

СТРУКТУРА НАРУШЕНИЙ РИТМА СЕРДЦА У ПАЦИЕНТОВ В ПОСТИНФАРКТНОМ ПЕРИОДЕ

Козлов А. В., Суверженко Ф. С.

Научный руководитель: ассистент *Д. И. Гавриленко*

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Нарушения ритма сердечной деятельности имеют многочисленные причины [1]. Некоторые нарушения ритма сердца требуют длительного дифференциально-диагностического поиска с целью установления причины и последующего корректного лечения. Нарушения ритма сердца у пациентов с перенесенным инфарктом миокарда (ИМ) могут быть связаны с органическими причинами (ИБС, артериальная гипертензия, пороки сердца и др.), либо провоцироваться использованием антиаритмических лекарственных средств (токсические нарушения ритма) [1, 2].

Цель

Ретроспективный анализ частоты и структуры нарушений ритма сердца у пациентов в постинфарктном периоде.

Материал и методы исследования

Были ретроспективно проанализированы данные 512 пациентов проходивших лечение в отделении постинфарктной реабилитации Гомельского областного клинического госпиталя ИОВ. Из 512 пациентов мужчин было 301 (59 %), женщин — 211 (41 %). Медиана возраста составила 62 года (Min = 45 лет, Max = 81 года). Виды нарушений ритма приводятся в соответствии с классификацией М. С. Кушаковского и Н. Б. Журавлевой (1981). Статистическая обработка данных проводилась методами описательной статистики, сравнения выборок и анализа таблиц сопряженности. Разница значений считалась значимой при $p < 0,05$ (доверительная вероятность на уровне 95 %). Обработка данных проводилась с использованием программы «Statistica» 8,0.

Результаты исследования и их обсуждение

Из 512 пациентов различные нарушения ритма были обнаружены у 462. Структура обнаруженных нарушений ритма представлена в таблице 1.

Таблица 1 — Структура нарушений ритма у обследованных пациентов

Нарушения ритма	Число нарушений ритма в общей группе, n = 462	
	абс.	
Синусовая брадикардия	17	
Пароксизмальная предсердная тахикардия	9	
Пароксизмальная желудочковая тахикардия	5	
Предсердная экстрасистолия	27	
Желудочковая экстрасистолия	285	
Трепетание предсердий	15	
Мерцание предсердий	12	
Атриовентрикулярная блокада I	15	
Атриовентрикулярная блокада II	23	
Блокада передней ветви левой ножки пучка Гиса	36	
Блокада левой ножки пучка Гиса	18	

Анализируя полученные данные, у обследованных пациентов преобладали нарушения ритма сердца, обусловленные механизмом повторного входа волны возбуждения. Из них в большинстве встречалась желудочковая экстрасистолия.

Далее из общего числа пациентов в постинфарктном периоде были выделены 2 группы:

1-я — с нарушениями ритма (n = 462), 2-я — без нарушений ритма (n = 50). Затем проводился сравнительный анализ пациентов селективных групп. Данные представлены в таблице 2.

Таблица 2 — Сравнительный анализ пациентов селективных групп

Параметры	Пациенты с нарушениями ритма, n = 462		Пациенты без нарушений ритма, n = 50		U/ χ^2
	абс.	%	абс.	%	
Возраст, Ме	62,5		61,0		(0,269)
Пол:					
— мужчины	315	68	31	62	(0,503)
— женщины	147	32	19	38	
Инфаркт миокарда:					
— мелкоочаговый	130	28	29	58	(0,003)
— крупноочаговый	332	71	21	42	
Сопутствующие состояния:					
— артериальная гипертензия	340	75	28	56	(0,535)
— сахарный диабет	127	27	4	8	(0,024)

Пациенты селективных групп не имели статистически значимых различий по возрасту, полу. У пациентов с нарушениями ритма чаще регистрировался крупноочаговый ИМ. Из сопутствующих состояний у пациентов первой группы чаще встречался сахарный диабет 2 типа.

Выводы

1. Различные нарушения ритма выявлены в подостром периоде инфаркта миокарда обнаружены в 462 из 512 случаев.

2. В структуре преобладали нарушения ритма, основным механизмом которых является повторный вход волны возбуждения.

3. У пациентов с нарушениями ритма чаще регистрировался крупноочаговый ИМ, а из сопутствующих состояний чаще встречался сахарный диабет 2 типа.

4. Проведенный ретроспективный анализ показывает значительную частоту нарушений ритма у обследованных пациентов.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Вечерский, Г. А.* Справочник по клинической электрокардиографии / Г. А. Вечерский, Л. Г. Баранов, В. Г. Лисютин. — Минск.: Беларусь, 1985. — 79 с.
2. *Ройтберг, Г. Е.* Лабораторная и инструментальная диагностика заболеваний внутренних органов / Г. Е. Ройтберг, А. В. Струтынский. — М.: Бином, 1999. — 622 с.

УДК 616.611-072.85

АЛЬТЕРНАТИВНЫЕ МЕТОДЫ ОЦЕНКИ СКОРОСТИ КЛУБОЧКОВОЙ ФИЛЬТРАЦИИ

Козлов А. В.

Научный руководитель: ассистент Д. И. Гавриленко

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Клиренс эндогенного креатинина — показатель эффективности работы почек по очищению крови от креатинина и выведению его с мочой. Фактически, данная проба показывает способность почек по очищению от вредных веществ. Клиренс креатинина — это объем плазмы крови, который очищается от креатинина за 1 минуту при прохождении через почки. Впервые определять скорость клубочковой фильтрации по клиренсу креатинина предложил Реберг (Reberg) в 1926 г. Проба получила название пробы Реберга. Для анализа использовалась нагрузка экзогенным креатинином. Спустя 10 лет Е. М. Та-