

ческие припадки, в одном случае — длительно не купирующаяся фибрилляция желудочков, потребовавшая полного объема реанимационных мероприятий и дальнейшего лечения в нейрореанимационном блоке.

И это еще не все проблемы.

Резюме

Применение и внедрение чреспищеводного электрофизиологического исследования сердца — значительный шаг в изменении качества диагностики и лечения сердечных аритмий. Необходимо шире внедрять его в практику, особенно — амбулаторную. Методики исследования нуждаются в унификации и стандартизации.

Литература

1. Антюфьев В.Ф., Изаков В.Я. Новый метод компьютерной стимуляции сердца // Материалы международного конгресса по электрокардиологии. — Минск. — 1985. — С. 11-14.
2. Антюфьев В.Ф. Гемодинамика неритмично работающего сердца. — Екатеринбург. — 1995. — 328 с.
3. Бредикис Ю.Ю., Римша Э.Д., Киркутис А.А., Нявяраускас Ю.В. Амбулаторная электрофизиологическая диагностика нарушений сердечного ритма // Кардиология. — 1987. — № 4. — С. 12-16.
4. Киркутис А.А., Римша Э.Д., Нявяраускас Ю.В. Методика применения чреспищеводной электростимуляции сердца. — Каунас. — 1990. — 82 с.

КЛИНИЧЕСКОЕ И ЭЛЕКТРОФИЗИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПАЦИЕНТОВ С НЕУСТОЙЧИВЫМИ ПАРОКСИЗМАЛЬНЫМИ ЖЕЛУДОЧКОВЫМИ ТАХИКАРДИЯМИ

**В.Ф. Антюфьев, Л.Н. Будкарь, Н.Ю. Полежаева,
С.Б. Чергополохова**

Данные о воспроизведении желудочковых тахикардий при различных серийных тестирующих нагрузках противоречивы. Возможность провоцирования желудочковых тахикардий предсердной активностью обсуждаются около ста лет [1, 2].

Цель нашего анализа — показать возможности чреспищеводного ЭФИ для идентификации желудочковых тахикардий и подбора антиаритмиков.

Пациенты и методики

Группа наблюдаемых больных включала 24 человека: 15 мужчин (62,5%) и 9 женщин (37,4%), в возрасте 12–70 лет ($M=34,5$; $m=3,5$). Только 5 пациентов (20,8%) имели клинику стенокардии 3–4-го функционального класса, в том числе один из них (4,2%) имел в анамнезе инфаркт миокарда. По 1 пациенту (4,2%) составляли больные с острым инфарктом миокарда и постмиокардитическим кардиосклерозом. У остальных 17 человек (70,8%) клинически значимых заболеваний сердца не выявлено, но двое из них — профессиональные спортсмены. Всем больным была проведена чреспищеводная электрокардиография, 18 пациентам — электрофизиологическое исследование.

Результаты и их обсуждение

Во время ЭФИ у всех была инициирована тахикардия и по чреспищеводной электрограмме идентифицирована как желудочковая тахикардия, сочетаясь у половины с желудочковой парасистолией, у 16,7% — с желудочковой экстрасистолией, у одного пациента — с пароксизмальной формой трепетания предсердий.

Чреспищеводное ЭФИ до и после медикаментозной денервации сердца проведено у 18 пациентов (75%). Органической патологии синусного и атрио-вентрикулярного узлов не было выявлено ни у одного больного. Среднегрупповые значения основных электрофизиологических параметров не выходили за рамки нормативных. У 11 пациентов (61,1%) не выявлено патологии пейсмекерной и проводящей системы сердца. У 6 человек (33,3%) изменения показателей были расценены как вегетативная дисфункция синусного узла, которая проявлялась миграцией основного источника ритма по предсердиям. Только у одного пациента — 5,5% — выявлена депрессия синусного узла, то есть скорректированное время восстановления функции синусного узла (КВВФСУ) на интактном фоне превысило значение 525 мс, но нормализовалось после медикаментозной денервации сердца. У одного пациента (5,5%) выявлено изолированное повышение пропускной способности АВ соединения; у одного пациента с вегетативной дисфункцией СУ диагностирована парасимпатическая депрессия АВ соединения, то есть точка Венкебаха составила менее 130 имп/мин. до медикаментозной денервации сердца.

Проведено 9 тестов с антиаритмиками: отсутствие купирующего эффекта отмечено у одного (11,1%) из тестируемых пациентов при использовании амиодарона. Положительный эффект отмечен в следующих случаях: амиодарон — у трех пациентов (33,3%), гилуритмал

— у двух пациентов (22,2%), пропафенон, этацинин и 25% $MgSO_4$ — по 11,1% случаев. Интересно, что желудочковая тахикардия не рецидивировала у одного пациента после введения атропина и у одного пациента после полной вегетативной блокады.

Резюме

С помощью чреспищеводного ЭФИ можно инициировать и идентифицировать ряд желудочковых тахикардий. Более чем 75% пациентов с желудочковыми тахикардиями имеют электрическую нестабильность на фоне интактного миокарда, то есть без выявленной органической сердечно-сосудистой патологии. Более половины пациентов с желудочковыми тахикардиями имеют параметры ЭФИ, не выходящие за пределы общепринятых нормативных величин. Для большинства пациентов во время ЭФИ удается подобрать антиаритмик с купирующим эффектом.

Литература

1. Криклер Д.М., Перельман М., Рауланд Э. Желудочковая тахикардия и фибрилляция. — В кн. «Аритмии сердца» под редакцией В.Д.Манделла. — М.: Медицина. — 1996. — Т.2. — С. 373-411.
2. Кушаковский М.С. Аритмии сердца: Руководство для врачей. — С.-Петербург. — 1992. — 544 с.

ВЛИЯЕТ ЛИ РАМИПРИЛ НА СИНУСОВЫЙ УЗЕЛ И ПРОВОДЯЩУЮ СИСТЕМУ СЕРДЦА?

В.Ф. Антюфьев, Л.Н. Будкарь, Е.Г. Фокина, Т.Л. Акатьева

Рамиприл достаточно хорошо зарекомендовал себя как препарат, полезный для лечения как артериальной гипертензии, так и применимый в комплексном лечении недостаточности кровообращения [1, 2, 3]. Большое количество препаратов, применяемых в лечении артериальной гипертензии и недостаточности кровообращения обладают такими невыгодными для пациентов и клиницистов эффектами как угнетение функции синусового узла и проводящей системы сердца. Вполне очевидно, что при артериальной гипертензии как и при недостаточности сердца нередко наблюдается исходная депрессия синусового узла в виде умеренной или выраженной брадикардии и депрессия атрио-вентрикулярного (АВ) соединения, выражающаяся в разной степени замедления предсердно-желудочковой проводимости. Это может существенно ограничивать применение ряда известных препаратов при данной патологии. Вполне понятно желание клиницистов