

**Результаты.** В госпитальном периоде по результатам СЭД больные были разделены на 3 категории: 1 категория больных (n=180) ИМ с полным восстановлением сократимости в ответ на введение добутамина; 2 категория больных (n=86) ИМ с частичным восстановлением сократимости; 3 категория больных (n=30) с отсутствием восстановления сократимости при СЭД. 1 категория больных характеризовалась в большей степени выявлением зон оглушенного миокарда при СЭД с минимальным выявлением зон некроза миокарда. У больных 1 категории развивалось адаптивное ремоделирование. 2 категория больных (n=62) характеризовалась наличием миокардиального стэннинга и некроза миокарда почти в равной степени. В этой группе при введении МДД также от-

мечалось уменьшение ИНРС с 1,65 до 1,44, хотя достоверность и выраженность динамики этого показателя была меньше, чем у пациентов 1 категории. У 36 больных этой категории развился дезадаптивный, а у 26 – адаптивный тип ремоделирования ЛЖ. Больные 3 категории (n=30) являлись основными кандидатами для развития дезадаптивного ремоделирования ЛЖ.

**Заключение.** Таким образом, при ОИМ восстановления сократимости миокарда во время СЭД является предиктором развития адаптивного ремоделирования ЛЖ в постинфарктном периоде. Отсутствие миокардиального стэннинга создает условия для дезадаптивного ремоделирования и прогрессирования сердечной недостаточности.

## ОЦЕНКА ЧАСТОТЫ ВСТРЕЧАЕМОСТИ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ АРИТМИИ У БОЛЬНЫХ С Q-ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

**КИЛИЧЕВ А.А.**

*Бухарский областной кардиологический диспансер, г. Бухара, Узбекистан*

**Цель.** Оценить частоту встречаемости желудочковой аритмии у больных Q-волновым инфарктом миокарда (ИМ).

**Материал и методы.** Обследованы 87 больных мужского пола с первичным Q-волновым ИМ. Диагноз ОИМ устанавливался на основании критериев, рекомендованных ВОЗ, включающих характерные клинические, лабораторные и инструментальные методы. Эхокардиографическое и доплерографическое исследования проводились на аппарате «Sonoline Versa Pro» по стандартной методике с использованием рекомендаций Американского эхокардиографического общества. Длительная регистрация ЭКГ осуществлялась в условиях свободного режима пациента с помощью компьютерной системы «Cardio Sens+». Для характеристики желудочковых экстрасистол (ЖЭ) использовались градационная классификация В. Lown и М. Wolf (1971) и прогностическая классификация J. Bigger (1982). Согласно классификации J. Bigger, после перенесенного ИМ к потенциально опасным ЖА относили ЖЭ>10 в час, парные ЖЭ и групповые ЖЭ. Математическая обработка данных проведена с помощью программного пакета STATISTICA-6.0.

**Результаты.** По данным суточного мониторинга ЭКГ на 10–14 сутки у больных с Q-ИМ ЖЭ регистрировалась в 76 (88%) случаях. Из них, согласно классификации J. Bigger, ПОЖА выявлены у 37 (49%) больных. В зависимости от частоты и характера ЖЭ по результатам ХМЭКГ больные были разделены на 2 группы: первую составили 50 больных либо с отсутствием, либо с редкой до 10 в час ЖЭ, вторую – 37 с наличием ПОЖА. При анализе данных доплерэхокардиографии нами выявлены следующие варианты диастолической дисфункции левого желудочка (ДДЛЖ): по I типу – у 43,7%, по II типу – у 31%, по III типу – у 25,3% пациентов. При этом в I группе больных с отсутствием или редкой ЖЭ распространенность ДДЛЖ составила 69,3, 26,0 и 4,7%, соответственно I, II и III типам ДДЛЖ. Тогда как в группе пациентов с ПОЖА частота выявляемости ДДЛЖ составила 43,5, 29,6 и 26,9%, соответственно I, II и III типам ДДЛЖ.

**Заключение.** У больных острым Q-ИМ выявлена взаимосвязь между потенциально опасными нарушениями ритма сердца и выраженностью диастолической дисфункции левого желудочка.