

## ОБ ОТБОРЕ БОЛЬНЫХ ДЛЯ ЭЛЕКТРОИМПУЛЬСНОЙ ТЕРАПИИ МЕРЦАТЕЛЬНОЙ АРИТМИИ

Э. В. Пак, Н. П. Субботин

*Кафедра терапии № 1 (зав. — проф. Л. А. Щербатенко-Лушникова), кафедра рентгенологии (зав. — засл. деят. науки ТАССР и РСФСР проф. М. Х. Файзуллин) Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина*

**Реферат.** Меньшие размеры левого предсердия и ствола легочной артерии прогностически более благоприятны с точки зрения удержания синусового ритма после электроимпульсной терапии.

Электроимпульсная терапия находит все более широкое применение при мерцательной аритмии. Рядом авторов [2—6 и др.] прослежена зависимость эффективности электроимпульсной терапии синусового ритма и стойкости восстановленного синусового ритма от размеров сердца или левого предсердия и величины волн  $ff$ . В настоящей работе мы попытались выяснить, имеет ли значение в прогнозировании восстановления и удержания синусового ритма определение размеров левого предсердия и ствола легочной артерии. Для установления указанных выше размеров пользовались методом продольной томографии [1]. Величину левого предсердия вычисляли по отношению  $\frac{l}{p}$ , где  $l$  — поперечник левого предсердия,  $p$  — поперечник грудной клетки; величину ствола легочной артерии — по отношению  $\frac{k}{p}$ , где  $k$  — эпибронхиальный поперечник ствола легочной артерии.

Обследовано 44 человека: 11 здоровых и 33 — с мерцательной аритмией, возникшей на почве ревматического порока сердца (23 чел.) и миокардитического кардиосклероза (10 чел.). У всех больных была постоянная форма мерцательной аритмии, длительность ее колебалась от 3 недель до 2 лет. Недостаточность кровообращения I—II ст. диагностирована у 30, IIБ ст. — у 3 больных.

У здоровых лиц размеры левого предсердия равнялись 0,19—0,31; ствола легочной артерии — 0,05—0,08. В группе больных с мерцательной аритмией на почве митрального порока только у 9 размеры левого предсердия и ствола легочной артерии оказались нормальными, у остальных было увеличено или левое предсердие, или ствол легочной артерии, или и левое предсердие, и ствол легочной артерии. В группе больных с мерцательной аритмией на почве миокардитического кардиосклероза не наблюдалось увеличения левого предсердия и ствола легочной артерии.

После тщательного клинического обследования на электроимпульсную терапию было отобрано 27 пациентов (17 с митральным пороком и 10 с миокардитическим кардиосклерозом). Электроимпульсную терапию проводили согласно общепринятой методике отечественным дефибрилятором ИД-1-ВЭИ. У всех 27 больных был восстановлен синусовый ритм. У 19 из них он держался один год и более, у 8 мерцание рецидивировало в ближайшие недели.

Из 19 больных с нормальными размерами левого предсердия и ствола легочной артерии у 15 восстановленный синусовый ритм держался более года, при этом в течение всего времени сохранялось состояние полной компенсации гемодинамики, и у 4 мерцание рецидивировало через короткое время; из 8 больных с увеличением размеров левого предсердия или ствола легочной артерии синусовый ритм удерж-

живался длительное время только у 4, а у другой половины больных мерцание рецидивировало в течение первой недели. Складывается впечатление, что меньшие размеры левого предсердия и ствола легочной артерии прогностически более благоприятны с точки зрения удержания синусового ритма. Еще большее значение для прогнозирования стойкости восстановленного ритма, по нашим данным, имеет измерение размеров левого предсердия и ствола легочной артерии в ближайшее время после реверсии ритма. Наилучшие результаты констатированы у тех больных, у которых вслед за восстановлением ритма наблюдалось уменьшение размеров левого предсердия и ствола легочной артерии. В тех случаях, когда уменьшения размеров левого предсердия и ствола легочной артерии не произошло, мерцание рецидивировало в первый же месяц.

Следовательно, определение размеров левого предсердия и ствола легочной артерии в динамике методом продольной томографии может быть полезным для отбора больных на электроимпульсную терапию и для прогноза стойкости синусового ритма.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Горенцвит И. Э. Вест. рентгенол. и радиол., 1968, 5. — 2. Заргарли Ф. И., Киселева Н. В., Теплова Н. В. Клин. мед., 1972, 8. — 3. Марфин В. И., Хрисанова Л. Ф., Храпченкова О. П. Там же, 1972, 1. — 4. Маят В. С., Нестеренко Ю. А. Кардиология, 1969, 8. — 5. Пак Э. В. Казанский мед. ж., 1974, 4. — 6. Сыркин А. А., Недоступ А. В., Маевская Н. В. Электроимпульсное лечение аритмий сердца. Медицина, М., 1970.

Поступила 26 мая 1975 г.

УДК 616.12—008.313—08:616—073.753.2:616—017

## НЕКОТОРЫЕ ИММУННЫЕ СДВИГИ В ОРГАНИЗМЕ ПРИ ЭЛЕКТРОИМПУЛЬСНОЙ ТЕРАПИИ МЕРЦАТЕЛЬНОЙ АРИТМИИ

*А. Х. Михайлова*

*Кафедра терапии № 2 (зав. — проф. Р. И. Хамидуллин) Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина. Научные консультанты — проф. Л. М. Рахлин, доц. Н. И. Вылегжанин*

**Реферат.** С целью изучения иммунных сдвигов в организме в ответ на электроимпульсную реверсию синусового ритма с помощью реакции бластной трансформации лимфоцитов и реакции Уанье исследовано 50 чел. В реакции бласттрансформации использованы тканевые антигены, а также стрептококковая гиалуронидаза и аллерген гемолитического стрептококка; в реакции Уанье — также тканевые антигены и аутогемолизат исследуемого. После электрической дефибрилляции сердца у 19 больных, главным образом у лиц с исходными иммунными сдвигами, усилилась степень положительной выраженности реакции бласттрансформации (чаще на 14-е сутки после дефибрилляции). Определенная закономерность усиления степени положительной выраженности реакции Уанье после электрической дефибрилляции сердца отмечена у 33 чел. и чаще на 5-е сутки. Выявленные иммунные сдвиги в организме после дефибрилляции свидетельствуют, по всей вероятности, о трофических изменениях в сердечной мышце после воздействия электрического импульса, о чем говорит и зависимость показателей обеих реакций от числа электрических дефибрилляций сердца и количества потребовавшихся разрядов.

Многочисленные исследования показали, что у больных с восстановленным при помощи электрической дефибрилляции сердца (ЭДС) синусовым ритмом закономерны сдвиги в электролитах крови. Применение ЭДС в ряде случаев сопровождается изменениями ЭКГ, гиперферментемией, повышением уровня серотонина, изменениями в ультраструктуре миокарда. Мнения исследователей в отношении природы постконверсионных изменений различны. Одни связывают их с общей судорожной реакцией организма, с неврогенным и механическим действием; другие рассматривают их как легкую электротравму с одновременным повреждением экстра- и интракардиальной нервной системы, с более тонкими реакциями трофического характера. Тонкие сдвиги в состоянии сердца, находящегося при ЭДС в «сфере силовых линий разряда», могут быть обнаружены иммунологическими методами исследования. Изучение иммун-