

мый» период сердечного цикла при сокращении сердца, появившемся в ответ на импульсацию собственного водителя ритма.

Во всех случаях, кроме одного, применялась транс-венозная эндокардиальная стимуляция сердца, которая является, по нашему мнению, методом выбора. С этой целью биполярный электрод вводился через периферические вены в полость правого желудочка.

Показаниями к незамедлительному началу ЭС при полной поперечной блокаде у больных острым инфарктом миокарда, если медикаментозная терапия неэффективна, являются: 1) приступы Морганьи—Эдемса—Стокса; 2) выраженная, особенно прогрессирующая недостаточность кровообращения; 3) сопутствующие аритмии; 4) появление признаков ухудшения проводимости по ножкам Гисова пучка; 5) снижение частоты сокращений желудочков менее 40 в 1 минуту. Вместе с тем, по мнению авторов, любой вариант клинического течения полной атриовентрикулярной блокады, а во многих случаях и менее выраженные нарушения предсердно-желудочковой проводимости, требует введения электрода в полость правого желудочка для того, чтобы обеспечить возможность немедленного начала ЭС, как только в этом появится необходимость.

В докладе рассматривается тактика лечения больных острым инфарктом миокарда с атриовентрикулярной блокадой, а также некоторые технические вопросы и осложнения, связанные с электрической стимуляцией сердца.

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ТАХИКАРДИИ У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

Т. М. Конторер

Москва

Вопрос о лечебной тактике у больных инфарктом миокарда при приступе пароксизмальной тахикардии в условиях быстро прогрессирующей недостаточности кровообращения в настоящее время остается не выпол-

не ясным. Это касается как больных в остром периоде инфаркта миокарда, так и при сформировавшемся крупноочаговом миокардиофиброзе или аневризме сердца. Применяемые для нормализации ритма различные медикаментозные средства часто не дают положительного эффекта. В этой связи представляет интерес изучение возможности экстренного использования электроимпульсной терапии в качестве наиболее адекватного лечебного мероприятия.

Мы наблюдали 120 больных в возрасте от 43 до 73 лет, у которых приступ пароксизмальной тахикардии развился в остром периоде инфаркта миокарда или на фоне постинфарктного миокардиофиброза и общепринятые медикаментозные противоаритмические средства оказались неэффективными. Состояние больных продолжало прогрессивно ухудшаться, что являлось показанием для экстренного проведения электроимпульсной терапии.

В работе использовали отечественные дефибрилляторы системы Н. А. Гурвича: ИД-1 ВЭИ, ИД-66Т, ДКИ-01. Начальное напряжение разряда колебалось от 3,5 до 4 кв. При неэффективности первого разряда напряжение повышали на 0,5—1 кв.

Во всех случаях кардиоверсию проводили под наркозом, используя барбитураты и анестетики короткого действия. У наиболее тяжелой категории больных применяли электронаркоз интерференционными токами с помощью аппарата НЭИП-1 (по методике, разработанной В. Я. Табаком и В. Д. Жуковским).

Из 120 больных, подвергшихся электроимпульсной терапии, у 116 (96,7%) был восстановлен синусовый ритм, что привело к нормализации гемодинамических показателей.

В процессе электроимпульсной терапии у 5 больных возникла фибрилляция желудочков, устраненная разрядом более высокого напряжения. Относительно частое развитие этого осложнения было обусловлено, видимо, тяжелой общей и локальной гипоксией сердца и снижением порога повреждения дефибриллирующего импульса. Ни один из больных не погиб непосредственно в результате электроимпульсной терапии или ее осложнений.

Анализ приведенных клинических наблюдений

у больных с тяжелыми расстройствами кровообращения, вызванными пароксизмальной тахикардией в остром периоде инфаркта миокарда или при постинфарктном миокардиофиброзе, показал, что электроимпульсная терапия является наиболее эффективным методом нормализации ритма у этого контингента.

ЛЕЧЕНИЕ КОМБИНИРОВАННЫХ НАРУШЕНИЙ РИТМА В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА

**Д. Н. Байер, Л. Г. Емельяненко, М. С. Мендлин,
Л. Д. Тычина**

Харьков

В палате интенсивного наблюдения и терапии кардиологического отделения в течение 1970, 1971 и первой половины 1972 г. под нашим наблюдением находилось 760 больных крупноочаговым инфарктом миокарда. Аритмии были наиболее частым осложнением острого периода инфаркта; при этом при кардиомониторном наблюдении у 18,6—22,2% больных отмечено одновременное сочетание двух и более видов аритмий. Наиболее частым является сочетание мерцательной и экстрасистолической аритмии (в среднем 8,9%) и сочетание преходящей блокады ножек пучка Гиса с различными нарушениями возбудимости (7,1%).

Наибольшие трудности для лечения представляет одновременное сочетание нарушения возбудимости и проводимости (суправентрикулярная тахикардия с атриовентрикулярной блокадой, суправентрикулярная тахикардия в сочетании с блокадой ножки пучка Гиса, полная атриовентрикулярная блокада в сочетании с экстрасистолией, синдром Фредерика). В этих случаях лечебные мероприятия были направлены в первую очередь против той аритмии, которая приводила к расстройству гемодинамики и обуславливала тяжесть состояния больных.

При суправентрикулярных тахикардиях с атриовентрикулярной блокадой с успехом применялись препараты, снижающие возбудимость миокарда (главным образом блокаторы β -адренергических рецепторов).