



## ИЗУЧЕНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА ИНФАРКТА МИОКАРДА, ВЫЯВЛЯЕМЫЕ ПРИ ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИИ

**Кодирова Ш.А.**

**Назарова Л.К.**

Ташкентская медицинская академия

<https://doi.org/10.5281/zenodo.7619436>

**Актуальность:** Результаты электрокардиографии (ЭКГ) не только помогают в диагностике инфаркта миокарда, но содержат также очень важную прогностическую информацию. Например, хотя в целом нижний ИМ характеризуется более благоприятным прогнозом, чем передний, однако его сочетание со значительным снижением сегмента ST в прекардиальных отведениях или с признаками поражения правого желудочка повышает частоту развития застойной сердечной недостаточности, повторного ИМ и смерти в 4 раза. Так, увеличение частоты желудочковых экстрасистол (в особенности >6/ч) повышает риск смерти, рецидивирующей желудочковой тахикардии или фибрилляции в отдаленном периоде примерно на 60%. О повышенном риске внезапной смерти в последующем свидетельствует также развитие фибрилляции желудочков или стойкой желудочковой тахикардии позднее чем через 48 ч после начала ИМ.

**Цель:** изучить виды аритмии по ЭКГ у больных с инфарктом миокарда.

**Материалы исследования:** изучено истории болезни больных, находившихся на стационарном лечении с диагнозом «ИБС инфаркт миокарда» в отделении кардиореанимации.

**Результаты:** Всего находились на стационарном лечении 76 больных с инфарктом миокарда. Женщин было 26, мужчин – 50. Средний возраст  $59 \pm 7,7$  лет. Из них у 56 больных инфаркт миокарда передней стенки, а инфаркт миокарда нижней стенки выявлено у 20 больных. Среди них у 24 больных выявлено фибрилляция предсердий (31,5%), у 5 атриовентрикулярная блокада высокой степени - (6,5%), у 22 больных желудочковые экстрасистолия (28,5%), у 8 желудочковая пароксизмальная тахикардии (10,5%), у 10 полная блокада левой ножки пучка Гиса (13,1%), у 4 трепетания предсердий (5,2%), у 3 фибрилляция желудочков (3,9%). В качестве другого способа прогнозирования аритмических осложнений 12 больным был предложен еще один неинвазивный метод — мониторинг ЭКГ с усреднением сигнала, у которых были выявлены нарушение функции автоматизма



(синусовая тахикардия, брадикардия) и возбудимости (АВ и желудочковые экстрасистолия).

Выводы: данные ЭКГ могут способствовать выявлению подгрупп больных, подверженных наиболее высокому риску. О повышенном риске смерти свидетельствуют выявляемые при ЭКГ нарушения проводимости, атриовентрикулярная блокада высокой степени и фибрилляция предсердий, желудочков.

Для диагностики и экстренной оценки степени риска при ИМ уже в отделении неотложной помощи предлагается использовать ряд методов визуализации, в том числе сцинтиграфию миокарда и ЭхоКГ. При проведении тромболитической терапии эти методы позволяют получить информацию о процессе реперфузии, размерах зоны ИМ и жизнеспособности миокарда, дополняют данные анамнеза и ЭКГ, выявление участка гипокинезии (индекс нарушения сократимости миокарда ) в течение 12 ч с момента появления симптоматики ИМ позволяет выделить больных с повышенным риском сердечной недостаточности, злокачественных аритмий или смерти.

