

Gander M., *Helv. med. Acta*, 1964, v. 31, p. 407. — Resnick W., Harrison T. В кн.: T. R. Harrison et al. (Eds) *Principles of Internal Medicine*. New York, 1966, v. 2, p. 787. — Ueda H., Nakanishi A., Shiba M. et al. *Jap. Heart J.*, 1965, v. 6, p. 189. — Vancini B., Lippardini R., Facchini G., *Endocr. Sci. cost.*, 1964, v. 28, p. 239.

CHANGES OF CENTRAL HEMODYNAMICS IN PATIENTS WITH THYROTOXICOSIS BEFORE AND AFTER TREATMENT

A. F. Litvinenko

Summary

Changes of central hemodynamics and vascular tone in 90 patients with thyrotoxicosis of varying severity and duration are described. Central hemodynamics was studied by the method of dye dilution (T—1824), whereby in 48 cases investigations were effected repeated after the treatment. The extent of hemodynamic shifts in thyrotoxicosis is shown to depend upon the severity and duration of the disease. The more serious the course of the malady, the greater the intensity of hemodynamic disorders and the longer it lasts, the lower are functional reserves of the myocardium. In patients with freshly recognized thyrotoxicosis of medium severity hemodynamic indices became fully normal after the treatment and with protracted course of the affection — fell below the normal level. In patients with freshly identified severe thyrotoxicosis the hemodynamics normalized but partly, and with long course of the disease its indices did not change at all under the effect of therapy.

УДК 616.12-008.313-085.844-036.8

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЭЛЕКТРОИМПУЛЬСНОЙ ТЕРАПИИ МЕРЦАТЕЛЬНОЙ АРИТМИИ

Б. И. Марфин

Кафедра госпитальной хирургии (зав. — проф. В. П. Радужкевич) Воронежского медицинского института

Поступила 4/X 1971 г.

Электроимпульсная терапия мерцательной аритмии получает все более широкое распространение. А. А. Вишневыский и Б. М. Цукерман, В. П. Радужкевич, З. И. Янушкевичус и П. А. Шнипас, А. Лукошевичуте, Б. А. Королев и соавт., Lowy и соавт., Ogam, Radford и Evans, Jouch и соавт. сообщают о высокой эффективности этого метода лечения.

В клинике госпитальной хирургии электроимпульсная терапия мерцательной аритмии применяется с 1963 г. В настоящей работе приводятся результаты лечения больных, находившихся в клинике с января 1964 г. по январь 1970 г.

За эти 6 лет электроимпульсная терапия была проведена у 1035 больных мерцательной аритмией. Среди них было 265 пациентов, перенесших митральную комиссуротомию, 548 больных ревматическими пороками, не подлежащими оперативной коррекции и 222 — кардиосклерозом (170 — атеросклеротическим и 52 — постмиокардитическим).

Лишь 76 больных (7,3%) выписались из клиники с мерцательной аритмией. У остальных 959 (92,7%) синусовый ритм был восстановлен. Отдаленные результаты удалось проследить у 846 больных. У 369 из них (43,6%) электроимпульсная терапия оказалась эффективной, у 477 (56,4%) эффект был кратковременным. К больным с положительными результатами лечения мы причисляем не только больных с синусовым ритмом, сохраняющимся непрерывно в течение ряда лет, но и тех, у которых после рецидива мерцательной аритмии удавалось восстанавливать синусовый ритм повторной дефибрилляцией, и он сохранялся значительное время. Из 369 больных лишь у 119 синусовый ритм удерживался стойко после первой дефибрилляции, у остальных дефибрилляцию приходилось повторять через различные промежутки времени.

Если после дефибрилляции синусовый ритм сохранялся менее 3 месяцев, а при повторении процедур наблюдалась тенденция к сокращению этих сроков, продолжение электроимпульсной терапии мы считали нецелесообразным.

Электроимпульсную терапию следует рассматривать не как разовую процедуру, а как лечебное мероприятие, которое приходится повторять через определенные отрезки времени. Однако восстановление синусового ритма при рецидивах мерцательной аритмии с помощью повторной дефибрилляции происходит далеко не всегда. У ряда больных синусовый ритм, ранее хорошо восстанавливавшийся и удерживавшийся, через различные промежутки времени возобновлять уже не удавалось.

В течение 1964 г. синусовый ритм был стойко восстановлен у 50 больных, но у 5 больных устранение рецидивировавшей мерцательной аритмии через 1 год, у 9 больных — через 2 года, у 7 — через 3, у 5 — через 4 года и у 2 больных через 5 лет уже оказывалось безуспешным. Примерно такая же закономерность наблюдалась и в последующие годы. Таким образом, синусовый ритм перестал восстанавливаться через 1 год у 83 больных, через 2 года у 63, через 3 года у 40, через 4 года у 13 больных. Свыше 3 лет он удерживался у 142 (57,6%) больных.

Нами проведен анализ влияния некоторых объективных факторов — давности мерцательной аритмии, величины длинника и поперечника сердца на рентгенограммах, характера основного заболевания — на сохранение синусового ритма в отдаленные сроки.

На отдаленные результаты давность мерцательной аритмии неблагоприятно влияет. Если из 159 больных с давностью аритмии до 1 года положительные результаты наблюдались у 101 (63,5%), из 324 больных с давностью аритмии от 1 до 2 лет — у 144 (44,4%) и из 180 с давностью аритмии 3—4 года — у 42 (34,1%), то из 117 больных с давностью аритмии 5 и более лет — лишь у 20 (17,1%).

Поперечник сердца на телерентгенограммах был изучен у 438 больных с ревматическими пороками сердца (260 — с положительными и 178 — с отрицательными результатами дефибрилляции). Из 260 больных с хорошо сохраняющимся ритмом в 43% случаев поперечник сердца был менее 16 см, в 37,7% случаев — от 16 до 18 см, в 19,3% случаев — от 18 до 21 см и ни у одного больного поперечник сердца не был больше. У 178 пациентов с отрицательными результатами дефибрилляции эти соотношения соответственно таковы: 32,6, 40,4 и 24,7%; у 4 (2,3%) больных сердце было более 21 см в поперечнике. Таким образом, чем больше размеры сердца, тем меньше наблюдается положительных результатов. Увеличение поперечника сердца более 21 см является неблагоприятным прогностическим признаком.

Большое прогностическое значение имеет динамическое изменение размеров сердца после восстановления синусового ритма. Нами совместно с Л. Ф. Хрисановой была изучена зависимость эффекта дефибрилляции от уменьшения длинника и поперечника сердца на телерентгенограммах после восстановления синусового ритма. Телерентгенограммы были произведены у 103 больных ревматическими пороками до и после устранения мерцательной аритмии. Из 38 больных, у которых длинник и поперечник сердца уменьшились в сумме более чем на 2 см, у 34 стойко удерживался синусовый ритм. Из 37 больных, у которых эти размеры уменьшились на величину от 0,5 до 2 см, ритм удерживался у 24. Из 28 больных, у которых после восстановления синусового ритма длинник и поперечник сердца не изменились или уменьшились в сумме менее чем на 0,5 см, положительные результаты наблюдались только у 10. Следовательно, чем больше сократились длинник и поперечник сердца после восстановления синусового ритма, тем более стойко он сохранялся.

Влияние основного заболевания на отдаленные результаты дефибрилляции весьма существенно.

Лучше всего синусовый ритм в отдаленные сроки сохранялся у больных, перенесших митральную комиссуротомию (61,4%; см. таблицу). Несколько хуже результаты были у больных сочетанным митральным пороком без преобладания одного порока над другим (43,8%). У больных, у которых преобладал митральный стеноз и оперативной его коррекции не проводилось, показатели стабилизации синусового ритма были еще ниже (37,2%). Присоединение к сочетанным порокам недостаточности трехстворчатого клапана явилось самым неблагоприятным прогностическим показателем.

Больные кардиосклерозом по количеству положительных результатов (39,8%) занимают среднее положение. Однако надо отметить, что синусовый ритм у них, как правило, редко удерживался дольше 2—3 лет. Несколько различались результаты электроимпульсной терапии у больных постмиокардитическим и атеросклеротическим кардиосклерозом. Из 30 больных (преимущественно моложе 45 лет)

Зависимость сохранения синусового ритма от основного заболевания

Диагноз основного заболевания	Число больных		
	всего	ритм стойко удерживается	ритм не удерживается
Состояние после митральной комиссуротомии	215	132 (61,4%)	83 (38,6%)
Сочетанный митральный порок с преобладанием недостаточности	40	20 (50%)	20 (50%)
Сочетанный митральный порок без преобладания одного из пороков	178	78 (43,8%)	100 (56,2%)
Сочетанный митральный порок с преобладанием стеноза	129	48 (37,2%)	81 (62,8%)
Митрально-аортальный порок	31	10 (32,2%)	21 (67,8%)
Комбинированные пороки с недостаточностью трехстворчатого клапана	70	8 (11,4%)	62 (88,6%)
Кардиосклероз	183	73 (39,8%)	110 (60,2%)
Итого . . .	846	369 (43,6%)	477 (56,4%)

постмиокардитическим кардиосклерозом положительные результаты наблюдались у 14, а из 153 больных атеросклеротическим кардиосклерозом — у 59.

За эти годы из клиники выписалось 87 больных после хирургической коррекции митрального стеноза, осложненного мерцательной аритмией. В группе из 44 пациентов, у которых синусовый ритм удерживался до операции после одной дефибрилляции, у 32 он стойко сохранялся в отдаленном периоде. В тех случаях, когда для поддержания синусового ритма в предоперационном периоде или во время операции электроимпульсные процедуры приходилось повторять, отдаленные результаты были хуже. Из 30 больных этой группы в отдаленном периоде положительные результаты наблюдались у 19. У 13 больных синусовый ритм до операции восстановить не удалось. Стойкого его восстановления у этих больных не удалось добиться и в отдаленный период.

В ы в о д ы

1. Анализ отдаленных результатов показывает, что электроимпульсная терапия позволяет длительно поддерживать синусовый ритм у больных хронической мерцательной аритмией.

2. Электроимпульсную терапию следует рассматривать не как разовую процедуру, а как лечебное мероприятие, которое при рецидивах мерцательной аритмии необходимо повторять для поддержания синусового ритма и сохранения компенсации кровообращения.

3. При значительной давности мерцательной аритмии можно добиться длительного сохранения синусового ритма.

4. Резко: увеличение размеров сердца и присоединение к комбинированным порокам недостаточности трехстворчатого клапана более всего уменьшают вероятность стойкой стабилизации синусового ритма.

Л И Т Е Р А Т У Р А

Вишневский А. А., Цукерман Б. Н. Клин. мед., 1965, № 7, с. 5. — Королев Б. А., Каров В. В., Обухова А. А. и др. В кн.: Новое в кардиологии. М., 1966, с. 121. — Лукошевичу А. Там же, с. 109. — Радужкевич В. П. Электрическая дефибрилляция при мерцательной аритмии и ее значение в хирургии митрального стеноза. Воронеж, 1970. — Янушкевичус З. И., Шниплас П. А. Кардиология, 1965, № 6, с. 47. — Jouve A. et al. Arch. Mal. Coeur, 1966, v. 59, p. 515. — Lowy B. et al. Brit. Heart J., 1967, v. 29, p. 469. — Oram S., Proc. Roy. Soc. Med., 1967, v. 60, p. 371. — Radford M. D., Evans D. W., Brit. Heart J., 1968, v. 30, p. 91.

REMOTE RESULTS OF ELECTRO-IMPULSE THERAPY IN AURICULAR FIBRILLATION

B. I. Marfin

S u m m a r y

Remote results of electro-impulse therapy in cases with auricular fibrillation were analyzed. Over a period of 6 years, starting from January 1964 and till January 1970, it was performed in 1035 cases (in 265 — following mitral commissurotomy, in 548 % with rheumatic heart diseases and in 222 — with cardiosclerosis). A total of 959 (92.7%) of the patients were discharged from the clinic with sinus rhythm. Remote results could be followed up in 846 cases. The sinus rhythm continued to persist in 369 cases (43.6%) and was not retained in 477 cases (56.4%). Only in 119 patients the rhythm persisted after one electro-impulse procedure and in 250 cases the procedure had to be applied repeatedly. In 142 cases the rhythm continued for 3 and more years. An analysis into the significance of the auricular flutter duration and cardiac enlargement confirmed their adverse influence on the stabilization of the sinus rhythm. This influence, however, proved to be not too great. A more distinct effect on the stabilization of the sinus rhythm had the nature of the primary disease. Over long periods of time the sinus rhythm held on mostly in patients with mitral commissurotomy in their history (61.4%), in a lesser degree (43.8%) — in patients with combined mitral defect without predominance of one of the defects. The worst remote results were recorded in patients with combined defects involving incompetence of the tricuspid valve (11.4%).