

Из 4 случаев не удавшихся дефибрилляций 3 были произведены на открытом сердце. У этих больных мерцательная аритмия была устранена в послеоперационном периоде через 2—3 недели разрядом через закрытую грудную клетку.

Синусовый ритм, как правило, восстанавливается сразу после эффективного разряда, но период окончательного его становления проходил у некоторых больных через экстрасистолию.

Длительность синусового ритма у 1 больного держалась 2 суток, у 2 больных — 7 суток, у остальных — более одного месяца.

Впоследствии синусовый ритм поддерживался у части больных небольшими дозами хинидина.

Метод электрической дефибрилляции — безусловно метод прогрессивный и более эффективный, чем медикаментозные методы, и необходимо более широко внедрять его в лечебную практику.

### **Снятие мерцательной аритмии у больных с пороками сердца на различных этапах лечения**

Г. Л. РАТНЕР, Е. В. ПОНОМАРЕВ,  
К. С. СКЛОВСКАЯ

Кафедра факультетской хирургии  
Куйбышевского медицинского института

Нормализация ритма у больных с пороками сердца благоприятствует улучшению гемодинамики, облегчает работу сердечной мышцы и является важнейшим мероприятием по профилактике тромбоза и эмболий. Однако применение медикаментозного лечения для снятия аритмии без оперативного лечения порока оказалось безуспешным.

Вместе с тем мерцательная аритмия, появившаяся после операции митральной комиссуротомии, если ее лечение начать сразу, поддавалась действию новокаинамида и хинидина у 90% наших больных.

Особенно важно снять мерцательную аритмию на время раннего послеоперационного периода, когда на мышцу сердца падает максимальная нагрузка, а изменения свертывающей системы крови бывают наиболее выражены. С этой целью в клинике применяется электрическая дефибрилляция.

Мы пользовались дефибриллятором Н. Л. Гурвича. Разряд давался в конце операции непосредственно перед закрытием грудной клетки. Напряжение от 3 до 6 тысяч вольт с продолжительностью импульса 0,01 секунды. Количество разрядов,

требовавшихся для появления правильного синусового ритма, колебалось от 1 до 4. Только у 1 больного не удалось снять мерцательную аритмию.

У большинства больных нормальный синусовый ритм держался 5—6 дней. В некоторых случаях через 7—10 дней производилась повторная дефибрилляция. Сочетание разряда высокого напряжения с назначением небольших доз хинидина ( $0,01 \times 6$ ) и новокаинамида оказалось более эффективным, так как нормальный ритм сохранялся на более длительный промежуток времени.

### **Отдаленные результаты электрической терапии мерцания предсердий у больных митральными пороками и мероприятия по их улучшению**

И. Г. СТУПЯЛИС  
и А. И. ВИДУГИРИС

Медицинский факультет Вильнюсского  
государственного университета  
им. В. Капсукаса

1. У больных, страдающих митральными пороками сердца и мерцанием предсердий, восстановленный методом электрической деполяризации сердца (ЭДС) синусовый ритм поддается к удержанию свыше одного года при помощи непрерывного лечения хинидином менее чем в 50% случаев.

2. Частота рецидивов мерцания предсердий после ЭДС имеет прямую зависимость от степени воспалительных, дистрофических и фиброзных изменений предсердий, обуславливаемых характером течения и активности ревматического процесса в миокарде предсердий, а также гемодинамическими условиями в них. Выраженный фиброз и кальциноз клапана, при котором после комиссуротомии нередко образуется выраженная травматическая недостаточность клапана, ухудшает прогноз удержания синусового ритма в послеоперационном периоде.

3. Часть рецидивов мерцания предсердий после ЭДС зависит от экстракардиальных и случайных факторов (физическое перенапряжение, эмоциональное воздействие, прекращение лечения хинидином, острые инфекции, травмы и др.).

4. Митральная комиссуротомия улучшает прогноз удержания синусового ритма.

5. Восстановление синусового ритма целесообразно в каждом случае мерцания предсердий. При неудаче или быстром рецидиве требуется решать — от интракардиальных и гемодинамических или от экстракардиальных и случайных