШЕЛОМОВА,  
Э. К. НИКОЛАЕВ,  
Г. М. КИСЛЯКОВА,  
Н. П. МАКАРОВА.

Клиника госпитальной хирургии лечебного факультета Свердловского медицинского института.

Проблема устранения мерцания предсердий методом трансторакальной деполяризации в настоящее время является предметом активного обсуждения.

В госпитальной хирургической клинике СГМИ этот метод стал применяться с декабря 1964 года.

Попытка восстановить синусовый ритм произведена у 30 больных с мерцательной аритмией, причинами развития которой явились: 1) ревматическое поражение сердца (сложнокомбинированные пороки); 2) врожденный порок сердца, 3) тиреотоксикоз, 4) «легочное сердце».

Устранение мерцательной аритмии производилось в различные сроки с момента ее возникновения (от 3 недель до 15 лет).

С целью подготовки проведения трансторакальной деполяризации больным назначалось комплексное медикаментозное лечение, направленное на ликвидацию явлений недостаточности кровообращения и понижение возбудимости эктопических очагов миокарда. Для профилактики возможной тромбоземболизации применялись антикоагулянты.

Трансторакальная деполяризация производилась под поверхностным (III) тиопенталнатриевым наркозом в условиях операционной, подготовительной для проведения немедленных реанимационных мероприятий.

Оптимальное напряжение на пластинах конденсатора от 4000 до 6000 вольт. Длительность импульса  $1/1000$  секунды (дефибрилятор «ПРЕМА» с управляемым кардиосинхронизатором).