

6. Кондукторова Т.С. Неолит и начальная пора эпохи меди и бронзы // Антропология населения Украины мезолита, неолита и эпохи бронзы. - Москва: Наука, 1973. - С. 24-55.

7. Лебединская Г.В. Некоторые закономерности строения носа и его костной основы // Вопросы антропологии. - Вып.30. - Москва: Изд-во Моск. ун-та, 1968. - С.127-133.

8. Рогинский Я.Я., Левин М.Г. Антропологический состав народов мира: Большие расы и их подразделение // Антропология: учебник для студентов ун-тов. - 3-е изд.-Москва: Высшая школа, 1978. - С.374-382.

9. Rajchel Z. General remarks on anthropological reconstructions and the practice of skull and head reconstructions in Poland // Studies in Physical Anthropology. - No.10, pp.3-67.

10. Ullrich H. Kritische Bemerkungen zur plastischen Rekonstruktionsmethode nach Gtresimov auf Grund personlicher Erfahrungen // Mitt.d.Sekt.Anthrop., Heft 19/1967. Berlin. - S.27-39.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ НЕКОТОРЫХ НАРУШЕНИЙ РИТМА СЕРДЦА МЕТОДОМ ЧРЕСПИЩЕВОДНОЙ ЭЛЕКТРОСТИМУЛЯЦИИ ЛЕВОГО ПРЕДСЕРДИЯ

***А.В.Гордиенко, Ю.А.Капустник, Ю.М.Казаков,
В.В.Томенко, С.А.Махарадзе***

Украинская медицинская стоматологическая академия, г.Полтава

В последнее время для лечения различных нарушений ритма сердца все шире применяется чреспищеводная электрокардиостимуляция (ЧПЭС) левого предсердия, что связано с ее простотой, доступностью и относительной безопасностью (1,3,4). Терапия трепетания предсердий (ТП) и пароксизмальной атриовентрикулярной тахикардии фармакологическими антиаритмическими средствами не всегда является эффективной. Значительно более эффективен для купирования этих аритмий метод чреспищеводной электрокардиостимуляции левого предсердия (2,3).

Целью данной работы явилось изучение эффективности ЧПЭС левого предсердия при лечении трепетания предсердий и пароксизмальной атриовентрикулярной тахикардии.

Материалы и методы.

Под наблюдением находилось 69 больных с ТП и пароксизмальной атриовентрикулярной тахикардией (47 мужчин и 22 женщины) в возрасте от 23 до 64 лет. У 29 из них диагностирована ИБС, у 20 - ревматические пороки сердца и у 20 - постмиокардический миокардиосклероз. ЧПЭС проводилась 42 больным с пароксизмальной атриовентрикулярной тахикардией и 27 больным с ТП. Продолжительность ТП до проведения стимуляции в 15 случаях не превышала 7 дней, в 7 случаях она была от 1 недели до 1. месяца и в 5 случаях - от 1 до 6 месяцев. Частота предсердных волн варьировала от 200 до 430 в 1 минуту.

Стимуляцию проводили биологическим полостным электродом ПЭДСП-2 с расстоянием между полюсами 30мм, который вводили в пищевод через рот или нос. Положение электрода по отношению к

левому предсердию устанавливали с помощью одноканального отведения ЭКГ. ЧПЭС осуществляли в асинхронном режиме электрокардиостимулятором ЭКСГ-Д прямоугольными импульсами при напряжении 10в при лечении пароксизмальной атриовентрикулярной тахикардии и 25в при лечении ТП. Длительность стимуляции составила около 10 секунд, частота - на 15-25% превышающая частоту предсердного ритма. При сохранении пароксизмальной атриовентрикулярной тахикардии или ТП электрокардиостимуляцию повторяли от 2 до 7 раз в том же режиме через 2-3 минуты. Во время ЧПЭС проводили постоянное наблюдение ЭКГ, для записи которой использовался 6-канальный электрокардиограф РГТ-Биосет-6000.

Положительным результатом ЧПЭС левого предсердия считали восстановление синусового ритма, а при ТП - еще и перевод его в устойчивую фибрилляцию предсердий (ФП).

Результаты и обсуждение.

Значительно большие результаты лечения методом ЧПЭС ТП наблюдались у больных ИБС и постмиокардическим миокардиосклерозом по сравнению с больными ревматическими пороками сердца. Так, ТП было купировано у 12 из 14 больных ИБС (у 5 восстановлен синусовый ритм и у 7 ТП переведено в ФП), а также у 5 из 6 больных постмиокардическим миокардиосклерозом (у 2 восстановлен синусовый ритм и у 3 ТП трансформировано в ФП). При ревматических пороках сердца положительные результаты достигались намного реже - только у 2 из 7 больных (у 1 восстановлен синусовый ритм и у 1 ТП переведено в ФП).

Острые формы ТП купировались более часто, чем подострые и хронические. Так, ТП было купировано у 14 из 15 больных с давностью аритмии менее 1 недели (у 6 восстановлен синусовый ритм и у 8 ТП трансформировано в ФП), тогда как при давности аритмии свыше 1 недели только у 4 (у 2 восстановлен синусовый ритм и у 2 достигнута ФП). Только у 1 из 5 больных (ТП переведена в ФП) оказалась эффективной ЧПЭС при давности аритмии свыше 1 месяца.

Эффективность ЧПЭС существенно различалась также в зависимости от частоты предсердных волн. Так, при частоте волн менее 300 в минуту положительные результаты наблюдались у 15 из 17 больных (у 7 восстановлен синусовый ритм и у 8 ТП переведено в ФП), при частоте волн свыше 300 в минуту - лишь у 4 из 7 больных (у 1 восстановлен синусовый ритм и у 3 ТП переведено в ФП). Ни в одном из 3 случаев ТП с частотой предсердного ритма свыше 340 в минуту не удалось купировать аритмию. Такая устойчивость ТП с высокой частотой предсердных волн (свыше 340 в минуту) к воздействию электрокардиостимуляции объясняется тем, что при такой частоте пульсации в миокарде предсердий возникает рефрактерность к слабым раздражителям, каким является стимул электрокардиографа. В связи с этим эффективность ЧПЭС можно повысить путем предварительного замедления предсердного ритма антиаритмическими препаратами (новокаиномидом, хинидином, ритмилином, аллапинином, кордароном).

Эффективность терапии ЧПЭС пароксизмальной атриовентрикулярной тахикардии также зависела от этиологии и давности аритмии. В результате лечения ЧПЭС купирование пароксизмальной атриовентрикулярной тахикардии наблюдалось у 13 из 15 больных ИБС, у 11 из 14 больных постмиокардическим миокардиосклерозом и у 7 из 13 больных ревматическими пороками сердца. При давности пароксизмальной атриовентрикулярной тахикардии менее 6 часов только у 3 больных ЧПЭС оказалась неэффективной, тогда как при давности этого нарушения ритма свыше 6 часов ЧПЭС была неэффективной у 8 больных.

ВЫВОДЫ

1. Наилучшие результаты терапии трепетания предсердий и пароксизмальной атриовентрикулярной тахикардии с помощью метода чреспищеводной электрокардиостимуляции получены у больных ИБС и постмиокардическим миокардиосклерозом и в острых случаях аритмии. Низкая эффективность электрокардиостимуляции при лечении этих нарушений ритма у больных с ревматическими пороками сердца связана с развитием тяжелых органических изменений левого предсердия.

2. Эффективность лечения трепетания предсердий методом чреспищеводной электрокардиостимуляции была наибольшей при небольшой частоте (менее 300 в минуту) волн трепетания.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Чазов Е.И. Болезни сердца и сосудов. Том 3. -М. - Медицина. - 1992. -С.98-104.
2. Ватугин Н.Т., Дядык А.И., Багрий А.Э., Маловичко С.И. Эффективность лечения трепетания предсердий чреспищеводной электрокардиостимуляцией левого предсердия. М. Кардиология. -1992. - №2 -С.64-66.
3. Кушаковский М.С. Аритмии сердца. -Санкт-Петербург. Гиппократ. -1992. -43-46.
4. Малая Л.Т. Латогуз И.К., Микляев И.Ю., Визир А.Д. Ритмы сердца. -Харьков. Основа, 1993. -С.571-576.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТЕРАПИИ РИТМОНОРМОМ ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ МЕРЦАТЕЛЬНОЙ АРИТМИИ И ЧАСТОЙ И СТАБИЛЬНОЙ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ЭКСТРАСИСТОЛИЧЕСКОЙ АРИТМИИ У БОЛЬНЫХ ИБС

Ю. А. Капустник

Украинская медицинская стоматологическая академия, г.Полтава

В последнее время появилось немало новых антиаритмических препаратов. Несмотря на это, клиника по-прежнему нуждается в новых, более сильных и универсальных препаратах, которые при хороших фармакокинетических свойствах не вызывали бы побочных отрицательных реакций [2].

Ритмонорм (пропафенон), появившийся сравнительно недавно, принадлежит к подклассу I С антиаритмических средств по классификации Вильямса. Этот препарат эффективен как для лечения