

ВЛИЯНИЕ РАЗМЕРОВ И ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ХАРАКТЕРИСТИК ЛЕВОГО ПРЕДСЕРДИЯ НА ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ

Л.А. Лецинский, Е.Е. Тюлькина, Е.В. Гусева, Е.Н. Добрян, И.В. Минаков

Кафедра госпитальной терапии (зав. — проф. Л.А. Лецинский)

Ижевской государственной медицинской академии,

клинический кардиологический диспансер (главврач — канд. мед. наук Е.Г. Одиянков), г. Ижевск

Проблема фибрилляции предсердий (ФП), или мерцательной аритмии, длительное время была областью особых научных и клинических интересов проф. Л.М. Рахлина, являющегося, без всякого преувеличения, одним из классиков учения о мерцательной аритмии. Его идеи до сих пор питают современную теоретическую аритмологию.

В литературе широко дискутируется вопрос о важности размеров левого предсердия (ЛП). ФП может возникать при нормальных размерах обоих предсердий [1]. Критический порог увеличения предсердий имеет значение, по данным большинства авторов, при затянувшихся эпизодах аритмии и постоянной форме [2]. В связи с этим многие авторы расходятся во мнениях относительно лечебной тактики при различной степени атриомегалии [1—3]. Решение вопроса о целесообразности купирования ФП при нормальных и увеличенных переднезадних размерах ЛП и явилось целью настоящей работы.

Мы наблюдали 313 больных с ФП (211 мужчин и 102 женщины) в возрасте от 20 до 72 лет (в среднем $53,4 \pm 8,6$). ИБС диагностирована у 47,2% больных, ревматические пороки сердца — у 18,6%, дилатационная кардиомиопатия — у 8,6%, гипертрофическая кардиомиопатия — у 8%, постмиокардитический кардиосклероз — у 5,8%, не выявлены причины ФП у 11,8%. Длительность аритмического анамнеза варьировала от впервые возникшего приступа до 22 лет (в среднем $9,3 \pm 3,8$ года). Продолжительность анализируемого эпизода ФП колебалась от 20 минут до 2 лет. У 62 больных (1-я группа) был применен новокаинамид внутривенно струйно на 0,9% растворе хло-

рида натрия до максимальной дозы, равной 1500 мг. 2-ю группу составили 53 пациента, которым для купирования ФП вводили кордарон внутривенно струйно до максимальной дозы 450 мг. В 3-ю группу вошли 45 больных с ФП, у которых в качестве купирующего средства был использован дизопирамид перорально одномоментно в дозе 300 мг и через час после этого при отсутствии эффекта еще 200 мг. 43 пациента 4-й группы с целью восстановления синусового ритма получали хинидина сульфат внутрь по схеме: первый одномоментный прием — 0,4 г, последующий ежечасный прием — 0,2 г до восстановления ритма или максимальной дозы, равной 2 г. В 5-ю группу вошли 43 пациента с ФП, получавших 70 мг гидрохлорида пропafenона (ритмонорм "Knoll") внутривенно струйно. У 67 больных с целью восстановления синусового ритма была применена наружная электроимпульсная терапия (6-я группа) по общепринятому методу.

Размеры ЛП определяли по результатам эхокардиографии в М- и В-режимах на аппарате «Sonos-500» датчиком 2,5 МГц при ФП и через 3, 7, 14 и 30 суток после восстановления синусового ритма. Механическую функцию ЛП оценивали по скоростям А- и Е-волн и замедлению потоков А и Е в 1, 3, 7, 14, 30-е сутки после успешной кардиоверсии.

В результате проведения купирующей антиаритмической терапии и ЭИТ синусовый ритм удалось восстановить у 195 (62,3%) человек, при этом эффективность терапии не зависела от величины переднезаднего размера ЛП (табл. 1). Достоверно показано, однако, что сама по себе ФП, затянувшаяся на 30 суток и

Таблица 1
Эффективность купирующей антиаритмической
терапии в зависимости от исходных размеров
ЛП по данным ЭхоКГ

Группы больных	Переднезадний размер ЛП, мм		
	23—30	31—40	> 41
1-я	22 11 (50%)	17 9 (52,9%)	23 10 (43,5%)
2-я	11 7 (63,6%)	19 11 (57,9%)	23 16 (69,6%)
3-я	14 6 (42,9%)	15 6 (40%)	16 7 (43,8%)
4-я	7 6 (85,7%)	23 18 (78,3%)	13 11 (84,6%)
5-я	9 4 (44,4%)	16 6 (37,5%)	18 7 (38,9%)
6-я	14 13 (92,9%)	21 17 (80,9%)	32 30 (93,8%)
Итого	77 47 (61%)	111 67 (60,4%)	125 81 (64,8%)

Примечание. В числителе — число больных, у которых был применен препарат, в знаменателе — число больных, у которых был восстановлен синусовый ритм.

Таблица 2
Связь переднезаднего размера ЛП
с длительностью эпизода ФП (M±m)

Длительность эпизода ФП	Размер ЛП, мм	P
До 24 ч (12,2±0,4 ч)	37,4±0,8	1 : 2 >0,05
		1 : 3 >0,05
		1 : 4 <0,05
		1 : 5 <0,01
24—48 ч (34,8±0,5 ч)	38,9±0,9	2 : 3 >0,05
		2 : 4 >0,05
		2 : 5 >0,05
48 часов—7 сут (105,7±3,6 ч)	39,0±0,9	3 : 4 >0,05
		3 : 5 >0,05
8 сут — 30 сут (18,1±1,0 сут)	40,5±1,0	4 : 5 >0,05
Более 30 сут (11,4±1,7 мес)	41,8±1,2	

более, приводит к статистически достоверному увеличению ЛП (табл. 2). По-видимому, атриомегалию нельзя считать противопоказанием для восстановления синусового ритма при ФП, однако при ее сочетании с тяжелыми декомпенсированными органическими

заболеваниями сердца купирование ФП можно считать нецелесообразным, так как удержание синусового ритма становится в этих случаях почти невозможным.

Кроме того, только у лиц с атриомегалией выявлена неоднозначность ответа центральной гемодинамики на введение антиаритмических препаратов и ЭИТ в зависимости от исхода терапии. Мы восстанавливали ритм ЭИТ у 28 человек (средний размер ЛП — 45,6±3,2 мм) и у 27 (ЛП — 44,9±1,7 мм) внутривенными инъекциями новокаинамида или кордарона. Оказалось, что при безуспешности терапии (5 — в группе ЭИТ и 7 — в группе медикаментозной кардиоверсии) достоверных изменений фракция выброса ЛЖ не претерпевает. Если же ФП купируется, то в 6-й группе ФВ снижается с 50,7±1,3% до 45,8±0,8% (P<0,002), в группе медикаментозной кардиоверсии — с 53,7±2% до 41,4±3,2% (P<0,002). К 3-м суткам СР показатели возвращаются к исходному значению.

Различны и воздействия антиаритмического препарата и ЭИТ на темпы восстановления механической систолы ЛП [3, 4]. Наши данные подтверждают именно это мнение. У 27 больных с ФП (8 мужчин и 19 женщин) в возрасте от 37 до 69 лет синусовый ритм был восстановлен путем введения 1000 — 1500 мг новокаинамида внутривенно. У 33 больных с ФП (13 мужчин, 20 женщин) в возрасте от 38 до 70 лет СР восстановлен путем наружной ЭИТ. В 1, 7, 30-е дни после купирования ФП у всех пациентов выполнена трансторакальная доплерэхокардиография (ЭхоКГ) с определением переднезаднего размера ЛП (в см), скорости трансмитрального потока — волн А и Е (в см/с) и скорости замедления потока Аз и Ез (в см/сек²). Результаты представлены в табл. 2 и 3.

Как видно из табл. 3, восстановление механической систолы ЛП после медикаментозной кардиоверсии происходит медленнее и менее выражено количественно, чем после ЭИТ. Однако известны и другие результаты. Так, волна А, измеренная через 4 часа после восстановления СР ЭИТ, равнялась 16,3 см/с [3]. В группе больных с медикаментозным восстановлением СР этот показатель через 4 часа составил

Восстановление механической систолы ЛП

Параметры	Время после кардиоверсии					
	1-й день		7-й день		30-й день	
	ЭИТ	Н	ЭИТ	Н	ЭИТ	Н
Е-волна	0,75±0,01	10,78±0,13	0,8±0,16	0,79±0,16	0,8±0,11	0,79±0,14
А-волна	0,36±0,13	0,36±0,14	0,59±0,2*	0,44±0,14	0,64±0,1*	0,5±0,13
Ез-волна	11,3±2,7	10,8±2,0	10,3±1,7	10,9±2,7	10,3±2,3	10,4±2,1
Аз-волна	3,8±1,8	4,1±1,5	5,1±1,8*	4,4±2,0	6,03±1,73	5,2±1,5

* P < 0,05.

44,5±23,4 см/с. Выравниваются (статистически) эти показатели через один и более месяца сохранения СР (62,2±19,1 см/с после ЭИТ и 62,5±15,4 см/с — после фармакотерапии). Обращает на себя внимание тот факт, что темпы восстановления эффективной систолы ЛП выше после применения медикаментов, чем после ЭИТ.

Однако А. Navasio et al. [4] считают, что дисфункция ЛП после восстановления СР не зависит от метода, которым ритм был восстановлен (электрическая или фармакотерапевтическая кардиоверсия). «Оглушенное» ЛП — это результат смены ритма (ФП на СР), но не следствие прямого эффекта внешнего воздействия. Доказательством данного высказывания являются приводимые авторами данные по величине волны А, которая равнялась 44±11 см/с после ЭИТ и 44±12 см/с после медикаментозной кардиоверсии.

Существование и в настоящее время противоречивых суждений в ряде кардиологических клиник и центров делает весьма актуальным изучение различных аспектов восстановления механической функции ЛП и требует дальнейшего накопления фактического материала.

Таким образом, результаты исследования показали, что атриомегалия, являясь, по-видимому, фактором поддержания, а не возникновения ФП как

единственный показатель не служит противопоказанием для восстановления синусового ритма. Однако размер ЛП необходимо учитывать при выборе метода купирования ФП (медикаментозно или ЭИТ).

ЛИТЕРАТУРА

1. Кушаковский М.С. // Вестник аритмол. — 1995. — № 5. — С. 5 — 9.
2. Кушаковский М.С., Якубович И.И., Кузьмин А.П. // Тер. арх. — 1995. — № 6. — С. 21 — 24.
3. Якубович И.И. Связь между увеличением размеров левого и правого предсердий и возникновением пароксизмов фибрилляции (трепетания) предсердий (клиника-эхокардиографическое исследование): Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. СПб. 1994.
4. Navasio A., Modena M., Chesi C. et al. // Eur. Heart J. August — 1996. — Vol. 17. — P. 3151.

Поступила 18.11.97.

EFFECT OF SIZES AND FUNCTIONAL CHARACTERISTICS OF THE LEFT AURICLE ON THE PECULIARITIES OF THE COURSE OF AURICULAR FIBRILLATIONS

L.A. Leshchinsky, E.E. Tyulkina, E.V. Guseva,
E.N. Dobriyan, I.V. Minakov

S u m m a r y

The advisability of arresting auricular fibrillations in normal and increased anteroposterior sizes of the left auricle is studied. It is established that atriomegaly is a supporting factor and not a factor of initiation of auricular fibrillations however the size of the left auricle should be taken into account in deciding on the method of their arresting.