**ВСТРЕЧАЕМОСТЬ НАРУШЕНИЙ РИТМА СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СПОСОБА РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ**

ЧЕСНИКОВА А.И., [ХРИПУН А.В.](https://elibrary.ru/author_items.asp?authorid=97832), ГОДУНКО Е.С., САФРОНЕНКО В.А., КОЛОМАЦКАЯ О.А.

ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава России

Областной сосудистый центр ГБУ РО «Ростовская областная клиническая больница»

Тип: статья в журнале - разное Язык: русский

Том: 8Номер: [1](https://elibrary.ru/contents.asp?id=34537828&selid=30077914) Год: 2017 Страницы: 83

ЖУРНАЛ: [CARDIOСОМАТИКА](https://elibrary.ru/contents.asp?id=34537828)

Издательство: [Медицинское маркетинговое агентство "МедиаМедика"](https://elibrary.ru/publisher_titles.asp?publishid=823) (Москва) ISSN: 2221-7185 eISSN: 2658-5707

АННОТАЦИЯ:

Цель. Изучить встречаемость нарушений ритма сердца (НРС) у больных после перенесенного инфаркта миокарда (ИМ) в зависимости от способа реваскуляризации в остром периоде. Материал и методы. В исследование были включены пациенты (n=301), находившиеся на лечении в ОСЦ ГБУ РО РОКБ по поводу острого ИМ с подъемом ST. Возраст больных, из которых 81,9% были мужчины, составил 56±9,99 года. Все пациенты с учетом способа реваскуляризации были разделены на 3 группы: 1-ю составили больные, которым была проведена тромболитическая терапия - ТЛТ (n=34; 11,4%), пациентам 2-й - провели чрескожное коронарное вмешательство - ЧКВ (n=217; 72,1%). В 3-ю группу вошли больные, которым не проводилась реваскуляризация миокарда (n=50; 16,5%). Время от развития боли в груди до ТЛТ составило в среднем 2,93±1,24 ч, среднее время от момента первого контакта с врачом до выполнения ЧКВ - 5,24±2,23 ч. После выписки из стационара всем пациентам было рекомендовано продолжить прием оптимальной медикаментозной терапии. Через 1 год наблюдения всем пациентам было повторно проведено суточное холтеровское мониторирование ЭКГ. Статистическую обработку полученных результатов осуществляли с использованием программы Statistica 8.0. Описание изучаемых параметров производили путем расчета средних выборочных значений и стандартного отклонения M±SD. При сравнении долей (%) применяли критерий c2 Пирсона. Достоверными считали различия при p<0,05. Результаты. Анализ частоты НРС через 1 год после перенесенного ИМ показал, что у пациентов 2-й группы отмечалось уменьшение среднего числа наджелудочковой экстрасистолии (НЖЭС) на 78,3% (p=0,044), эпизодов наджелудочковой тахикардии (НЖТ) - на 54,5% (p=0,000) и фибрилляции предсердий (ФП) - на 80% (p=0,000), продолжительности ФП - на 99,75% (p=0,000). Кроме того, во 2-й группе достоверно реже встречались пациенты с желудочковой экстрасистолией (ЖЭС) V класса по Lown, регистрировалось наименьшее среднее количество ЖЭС у 1 больного как в острый период (111,05±10,84), так и через 1 год после перенесенного ИМ (87,59±17,65) по сравнению с показателями у пациентов 1-й (2158,15±38,49, p=0,000 и 666,07±55,72, p=0,000) и 3-й (372,6±50,13, p=0,030 и 332,85±39,29, p=0,025) групп. Необходимо подчеркнуть, что у больных 1-й группы в динамике наблюдалось существенное увеличение количества НЖЭС - в 2,6 раза (p=0,047), что оказалось достоверным в сравнении с динамикой у пациентов 2 и 3-й групп. Причем достоверно наибольшее число ЖЭС регистрировалось у пациентов 1-й группы как в период стационарного лечения, так и через 1 год наблюдения в сравнении с показателями у больных 2 других групп. Вместе с тем у больных 1-й группы в динамике сократилось количество эпизодов НЖТ на 44,4% (p=0,003), ФП - на 50% (p=0,000), ЖЭС. Заключение. Проведение ЧКВ в остром периоде ИМ способствует в дальнейшем достоверному снижению частоты встречаемости различных НРС. При выполнении только ТЛТ сохранялась достоверно более высокая частота НРС даже через 1 год наблюдения.