

путствующего атеросклероза периферических артерий. У 3-й группы больных из сосудорасширяющих средств полезным оказался только сустан; из блокаторов бета-адренергических рецепторов — эралдин и индерал. Здесь можно получить эффект от средств, увеличивающих переносимость миокардом гипоксии (глио-6), анаболических (ретаболил). В последних двух группах больных нередко приходится прибегать к комбинации указанных средств различного механизма действия, а также к назначению сердечных гликозидов, антикоагулянтов, гипохолестеринемической терапии.

Предлагаемая схема дифференцированной терапии позволяет с большей эффективностью проводить лечение больных хронической ишемической болезнью сердца.

ЗАДАЧИ И ПЕРСПЕКТИВЫ ЭЛЕКТРОЛЕЧЕНИЯ ОСТРЫХ АРИТМИЙ ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

В. А. Неговский, Н. А. Гурвич, В. Я. Табак

Москва

Одной из наиболее частых причин развития острых нарушений ритма сердца — пароксизмальной тахикардии и фибрилляции желудочков — служит расстройство кровообращения в миокарде при коронароспазме и инфаркте. Возникающая при этих условиях аритмия, являясь следствием нарушения кровообращения, осложняет течение основного заболевания и ухудшает его прогноз. Устранение аритмии в таких случаях становится первоочередной задачей лечения больного.

Анализ электрокардиографических записей процесса развития тахикардии и фибрилляции желудочков при инфаркте миокарда показывает, что переход желудочковых комплексов нормального вида в фибриллярные осцилляции происходит в той же последовательности (экстрасистолы единичные — групповые — тахикардия — трепетание — фибрилляция), которая наблюдается при наступлении фибрилляции от других причин. На основе этих данных можно полагать, что и в данном случае развитие аритмии обусловлено наруше-

нием проводимости, способствующей возврату возбуждения и установлению круговой его циркуляции по сердцу. Предположение об одинаковом механизме возникновения фибрилляции при инфаркте миокарда и других причинах подтверждается также фактом возможности ее прекращения во всех случаях одним и тем же способом — с помощью одиночного электрического импульса.

Особенностью нарушений ритма сердца, вызванных острым расстройством кровообращения, является большая вероятность их рецидива после успешного устранения. Необходимость частых и многократных электрических воздействий на сердце в таких случаях предъявляет крайне высокие требования к качеству этих воздействий во избежание опасной возможности повреждения функций сердца чрезмерно сильным током. Задачей рационального метода устранения аритмии при таком состоянии сердца является достижение эффекта при минимально возможной величине напряжения разряда.

Применение более высоких напряжений разряда (5—6 киловольт) в подавляющей части случаев является совершенно излишним и может быть оправдано лишь после испытания обычно эффективных напряжений — 3,5 киловольта при пароксизмальной тахикардии и 4—4,5 киловольта при мерцательной аритмии и фибрилляции желудочков. Разряды более высокого напряжения могут в той или иной степени нарушить проводимость и способствовать рецидивам аритмии.

Изучение возможности уменьшения дефибриллирующего тока проводилось нами путем испытаний для дефибрилляции сердца импульсов двуфазной формы, большая эффективность которых (способность возбуждения) достигается за счет крутого изменения направления тока без увеличения его силы. Снижение величины дефибриллирующего тока при двуфазном импульсе снижает и электролитическое его влияние, определяемое абсолютным значением тока, и вместе с тем возможность повреждения тканей сердца. Подтвержденный в эксперименте и клинике факт большей эффективности двуфазного импульса обусловлен увеличением амплитуды заднего фронта импульса, что указывает на особую роль анэлектротона в электрической

дефибрилляции сердца. Ведущее значение анэлектротона в этом феномене можно объяснить своеобразным функциональным состоянием сердца при фибрилляции — состоянием более или менее глубокой рефрактерности, при которой реактивность на действие анэлектротона выражена в гораздо большей степени, чем реактивность сердца на действие катэлектротона.

СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ЭЛЕКТРОФИЗИОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

З. А. Долабчян

Ереван

Электрофизиологический подход занимает важное место в диагностике различных проявлений ишемической болезни сердца. В этом направлении накоплен большой опыт, который позволяет нам говорить о характерных особенностях современного положения клинической электрокардиологии в этой области и о новых задачах, возникающих перед этой наукой.

В методическом плане следует остановиться на комплексе следующих электрофизиологических методов: а) ЭКГ в 12 отведениях, б) ЭКГ с дополнительными отведениями, в) ЭКГ с дозированной физической нагрузкой, г) динамическая ЭКГ, д) пространственная векторэлектрокардиография, е) векторкардиография.

Комплексное применение этих методов позволяет уточнить целый ряд диагностических, патофизиологических, морфологических и прогностических вопросов. Не следует противопоставлять эти методы, все они изучают одно и то же явление — электрическое поле сердца, но с различных клинических позиций. Только синтез данных, полученных этими методами, может дать оптимальную информацию.

Количественный принцип оценки электрофизиологических сдвигов дает большую достоверность и значительно увеличивает объем информации отдельных критериев. В этом направлении проведена большая работа многими авторами, но пока еще нет общепринятого мнения относительно выбора параметров и подхода к