

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ВОССТАНОВЛЕНИЯ СИНУСОВОГО РИТМА У БОЛЬНЫХ С МЕРЦАТЕЛЬНОЙ АРИТМИЕЙ

А. Л. Сыркин, А. В. Недоступ, И. В. Маевская

Восстановлением синусового ритма у больных с мерцательной аритмией решается лишь часть задачи радикального лечения этого нарушения ритма. Введение в клиническую практику метода электроимпульсной терапии практически решило вопрос о способе устранения мерцания предсердий, поскольку непосредственная эффективность этого метода достигает 90% случаев.

Более сложным является стойкое сохранение восстановленного ритма. Опыт показывает, что спустя, примерно, полгода нормальный синусовый ритм удерживается лишь у 30—40% больных (А. И. Лукошевичу-те, Киллип, Йомарк, Сцекели, Турнер, Тауэрс, Корсгрэн и др.).

Анализ отдаленных результатов электроимпульсной терапии мерцательной аритмии может оказаться полезным при определении характера поддерживающей терапии и прогноза.

Мы проследили отдаленные результаты 96 случаев постоянной формы мерцательной аритмии, устраненной электрическим импульсом, у больных, страдающих ревматическими пороками сердца и атеросклеротическим кардиосклерозом. Наши наблюдения показали, что мерцание предсердий рецидивирует в первые сутки в 13,5% случаев, в течение первой недели — в 22,9% случаев, на протяжении месяца после восстановления ритма — в 31,2%, на протяжении 3 месяцев — у 45,8% больных. В течение 6 месяцев синусовый ритм нарушается у 53,1% больных, в течение года — у 65,6%. Таким образом, максимальное число рецидивов аритмии происходит в первые дни, недели и месяцы после восстановления синусового ритма. Наибольший срок, в течение которого мы отмечаем сохранение синусового ритма после устранения электрическим импульсом мерцательной аритмии, несколько превышает четыре года (синусовый ритм сохраняется).

Отметим, что у больных с атеросклеротическим кардиосклерозом в первые недели после восстановления синусового ритма рецидив наступает чаще. Уже спустя сутки у этих больных ритм теряется в 22,9% случаев, в то время как при ревматических пороках сердца — в 8,2%. К исходу первого месяца рецидив мерцательной аритмии отмечается у 37,1% больных с атеросклеротическим кардиосклерозом и у 27,8% больных с ревматическими пороками сердца. В последующем у больных первой группы темпы утраты синусового ритма заметно замедляются. К исходу 6 месяцев ритм сохраняется у них в 60% случаев, к исходу одного года — в 40%, тогда как у больных с ревматическими пороками сердца — соответственно в 39,1% и в 31,2% случаев.

Анализ отдаленных результатов в зависимости от возраста больных показывает, что у лиц старше 50 лет в течение первой недели рецидив аритмии наступил в 34% случаев, а у лиц моложе 50 лет — в 11,1% ($t = 2,79$). Большинство этих больных входило в группу страдающих атеросклеротическим кардиосклерозом. Спустя три месяца синусовый ритм был утрачен у 50% больных пожилого возраста и у 43,1% больных моложе 50 лет. Статистически достоверное ухудшение отдаленных результатов было обнаружено при анализе давности мерцательной аритмии: из 55 больных со сроком существования аритмии до одного года ритм удерживался в течение одной недели в 91% случаев, в течение трех ме-

сяцев — у 71%, в то время как у больных со сроком аритмии более одного года (26 человек) — соответственно лишь в 73% ($t=2,04$) и в 42,3% ($t=2,50$). Ни у кого из больных с давностью аритмии свыше 5 лет правильный ритм не удерживался более трех месяцев.

Отдаленные результаты, рассмотренные в связи с некоторыми другими анамнестическими данными, оказались хуже у больных, которые не могли связать появление аритмии с какими-либо особыми обстоятельствами (физическое или психическое перенапряжение, интеркуррентная инфекция, обострение ревматического процесса).

Ухудшают отдаленные результаты наличие в анамнезе инфаркта миокарда и вообще хронической коронарной недостаточности, перенесенная незадолго до восстановления синусового ритма ревматическая атака (в последнем случае разница очевидна лишь в пределах первой недели).

Что касается зависимости отдельных результатов электроимпульсной терапии от некоторых показателей состояния сердечно-сосудистой системы, то оказалось, что увеличение отделов сердца (по данным обычного рентгеновского исследования) существенно не влияет на отдаленные результаты, хотя все же несколько худшие данные получены у лиц с расширением полостей сердца. Более существенно отражалось на отдаленных результатах наличие или отсутствие нарушения кровообращения в период после восстановления синусового ритма. Так, из 75 больных, у которых в этот период не было признаков декомпенсации по малому кругу кровообращения, синусовый ритм к исходу третьего месяца удерживался у 66,7% больных, а из 18 больных с наличием этих признаков — всего лишь у 16,7% ($t=4,41$). Декомпенсация по большому кругу кровообращения существенной роли не играла.

В целом отдаленные результаты оказываются хуже у больных с худшим функциональным состоянием миокарда, выявляемым на основании анамнестических сведений и объективных данных.

Мы не смогли отметить роли характера порока сердца в частоте рецидивов мерцательной аритмии. Отклонения электрической оси зубца *P* на ЭКГ, его деформация, а также удлинение интервала *P—Q* не отражались существенно на отдаленных результатах электроимпульсной терапии. Вместе с тем, несколько худшие результаты были отмечены у больных с мелковолнистым типом мерцания, а также при отклонении вправо электрической оси сердца (в последнем случае различие статистически достоверно).

Некоторые сведения, имеющие прогностическое значение, можно получить в процессе самой процедуры электроимпульсной терапии. Так, оказалось, что синусовый ритм хуже удерживается, если для его восстановления потребовалось напряжение на конденсаторе, приближающееся к 6 кв (5,7 кв и выше). Эта закономерность обнаруживается уже в первую неделю, сохраняется она и в дальнейшем (к исходу третьего месяца наблюдения), в обоих случаях подтверждаясь при статистической обработке. Причину этого мы видим в следующем: чем труднее привести миокард в состояние функционально целостной структуры, тем больше его функциональная гетерогенность, являющаяся, по современным представлениям одним из главных условий возникновения процесса фибрилляции. Естественно, что функциональная обособленность отдельных элементов миокарда предсердий в конечном счете определяется основным патологическим процессом.

Выяснилось также, что отдаленные результаты электроимпульсной терапии были хуже там, где после нанесения разряда конденсатора и вос-

становления синусового ритма отмечалось появление каких-либо аритмий. Статистическая обработка подтвердила достоверность этих данных.

Несколько худшие отдаленные результаты (не подтвержденные статистической обработкой) были у лиц с синусовой брадикардией, отмеченной после устранения мерцательной аритмии, что могло свидетельствовать о снижении автоматизма синусового узла.

Чрезвычайно актуальным является вопрос о поддерживающей терапии после восстановления синусового ритма. В этих целях мы использовали главным образом хинидин (суточная доза, как правило, не превышала 0,4—0,6 г), а также части больных — новокаинамид и резохин. Кроме того, широко назначались препараты калия, резерпин, в ряде случаев кокарбоксилаза. Не останавливаясь на детальной сравнительной оценке эффективности различных средств поддерживающей терапии, подчеркнем лишь, что, применяя небольшие поддерживающие дозы хинидина, мы получили отдаленные результаты, не отличающиеся существенно от данных, полученных авторами, применявшими более высокие дозы хинидина (Киллип, Моррис и др., Сцекели, Варис и др.). Вместе с тем, мы не считаем целесообразным отказываться от поддерживающей терапии, поскольку у ряда больных рецидив мерцания предсердия был отчетливо связан с отменой противоритмических средств.

Заслуживает упоминания, что у больных, получавших после восстановления синусового ритма резерпин, в первую неделю после проведения электроимпульсной терапии рецидивы мерцательной аритмии встречались реже: они наблюдались в 6 из 47 случаев (12,7%) по сравнению с 16 из 49 случаев (32,6%), когда резерпин не применялся ($t=2,43$). Причину этого различия надо, вероятно, искать в симпатолитическом действии резерпина, инактивирующего катехоламины в миокарде. Видимо, в течение первых нескольких суток после электроимпульсной терапии миокард находится под особо интенсивным воздействием катехоламинов (что предположительно может быть связано с изменением под влиянием разряда проницаемости клеточных мембран), роль которых в генезе мерцательной аритмии была продемонстрирована А. В. Сумароковым.

Имеющийся опыт убедительно показал необходимость тщательного диспансерного наблюдения в течение длительного времени (год и более) за больными после устранения мерцательной аритмии.

К ВОПРОСУ ОБ ОПРЕДЕЛЕНИИ АКТИВНОСТИ НЕКОТОРЫХ ФЕРМЕНТОВ СЫВОРОТКИ КРОВИ У БОЛЬНЫХ ПОРОКАМИ СЕРДЦА С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ I—III СТАДИИ

А. В. Сучков, Н. В. Привалова

В своих исследованиях мы, определяя активность ферментов сыворотки крови (глутамино-щавелевоуксусной и глутамино-пировиноградной трансаминаз — ГШТ и ГПТ, орнитин-карбамил-трансферазы — ОКТ, фруктозо-1-фосфат-альдолазы — Ф-1-Ф-А, сорбит-дегидрогеназы — СДГ), пытались выяснить и причины гиперферментемии с помощью ис-