

9. Khalimova Z. I. peculiarities of pregnancy and delivery in women with gestational diabetes mellitus and early neonatal periods in their newborn infants: scientific publication / Z. I. Khalimova, K. N. Abdullajanov, N. Mamajanova, K. I. Ismailov // news dermatovenerologii and reproductive health.- Tashkent, 2013
10. Huang Y. T, Lin HY, Wang CH, Su BH, Lin CC /Association of preterm birth and small gestational age with metabolic

outcomes in children and adolescents: population cohort study from Taiwan /neonatal pediatrician. 2017.

11. Pula-Kella S. Steinman RA, Mesmar B., Malek R. Gestational diabetes mellitus: postpartum risk and follow-up. Rev Recent Clinical Trials. 2017.

Поступила 09.06. 2019

УДК 616.127-005.8

АРИТМИИ ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА

Бабаева М.М., Ахмедов Л.А.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи Бухарский филиал.

✓ Резюме,

Нарушение ритма и проводимости - самое частое осложнение острого инфаркта миокарда. Было выявлено, что практически у всех больных с острым инфарктом миокарда, независимо от его локализации, были зарегистрированы наджелудочковые нарушения ритма, реже регистрировалось нарушение проводимости. При повторных инфарктах миокарда как с зубцом Q, так и без него чаще регистрируются сложные желудочковые нарушения ритма.

Ключевые слова: острый инфаркт миокарда, наджелудочковые и желудочковые нарушения ритма, нарушение проводимости.

ЎТКИР ИНФАРКТ МИОКАРДА АРИТМИЯЛАР

Бабаева М.М., Ахмедов Л.А.

Республика шошилиш тез ёрдам илмий марказ Бухаро филиали.

✓ Резюме,

Ритм ва ўтказувчанликнинг бузилиши ўткир миокард инфарктнинг энг кенг тарқалган асоратидир. Ўткир миокард инфаркти бўлган деярли барча беморларда, жойлашувидан қайтий назар суправентрикуляр аритмия қайд этилган, камроқ тез-тез ўтказувчанлик бузилишлари қайд этилган. Иккала Q тўлқинли ва унсиз миокард инфаркти билан қоринча ритм бузилиши тез-тез қайд этилади.

Калит сўзлар: ўткир миокард инфаркти, суправентрикуляр ва қоринча ритм бузилиши, ўтказувчанликнинг бузилиши.

ARRHYTHMIA AT MYOCARDIAL INFARCTION

Babaeva M.M., Akhmedov L.A.

Republican Scientific Center for Emergency Medicine Bukhara branch.

✓ Resume,

Cardiac rhythm and conduction disorders are the most common complications of acute myocardial infarction. It was found out that almost all patients with acute myocardial infarction, regardless of its location, had registered supraventricular rhythm disorders, with conduction disorder rarely recorded. With repeated myocardial infarctions with both a Q wave and without it, complex ventricular arrhythmias are more often recorded.

Keywords: acute myocardial infarction, supraventricular and ventricular rhythm disorders, conduction disorder.

Актуальность

В структуре причин смертности в последнее десятилетие первое место занимают заболевания системы кровообращения. Анализ причин смертности от заболеваний сердечно-сосудистой системы показал, что около половины случаев приходится на долю ишемической болезни сердца [1]. Самым опасным является период обострения ишемической болезни сердца, клинические варианты которого объединяются одним термином "острый коронарный синдром" - это любая группа клинических признаков или симптомов, позволяющих подозревать острый инфаркт миокарда (ИМ) или нестабильную стенокардию [5,8]. Острый ИМ с подъемом сегмента ST в 90-95% случаев осложняется развитием аритмий сердца, являющихся самой частой

причиной смерти на догоспитальном этапе, а на госпитальном этапе - второй причиной по частоте смертельных исходов [3]. Актуальность данной проблемы заключается в низкой эффективности диагностики дебюта нарушений ритма, прогноза их течения и недостаточно эффективного лечения [7]. Половина летальных исходов при ИМ происходит в первые два часа, в большинстве случаев вследствие фибрилляции желудочков. На госпитальном этапе аритмии являются второй по частоте (после острой сердечной недостаточности) причиной летальных исходов больных с ИМ. Нарушения ритма являются отражением обширного поражения миокарда и часто вызывают появление или усиление нарушений гемодинамики и клинических проявлений недостаточности кровообращения. Пациенты, пережившие инфаркт миокарда, имеют высокий риск

внезапной сердечной смерти, причем ее наступление наиболее вероятно в первый год после инфаркта. Главными причинами внезапной сердечной смерти являются желудочковая тахикардия и фибрилляция желудочков. Риск развития аритмических нарушений снижается с более широким использованием тромболитических средств и коронарной реваскуляризации. В настоящее время риск развития злокачественной аритмии у пациента, пережившего инфаркт миокарда, в первый год после выписки из стационара составляет 5% и менее [6]. Суточное мониторирование ЭКГ является доступным и безопасным методом исследования, и одна из основных его задач - стратификация риска развития опасных нарушений ритма сердца и внезапной смерти у больных, перенесших инфаркт миокарда [2, 4].

Цель исследования - изучить частоту развития аритмии у пациентов с острым инфарктом миокарда в зависимости от распространенности процесса.

Материал и методы

Проанализировано 160 историй болезни пациентов кардио - реанимационного отделения Бухарского филиала РНЦЭМП с острым инфарктом миокарда, в том числе 111 (69,4%) мужчин и 49 (30,6%) женщин. Разделение больных по возрастной категории: от 30 до 40 лет - 3 пациента (1,9%), от 40 до 60 лет - 49 (30,6%), старше 60 лет - 108 (67,5%). В 67% случаев имел место острый инфаркт миокарда с зубцом Q, у 33% больных - без зубца Q. При этом первичный ост-

рый инфаркт миокарда зарегистрирован у 127 человек (79,4%), повторный - у 33 человек (20,6%).

Все пациенты были разделены на три группы в зависимости от локализации острого инфаркта миокарда:

I группа - инфаркт миокарда передней стенки, в том числе с распространением на высокие отделы и боковую стенку (95 человек);

II группа - инфаркт миокарда нижней стенки, в том числе с распространением на боковую стенку (33 человека);

III группа - инфаркт миокарда нижней, заднебазальной стенок, в том числе с распространением на высокие и боковые отделы (32 человека).

Проанализированы результаты суточного мониторирования ЭКГ.

Статистическая обработка цифровых данных проводилась по программе "STATISTICA 10". Статистическую достоверность определяли критерием Манна - Уитни (при $p < 0,05$).

Результат и обсуждение

Было выявлено, что практически у всех больных с острым инфарктом миокарда, независимо от его локализации, были зарегистрированы наджелудочковые нарушения ритма. Одиночная наджелудочковая экстрасистолия встречалась у большинства больных 1-й и 2-й групп (92,4% и 87,9% соответственно) и у всех пациентов 3-й группы, чаще всего она была редкой - менее 300 за сутки (табл.1)

Таблица 1.

Нарушения ритма при различной локализации инфаркта миокарда, %

Группа	Наджелудочковые нарушения ритма				ФП	Желудочковые нарушения ритма			
	одиночные НЖЭ	ПНЖЭ	ГНЖЭ	НЖТ		одиночные ЖЭ	ПЖЭ	ГЖЭ	ЖТ
	< 300 > 300 за сутки за сутки					<50 >50 за сутки за сутки			
1-я	всего 92,4*	50	21,2*	26,1*	6,5*	всего 71,8*	17,4	7,6**	5,4*
	82,6* 9,8*					53,3* 18,5*			
2-я	всего 87,9*	69	22,8*	39,4*	6,1*	всего 75,8*	12,1	6,1**	6,1*
	72,7* 15,2*					48,5* 27,3*			
3-я	всего 100*	50	15,6*	21,9*	6,3*	всего 71,9*	3,1	-	-
	90,6* 9,4*					50* 21,9*			

Примечание. НЖЭ - наджелудочковые экстрасистолы, ПНЖЭ - парные наджелудочковые экстрасистолы, ГНЖЭ - групповые наджелудочковые экстрасистолы, НЖТ - наджелудочковая тахикардия, ФП - фибрилляция предсердий, ЖЭ - желудочковые экстрасистолы, ПЖЭ - парные желудочковые экстрасистолы, ГЖЭ - групповые желудочковые экстрасистолы, ЖТ - желудочковая тахикардия; * - $p < 0,02$, ** - $p < 0,04$.

В то же время процент групповых наджелудочковых экстрасистол и неустойчивых пароксизмов наджелудочковой тахикардии был наибольшим среди пациентов 2-й группы и наименьшим у пациентов в 3-й группе. Фибрилляция предсердий в структуре нарушений ритма занимала небольшой процент и одинаково часто встречалась при любой локализации острого инфаркта миокарда. У пациентов 1-й и 2-й групп чаще всего встречались одиночные, в основном редкие, и парные желудочковые экстрасистолы. В небольшом

проценте случаев зарегистрированы пароксизмы желудочковой тахикардии в 1-й и 2-й группах (5,4% и 6,1%). У пациентов 3-й группы желудочковые нарушения ритма были представлены одиночными (чаще, редкими) и парными желудочковыми экстрасистолами. Нарушение проводимости регистрировалось реже, причем атриовентрикулярная блокада чаще встречалась во 2-й группе - у 9,1% пациентов, в 1-й и 3-й группах - 2,2% и 3,1%, соответственно; внутрижелудочковые блокады - в 3-й группе - у 15,3% пациен-

тов, в 1-й группе - 3,3%, во 2-й группе - 6,1% пациентов ($p < 0,05$). При анализе структуры нарушений ритма и проводимости в зависимости от глубины инфаркта миокарда оказалось, что наджелудочковые нарушения ритма при инфаркте миокарда с зубцом Q регистрировались значительно чаще, чем при инфаркте миокарда без зубца Q как при первичном (96,2%), так и при повторном поражении сердца (85,7%). Прослеживается тенденция к увеличению числа желудочковых аритмий при повторном остром инфаркте миокарда как с зубцом Q, так и без него (71,4% и 85,7%, соответственно). Фибрилляция предсердий встречалась преимущественно у пациентов с повторным острым инфарктом миокарда с зубцом Q (14,3%). Атриовентрикулярные и внутрижелудочковые блокады зарегистрированы в основном при повторном остром инфаркте миокарда с зубцом Q ($p < 0,05$).

Таким образом, выявлено, что течение острого инфаркта миокарда любой локализации часто осложняется нарушением ритма и проводимости.

Течение острого инфаркта миокарда при различной его локализации имеет свои особенности: острый инфаркт миокарда передней стенки левого желудочка характеризуется появлением сложных желудочковых нарушений ритма, нижебоковой инфаркт сопровождается сложными наджелудочковыми и желудочковыми нарушениями ритма, а также атриовентрикулярными блокадами, заднебоковой инфаркт миокарда чаще осложняется нарушением внутрижелудочковой проводимости.

Число суправентрикулярных нарушений ритма, атриовентрикулярных блокад и нарушений внутрижелудочковой проводимости находится в прямой зависимости от глубины острого инфаркта миокарда.

При повторном инфаркте миокарда как с зубцом Q, так и без него регистрируется увеличение количества сложных желудочковых нарушений ритма по сравнению с первичным поражением.

Однако, несмотря на большое количество исследований, посвященных инфаркту миокарда, в литературе имеются лишь работы, направленные на определение частоты нарушения ритма и проводимости у пациентов в первые 24-48 ч от появления симптомов острого инфаркта миокарда [3, 8]. Поэтому изучение данной темы является актуальным, поскольку от степени выявленных нарушений ритма и проводимости у пациентов с первичным и повторным острым инфарктом миокарда при различной глубине и распространенности процесса будут зависеть исход заболевания и тактика ведения больного.

1. Нарушение ритма и проводимости - было выявлено практически у всех больных с острым инфарктом миокарда, независимо от его локализации, были зарегистрированы наджелудочковые нарушения ритма, и реже нарушение проводимости.

2. Число суправентрикулярных нарушений ритма, атриовентрикулярных блокад и нарушений внутрижелудочковой проводимости находится в прямой зависимости от глубины острого инфаркта миокарда

3. При повторных инфарктах миокарда как с зубцом Q, так и без него чаще регистрируются сложные желудочковые нарушения ритма.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Герасимова Л.И., Шувалова Н.В., Тюрникова С.Ю. Социально-экономическая значимость заболеваемости и смертности от болезней системы кровообращения (обзор литературы) // *Здравоохранение Чувашии*. 2013; 2: 35-38. [Gerasimova L.I., Shuvalova N.V., Tyurnikova S.Yu. Sotsialno-ekonomicheskaya znachimost zaboлеваemosti i smertnosti ot bolezney sistemi krovoobrasheniya (obzor literaturi) // *Zdravooxranenie Chuvashii*. 2013; 2: 35-38. (In Russ)]
2. Макаров Л.М. Холтеровское мониторирование. 3-е изд. М.: МЕДПРАКТИКА-М, 2011; 171-188. [Makarov L.M. Xolterovskoe monitorirovanie. 3-e izd. M.: MEDPRAKTIKA-M, 2011; 171-188. (In Russ)]
3. Руда М.Я., Национальные рекомендации по диагностике и лечению больных острым инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST ЭКГ / М.Я. Руда, С.Н. Голицын, Н.А. Грацианский и др. // *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*. 2007; 6(8): 1: 415-500. [Ruda M.YA., Natsionalnie rekomendatsii po diagnostike i lecheniyu bolnix ostrim infarktom miokarda s pod'emom segmenta ST EKG / M.YA. Ruda, S.N. Golitsin, N.A. Gratsianskiy i dr. // *Kardiovaskulyarnaya terapiya i profilaktika*. 2007; 6(8): 1: 415-500. (In Russ)]
4. Национальные российские рекомендации по применению методики холтеровского мониторирования в клинической практике / Л.М. Макаров, В.Н. Комолятова, О.О. Куприянова и др. // *Российский кардиологический журнал*. 2014; 2(106): 6-71. [Natsionalnie rossiyskie rekomendatsii po primeneniyu metodiki xolterovskogo monitorirovaniya v klinicheskoy praktike / L.M. Makarov, V.N. Komolyatova, O.O. Kupriyanova i dr. // *Rossiyskiy kardiologicheskij jurnal*. 2014; 2(106): 6-71. (In Russ)]
5. Руководство по нарушениям ритма сердца / Под ред. Чазова Е.И., Голицына С.П. М.: Гэотар-медиа; 2008; 438. [Rukovodstvo po narusheniyam ritma serdsa / Pod red. CHazova E.I., Golitsina S.P. M.: Geotar-media; 2008; 438. (In Russ)]
6. Сыркин А.Л. Инфаркт миокарда. 3-е изд., перераб. и доп. М.: Медицинское информационное агентство, 2003; 16-85. [Sirkin A.L. Infarkt miokarda. 3-e izd., pererab. i dop. M.: Meditsinskoe informatsionnoe agentstvo, 2003; 16-85. (In Russ)]
7. Кушаковский М.С. Аритмии сердца. Нарушения сердечного ритма и проводимости. С. Петербург: Фолиант, 2014; 640. [Kushakovskiy M.S. Aritmii serdsa. Narusheniya serdechnogo ritma i provodimosti. S. Peterburg: Foliant, 2014; 640. (In Russ)]
8. Thygesen K., Alpert J.S., White H.D., Joint ESC/ACCF/WHF Task Force for the Redefinition of Myocardial infarction. Universal definition of myocardial infarction. // *European Heart J.*, 2007; 28: 2525-2538.

Поступила 09.06. 2019