

2. У больных митрально-трикуспидальным стенозом одна лишь митральная комиссуротомия без трикуспидальной не дает хорошего результата, а, наоборот, приводит к ухудшению состояния больных.

3. Диагностика органического поражения трехстворчатого клапана сложна. Для его распознавания необходимо проводить комплексное исследование больного, в неясных случаях решающее значение в диагностике приобретает зондирование полостей сердца с помощью двухканального зонда.

ЛИТЕРАТУРА

- Акимов Ю. И., Орлов Л. Л. Клин. мед., 1961, № 7, с. 110.— Голубев И. С. Кардиология, 1967, № 2, с. 29.— Григорян Э. А., Голубев И. С. Клин. мед., 1967, № 1, с. 72.— Горянина Н. К., Шерба С. Г. Кардиология, 1964, № 5, с. 25.— Дамир А. М. Тер. арх., 1962, в. 5, с. 99.— Кассирский И. А., Кассирский Г. И. Звуковая симптоматика приобретенных пороков сердца. М., 1964.— Колесов А. П., Немченко В. И. Грудная хир., 1963, № 1, с. 34.— Левант А. Д. Клиника, диагностика и хирургическое лечение трикуспидального стеноза. М., 1964.— Маклаков Н. И. Кардиология, 1964, № 2, с. 41.— Максимова Т. К. Арх. пат., 1957, в. 12, с. 53.— Соловьев В. В., Акимов Ю. И., Орлов Л. Л. Кардиология, 1963, № 2, с. 35.— Цыб А. Ф. Грудная хир., 1964, № 5, с. 12.— Шерба С. Г. Сов. мед., 1964, № 4, с. 18.— Aceves S., Carral R., Am. Heart. J., 1947, v. 34, p. 114.— Altschul K., Budnitz. Cit. G. Holswade, F. Glenn. N. Y. St. J. Med., 1962, v. 62, p. 1359.— Wagenstoss D. Cit. A. Hollman, Brit. Heart. J., 1957, v. 19, p. 211.— Cabot R. C., Facts on the Heart. Philadelphia, 1926.— Goodwin J. E. et al. Brit. med. J., 1957, v. 2, p. 1383.— Grondin P. et al. J. thorac. cardiovasc. Surg., 1967, v. 53, p. 7.— Hollman A., Lancet, 1956, v. 1, p. 535.— Kitchin A., Turner R., Brit. Heart. J., 1964, v. 26, p. 354.— Lillehei C. W. et al. Surgery, 1965, v. 57, p. 184.— Loogen F., Schaub W., Dtsch. med. Wschr., 1959, Bd 84, S. 409.— Perloff J. K., Harvey W. P., Circulation, 1960, v. 22, p. 346.— Starr A. et al. Ann. Surg., 1964, v. 160, p. 596.— Schwan H. et al. Am. Heart. J., 1954, v. 48, p. 405.— White P. D., Heart Disease. New York, 1944.— Whitaker P., Thorax, 1955, v. 10, p. 321.— Zeh E., Med. Klin., 1964, Bd 59, S. 16.— Zubiate P., Kay J. H., Circulation, 1964, v. 29 (Suppl.), p. 95.

ERRORS IN THE DIAGNOSIS OF ACQUIRED DISEASE OF THE TRICUSPID VALVE

N. N. Malinovsky, T. M. Chachava, I. S. Golubev

Summary

The authors discuss the errors committed in the diagnosis of acquired disease of the tricuspid valve in 20 patients with mitral-tricuspid affection who died in the hospital. Emphasis is made on the underestimation of the importance of individual symptoms in the diagnosis and treatment of affection of the tricuspid valve in 50 patients with mitral-tricuspid disease. The authors stress the paramount importance of timely recognition of affection of the tricuspid valve in the preoperative period in patients with mitral stenosis and the necessity of simultaneous correction of defects of both valves, especially in the presence of mitral-tricuspid stenosis.

УДК 616.12-008.313-036.87-085.844-035.1

О ПОКАЗАНИЯХ К ЭЛЕКТРОИМПУЛЬСНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ РЕЦИДИВАХ МЕРЦАТЕЛЬНОЙ АРИТМИИ

Б. М. Либерман, Э. А. Нечаев

Первая хирургическая клиника для усовершенствования врачей им. П. А. Куприянова (нач.— член-корр. АМН СССР проф. А. П. Колесов) Военно-медицинской академии им. С. М. Кирова, Ленинград, и институт экспериментальной и клинической медицины (дир.— проф. В. А. Кюнг) Министерства здравоохранения Эстонской ССР, Таллин

Поступила 2/IX 1970 г.

Отдаленные результаты электроимпульсной терапии (ЭИТ) мерцательной аритмии свидетельствуют о большой частоте рецидивов мерцательной аритмии (А. А. Вишневский и Б. М. Цукерман; З. Янушкевичус и

соавт.; А. И. Лукошевичуте; Oram и Davies; Jensen и соавт.; Halmos; Pedersen и Larsen, и др.). По нашим данным (235 больных, находившихся под наблюдением от 1 года до 4 лет с момента первого применения ЭИТ), мерцательная аритмия рецидивировала через 1 месяц у 25% больных, через 1 год — у 55%, через 2 года — у 72%, через 3 года — у 84%.

Целесообразность повторной нормализации сердечного ритма не представляется достаточно ясной.

Материал и методы

Для выработки показаний к повторной ЭИТ сопоставили время внутрипредсердной проводимости, время предсердно-желудочковой проводимости и вольтажа, зубца *P* в отведении V_1 ЭКГ, зарегистрированных в период синусового ритма, с фактическими сроками сохранения синусового ритма после однократного восстановления его электрическим импульсом и с общей оценкой отдаленного результата ЭИТ (благоприятный, неблагоприятный) у 228 больных. При сопоставлении показателей с однократным фактическим сроком сохранения восстановленного ритма у 101 больного, которому ЭИТ применялась повторно (от 2 до 6 раз), учитывали один, наиболее длительный срок. К моменту последнего, контрольного, обследования 57 пациентов стойко сохраняли восстановленный синусовый ритм на протяжении 13—48 месяцев после однократной ЭИТ, а у 31, применяя повторно ЭИТ при рецидивах мерцательной аритмии, наступавших не чаще 1—2 раз в году, синусовый ритм удавалось поддерживать в течение 22—42 месяцев (благоприятные отдаленные результаты). У 140 больных рецидивы аритмии наступали обычно через более короткие сроки: у 70 больных после повторного и у 70 после однократного восстановления ритма установилось постоянное мерцание или трепетание предсердий (неблагоприятные отдаленные результаты). Клиническая характеристика больных представлена в табл. 1.

Таблица 1

Корреляция некоторых показателей предсердного комплекса ЭКГ с длительностью сохранения восстановленного синусового ритма после однократного применения ЭИТ (по коэффициенту корреляции)

Клиническая группа	Число больных	Время внутрипредсердной проводимости (V)		Время предсердно-желудочковой проводимости (V)		Амплитуда зубца <i>P</i> в отведении V_1	
		<i>r</i>	<i>P</i>	<i>r</i>	<i>P</i>	<i>r</i>	<i>P</i>
Все больные мерцательной аритмией	228	-0,340	<0,01	-0,008	>0,05	-0,180	>0,05
В том числе: оперированные по поводу митрального стеноза	65	-0,338	<0,01	-0,137	>0,05	-0,085	>0,05
митральный стеноз, комбинированный митральный порок, многоклапанный порок	52	-0,207	>0,05	-0,184	>0,05	+0,177	>0,05
митральная недостаточность, чистая	26	-0,537	<0,01	-0,229	>0,05	-0,392	>0,05
миокардит, миокардитический кардиосклероз	20	-0,670	<0,01	-0,510	<0,05	-0,352	>0,05
атеросклеротический кардиосклероз	54	-0,144	>0,05	-0,015	>0,05	-0,352	<0,05
прочие заболевания	11	—	—	—	—	—	—

Между величиной времени внутрипредсердной проводимости и сроком сохранения восстановленного синусового ритма имелась по коэффициенту корреляции статистически значимая обратная связь ($P < 0,01$)

для всей группы больных мерцательной аритмией, а также для оперированных по поводу митрального стеноза, у больных миокардитом, миокардитическим кардиосклерозом, у больных чистой митральной недостаточностью (см. табл. 1). В этих же клинических группах оказалось статистически существенным различие средних величин времени внутрипредсердной проводимости у больных с благоприятным и неблагоприятным отдаленным результатом ЭИТ (табл. 2). При неоперированных ревматических пороках сердца и при атеросклеротическом кардиосклерозе не обнаружено статистически достоверной связи времени внутрипредсердной проводимости с длительностью сохранения синусового ритма после однократного применения ЭИТ и с общей оценкой отдаленного результата ЭИТ.

Таблица 2

Зависимость средних величин времени внутрипредсердной проводимости (в сек.) от отдаленных результатов ЭИТ

Клиническая группа	Отдаленный результат ЭИТ				t при n_1+n_2-2	P
	благоприятный		неблагоприятный			
	n_1	$\bar{x} \pm \sigma$	n_2	$\bar{x} \pm \sigma$		
Все больные мерцательной аритмией	84	$0,124 \pm 0,016$	140	$0,139 \pm 0,022$	5,24	$< 0,01$
В том числе:						
оперированные по поводу митрального стеноза	34	$0,130 \pm 0,13$	31	$0,141 \pm 0,018$	2,83	$< 0,01$
митральный стеноз, комбинированный митральный порок, многоклапанные пороки	7	$0,134 \pm 0,016$	45	$0,143 \pm 0,021$	1,11	$> 0,05$
митральная недостаточность, чистая	8	$0,137 \pm 0,021$	18	$0,161 \pm 0,023$	2,48	$< 0,05$
миокардит, миокардитический кардиосклероз	12	$0,110 \pm 0,011$	8	$0,138 \pm 0,017$	3,91	$< 0,01$
атеросклеротический кардиосклероз	23	$0,116 \pm 0,014$	31	$0,120 \pm 0,013$	0,89	$> 0,05$

Абсолютные величины времени внутрипредсердной проводимости, совпадавшие с тем или иным отдаленным результатом ЭИТ, не были одинаковыми во всех клинических группах. Разница в средних величинах (см. табл. 2) при благоприятных отдаленных результатах ЭИТ у больных пороками сердца и у больных миокардитами, миокардитическим или атеросклеротическим кардиосклерозом и прочими заболеваниями составляла примерно 0,02 сек. Это можно объяснить тем, что у большинства больных пороками сердца внутрипредсердная блокада развивается на фоне значительной гипертрофии предсердного миокарда.

При ширине зубца P более 0,15 сек. у больных пороками сердца и более 0,13 сек. у больных других клинических групп стойкие отдаленные результаты после первого применения ЭИТ встречались редко и ни разу не наблюдалось благоприятного отдаленного результата после повторного применения ЭИТ по поводу рецидива мерцательной аритмии.

При меньшей ширине зубца P в соответствующих группах обследованных отмечались как благоприятные, так и неблагоприятные отдаленные результаты после первого или повторного применения ЭИТ. Нарушение проводимости в предсердиях, конечно, не является единственным фактором, способствующим возникновению и рецидивированию мерцания или трепетания предсердий. Использование только одного этого признака для определения показаний к повторному восстановлению синусового ритма не надежно в любом случае.

При неоперированном митральном стенозе или комбинированном пороке с митральным стенозом благоприятный отдаленный результат ЭИТ наблюдался очень редко, а у больных атеросклеротическим кардиосклерозом при $P \leq 0,13$ сек. оба варианта отдаленных результатов ЭИТ встречались примерно одинаково часто. Благоприятные отдаленные результаты первого и повторного восстановления синусового ритма преобладали у больных чистой митральной недостаточностью при $P \leq 0,15$ сек., после эффективной митральной комиссуротомии при $P \leq 0,13$ сек., у больных миокардитом, миокардитическим кардиосклерозом при $P \leq 0,11$ сек.

Корреляция показателей предсердно-желудочковой проводимости и вольтажа зубца P_{V_1} с длительностью сохранения синусового ритма после однократного его восстановления и с общей оценкой отдаленного результата ЭИТ была значительно меньше. Предсердно-желудочковая проводимость статистически достоверно коррелировала с длительностью сохранения восстановленного синусового ритма только при миокардитах, миокардитическом кардиосклерозе ($P < 0,05$), а вольтаж зубца P_{V_1} — только при атеросклеротическом кардиосклерозе ($P < 0,05$). Средние величины в зависимости от общей оценки отдаленного результата ЭИТ статистически существенно различались для предсердно-желудочковой проводимости у больных миокардитом, миокардитическим кардиосклерозом (PQ при благоприятном отдаленном результате $0,171 \pm 0,025$ сек., при неблагоприятном $0,207 \pm 0,025$ сек.; $P < 0,01$), а также для всей группы больных мерцательной аритмией ($PQ = 0,179 \pm 0,024$ и $0,192 \pm 0,032$ сек.; $P < 0,01$), для вольтажа зубца P_{V_1} — только для всей группы больных мерцательной аритмией ($P_{V_1} = 0,17 \pm 0,09$ и $0,21 \pm 0,10$ мв; $P < 0,01$).

Выводы

1. Время внутрипредсердной проводимости, зарегистрированное в период синусового ритма, может быть рекомендовано в качестве одного из критериев, определяющих показания к повторной нормализации сердечного ритма при рецидивах мерцательной аритмии.

2. При решении вопроса о целесообразности повторной электроимпульсной терапии удлинение внутрипредсердной проводимости более 0,15 сек. у больных со значительной гипертрофией миокарда предсердий (пороги сердца) и более 0,13 сек. у больных без значительной гипертрофии миокарда предсердий (миокардиты, кардиосклерозы) должно расцениваться как неблагоприятный признак.

3. Наилучшая корреляция между величиной времени внутрипредсердной проводимости и стойкостью синусового ритма после его восстановления наблюдается у больных митральной недостаточностью, миокардитом и миокардитическим кардиосклерозом и у оперированных по поводу митрального стеноза.

ЛИТЕРАТУРА

- Вишневский А. А., Цукерман Б. М. Клин. мед., 1965, № 7, с. 5.—
Лукошевичуте А. И. Лечение некоторых нарушений сердечного ритма импульсным током. Автореф. дисс. докт. Каунас, 1968.— Янушкевичус З., Баубинене А., Шнипас П. и др. В кн.: Материалы 1-й Кардиологической научно-практической конференции Эст. ССР. Таллин, 1967, с. 103.— Halmos P. V., Brit. Heart. J., 1966, v. 28, p. 302.— Jensen I. V., Humphries I. O'N., Kouwenhoven W. B. et al. J. A. M. A., 1965, v. 194, p. 1181.— Ogam S., Davies I. P. H., Lancet, 1964, v. 1, p. 1294.— Pedersen A., Larsen O. A., Acta med. scand., 1966, v. 179, p. 59.

THE INDICATIONS TO CARIOVERSION IN RELAPSES OF AURICULAR FIBRILLATION

B. M. Liberman, E. A. Nechaev

Summary

The time of intra-atrial conduction recorded during the sinus rhythm may be recommended as one of the criteria determining the indications to repeated normalization of the cardiac rhythm in relapses of auricular fibrillation. When deciding upon the expediency of cardioversion one should consider as an unfavorable sign the following: prolongation of intra-atrial conduction over 0.15 sec. in patients with a significant myocardial hypertrophy of atria (cardiac failure) and over 0.13 sec. in patients without a significant myocardial hypertrophy of atria (myocarditis, cardiosclerosis). The best correlation between the value of the time of intra-atrial conduction and persistence of the sinus rhythm after its restoration was observed in patients with mitral incompetence, myocarditis and myocarditic cardiosclerosis, as well as in those operated for mitral stenosis.

УДК 616.12-008.313-085.84-035.1

ОБ ОТБОРЕ БОЛЬНЫХ ПОРОКАМИ СЕРДЦА НА ЭЛЕКТРОИМПУЛЬСНУЮ ТЕРАПИЮ МЕРЦАТЕЛЬНОЙ АРИТМИИ

Г. А. Бабушкин

Дорожная больница им. Ф. Э. Дзержинского (главный врач В. А. Покровская, научный руководитель — проф. А. А. Кедров), Ленинград

Поступила 15/VI 1970 г.

Ревматические пороки сердца часто осложняются мерцанием предсердий (Г. Ф. Ланг; А. М. Сигал; С. В. Шестаков; Thurgmann и Jannpey), что способствует прогрессированию сердечной недостаточности (И. М. Арригони; А. А. Кедров; Р. Г. Межебовский).

Общепризнано, что электроимпульсная терапия является наиболее эффективным методом лечения мерцательной аритмии (А. А. Вишневский и Б. М. Цукерман; В. П. Радужкевич; Hurst и соавт.; Lown), однако примерно у 50% больных еще до выписки из стационара развивается рецидив аритмии (Н. С. Бусленко и соавт.).

Рекомендации по отбору больных для лечения электрическим импульсом противоречивы. Miller, Molimard и соавт. рекомендуют применять это лечение у всех больных с мерцанием предсердий. П. Н. Осипов и соавт., Bell, Radford и Evans, Resnekov и McDonald, Romoda и Bajkaу применяют электроимпульсную терапию только при оперативно откорригированных пороках сердца.

Материал и метод

Электроимпульсная терапия (224 сеанса) проведена 135 больным ревматическим пороком сердца с постоянной формой мерцательной аритмии. Среди больных были 83 женщины и 52 мужчины в возрасте от 21 года до 78 лет. У 108 больных диагностирован изолированный или преобладающий митральный стеноз, у 42 — митральный порок с преобладанием недостаточности клапана, у 36 — аортально-митральный порок, 38 больным была ранее произведена митральная комиссуротомия. У 43% больных давность аритмии не превышала 1 года. Недостаточность кровообращения I стадии была у 109 больных, II стадии — у 106, III стадии — у 9. Применяли дефибриллятор «Према III» (без синхронизатора), и параметры импульсов 0,01 сек., 4—6 кв.

В течение 6—12 месяцев после электроимпульсной терапии назначали делагил (0,75—0,25 г в сутки) или хинидин (0,8—0,3 г).

Результаты исследования

Непосредственно после электроимпульсной терапии синусовый ритм восстановился у 128 из 135 больных (94,8%). Ранние рецидивы мерцательной аритмии (до выписки из больницы) наступили в 24% случаев. Из таб-