

Е. В. Цыбулина, А. И. Карпачев

ПОСТЭКСТРАСИСТОЛИЧЕСКАЯ ДЕПРЕССИЯ СИНУСОВОГО РИТМА ПРИ ЭЛЕКТРОИМПУЛЬСНОЙ ТЕРАПИИ МЕРЦАТЕЛЬНОЙ АРИТМИИ

Кафедра факультетской терапии (зав. — проф. Е. В. Цыбулина) Волгоградского медицинского института

Поступила 16/IV 1976 г.

Электроимпульсное лечение мерцательной аритмии является мощным средством борьбы с этим тяжелым и опасным нарушением сердечного ритма. Оно обычно позволяет добиться устранения мерцательной аритмии, однако сохранить восстановленный синусовый ритм более или менее длительное время довольно трудно. Ни один из десятков имеющихся в распоряжении клиницистов препаратов не дает в этом отношении отчетливого эффекта [1—9, 11].

Возможно, это связано с тем, что в настоящее время еще нет достаточно полного представления об этиологии и патогенезе мерцательной аритмии; несомненно, необходимы дальнейшие поиск и изучение влияния различных клинических и инструментальных критериев на устойчивость синусового ритма. Видимо, каждое новое исследование в этой области будет иметь определенное практическое и теоретическое значение.

В этом плане представляет интерес определение частоты появления и прогностической роли постэкстрасистолической депрессии синусового ритма. Изучение клинического значения постэкстрасистолической депрессии, выражающееся прежде всего в постэкстрасистолическом замедлении синусового ритма, только начато.

Есть указания о влиянии на повышение постэкстрасистолической депрессии синусового ритма гипоксии, охлаждения, действия некоторых лекарственных веществ, органических поражений сердца и т. д. [5, 8, 11, 12].

По мнению ряда авторов [5, 9, 12], постэкстрасистолическая депрессия синусового ритма есть одно из проявлений функциональной неполноценности синусового узла. К синдрому функциональной слабости синусового узла обычно относят стойкую синусовую тахикардию, миграцию водителя ритма при стойкой синоаурикулярной блокаде, узловую ритм.

А. Л. Сыркин и соавт. [7] считают необходимым принимать во внимание наличие этого синдрома при решении вопроса о необходимости устранения мерцания и назначения поддерживающей терапии. Возможно, постэкстрасистолическая депрессия синусового узла является начальным признаком его неполноценности.

Обнаружение постэкстрасистолической депрессии синусового ритма может помочь в ретроспективной диагностике приступов тахиаритмии в анамнезе, а также служить предвестником мерцательной аритмии или ее раннего развития после устранения электрическим импульсом, т. е. признается прогностическое значение постэкстрасистолической депрессии синусового ритма [5].

Однако еще неясно, как часто постэкстрасистолическая депрессия синусового ритма выявляется у больных с постоянной мерцательной аритмией после электроимпульсной терапии и какова ее сравнительная ценность в сопоставлении с другими, общепринятыми критериями (степень сердечной недостаточности, длительность предшествующей аритмии, наличие сопутствующих нарушений ритма и проводимости и т. д.).

Учитывая сравнительную простоту определения постэкстрасистолической депрессии синусового узла, а также количественную характеристику этого критерия, занимаясь лечением больных с постоянной мерцательной аритмией, мы попытались до некоторой степени уточнить эти вопросы.

Материал и методы

Отобрано 95 больных в возрасте от 32 до 65 лет, у которых электроимпульсное лечение было эффективным. По основному заболеванию больные были разделены следующим образом: у 51 был возвратный ревмокардит I степени активности латентного или затяжного вялого течения, у 20 — атеросклеротический кардиосклероз, у 11 — миокардитический кардиосклероз, у 10 — гипертоническая болезнь, у 1 — полицитемия, у 1 — облитерирующий тромбангиит, у 1 — врожденный порок сердца. Недостаточность кровообращения I стадии была у 26 больных, IIA стадии — у 34, IIB стадии — 35. После электроимпульсной терапии синусовый ритм в течение 1 нед сохранялся у 28, до 1 мес — у 25, до 3 мес — у 8, до 6 мес — у 10, до 1 года и более — у 21 больного.

Для выяснения частоты постэкстрасистолической депрессии синусового ритма при электроимпульсной терапии сердечная деятельность всех больных до и в течение 35—40 мин после восстановления синусового ритма находилась под непрерывным наблюдением на экране ВЭКС (на момент электрического импульса ВЭКС не отключался) и регистрировалась с помощью одноканального чернильно-пишущего электрокардиографа.

Для выявления постэкстрасистолической депрессии синусового ритма сопоставлялись интервалы $P-P$ до и после предсердной экстрасистолы. По отношению (в процентах) к предэкстрасистолическому интервалу $P-P$ определялась степень постэкстрасистолической депрессии синусового ритма. Учитывалась также продолжительность постэкстрасистолической депрессии — количество сердечных циклов, следующих после экстрасистолы в уреженном ритме, частота предшествующего экстрасистоле синусового ритма.

Результаты и их обсуждение

Наличие или отсутствие постэкстрасистолической депрессии синусового ритма после электроимпульсной терапии представилось возможным установить только у 36 из 95 больных. У 28 человек этот феномен невозможно было зарегистрировать вследствие того, что у них не было экстрасистол, у 25 человек постконверсионная экстрасистолия, наоборот, была слишком частой, что также делало невозможным расчет постэкстрасистолического интервала $P-P$. У 6 больных экстрасистолы наблюдались только на экране кардиоскопа, и зафиксировать их на ЭКГ для измерения интервала $P-P$ не удалось.

Из 36 больных, у которых технически оказалось возможным установить наличие постэкстрасистолической депрессии синусового ритма, у 25 этот феномен отсутствовал и только у 10 человек определялся.

Таким образом, возможность выявления постэкстрасистолической депрессии синусового ритма в обычным клинических условиях у больных со стойкой и нередко длительно существующей мерцательной аритмией невелика, по нашим данным, она была зарегистрирована у 10,5% больных, т. е. у каждого десятого. В то же время другие прогностические признаки устойчивости синусового ритма определялись достоверно чаще: постконверсионная экстрасистолия — в 41%, давность мерцательной аритмии более 3 лет — в 26,3%, степень нарушения кровообращения — в 32,6%, нарушение внутрижелудочковой проводимости — в 72,6% случаев и т. д.

Следует отметить, что постэкстрасистолическая депрессия синусового ритма несколько чаще наблюдалась у больных с более выраженными признаками сердечной недостаточности. Так, из 10 больных, у которых выявлялся этот феномен, недостаточность кровообращения I стадии была у 2, IIA стадии — у 3, IIB стадии — у 5. Из 25 человек без этого феномена сердечная недостаточность I стадии определялась у 6, IIA стадии — у 11, IIB стадии — у 8, т. е. в группе больных, у которых постэкстрасистолическая депрессия синусового ритма отсутствовала, несколько реже встречалась тяжелая степень сердечной недостаточности.

Для изучения этого феномена как критерия стойкости восстановленного синусового ритма и определения его прогностической ценности в сравнении с другими критериями мы выделили 2 группы больных (см. таблицу). В 1-ю группу вошло 53 человека с неудовлетворительными отдаленными результатами: синусовый ритм у них сохранялся не более 1 мес (в большинстве случаев не более 10 дней), 2-ю группу составил 21 больной с хорошими отдаленными результатами: синусовый ритм сохранялся в течение 6 мес и более.

При сравнении частоты сердечной недостаточности, давности мерцательной аритмии, постконверсионной экстрасистолии, нарушения внутрижелудочковой проводимости с частотой постэкстрасистолической депрессии синусового ритма в каждой из групп выявлено достоверное нарушение проводимости ($t=9,3$), наличие выраженной сердечной недостаточности ($t=8$), частой постконверсионной экстрасистолии ($t=5,2$), давность мерцательной аритмии более 3 лет ($t=3,2$).

Сравнительная ценность прогностических критериев стойкости восстановленного синусового ритма

Длительность восстановленного синусового ритма, мес	Число больных	Стадия недостаточности кровообращения		Давность мерцательной аритмии		Постконверсионная экстрасистолия		Постэкстрасистолическая депрессия ритма		Внутрижелудочковая проводимость	
		IIБ	I	более 3 лет	менее 6 мес	частая	отсутствует	имеется	отсутствует	нарушена	не нарушена
До 1	53	26	12	18	12	24	7	5	14	41	12
Более 6	21	0	10	3	10	4	9	2	6	16	5

В группе больных с хорошими отдаленными результатами лечения достоверно чаще встречалось только нарушение внутрижелудочковой проводимости, остальные различия были недостоверными.

Для характеристики этого феномена как прогностического критерия стойкости синусового ритма интересно отметить, что при повторных сеансах дефибрилляции у одного и того же больного, хотя выраженность постэкстрасистолической депрессии была одинаковой, стойкость синусового ритма колебалась в широких пределах: в одном случае после каждого сеанса терапии соответственно 6 и 4 мес, 8, 14, 4, 20, 60 дней, в другом случае — от 3 лет до 1 мес. Кроме того, по нашим наблюдениям, постэкстрасистолическая депрессия синусового ритма является стойким симптомом: во всех случаях, когда она выявлялась после первого сеанса электроимпульсной терапии, она регистрировалась также после всех последующих сеансов, и наоборот, если она не выявлялась после первого сеанса терапии, то не определялась и после многократных последующих сеансов в течение 4 лет наблюдения и лечения этих больных.

В ы в о д ы

1. После электроимпульсного устранения постоянной формы мерцательной аритмии постэкстрасистолическая депрессия синусового ритма регистрируется у 10,5% больных.

2. Постэкстрасистолическую депрессию синусового ритма у больных с мерцательной аритмией после электроимпульсной терапии удается выявить достоверно реже, чем другие общеизвестные критерии стойкости восстановленного синусового ритма (тяжесть сердечной недостаточности, давность предшествующей мерцательной аритмии, наличие постконверсионной экстрасистолии).

3. Постэкстрасистолическая депрессия синусового ритма является, вероятно, неблагоприятным прогностическим признаком в отношении стойкости восстановленного синусового ритма, однако для уточнения этого вопроса необходимы дальнейшие исследования.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Беронте Д. А. Влияние некоторых клинических факторов и медикаментозного лечения на устойчивость синусового ритма после прекращения электроимпульсом хронического мерцания или трепетания предсердий у больных ревматизмом. Автореф.

дис. канд. Каунас, 1970. — 2. Василенко В. Х., Головачевская В. С. — В кн.: Нарушения ритма сердца. М., 1967, с. 144—155. — 3. Животовская Э. Г. Электроимпульсная терапия и некоторые седативные средства в лечении сердечных аритмий. Автореф. дис. канд. Челябинск, 1968. — 4. Либерман Б., Тамм Л. — В кн.: Ритм сердца в норме и патологии. Вильнюс, 1970, с. 645—648. — 5. Недоступ А. В. — «Тер. арх.», 1974, № 3, с. 19—25. — 6. Поморцева Л. В., Бусленко Н. С. — «Кардиология», 1970, № 6, с. 57—61. — 7. Сыркин А. Л., Недоступ А. В., Маевская И. В. Электроимпульсное лечение аритмий сердца в клинике внутренних болезней. М., 1970. — 8. Черногоров И. А. Нарушения ритма сердца. М., 1962. — 9. Killip T., Gault J. H. — «Am. Heart J.», 1965, v. 70, p. 172—179. — 10. Lindsay J. — Ibid., 1973, v. 85, p. 141—143. — 11. Miki I., Rothberger C. — «Z. ges. exp. Med.», 1922, Bd 30, S. 347. — 12. Nagula O. S. et al. — «Circulation», 1972, v. 45, p. 140—157.

POSTEXTRASYSTOLIC DEPRESSION OF SINUS RHYTHM IN ELECTROIMPULSE THERAPY OF CARDIAC FIBRILLATION

E. V. Tsybulina, A. I. Karpachev

Summary

In 95 patients treated by electroimpulse techniques for their cardiac fibrillation the incidence and diagnostic importance of postextrasystolic depression of the sinus rhythm were studied. Two groups of patients were singled out for a comparative study of the value of different prognostic criteria of the stability of the restored sinus rhythm: group 1 — 53 patients with unsatisfactory results of treatment (the sinus rhythm was preserved for not more than 1 month), and group 2 — 21 patients with good late results (the sinus rhythm persisted for over 6 months). A study of the distribution of the incidence of different prognostic signs in either of these groups showed that their prognostic value may be presented in the following succession: presence of intraventricular conductivity, severity of cardiac insufficiency, frequent postconversion extrasystoles, history of cardiac fibrillation of over 3 years, presence of a postextrasystolic depression of the sinus rhythm.

УДК 616.126.42-002.77-06:616.12-008.313.2-07:616.12-073.432.19

А. А. Лякишев

ИЗМЕНЕНИЯ ЭХОКАРДИОГРАММЫ ПРИ МЕРЦАНИИ ПРЕДСЕРДИЙ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТИЧЕСКИМ МИТРАЛЬНЫМ ПОРОКОМ СЕРДЦА

Центральная научно-исследовательская лаборатория 4-го Главного управления при Министерстве здравоохранения СССР, Москва

Поступила 17/XI 1976 г.

Нередко мерцательная аритмия служит первым клиническим проявлением митрального порока сердца, диагностика которого в таких случаях может быть затруднена из-за атипичных аускультативных и фонокардиографических данных вследствие тахикардии. Необходимость уточнения диагноза, особенно у больных, которых готовят к операции, привела к появлению «диагностической дефибрилляции» [6]. Внедрение метода эхокардиографии значительно облегчает диагностику митрального порока сердца на фоне мерцания предсердий [5, 10]. Отрицательное воздействие мерцательной аритмии на гемодинамику хорошо изучено [1—4, 6, 7, 15], однако механизмы «повреждающего действия» этой аритмии на миокард [3] еще недостаточно ясны.

Целью настоящего сообщения явилось описание особенностей эхокардиограммы у больных ревматическим митральным пороком сердца с мерцанием предсердий, а также изучение эхокардиографических изменений, появляющихся при восстановлении синусового ритма методом электрической дефибрилляции.