

**ТРУДОСПОСОБНОСТЬ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ЛЕЧЕНИЯ
ЭЛЕКТРОИМПУЛЬСНЫМ РАЗРЯДОМ МЕРЦАТЕЛЬНОЙ АРИТМИИ
ПРИ МИОКАРДИТИЧЕСКОМ КАРДИОСКЛЕРОЗЕ**

С. Б. Меламед, В. М. Павлов

Центральный научно-исследовательский институт экспертизы трудоспособности и организации труда инвалидов (дир. — проф. Д. И. Грицкевич) и Институт кардиологии им. А. Л. Мясникова (дир. — проф. И. К. Шхвацабая) АМН СССР, Москва

Поступила 6/XI 1969 г.

Электроимпульсный метод лечения сердечных аритмий в последнее время получил заслуженное признание. Он имеет значительные преимущества перед медикаментозным методом в быстроте эффекта и отсутствии токсических явлений, связанных с применением высоких доз хинидина.

В 1959 г. впервые в нашей стране была устранена мерцательная аритмия с помощью электрической дефибрилляции на обнаженном сердце во время операции у больного митральным стенозом [2].

В 1961—1962 гг. появились сообщения [7, 9] о нескольких случаях тахикардии, устраниенной электрическим разрядом, пропущенным через грудную клетку.

Вопросы лечения сердечных аритмий электроимпульсным разрядом в последующие годы освещены в трудах отечественных и зарубежных авторов [1, 3—6, 8].

Указанный метод позволяет достичнуть очень высоких непосредственных результатов, однако в отдаленные сроки отмечается большая частота рецидивов мерцательной аритмии.

Учитывая, что миокардитический кардиосклероз в функциональном отношении протекает благоприятнее, чем другие заболевания, вызывающие мерцательную аритмию (ревматические пороки сердца, атеросклеротический кардиосклероз и т. д.), мы полагали, что после ликвидации мерцательной аритмии трудоспособность больных миокардитическим кардиосклерозом должна восстанавливаться. Кроме того, результаты экспертизы трудоспособности могут помочь в оценке эффективности электроимпульсного метода, так как восстановление трудоспособности является наиболее важной задачей лечебного процесса. В литературе мы не нашли работ по данному вопросу.

Материал и методы

Электроимпульсную терапию проводили в условиях клиники Института кардиологии по общепринятой методике. После выписки больных над ними вели диспансерное наблюдение в научно-поликлиническом отделении института. Часть больных обследована в Институте экспертизы трудоспособности и организаций труда инвалидов.

Обследовано 64 больных (56 мужчин и 8 женщин) миокардитическим кардиосклерозом с мерцательной аритмией, подвергавшихся лечению электроимпульсным методом; 60 больных наблюдали в сроки от 6 месяцев до 4 лет, 4 обследованы в первые 6 месяцев после лечения электроимпульсным разрядом.

По возрасту больные были распределены следующим образом: до 30 лет — 5 больных, от 31 года до 40 лет — 29, от 41 года до 50 лет — 29, старше 50 лет — 1 больная. Таким образом, большинство больных были в наиболее трудоспособном возрасте (30—50 лет).

Давность мерцательной аритмии у 45 больных не превышала 3 лет, у 15 больных она составляла более 3 лет. У остальных обследованных выяснить время возникновения мерцательной аритмии не удалось.

Не имели признаков недостаточности кровообращения 58 больных; недостаточность кровообращения I стадии установлена у 1 больного, IIА стадии — у 4 и IIБ стадии — у 1 больной.

Работники умственного труда (30 больных) относились к категории лиц с умеренным нервно-психическим напряжением (инженеры, врачи, научные сотрудники, административно-хозяйственные работники и т. п.).

В зависимости от степени физического напряжения в работе больные, занимающиеся физическим трудом (34 человека), подразделялись на лиц с незначительным (4), умеренным (28) и со значительным (2) физическим напряжением.

До проведения электроимпульсной терапии 56 из 64 обследованных работали, 8 не работали (инвалиды II группы).

Результаты исследований

Восстановление синусового ритма после лечения электроимпульсным разрядом у всех обследованных сопровождалось улучшением самочувствия. У больных с недостаточностью кровообращения после устранения мерцательной аритмии отмечено улучшение гемодинамики: до электроимпульсной терапии недостаточность кровообращения I и IIА стадии наблюдалась у 6 больных, после лечения признаки недостаточности кровообращения I стадии остались лишь у 2 больных.

После устранения мерцательной аритмии электроимпульсным разрядом синусовый ритм сохранялся в сроки от 1 года до 4 лет у 45,3% больных.

У 8 больных наступили рецидивы мерцательной аритмии (через 8—16 месяцев), и им электроимпульсная терапия была произведена повторно.

Таким образом, у 48,6% больных правильный ритм сохранялся более года, включая повторное лечение электроимпульсным разрядом после наступившего в поздние сроки рецидива. Рецидивы мерцательной аритмии в течение первых 3 месяцев наблюдались в 25% случаев, к концу 1-го года — в 28,1%, а в течение 2-го года — в 18,7% случаев.

Среди факторов, влияющих на сохранение синусового ритма, большую роль играют правильное трудоустройство и давность мерцательной аритмии до момента применения электроимпульсного лечения. Наши наблюдения показали, что, если давность мерцательной аритмии от момента возникновения ее до применения электроимпульсной терапии не превышала 3 лет, синусовый ритм в течение года сохранялся у 51,1% леченных разрядом больных, если давность аритмии превышала 3 года, синусовый ритм в течение года сохранялся только в единичных случаях. Следовательно, электроимпульсная терапия более эффективна в течение первых 3 лет после развития мерцательной аритмии, применение ее в поздние сроки неперспективно, а иногда нецелесообразно.

После проведенной электроимпульсной терапии 56 из 64 обследованных работали в условиях производства, причем 28 продолжали работу по специальности (лица умственного труда), 7 перешли на более квалифицированную работу, 3 по заключению ВТЭК уменьшили объем производственной деятельности (лица физического труда), остальные продолжали прежнюю работу в облегченных условиях.

До проведения электроимпульсной терапии 14 из 64 больных обращались во ВТЭК; инвалидом I группы был признан 1 больной, II группы — 6 больных (2 занимались умственным и 4 — физическим трудом), III группы — 7 больных (1 и 6 соответственно). Остальные больные во ВТЭК не обращались, так как могли выполнять работу по специальности.

Как правило, лица, не обращавшиеся во ВТЭК, длительное время имели больничные листы. Так, за последние 12 месяцев до проведения электроимпульсной терапии больничные листы сроком до 1 месяца имели 11 больных, до 2 месяцев — 11, до 4 месяцев — 10. Следовательно, 32 из 64 в течение длительного времени имели больничные листы.

После электроимпульсной терапии при очередном освидетельствовании на ВТЭК из 8 инвалидов II группы 2 больных в связи со значительным улучшением состояния были переведены в III группу инвалидности. У 6 больных эффект от электроимпульсной терапии был кратковременным, и группа инвалидности у них осталась прежней.

При анализе полученных данных мы обратили внимание на то, что некоторые больные до электроимпульсной терапии на ВТЭК не направлялись, а иногда необоснованно направлялись на ВТЭК после проведенного лечения, где им без достаточных оснований устанавливали III группу инвалидности. Эти больные после лечения чувствовали себя вполне удовлетворительно, продолжали работу по специальности и, как правило, больничными листами не пользовались. Это объясняется недостаточной ориентацией врачей ВТЭК в вопросах клинического и трудового прогноза у больных после произведенной электроимпульсной терапии.

Электроимпульсная терапия значительно влияет на временную нетрудоспособность больных. Так, среди лиц, не обращавшихся во ВТЭК в течение 12 месяцев после электроимпульсной терапии, пользовались больничными листами сроком до 1 месяца 8 человек, до 2 месяцев — 6 и до 4 месяцев — 4. Сравнивая эти данные с результатами, полученными до электроимпульсной терапии, можно с уверенностью сказать, что сроки временной нетрудоспособности резко сократились, причем при эффективной терапии многие работающие больные (36) больничными листами уже не пользовались.

О б с у ж д е н и е

Эффективная электроимпульсная терапия как метод лечения мерцательной аритмии у больных миокардитическим кардиосклерозом, улучшая состояние больных, в большинстве случаев приводила к значительному сокращению временной нетрудоспособности, а у ряда больных — к снижению группы инвалидности.

Длительность сохранения синусового ритма была значительно больше у больных с давностью мерцательной аритмии до 3 лет, у больных с мерцательной аритмией давностью более 3 лет сроки сохранения синусового ритма были значительно короче.

В наших наблюдениях удалось выявить корреляцию между эффективностью электроимпульсной терапии и временной нетрудоспособностью. У больных, у которых синусовый ритм сохранялся длительно, число дней временной нетрудоспособности было значительно меньше, чем у больных с рецидивами мерцательной аритмии в ранние сроки. При миокардитическом кардиосклерозе количество рецидивов мерцательной аритмии прогрессивно уменьшалось по мере увеличения времени после проведенной электроимпульсной терапии. Причина поздних рецидивов аритмии часто заключается в том, что больные благодаря хорошему самочувствию забывают об осторожности и допускают неадекватные нагрузки как на работе, так и в быту. Все же следует отметить, что наибольшее количество рецидивов мерцательной аритмии отмечается в первые 3—4 месяца. Несомненно, в этот «опасный период» больным следует рекомендовать освобождение от физического труда.

При решении вопроса о применении повторного лечения электроимпульсным разрядом при наступлении рецидива мерцательной аритмии мы учитывали длительность сохранения синусового ритма после первичного применения этого метода лечения с учетом клинического и трудового прогноза. Необходимо отметить и положительный моральный фактор при устраниении мерцательной аритмии и возвращении больного к привычному труду.

Выводы

1. Эффективная электроимпульсная терапия у больных миокардитическим кардиосклерозом, осложненным мерцательной аритмией, приводит к сокращению временной нетрудоспособности, а у ряда больных — к частичному или полному восстановлению трудоспособности.

2. Восстановление трудоспособности и более стойкие клинические положительные результаты наблюдаются при лечении электроимпульсным разрядом мерцательной аритмии с давностью до 3 лет.

3. С целью профилактики рецидивов мерцательной аритмии больных миокардитическим кардиосклерозом после лечения электроимпульсным разрядом целесообразно переводить на более легкую работу.

ЛИТЕРАТУРА

Богословский В. А. В кн.: Сердечная и коронарная недостаточность. М., 1966, с. 235.—Вишневский А. А., Цукерман Б. М., Смеловский С. И. Клин. мед., 1959, № 8, с. 26.—Лукашевиччуте А. В кн.: Новое в кардиохирургии. М., 1966, с. 109.—Попов В. Г., Сыркин А. Л., Недоступ А. В. и др. В кн.: Материалы 1-го Всероссийск. съезда кардиологов. Воронеж, 1968, с. 129.—Радушкевич В. П. Электроимпульсная терапия мерцательной аритмии. Воронеж, 1966.—Янушкевичус З. П., Шнипас П. А. Кардиология, 1965, № 6, с. 47.—Alexander S., Kleiger R., Lowry B., J. A. M. A., 1961, v. 177, p. 916.—Grossi L., Beltrami M., Zanelli C., Cardiol. prat. (Firenze), 1966, v. 17, p. 259.—Miller H., J. A. M. A., 1964, v. 189, p. 549.—Zoll P. M., Linenthal A. J., Circulation, 1962, v. 25, p. 596.

THE WORKING CAPACITY OF PATIENTS AFTER CARDIOVERSION THERAPY OF AURICULAR FIBRILLATION IN MYOCARDITIC CARDIOSCLEROSIS

S. B. Melamed, V. M. Pavlov

Summary

The authors assessed the working capacity of patients with myocarditic cardiosclerosis complicated by auricular fibrillation after cardioversion therapy. The temporary incapacity dropped and the invalidity group decreased in patients after effective cardioversion. After cardioversion the authors recommend to transfer manual workers to an occupation with an insignificant physical effort, whereas persons engaged in menial work, not associated with neuropsychic stress — for work for 4—6 months.

УДК 615.254.1.015.4:612.015.32

ВЛИЯНИЕ САЛУРЕТИЧЕСКИХ СРЕДСТВ НА УГЛЕВОДНЫЙ ОБМЕН

B. P. Клячко, Э. М. Шагинова, Т. Н. Тиркина

Отделение патологии обмена веществ (зав. — канд. мед. наук В. Р. Клячко) Института экспериментальной эндокринологии и химии гормонов (дир. — акад. АМН СССР Н. А. Юдаев) АМН СССР, Москва

Поступила 26/XII 1969 г.

Необходимость применения салуретиков часто в больших дозах и продолжительное время при лечении недостаточности кровообращения и артериальной гипертонии делает актуальным изучение побочного действия этих средств на углеводный обмен. Первые наблюдения касались тиазидных производных (Г. П. Шульцев; Wilkins; Finnerty; Goldner и соавт.). По мере синтезирования и апробации в клинике новых салуретиков побочные реакции были отмечены от применения большинства из них независимо от их химической структуры (Hutcheon и соавт.; Kayser; Königstein; Wölfer и соавт.). Эти сведения нашли отражение в ряде учебников по фармакологии (Kuschinsky и Lullmann), а также в докладе Комитета экспертов ВОЗ по сахарному диабету (1966). Появился термин «тиазидный диабет», вызвавший тревогу у врачей, применяющих салуретики (Wolff и соавт.). В настоящей работе мы попытались определить степень опасности так называемого диабетогенного действия салуретиков при лечении некоторых заболеваний.