

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).

У всех 30 больных восстановился синусовый ритм.

Однако следует отметить, что в трех случаях первая попытка исправить ритм была безуспешной, что заставило прибегнуть к повторной деполяризации через 10—47 дней.

Повторная деполяризация оказалась эффективной.

Нарушение ритма после деполяризации через 1 и 14 дней наблюдалось у 2 больных с произведенной ранее митральной комиссуротомией. И этим больным повторной деполяризацией восстановлен синусовый ритм.

При динамическом определении артериального и венозного давления, фазового анализа сердечной деятельности, скорости кровотока отмечена нормализация гемодинамических показателей.

Для дальнейшего наблюдения за состоянием здоровья и изучения отдаленных результатов эта категория больных взята на диспансерный учет.

Лечение мерцательной аритмии в пред- и послеоперационном периоде электроразрядом

В. С. МАЯТ, Ю. А. НЕСТЕРЕНКО,
В. С. КУЗНЕЦОВА.

Госпитальная хирургическая клиника
2 МГМИ им. Н. И. Пирогова и тора-
кальное отделение 59 Городской кли-
нической больницы, Москва.

Метод лечения мерцательной аритмии электроразрядом помогает подготовить к оперативному вмешательству больных с IV—V стадиями нарушения кровообращения. При восстановлении синусового ритма у больных кроме субъективного улучшения состояния отмечается снижение внезапного давления, увеличение скорости кровотока, наблюдается положительный диурез, уменьшение размеров печени, изменения ЭКГ и ФКГ. Рецидивы мерцательной аритмии, снятой в предоперационном периоде отмечались в сроки от нескольких часов до 13 дней почти у 30% больных. Нормализационные эмболии не наблюдались, несмотря на наличие тромбоза ушка и предсердия у ряда больных.

Рецидиву мерцательной аритмии, наступавшему, как правило, на 3—5 сутки после операции, предшествовала тахикардия и экстрасистолия. При возврате мерцательной аритмии после операции дефибрилляция производилась на 20—25 сутки — большинство больных выписаны из клиники с синусовым ритмом.