

ЛИКВИДАЦИЯ ПОСТОЯННОЙ ФОРМЫ МЕРЦАТЕЛЬНОЙ АРИТМИИ ЭЛЕКТРОДЕПОЛЯРИЗАЦИЕЙ — ГОСПИТАЛЬНАЯ ИЛИ АМБУЛАТОРНАЯ ЗАДАЧА?

В.Ф. Антюфьев, Е.Г. Фокина, Н.Ю. Полежаева, Р.И. Бадаев

К настоящему времени традиционно наиболее эффективным способом устранения стабильной формы фибрилляции предсердий остается электрокардиоверсия. Традиционным же остается и проведение ЭДС в стационарных условиях [1, 2, 3].

Цель настоящей работы: сравнить традиционную технологию лечения больных со стабильной формой мерцательной аритмии (МА) с применением электродеполяризации сердца (ЭДС) в стационарных условиях с амбулаторной технологией устранения МА с помощью ЭДС.

Пациенты и методики

Общий алгоритм: верификация стабильной МА; обследование для диагностики основного и сопутствующих заболеваний; определение возможных причин МА; определение показаний к устранению МА ЭДС, подготовительная терапия; ЭДС, стационарный период реабилитации; выписка; амбулаторное диспансерное наблюдение. Пребывание в стационаре традиционно от 16 до 21 дня. Альтернативный алгоритм отличается тем, что весь этот этап амбулаторный. ЭДС проводится амбулаторно. При восстановлении синусного ритма без осложнений и значимых постконверсионных нарушений ритма мониторинг 4–6 часов; возвращение домой. Амбулаторный контроль раз в неделю 1 месяц; раз в месяц 3 месяца; раз в 3 месяца до года при сохранении синусного ритма.

За 5 лет ЭДС проведено у 100 пациентов в возрасте от 20 до 70 лет. Наибольшее количество больных составляли возрастные группы от 41 года до 50 лет — 52 человека (52%) и от 51 года до 60 лет — 35 пациентов. Большинство наблюдаемых больных были мужчины (86%). Среди больных, направленных на ЭДС имели диагноз ИБС 53%, миокардиодистрофии различного генеза — 43% и лишь у незначительного числа — 4% — ревматизм. Всем пациентам кардиоверсия проводилась только при введенном чреспищеводном зонде.

Результаты и их обсуждение

Для восстановления синусного ритма на электродах требовалось напряжение от 4,9 до 6,8 кВ — 200 (350 Дж), наиболее часто (12% на-

блюдений) — 6,8 кВ. Для 57 пациентов достаточно было однократного разряда. При неудачной первой попытке, напряжение для следующего разряда соответственно повышалось таким образом, что для 26 больных восстановить синусный ритм удалось только со 2-й попытки. В качестве наркотического средства наиболее часто использовался диприван — в 78% случаях, значительно реже — тиопентал Na и калипсол (12% и 5% наблюдений соответственно), в остальных случаях — кетмин и реланиум. Осложнений, связанных с течением наркоза не отмечалось. Удалось восстановить синусный ритм у 84% пациентов. В двух случаях после электро-деполяризации был зарегистрирован ритм AV-соединения, у одного из пациентов с периодами асистолии до 2,8 сек. Больной в неотложном порядке был направлен в кардиохирургическое отделение на фоне временного ритмовождения. После кардиоверсии у 3-х пациентов регистрировалась АВ-блокада I степени, у двух — миграция источника ритма по предсердиям. У 13 пациентов на фоне синусного ритма регистрировалась частая суправентрикулярная экстрасистолия и у одного из них синусный ритм вновь трансформировался в фибрилляцию предсердий. У одного из пациентов на фоне синусного ритма отмечались суправентрикулярные парасистолы и у другого — желудочковые парасистолы. Не удалось восстановить синусный ритм у 15 пациентов, причем у 9 из них фибрилляция предсердий развилась на фоне коронарной болезни, у остальных на фоне миокардиодистрофии различного генеза. За 5 лет у 35 пациентов ЭДС проведено амбулаторно, у 65 — в условиях стационара. Достоверной разницы в эффективности ЭДС, рецидивах до 1 месяца, до 3 месяцев, до 6 и 12 месяцев не выявлено.

Затраты больницы при амбулаторном варианте 452–716 тыс. руб., при стационарном — 2800–3265 тыс. руб., то есть разница от 4,56 до 7,22 раз.

Таким образом, при правильной подготовке больного к ЭДС проведение восстановления синусного ритма в амбулаторных условиях или в условиях дневного стационара эффективно, более экономично и соответствует переводу стационарных технологий на амбулаторный этап.

Литература

1. Гурвич Н.Л. Фибрилляция и электродеполяризация сердца. — М.: Медицина. — 1957. — 143 с.
2. Егоров Д.Ф., Лещинский Л.А., Недоступ А.В., Тюлькина Е.Е. Мерцательная аритмия. — С.-Петербург. — 1998. — 412 с.
3. Сыркин А.Л., Недоступ А.В., Маевская И.В. Электроимпульсное лечение аритмий сердца в терапевтической клинике. — М.: Медицина. — 1970. — 222 с.