

as better microcirculation and tissue oxygen tension. Reduced concentrations of total serum cholesterol and atherogenic index were achieved in hypercholesterolemia patients. The changes obtained permitted reduction of hypotensive maintenance

treatment. In view of positive results in hypertensive subjects, adaptation to periodic hypoxia in a pressure chamber is recommended for inclusion into combined regimens of hypertension therapy.

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 1993
УДК 616.12-008.313-085.844-036.8-07

А. В. Недоступ, М. А. Алексеевская, А. И. Лукошевичуте, И. Р. Печюлене,
Ю. В. Вайтекунене, И. В. Маевская, А. Л. Сыркин

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭЛЕКТРОИМПУЛЬСНОГО ЛЕЧЕНИЯ МЕРЦАТЕЛЬНОЙ АРИТМИИ НА МАТЕРИАЛЕ ДВУХ КЛИНИК. СООБЩЕНИЕ 2. ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ

Кафедра внутренних болезней № 1 (зав.— проф. В. И. Маколкин) 1-го лечебного факультета ММА им. И. М. Сеченова, Каунасская медицинская академия, НИИ физиологии и патологии сердечно-сосудистой системы им. З. И. Янушкявичуса

В нашем первом сообщении были проанализированы непосредственные результаты, а также частота и тяжесть осложнений у больных мерцательной аритмией (МА), подвергнутых электроимпульсной терапии (ЭИТ) [1]. Сравнивались данные двух клиник — московской и каунасской. Напомним, что основные отличия терапевтической тактики каунасской клиники заключались в менее строгом, чем в московской клинике, отборе больных для ЭИТ, значительно более кратких сроках подготовки больных к ЭИТ (прежде всего за счет укороченного курса антикоагулянтной терапии или его отсутствия), менее длительных сроках проведения поддерживающей антиаритмической терапии после восстановления синусового ритма (СР).

В настоящем исследовании авторы — сотрудники клиник Москвы и Каунаса — поставили перед собой задачу изучить, влияют ли на отдаленные результаты ЭИТ при МА «жесткость» отбора больных для восстановления СР, длительность подготовки к ЭИТ, некоторые особенности ее проведения (применение чреспищеводного метода нанесения разряда), а также характер поддерживающей терапии.

Материал и методы исследования подробно охарактеризованы в предыдущем сообщении [1]. Общее число больных, леченных ЭИТ, в Москве и Каунасе составило 1292, СР был восстановлен в 96,7 % случаев в Москве и 93,7 % — в Каунасе. Анализ отдаленных результатов ЭИТ проводился на группе больных, которым был восстановлен СР, — 503 пациента в Москве и 722 — в Каунасе.

При анализе отдаленных результатов сроки сохранения СР мы представляли как дискретную величину, фиксируя их к исходу 1-го и 6-го месяца после устранения МА. Адекватный для таких случаев метод анализа кривых дожития не мог быть применен, поскольку отдаленные результаты, прослеженные в течение длительного времени (практически до момента

рецидива МА), имелись только в Москве, тогда как в Каунасе они регистрировались у всех больных лишь в течение 6 мес, а в более поздние сроки были прослежены только у части пациентов.

Отдаленные результаты ЭИТ больных из Москвы и Каунаса представлены в табл. 1; пациентов с постоянной формой МА — в табл. 2. Из приведенных данных видно, что в Москве отдаленные результаты ЭИТ достоверно лучше как через 1 мес, так и через 6 мес.

Поскольку количество леченных методом ЭИТ больных с приступообразной формой МА в Москве было очень невелико (3 %) по сравнению с аналогичной группой в Каунасе (27 %), сопоставление их не проводилось. Сравнительный анализ отдаленных результатов ЭИТ у больных с приступообразной и постоянной формой МА в Каунасе показал, что к исходу 1-го месяца рецидив МА чаще наблюдался при постоянной форме, а за последующие 5 мес, напротив, при приступообразной, таким образом, к исходу 6-го месяца процентное соотношение больных с сохраняющимся СР становилось примерно одинаковым в обеих группах.

Мы попытались установить причину лучших отдаленных результатов, полученных в московской клинике.

Таблица 1

Отдаленные результаты ЭИТ у всех больных

Срок сохранения СР	Москва		Каунас		p
	абс.	%	абс.	%	
≤ 1 мес	113	23	209	29	0,01
> 1 мес	390	78	513	71	
≤ 6 мес	208	41	388	54	0,000
> 6 мес	295	59	334	46	

Таблица 2

Отдаленные результаты ЭИТ у больных с постоянной формой МА

Срок сохранения СР	Москва		Каунас		p
	абс.	%	абс.	%	
≤ 1 мес	109	22	164	32	0,001
> 1 мес	378	78	349	68	
≤ 6 мес	200	41	271	53	0,000
> 6 мес	287	59	272	47	

Было проведено сравнение отдаленных результатов ЭИТ по Москве и Каунасу в зависимости от этиологии основного заболевания (ревматические пороки сердца, ИБС, миокардитический кардиосклероз, прочие). Ни в Москве, ни в Каунасе как в ближайшии (1 мес), так и в отдаленные (6 мес) сроки наблюдения достоверной связи отдаленных результатов ЭИТ с этиологией МА не выявлено, причем это относится ко всем больным — как с постоянной, так и с приступообразной формой МА.

Далее была проанализирована зависимость отдаленных результатов от критериев отбора на ЭИТ.

На основании длительного врачебного опыта к моменту начала проведения работы сложился достаточно устойчивый перечень относительных противопоказаний к восстановлению СР, приведенный в нашем первом сообщении [1].

Однако в связи с рядом клинических ситуаций (настойчивое желание больного восстановить СР, необходимость устранения МА хотя бы на короткое время и т. д.) эти противопоказания как в Москве, так и в Каунасе в ряде случаев не соблюдались. В Москве таких пациентов было 12 %, а в Каунасе — 25 %. Больные, которые не имели противопоказаний к проведению ЭИТ, составили 1-ю группу, а пациенты, имеющие такие противопоказания, — 2-ю группу.

В московской клинике процент больных с сохраняющимся более 1 мес СР был достоверно ($p=0,04$) выше в 1-й группе. Эти данные подтверждают обоснованность существующих правил отбора. При сравнении процента больных с сохраняющимся СР более 6 мес показатели были лучше также в 1-й группе, хотя это различие статистически недостоверно.

В Каунасе процент больных с сохраняющимся СР как более 1 мес, так и более 6 мес был достоверно выше в 1-й группе ($p 0,01$ и $0,03$ соответственно). Следовательно, если бы врачи Каунасской медицинской академии более строго придерживались правил отбора на ЭИТ, то процент больных, имевших рецидив МА к исходу

как 1-го месяца, так и 6-го месяца, достоверно уменьшился бы.

Мы провели сравнение отдаленных результатов ЭИТ, полученных в Москве и в Каунасе, на контингенте больных 1-й группы (т. е. не имеющих противопоказаний к проведению ЭИТ). И в этом случае процент больных с сохраняющимся СР (как более 1 мес, так и более 6 мес) оказался достоверно выше в Москве, чем в Каунасе (табл. 3), причем через 6 мес это различие становилось более значимым.

Таким образом, несмотря на несомненное влияние отбора больных для ЭИТ на ее отдаленные результаты, очевидна их зависимость и от иных факторов.

Таким фактором, влияющим на отдаленные и особенно на ближайшии (в пределах 1 мес) результаты, может являться характер медикаментозной подготовки к ЭИТ. Однако проведение сравнения по данному признаку было невозможно ввиду очень большого различия в сроках подготовки к ЭИТ в наших клиниках; в Москве длительная подготовка (20 дней и более) проводилась 80 % больных, а в Каунасе — лишь 4 %. Вместе с тем, учитывая несомненное положительное воздействие комплекса подготовительной терапии на состояние миокарда и регуляторные системы организма, следует считать весьма вероятным влияние такой терапии на стабильность восстановленного СР, по крайней мере в ближайшии (до 1 мес) период после устранения МА.

Далее анализировали длительность сохранения СР в зависимости от методики его восстановления (трансторакальной или чрезпищеводной). Чрезпищеводный способ нанесения конденсаторного разряда применялся в Каунасе. Напомним, что данный способ использовали в тех случаях, когда трансторакальным разрядом максимального напряжения не удавалось восстановить СР. Логично было ожидать, что ввиду трудности устранения МА у этих больных не удастся сохранить ритм в течение длительного времени. Однако продолжительность сохранения ритма у 87 больных после применения данного способа практически не отличалась от таковой у пациен-

Таблица 3

Отдаленные результаты ЭИТ у больных, не имеющих противопоказаний к ЭИТ

Срок сохранения СР	Москва		Каунас		p
	абс.	%	абс.	%	
≤ 1 мес	93	21	144	27	0,04
> 1 мес	349	79	398	73	
≤ 6 мес	181	41	279	51	0,001
> 6 мес	261	59	263	49	

Таблица 4
Сравнение частоты сохранения ритма (в %) спустя 1 мес после ЭИТ в зависимости от вида поддерживающей терапии

Вид терапии	Частота		p
	Москва	Каунас	
Кордарон	83	75	0,07
Хинидин	76	67	0,08
Без терапии	73	52	0,08

тов, которым разряд был нанесен традиционным трансторакальным способом. Это указывает на целесообразность применения чрезпищеводного метода нанесения импульса в случаях, когда ритм не удается восстановить обычным способом.

Наконец, мы попытались проанализировать зависимость отдаленных результатов ЭИТ от характера поддерживающей терапии. Формализация групп больных, получавших те или иные препараты, была проведена следующим образом: 1) больные, принимавшие хинидин или новокаинамид (в Москве 71 % от числа всех пациентов с восстановленным СР, в Каунасе 53 %); 2) больные, принимавшие кордарон (в Москве 20 %, в Каунасе 28 %); 3) больные, которым проводилась смена препаратов, а также принимавшие препараты с перерывами (в Москве 2 %, в Каунасе 10 %); 4) больные, не получавшие антиаритмической терапии (в Москве 7 %, в Каунасе 9 %). 3-ю группу пациентов с МА исключили из анализа. Сравнение отдаленных результатов в 1-й и 2-й группах могло быть проведено с известными оговорками, так как в Москве контроль за состоянием больных и соответственно коррекция терапии проводились чаще, чем в Каунасе. Поскольку, таким образом, наиболее сопоставимыми оказались данные о поддерживающей терапии в течение 1 мес с момента проведения ЭИТ, мы ограничились при сравнении отдаленных результатов в Москве и Каунасе именно этим сроком (табл. 4).

Во всех группах больных, лечившихся в Москве, процент случаев рецидивов МА в течение 1 мес был ниже, чем у лечившихся в Каунасе, и, следовательно, у больных, лечившихся в Москве, СР удерживался лучше независимо от характера терапии (различия близки к достоверным).

Обращают на себя внимание лучшие отдаленные результаты (зависимость достоверна) у больных, получавших кордарон, что было нами отмечено и ранее [2].

Таким образом, после устранения МА с помощью электрической дефибриляции предсердий СР как в ближайшие (спустя 1 мес), так и в отдаленные (спустя 6 мес) сроки достоверно лучше удерживался у больных в московской

клинике. Выявленные различия результатов ЭИТ, вероятно, обусловлены более тщательным отбором больных для восстановления ритма, а также (для ближайших сроков наблюдения) более длительным курсом подготовки к ЭИТ. Вид поддерживающей терапии, более или менее одинаковый в обеих клиниках, не играет решающей роли в наблюдаемом различии отдаленных результатов.

Завершая анализ результатов электроимпульсного лечения МА, проводимого двумя коллективами кардиологов — Московской медицинской академии и Каунасской медицинской академии, — можно отметить, что при практикуемых московскими врачами более строгим отборе больных с МА для процедуры ЭИТ, более длительной и тщательной подготовке к ней и более продолжительной (практически постоянной) противорецидивной терапии после восстановления СР как непосредственные, так и отдаленные результаты оказываются лучше, чем в Каунасе, а характер осложнений — менее тяжелым. Эти данные вместе с тем следует соотносить с теми преимуществами, которые дают расширение контингента леченых больных при их менее строгим отборе для ЭИТ, более краткая госпитализация больных и менее скрупулезное их ведение после восстановления СР, что практикуется в Каунасе. Надо отметить, что после подведения итогов данного кооперативного исследования врачи Московской и Каунасской клиник остались на своих прежних позициях относительно тактики ведения больных с МА, подлежащих восстановлению СР с помощью ЭИТ. Результаты сравнительной оценки этих позиций авторы данного совместного исследования выносят на суд читателей-клиницистов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Недоступ А. В., Алексеевская М. А., Новиков И. Д., Маевская И. В. Сравнение эффективности хинидина и кордарона как средств стабилизации восстановленного синусового ритма у больных с постоянной формой мерцательной аритмии // Тер. арх. — 1990. — № 9. — С. 47—50.
2. Недоступ А. В., Алексеевская М. А., Лукошевичуте А. И. и др. Сравнительная оценка двух подходов к электроимпульсному лечению мерцательной аритмии. Сообщение 1. Непосредственные результаты и осложнения // Там же. — 1992. — № 8. — С. 29—33.

Поступила 16.11.92

COMPARISON OF CARDIAC FIBRILLATION ELECTROIMPULSE TREATMENT IN TWO CLINICS: COMMUNICATION 2. LONG-TERM RESULTS

A. V. Nedostup, M. A. Alekseevskaya, A. I. Lukolsheichute, I. R. Pechulene, Yu. V. Vaitekunene, I. V. Maevskaya, A. L. Syrkin

Summary

Long-term results of electroimpulse treatment for cardiac fibrillation in 1292 patients performed in cardiological clinics of Moscow and Kaunas have been compared. It is shown that more strict selection, longer preparation for the impulse exposure may secure a significant decrease in the number of the fibrillation recurrences both 1 and 6 months after recovery of the normal rhythm.