

УДК 616.127-005.-036.112:616.12-008.3

**СТРУКТУРА НАРУШЕНИЙ РИТМА СЕРДЦА У ПАЦИЕНТОВ  
В ПОДОСТРОМ ПЕРИОДЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА**

**Козлов А. В.**

**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) являются органическими, либо могут провоцироваться использованием антиаритмических лекарственных средств (токсические) [1, 2].

***Цель исследования***

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

***Материал и методы***

Были ретроспективно проанализированы данные 89 пациентов, проходивших лечение в отделении постинфарктной реабилитации Гомельского областного клинического госпиталя ИОВ. Из 89 пациентов мужчин было 65 (73 %), женщин — 24 (27 %). Медиана возраста составила 62 года (Min = 45 лет, Max = 81 года). Диагноз ИМ устанавливался на основании данных лабораторно-инструментальных методов исследования. Виды нарушений ритма приводятся в соответствии с классификацией М. С. Кушаковской Н. Б. Журавлевой (1981).

Статистическая обработка данных проводилась методами описательной статистики, сравнения выборок (U-критерий Манна-Уитни) и анализа таблиц сопряженности (критерий хи-квадрат Пирсона). Разница значений считалась значимой при  $p < 0,05$  (доверительная вероятность на уровне 95 %). Обработка данных проводилась с использованием программы «Statistica» 6.1.

***Результаты и их обсуждение***

Из 89 пациентов различные нарушения ритма были обнаружены у 64 (71,9 % 95 % 62,6–81,2). У 27 пациентов (30,3 %) были обнаружены сочетания нарушений ритма. 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 = 89 |    |
|---|--|----|
|   | абс.   | %  |
| Синусовая брадикардия                         | 8  | 9  |
| Пароксизмальная предсердная тахикардия        | 2  | 2  |
| Пароксизмальная желудочковая тахикардия       | 5  | 5  |
| Предсердная экстрасистолия                    | 14   | 16 |
| Желудочковая экстрасистолия                   | 21   | 24 |
| Трепетание предсердий                         | 3  | 3  |
| Мерцание предсердий                           | 9  | 10 |
| Атриовентрикулярная блокада I                 | 5  | 5  |
| Атриовентрикулярная блокада II                | 5  | 5  |
| Блокада передней ветви левой ножки пучка Гиса | 12   | 13 |

|                                |   |   |
|--------------------------------|---|---|
| Блокада левой ножки пучка Гиса | 7 | 8 |
|--------------------------------|---|---|

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 с ИМ были выделены две группы: 1 — с нарушениями ритма (n=64), 2 — без нарушений ритма (n=25). 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=64 |    | Пациенты без нарушений ритма, n=25 |    | U/ $\chi^2$   |
|------------------------------|------------------------------------|----|------------------------------------|----|---------------|
|                              | абс.                               | %  | абс.                               | %  |               |
| Возраст, Ме                  | 62,5                               |    | 61,0                               |    | 679,0 (0,269) |
| Пол:                         |                                    |    |                                    |    |               |
| мужчины                      | 48                                 | 75 | 17                                 | 68 | 0,45 (0,503)  |
| женщины                      | 16                                 | 25 | 8                                  | 32 |               |
| Инфаркт миокарда:            |                                    |    |                                    |    |               |
| мелкоочаговый                | 19                                 | 30 | 16                                 | 64 | 8,87 (0,003)  |
| крупноочаговый               | 45                                 | 70 | 9                                  | 36 |               |
| Постинфарктный кардиосклероз | 18                                 | 28 | 4                                  | 16 | 1,42 (0,233)  |
| Сопутствующие состояния:     |                                    |    |                                    |    |               |
| артериальная гипертензия     | 50                                 | 78 | 21                                 | 84 | 0,38 (0,535)  |
| сахарный диабет              | 16                                 | 25 | 1                                  | 4  |               |

Пациенты селективных групп не имели статистически значимых различий по возрасту, полу. У пациентов с нарушениями ритма чаще регистрировался крупноочаговый ИМ. Распространенность ИМ несомненно имеет значение для развития аритмий. Однако для подобного анализа необходимы исследования с большой выборкой. Из сопутствующих состояний у пациентов первой группы чаще встречался сахарный диабет 2 типа.

Также выполнен сравнительный анализ локализации ИМ у пациентов с нарушениями ритма сердца и без нарушений ритма сердца. Результаты представлены в таблице 3.

Таблица 3 — Локализация инфаркта миокарда у пациентов селективных групп

| Локализация            | Пациент с нарушениями ритма, n=64 | Пациенты без нарушений ритма, n=25 | $\chi^2$ (P) |
|------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|--------------|
| Передне-перегородочный | 6                                 | 0                                  | (0,129)      |
| Передний               | 19                                | 8                                  | 0,05 (0,831) |
| Боковой                | 6                                 | 4                                  | (0,293)      |
| Передне-боковой        | 8                                 | 3                                  | (0,629)      |
| Задненижний            | 7                                 | 0                                  | (0,090)      |
| Нижний                 | 8                                 | 6                                  | 1,79 (0,181) |
| Задний                 | 10                                | 4                                  | (0,597)      |

У пациентов селективных групп не получено статистически значимых различий по локализации ИМ.

### **Выводы**

1. Различные нарушения ритма, выявленные в подостром периоде инфаркта миокарда, обнаружались в 64 (71,9 % 95 % 62,6–81,2) из 89 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. Полученные результаты требуют дальней-

шого детального изучения особенностей аритмий в подостром периоде ИМ.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. *Вечерский, Г. А.* Справочникпоклиническойэлектрокардиографии / 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 929:61

## НАРОДНЫЙ ДОКТОР ИВАН ВАСИЛЬЕВИЧ ЛЕШКО-ПОПЕЛЬ

Козловский Д. А.

Научный руководитель: ст. преподаватель А. А. Сироткин

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

### *Введение*

Мы часто говорим о милосердии, сострадании, бескорыстном служении людям. Считается, что эти качества обязательно должны быть присущи врачу. Но с ними не рождаются — их воспитывают. Воспитывают на примере других людей, тех, кто, не жалея собственных сил, помогал окружающим. Таким был врач Иван Васильевич Лешко-Попель. Он родился в Беларуси, учился в России, работал в Украине. Но в нашей республике, к сожалению, его имя практически неизвестно.

### *Цель работы*

Рассказать о жизни и деятельности Ивана Васильевича Лешко-Попеля и вернуть его имя потомкам.

Основная часть: Иван Васильевич Лешко-Попель родился 5 сентября 1860 года в городе Рогачеве. Отец, Василий Федорович, с 1869 г. служил в Дворянской опеке Могилевской губернии Могилевского уезда. В семье было 5 сыновей. В 1879 г. Иван Васильевич закончил полный курс Могилевской гимназии и поступил на естественное отделение физико-математического факультета Петербургского университета.

В 1883 г. Иван перешел на 3 курс Военно-медицинской академии. Предметы были обширные, спрашивались строго. Но Лешко-Попель всегда был за строгость и говорил, что если бы сам был профессором, то «гонял бы студентов-медиков без всякой пощады», так как доктору вверяется самое дорогое — жизнь человека. Он считал, что никаких снисхождений быть не должно, врачу требуются только точные и полные знания. 12 ноября 1886 г. Лешко-Попель получил звание врача, а 30 числа зачислен младшим врачом в 54-й резервный кадровый батальон, переименованный позже в Перекопский полк. Полк был расквартирован в Екатеринославе. 7 февраля 1887 г. Иван Васильевич стал в этом городе земским врачом. В 1888 г. Лешко-Попель был принят в Екатеринославское медицинское общество (ЕМО). В 1888 г. возникло местное отделение Петербургского врачебного общества взаимной помощи, и он до самой своей смерти избирался в нем одним из трех судей чести, для чего требовалось не менее 2/3 голосов общего собрания.

Как только в Екатеринославе открылись ночные дежурства, Лешко-Попель заявил, что участие в них — его нравственный долг, и всегда с величайшей аккуратностью исполнял обязанности дежурного врача. Страшной напастью бедняков того времени была трахома (инфекция глаз), приводившая к слепоте множество детей. О своих успехах в этой области доктор сделал доклад на юбилейной конференции, посвященной 25-летию ЕМО в 1899 г. [3, с. 92].