2. Анисимов, В.Н. Молекулярные и физиологические механизмы старения /В.Н. Анисимов// Спб.: Наука, 2003.– 468 с.

3. Брискин, Б.С. Геронтология и хирургия - проблемы и перспективы /Б.С. Брискин// Клиническая геронтология.– 2004.– №2.– С.3–7.

4. Биохимические методы исследования при неспецифических заболеваниях легких. Методические рекомендации – Ленинград, 1984.–19 с.

5. Гайворонская, Т.В. Динамика показателей процессов перекисного окисления липидов у больных с флегмонами челюстно-лицевой области при традиционном лечении и проведении антиоксидантной терапии /Т.В. Гайворонская, Т.Л. Воробьева// Современные технологии в стоматологии.– М.– Краснодар, 2006.– С. 24–30.

6. Гончаренко, М.С. Метод оценки перекисного окисления липидов /М.С. Гончаренко, А.М. Латинова// Лаб. Дело.–1985.– №1.– С.60–61.

7. Дурново, Е.А. Оптимизация методов диагностики и комплексного лечения больных с острыми одонтогенными воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области /Е.А. Дурново// Нижегородский медицинский журнал.– 2003.– Приложение: «Озонотерапия».– С. 184–185.

8. Заживление гнойных ран мягких тканей при местном лечении /Е.А. Столяров, В.Д. Иванова, А.В. Колсанов// Хирургия. – 2003. – № 9. – С. 28–32.

9. Зенков, Н.К. Окислительный стресс. Биохимические и патофизиологические аспекты /Н.К. Зенков, В.З. Ланкин, Е.Б. Меньшикова// М.– «Наука / Интерпериодика», 2001.– 345 с.

10. Змызгова, А.В. Клинические аспекты озонотерапии /А.В. Змызгова, В.А. Максимов// М.–2003.–287 с.

11. Манграм, А.Дж. Профилактика инфекций в области хирургического вмешательства /А. Дж. Манграм, Т.К. Харан// Клиническая микробиология и антимикробная химиотерапия. – 2003.–Т.5.–№1 С. 74–101.

12. Медицинские лабораторные технологии и диагностика: Справочник. /А.И. Карпищенко (ред.)// СПб: Интермедика, 1999. 656 с.

13. Методы и нормативы для оценки окислительной резистентности эритроцитов жителей Среднегорья: Методич. Рекомендации /В.П. Верболович, Ж.К. Макашев, Е.П. Петренко// Алма-Ата, 1985. 25 с.

14. Оценка антиокислительной активности плазмы крови с применением желтых липопротеидов /Г.И. Клебанов, И.В. Бабенкова, Ю.О. Теселкин и др.// Лаб. Дело–1988.–№5.

15. Хавинсон, В.Х. Пептидная биорегуляция и старение /В.Х. Хавинсон, В.Н. Анисимов// Спб.: Наука, 2003.–223 с.

16. Хавинсон, В.Х. Свободнорадикальное окисление и старение /В.Х. Хавинсон, В.А. Баринов, А.В. Арутюнян// Спб.: Наука, 2003.–327 с.

17. Чадаев, А.П. Современные методики местного медикаментозного лечения инфицированных ран /А.П. Чадаев, А.Д. Климинашвили// Хирургия.–2003.– №1.– С.54–56.

18. Шмелев, Е.В. Модификация метода Park /Е.В. Шмелев, Г.К. Бумагина, П.П. Митеров// Лаб. дело. – 1979. – №9.–С. 13–15.

19. Яременко, А.И. Регионарная лимфотропная антибактериальная терапия в комплексном лечении и профилактике инфекционно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области в геронто-стоматологической практике /А.И. Яременко //Материалы Всероссийской научно-практической конференции «Геронтологические проблемы в стоматологии». Великий Новгород 2006. С.– 88–89

20. Immunochemical quantitation of antigen by simple radial immunodiffusion /G. Mancini, A.O. Carbonara, J.S. Heremans// Immunochemistri – 1965. –Vol. 2, N 3. – P. 235–254.

21. Mills, I.C. J. Biol. Chem. / I.C. Mills.– 1959.– V. 234, № 3.– P. 502–506.

APPLICATION OF OZONOTHERAPY IN THE POSTOPERATIVE PERIOD OF TREATING PHLEGMONS OF MAXILLOFACIAL AREA AT PATIENTS OF SENIOR AGE GROUPS

YE.M. IVANOV, O. YU. KYTIKOVA

Vladivostok Branch of Russian Academy of Sciences,
Far East Research Centre of Physiology
and Respiration Pathology - Research Institute of Medical Climatology
and medical Rehabilitation

The offered medical technology of treating odontogenic phleg-

mons of maxillofacial area at patients of senior age groups is based on a traditional method of treatment with inclusion ozonotherapy. The medical technology is developed in view of growing old organism age features and interaction infringements of clinical and laboratory manifestations, indices of immune and antioxidants systems revealed in the result of our researches. The expediency of ozonotherapy application in the postoperative period of treating phlegmons of maxillofacial area is proved; the comparative estimation of efficiency of the traditional and offered methods of treatment is given.

Key words: ozonotherapy, postoperative period, patients of senior age groups, phlegmons of maxillofacial area.

УДК 616.127-005.8-06-008.313

ОСТРЫЙ ИНФАРКТ МИОКАРДА, ОСЛОЖНЕННЫЙ АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНОЙ БЛОКАДОЙ II-III СТЕПЕНИ, И ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭЛЕКТРОКАРДИОСТИМУЛЯЦИИ

Б.Г. ИСКЕНДЕРОВ, Д.Б. МАКСИМОВ

У 4437 больных с острым инфарктом миокарда (ОИМ) в 14,1% случаев выявлялась атриовентрикулярная (АВ) блокада II-III степени. У 97 больных в сроки от 12 до 18 сут (в среднем 14,8±2,4 сут) имплантировался кардиостимулятор. Наблюдения в течение 12 мес. показали, что стабильная АВ блокада II-III степени отмечалась в 49,5% случаев, нормальное АВ проведение – в 10,3% случаев и интермиттирующая блокада – в 40,2% случаев. Показано, что имплантация кардиостимулятора может проводиться через 2 недели от начала ОИМ и при наличии АВ блокады II-III степени в сочетании с блокадами ножек пучка Гиса.

Ключевые слова: острый инфаркт миокарда, атриовентрикулярная блокада, электрокардиостимуляция.

Известно, что *атриовентрикулярные* (АВ) блокады II-III степени осложняют *острый инфаркта миокарда* (ОИМ) в 12-20% случаев [1,2]. В случае возникновения АВ блокады III степени на фоне переднего ОИМ прогноз значительно хуже, чем при задней локализации поражения, и без применения временной эндокардиальной *электрокардиостимуляции* (ЭКС) летальность достигает 80% [3,4]. Проведение ЭКС, как правило, позволяет вывести больных из состояния брадиаритмического шока и предупредить приступы *Морганьи-Адамса-Стокса* (МАС), а также значительно улучшает прогноз [4]. В большинстве случаев АВ блокады, развившиеся в остром периоде инфаркта миокарда, носят преходящий характер, однако в отдельных случаях блокады сердца сохраняются и в постанфарктном периоде, трансформируясь в хроническую форму [2].

Согласно рекомендациям *Всероссийского научного общества аритмологов* (ВНОА) и *Американского колледжа кардиологов и Американской ассоциации сердца* (АСС/АНА) АВ блокады II-III степени, осложняющие острый период инфаркта миокарда, составляют отдельную категорию показаний, определяющих имплантацию кардиостимулятора [5,6,7]. При этом абсолютными показаниями к данной операции являются как устойчивая, так и преходящая АВ блокада II-III степени, сочетающаяся с блокадой ножек пучка Гиса, а относительным показанием – устойчивая проксимальная АВ блокада. Мнения кардиологов и кардиохирургов в отношении сроков имплантации кардиостимулятора у больных с ОИМ, осложненным АВ блокадой II-III степени, противоречивы. Известно, что ближайший прогноз у данной категории больных в основном зависит от величины некроза миокарда, степени дисфункции левого желудочка и динамики АВ блокады, постоянная ЭКС может быть отсроченной [1,3,5]. Так, позиция большинства кардиологов заключается в том, что имплантацию кардиостимулятора при АВ блокаде II-III степени, можно провести не раньше, чем через 4 недели от начала заболевания, то есть в случае необратимости блокады [3,4]. Однако кардиохирургами имплантация кардиостимулятора рекомендуется через 6-9 сут, если АВ блокада II-III степени носит дистальный характер [8].

В настоящее время разработаны физиологичные, универсальные и малогабаритные кардиостимуляторы, позволяющие не только максимально корригировать нарушения ритма и проводимости сердца, но и оптимизировать состояние кровообращения [9,10]. Однако консервативный подход к лечению АВ блокад при ОИМ, бытующий среди кардиологов, является сдерживающим фактором в решении вопроса о возможности имплантации кардиостимулятора. Основной причиной разногласия специалистов заключается в неопределенности сроков имплантации кардиостимулятора. Кроме того, Рекомендации ВНОА и АСС/АНА конкретизи-

ругают лишь показания к имплантации кардиостимулятора, к тому же они являются исключительно электрокардиографическими, то есть не учитывается клиническая ситуация [5,6]. В связи с малоизвестностью и противоречивостью вопросов имплантации кардиостимулятора у больных с ОИМ, осложненным АВ блокадой II-III степени, представляется актуальным обоснование оптимальных сроков и уточнение показаний к данной операции.

Цель исследования – изучение частоты и характера нарушений атриовентрикулярного проведения, осложнивших течение острого инфаркта миокарда, определение оптимальных сроков и уточнение показаний имплантации искусственного водителя ритма.

Материал и методы исследования. В открытое клиническое нерандомизированное сравнительное и проспективное исследование были включены 625 больных (14,1%) с «определенным» ОИМ, осложненным АВ блокадами II и III степени, из 4437 больных, госпитализированных в отделение неотложной кардиологии в течение 12 лет (табл. 1). Возраст больных составил 37-82 лет и в среднем – 65,8±5,1 года. В группе больных с осложненной АВ блокадой II-III степени у 252 (40,3%) был диагностирован ОИМ передней стенки левого желудочка, у 344 больных (55,0%) – задней стенки и у 29 больных (4,6%) – переднезадней локализации. Кроме того, в группе больных с осложненной АВ блокадой II-III степени повторный ОИМ встречался чаще, чем в группе больных без АВ блокады: 38,9 и 17,6% соответственно. Также важно отметить, что у больных с АВ блокадой II-III степени нарушения внутрижелудочковой проводимости – интравентрикулярные блокады по сравнению с больными, не имеющими АВ блокады II-III степени, выявлялись в 2 раза чаще: 49,6 и 26,1% соответственно.

Таблица 1

Клиническая характеристика больных с острым инфарктом миокарда в сравнимых группах (n / %)

Признаки	Больные с АВ блокадой II-III степени, (n = 625)	Больные без АВ блокады II-III степени, (n = 3812)
Возраст, годы (M ± SD)	66,8 ± 5,6	64,3 ± 5,4
Мужчины	351 / 56,2	2023 / 53,1
Женщины	274 / 43,8	1789 / 46,9
Первичный ОИМ	382 / 61,1	3273 / 85,9
Повторный ОИМ	243 / 38,9	539 / 14,1
ОИМ передней стенки	252 / 40,3	1801 / 47,2
ОИМ задней стенки	344 / 55,0	1944 / 51,0
ОИМ переднезадний	29 / 4,6	67 / 1,8
Интравентрикулярные блокады	310 / 49,6	996 / 26,1
Острая сердечная недостаточность	467 / 74,7	734 / 19,3
Синдром МАС	182 / 29,1	-

Следует отметить, что на фоне ОИМ, осложненного АВ блокадой II-III степени, явление острой сердечной недостаточности (кардиогенный шок, отек легкого) возникло в 73,1% случаев и в группе больных без АВ блокады II-III степени – в 19,3%. Кроме того, у 29,1% больных с АВ блокадой отмечались синкопальные приступы преимущественно асистолического генеза.

Результаты и их обсуждение. Из 625 случаев осложненной АВ блокады в 31,4% случаев (196 больных) выявлялась III степень и в 68,6% случаев (429 больных) – II степени, в том числе субтотальная блокада в 53 случаях. В общей группе полная блокада левой или правой ножки пучка Гиса выявлялась в 29,4% случаев и в группе больных с АВ блокадой II-III степени – в 49,6% случаев, в том числе у 81 больного (26,1%) на ЭКГ, зарегистрированных до развития ОИМ.

С учетом общепринятых показаний у 483 больных (77,3%) проводилась временная трансвенозная (эндокардиальная) ЭКС из верхушки правого желудочка в режиме «R-запрещающей электростимуляции желудочков» (VVI). Оптимальную частоту искусственного ритма сердца, необходимую для максимального гемодинамического ответа, определяли с помощью доплероэхокардиографии, которая у разных больных составила от 60 до 90 в минуту. Продолжительность ЭКС при переднем ОИМ колебалась от 8 до 23 суток (15,0±2,9 суток) и заднем ОИМ – от нескольких часов до 7 суток (4,8±1,7 суток). На фоне проводимой временной ЭКС ежедневно следили за состоянием АВ проведения и независимо от продолжительности ЭКС больные находились в палате интенсивной терапии и реанимации.

В группе больных с имплантируемыми кардиостимуляторами (табл. 2) АВ блокада II степени выявлялась у 32 (33,0%), из

них тип 2:1 у 14 больных и субтотальная блокада у 18 больных. У всех больных АВ блокада имела дистальный тип. У 65 больных (67,0%) показанием к имплантации кардиостимулятора являлась АВ блокада III степени, из них у 54 блокада имела дистальный тип и у 11 проксимальный тип. Кроме того, в группе больных, которым имплантировался кардиостимулятор, в 47,4% случаев имели место синкопальные приступы и в 77,3% – острая сердечная недостаточность.

Таблица 2

Электрокардиографическая и клиническая характеристика АВ блокад у больных, подвергнутых к имплантации кардиостимулятора (1 группа), и находящихся на временной ЭКС (2 группа)

ЭКГ-характеристика АВ блокад и осложнения	(n/%)		
	1 группа (n=97)	2 группа (n=386)	Всего (n=483)
АВ блокада II степени:	32/33,0	307/79,5	339/70,2
- I тип	-	181/46,9	181/37,5
- II тип 2:1	14/14,4	101/26,2	115/23,8
- субтотальная АВ блокада II степени	18/18,6	25/6,4	43/8,9
- проксимальный тип	-	258/66,8	258 / 53,4
- дистальный тип	32/33,0	49 / 12,7	81/16,8
АВ блокада III степени:	65/67,0	79/20,5	144/29,8
- проксимальный тип	11/11,3	65 / 16,8	76/15,7
- дистальный тип	54/55,7	14/3,7	68/14,1
Тромбообразование/ тромбоз/эмболии	2/2,1	19/4,9	21/4,3
Гнойно-септическое осложнение	1/1,0	17/4,4	18/3,7
Дислокация электрода с летальным исходом	-	22/5,7	22/4,6
Рецидив инфаркта миокарда	5/5,2	49 / 12,7	54/11,2
Госпитальная летальность	4/4,1	112/29,0	116/24,0

Необходимо отметить, что возникновение АВ блокады значительно отягощало клиническое течение ОИМ, особенно при наличии АВ блокады III степени. Так, у 133 (67,9%) больных с АВ блокадой III степени, особенно при дистальном типе диагностировалась острая сердечная недостаточность (отек легких, кардиогенный шок, выраженная артериальная гипотония). Именно, при АВ блокаде III степени у 56 больных (28,6%) возникли синкопальные приступы, обусловленные асистолией у 48 больных и фибрилляцией у 8 больных.

Наблюдения показали, что вероятность развития и/или рецидива АВ блокады спустя 2 недели от начала ОИМ при отсутствии рецидива невелика. Поэтому после восстановления АВ проведения и прекращения ЭКС эндокардиальный электрод с профилактической целью оставляется в полости правого предсердия еще на 2-3 сут.

У 97 больных, находящихся на временной ЭКС, в сроки от 12 до 18 сут (в среднем 14,8±2,4 сут) от начала заболевания имплантировался кардиостимулятор: у 12 больных (12,4%) в режиме двухкамерной предсердно-желудочковой ЭКС (режим DDD) и у 87 больных (87,6%) в режиме «R-запрещающей электростимуляции желудочков» (режим VVI). В данной группе больных в основном диагностировался передний ОИМ, осложненный АВ блокадой II-III степени, дистального типа, сохраняющейся более двух недель. Сравнительный анализ показал (табл. 2), что по мере увеличения продолжительности временной ЭКС отмечается тенденцию к росту осложнений, обусловленных невозможностью надежного контроля ЭКС (нестабильность контакт электрода), повышенным риском тромбоз/эмболии и гнойно-септическими осложнениями, и в результате увеличивается госпитальная летальность.

Таблица 3

Динамика атриовентрикулярного проведения в течение 12 месяцев наблюдения после перенесенного острого инфаркта миокарда (n / %)

Характеристика АВ проведения	Больные с постоянной ЭКС, (n = 97)	Больные с временной ЭКС, (n = 386)
Стабильная АВ блокада II-III степени	48/49,5	-
Рецидив АВ блокады II-III степени	39/40,2	61/15,8
Стабильно нормальное АВ проведение	10/10,3	297/76,9
Имплантация кардиостимулятора	-	28 / 7,3

Нами анализировались результаты наблюдения в течение 12 месяцев после перенесенного ОИМ у больных с имплантируе-

мыми кардиостимуляторами и у тех больных, которым в остром периоде заболевания проводилась только временная ЭКС (табл. 3). Показано, что в группе больных с имплантируемыми кардиостимуляторами в период наблюдения стойкая АВ блокада II-III степени сохранялась в 49,5% случаев, стойкое восстановление АВ проведения отмечалось в 10,3% случаев и рецидивирующее (интермиттирующее) течение блокады имело место в 40,2% случаев. Важно отметить, что в группе больных с переходящими АВ блокадами II-III степени, которым в остром периоде заболевания проводилась временная трансвенозная ЭКС, рецидив АВ блокады II-III степени выявлялся у 61 больного (15,8%), из них 28 больным (7,3%) имплантировался кардиостимулятор.

Проведенный анализ динамики АВ блокад II-III степени, вызванных развитием ОИМ, в том числе на фоне постоянной ЭКС позволил уточнить факторы, определяющие оптимальные сроки имплантации кардиостимулятора (табл. 4). При этом кроме ЭКГ- характеристик АВ блокад, учитывались клинические особенности блокады и эффективность методов (ЭКС и фармакологические средства) ее коррекции. Несмотря на то, что эти 3 фактора являются взаимосвязанными, однако самостоятельный их анализ позволяет избежать риска осложнений, связанных с операцией имплантации кардиостимулятора, обосновать ее целесообразность и уточнить оптимальные сроки выполнения.

Таблица 4

Факторы, определяющие показания и сроки имплантации кардиостимулятора у больных с инфарктом миокарда, осложненным АВ блокадой II-III степени

Факторы	Критерии
Характеристика АВ блокад:	
- стойкость	проходящая, интермиттирующая
- степень	II (типы 2:1 и субтотальная), III
- уровень (тип) блокады	дистальный
- клинические проявления блокады	Симптоматическая или асимптомная блокада
Клиническое течение инфаркта миокарда	рецидивирующее или затяжное течение, инфаркт правого желудочка
Характер осложнений инфаркта миокарда	острая аневризма сердца, тромбоэмболия, сердечная недостаточность
Гемодинамический эффект временной нормосистолической ЭКС	компенсация сердечной недостаточности или сохранение декомпенсации
Эффект медикаментозной стимуляции АВ проведения (атропин, гормоны, алулент, диуретики)	эффект положительный или отсутствует

Так, наличие таких осложнений ОИМ как острая аневризма левого желудочка, в том числе межжелудочковой перегородки и тромбоэмболии создают потенциальную угрозу для развития тромбоэмболических осложнений. Атипичное течение ОИМ – затяжное или рецидивирующее течение заболевания, вовлечение в «инфарктный процесс» правого желудочка вызывает предпосылки для повышенной электрической нестабильности - «аритмогенной готовности» желудочков и проявления проаритмического эффекта ЭКС. Отсутствие адекватного терапевтического (гемодинамического) эффекта временной нормосистолической ЭКС свидетельствует о выраженности поражения миокарда и ближайшем неблагоприятном прогнозе, что вызывает скептицизм в отношении имплантации кардиостимулятора. Наоборот, положительная ответная реакция на медикаментозную стимуляцию АВ проведения не исключает возможности стойкого восстановления проводимости сердца после перенесенного ОИМ.

Таким образом, имплантация кардиостимулятора без риска и с высокой эффективностью может проводиться спустя две недели от начала инфаркта миокарда. При этом вероятность стойкого восстановления АВ проведения не выше, чем при соблюдении месячного периода наблюдения, и летальность соответствует срокам давности заболевания. Такой подход значительно снижает частоту инфекционных и тромбоэмболических осложнений, провокационных аритмий, связанных с длительной временной ЭКС, и способствует ранней активизации больных с ОИМ, что положительно сказывается на отдаленном прогнозе.

Выводы.

1. Течение острого инфаркта миокарда в 14,1% случаев осложняется АВ блокадой II-III степени, включая блокады дистального типа в 23,8% случаев. При этом 77,3% больных имели пока-

зания к проведению временной трансвенозной электрокардиостимуляции.

2. У 15,5% больных с АВ блокадой II-III степени в сроки от 12 до 18 сут проводилась имплантация кардиостимулятора. Основными показаниями к операции являлась симптоматическая и дистального типа АВ блокада II-III степени, сохраняющаяся более двух недель при отсутствии рецидива инфаркта миокарда.

3. Среди больных с имплантируемыми кардиостимуляторами в течение 12 месяцев наблюдения стабильная АВ блокада II-III степени сохранялась в 49,5% случаев, стойкое восстановление АВ проведения имело место в 10,3% случаев и рецидивирующее (интермиттирующее) течение блокады – в 40,2% случаев. У больных с переходящей АВ блокадой II-III степени рецидив блокады наблюдался в 15,8% случаев и 7,3% больным имплантировался кардиостимулятор.

Литература

1. Ардашев, В.Н. Качество жизни пациентов с нарушениями атриовентрикулярной проводимости на фоне постоянной электрокардиотерапии / Ардашев В.Н., Ардашев А.В., Джанджгава А.О. // Военно-медицинский журн.– 2006.– № 8.– С. 27–35.
2. Рекомендации по проведению клинических электрофизиологических исследований, катетерной абляции и имплантации антиаритмических устройств. Всероссийское научное общество специалистов по клинической электрофизиологии, аритмологии и кардиостимуляции. М., 2005.– С. 36–39.
3. Сыркин, А.Л. Инфаркт миокарда / А.Л. Сыркин.– М.: ООО «МИА», 2003.– С. 357–365.
4. Prognostic importance of complete atrioventricular block complicating acute myocardial infarction (TRACE Study Group) / Ap1 in M. [et al.]// Am. J. Cardiol., 2003, Vol. 92, P. 853–856.
5. ACC/AHA guidelines for implantation of cardiac pacemakers and antiarrhythmia devices. A Report of the American College of Cardiology. American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (ACC/AHA/Committee on Pacemaker Implantation) / Gregoratos G. [et al.]// Circulation, 2002, Vol. 97, P. 1325–1335.
6. Guidelines for pacemaker follow-up in Canada: a consensus statement of the Canadian Working Group on Cardiac Pacing. / Fraser J.D. [et al.]// Can. J. Cardiol., 2000, Vol. 16, P. 355–376.
7. Lieberman, E.H. Permanent cardiac pacing after acute myocardial infarction. / Lieberman E.H., Aude Y.W. // Cardiac electrophysiology review. – 1999, Vol. 2(4), P. 377–380.
8. Incidence, predictors and outcomes of high-degree atrioventricular block complicating acute myocardial infarction treated with thrombolytic therapy. / Meine T.J.[et al.]// Am. Heart J., 2005, Vol. 149, P. 670–674.
9. Acute myocardial infarction complicated by heart block in the elderly: prevalence and outcomes. / Rathore S.S.[et al.]// Am. Heart J., 2001, Vol. 141, P. 47–54.
10. Guidelines for cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy: The Task Force for Cardiac Pacing and Cardiac Resynchronization Therapy of the European Society of Cardiology. Developed in Collaboration with the European Heart Rhythm Association. / Vardas P.E.. [et al.] // Eur. Heart J., 2007, Vol. 28 (18), P. 2256 – 2295.

ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION COMPLICATED BY ATRIOVENTRICULAR BLOCK II-III OF DEGREE AND EFFECTIVENESS OF CARDIAC PACING

B.G. ISKENDEROV, D.B. MAXIMOV

Penza Institute of Post-Graduated Medical Training, Chair of Therapy, Cardiology and Functional Diagnostics

In 4437 patients with acute myocardial infarction (AMI) atrioventricular (AV) blockade of II-III degrees is revealed in 14,1% of cases. Pacemakers were implanted in 97 patients for the period of 12-23 days (on average 14,8±2,4 days). The observations within 12 months showed that stable AV blockade of II-III degree was marked in 49,5% of all cases, normal AV conducting - in 10,3% and intermittently blockade - in 40,2%. It was shown that pacemaker implantation can be realized in 2 weeks after the beginning of AMI in the presence of AV blockade of II-III degrees combined with bundle branch blockades.

Key words: acute myocardial infarction, atrioventricular blockade, cardiac pacing.