

УДК 616.12-008.318

Е.Ц.Ясинська
ОСОБЛИВОСТІ СТРУКТУРИ ПОРУШЕНЬ РИТМУ
ТА ПРОВІДНОСТІ СЕРЦЯ

Кафедра соціальної медицини та організації охорони здоров'я (зав. - доц. В.Е.Кардаш)
Буковинського державного медичного університету, м. Чернівці

Резюме. За даними звертань, на основі поглибленого аналізу із застосуванням Міннесотського коду одержано уточнені дані про особливості структури за видами і формами порушень ритму і провідності серця серед міських жителів.

Вступ. Порушення ритму та провідності серця зростають із року в рік і на сучасний момент стали основною причиною раптової серцевої смерті населення, особливо хворих на ішемічну хворобу серця. У зв'язку з цим особливого значення набувають епідеміологічні дослідження їх, вивчення структури, зв'язку з умовами праці, побуту, перенесеними та супутніми захворюваннями.

Вказані питання як у вітчизняній, так і зарубіжній літературі висвітлені ще вкрай недостатньо, точних даних про особливості їх структури поки що немає [1,4].

Все це перш за все пов'язано з тим, що порушення ритму та провідності серця (за винятком ідіопатичних форм) не визнаються самостійними захворюваннями, а відносяться до симптомів патологічних станів, що виникають при захворюваннях серця або розладах нейрогуморальної регуляції діяльності серця [2,3]. Тому вони в системі обліку захворювань не реєструються і статистика їх не ведеться. Разом з тим вивчення особливостей перебігу порушень ритму та провідності серця має велике значення для запобігання їх виникненню та ефективного лікування.

У містах до 90% хворих при виникненні в них порушень ритму та провідності серця викликають швидку медичну допомогу. При цьому такі хворі обов'язково обстежуються електрокардіографічно, що реєструється в картах виклику швидкої медичної допомоги (ф.110/0). Лише невелика частина таких хворих (до 10%) звертається безпосередньо в кардіологічні кабінети поліклінік або кардіологічні стаціонари.

Мета дослідження. Визначити особливості структури за формами і видами порушень ритму і провідності серця серед міських жителів, за даними звертань.

Матеріал і методи. Для визначення структури порушень ритму та провідності серця джерелами інформації служили карти виклику швидкої медичної допомоги (Ф.110/0) з приводу цих порушень за 2001-2003 роки, доповнені матеріалами первинних звернень деякої частини хворих у кардіологічні кабінети поліклінік та кардіологічні стаціонари.

Чисельність вибірки визначалася за формулою:

$$n = \frac{t^2 pq}{\Delta^2}$$

Ключові слова: джерела інформації, види і форми порушень ритму серця, особливості структури.

n - чисельність вибірки; t - критерій вірогідності; p - відносний показник (при невідомій частоті порушень ритму в кардіологічних хворих прийнятий за 50%); q - альтернативний показник; m - середня похибка; Δ - гранична похибка (Δ = tm).

$$n = \frac{4 \cdot 50 \cdot 50}{36} = 278;$$

і складає 278 хворих. Нами проаналізована документація 300 хворих.

Всі виділені таким чином хворі ретельно обстежені електрокардіографічно. Запис ЕКГ проводився в 12 стандартних відведеннях (I, II, III, aVR, aVL, aVF, V_{1,2,3,4,5,6}). Аналіз та інтерпретація ЕКГ проводилася за російським варіантом Міннесотського коду, особлива увага при цьому зверталася на наступні коди: 6 – 3 – атріовентрикулярна блокада I ступеня; 6 – 4 – синдром Вольфа-Паркінсона-Уайта (WPW); 7 – 1; 7 – 2 – блокада ніжок пучка Гіса; 7 – 4; 7 – 5 – внутрішньошлуночкова блокада; 8 – 1 – екстрасистолія; 8-2 – шлуночкова тахікардія; 8 – 3 – миготіння та тріпотіння передсердь; 8 – 4 – суправентрикулярна тахікардія; 8 – 7 та 8 – 8 – синусова тахікардія і брадикардія.

У подальшому всі закодовані за Міннесотським кодом ЕКГ та карти виклику (ф.110/0) на основі класифікації порушень ритму та провідності серця, запропонованої в 2002 р. Українським науковим товариством кардіологів та Міжнародної класифікації хвороб (МКХ) 10-го перегляду, згруповані за видами та формами порушень ритму та провідності серця, що дало можливість провести поглиблений аналіз структури порушень ритму та провідності серця.

Результати дослідження та їх обговорення. Особливості структури за видами порушень ритму та провідності серця представлені в таблиці 1.

Як видно з наведених у таблиці даних, більше 90% усіх випадків порушень ритму та провідності серця пов'язані з порушеннями утворення та проведення імпульсу. На інші види (комбіновані порушення утворення та проведення імпульсу, захворювання, синдроми та феномени) приходить всього 8,4%. У частини пацієнтів (0,3%) порушення ритму та провідності серця пов'язані з порушеннями функції кардіостимуляторів або неефективності їх дії.

Таблиця 1

Структура за видами порушень ритму та провідності серця

Коди МКХ 10-го перегляду	Види порушень ритму та провідності серця	Число хворих	
		абс.	в%
145,5; 145,8; 146,0; 147,1; 147,2; 148,0; 149,1; 149,2; 149,3; 149,5; 148,1; 149,0	Порушення утворення імпульсу	212	70,7
144,0; 144,1; 144,2; 144,4; 144,5; 145,0; 145,2; 145,3 145,5	Порушення проведення імпульсу	62	20,6
149,4	Комбіновані порушення утворення і проведення імпульсу	10	3,4
146,0; 146,1; 146,3; 149,0; 149,5; 149,8; 149,9	Захворювання, синдроми та феномени	15	5
149,9	Аритмії при нормальній або порушеній функції кардіостимуляторів різного типу	1	0,3
Всього		300	100

Таблиця 2

Структура форм порушень ритму та провідності серця

Ознаки Мінесотського коду (російський варіант)	Форми порушень ритму та провідності серця	Число хворих	
		абс.	в%
8 – 1	Екстрасистолії, у тому числі до загального числа їх:	99	33,0
	- передсердні	37	37,4
	- атріовентрикулярні	9	9,1
	- шлуночкові	53	53,5
8 – 3	Миготіння та тріпотіння передсердь, у тому числі до загального числа їх:	70	23,3
	- миготіння	58	82,8
	- тріпотіння	12	17,2
6 -1; 6 – 2	Порушення проведення імпульсу, у тому числі до загального числа їх	57	18,9
6 – 3	- внутрішньопередсердні блокади	6	10,6
7 – 1; 7 – 2	- атріовентрикулярні	30	52,6
7 - 4; 7 – 5	- внутрішньошлуночкові	21	36,8
8 – 7	Пароксизмальна та непароксизмальна тахікардія, у тому числі до загального числа їх:	44	14,7
8 - 4	- передсердна	35	79,5
8 – 6	- атріовентрикулярна	3	6,8
8 – 2	- шлуночкова	6	13,7
	Парасистолія	4	1,4
6 - 4	Синдром Вольфа, Паркінсона, Уайта (WPW)	2	0,7
	Інші форми порушень ритму та провідності серця	24	8
Всього		300	100

Великий практичний інтерес має, за даними ознак Мінесотського коду, структура форм порушень ритму та провідності серця (табл. 2).

Як видно з таблиці, провідне місце в структурі форм порушень ритму та провідності серця, за даними ознак Мінесотського коду, посідає екстрасистолія (33%), причому більш ніж половина з усіх видів екстрасистолій (53,5%) припадає на шлуночкову, 37,4% - на передсердну, всього 9,1% – на атріовентрикулярну; друге місце - миготіння та тріпотіння передсердь (23,3%), серед них на миготіння передсердь припадає 82,8%, на тріпотіння – 17,2%; третє місце - порушення провідності серця (18,9%), серед них на атріовентрикулярну блокаду приходить більше (52,6%), внутрішньошлуночкову - 36,8% і внутрішньопередсердну всього 10,6%; четверте місце - пароксизмальна і непароксизмальна тахікардія (14,7%). Серед них ведуче місце посідає передсердна пароксизмальна тахікардія (79,5%), друге –

шлуночкова тахікардія (13,7%) і третє – атріовентрикулярна (6,8%). На інші форми порушень ритму та провідності серця припадає всього 8%.

Висновки

1. У 91,3% випадків порушення ритму та провідності серця пов'язані з порушеннями утворення та проведення імпульсів. Інші причини (синдроми, феномени, захворювання, комбіновані порушення утворення і проведення імпульсів) становлять 8,7%.

2. Провідне місце в структурі форм порушень ритму та провідності серця посідає екстрасистолія, друге – миготіння та тріпотіння передсердь, третє – порушення провідності серця, четверте - пароксизмальна та непароксизмальна тахікардія. Інші форми порушень ритму та провідності серця становлять 8%.

Перспективи подальших досліджень. Уточнені дані про структуру порушень ритму та провідності серця мають велике теоретичне і практи-

чне значення, оскільки дають можливість у перспективі при розробці заходів із профілактики порушень ритму та провідності серця запобігти виникненню життєвонебезпечних аритмій.

Література

1. С.А.Бойцов, А.М.Подлесов. Нарушение ритма сердца при хронической сердечной недостаточности // Сердечная недостаточность. - 2001.- Т.2, №5.- С.224-227.
2. Кушаковский М.С. Аритмии сердца (расстройства сердечного ритма и проводимости, причины, механизмы, электрокардио-

гическая и электрофизиологическая диагностика, клиника, лечение). Руководство для врачей – СПб.: ИКР «Фолиант», 1998.- 640с.

3. Мартынов И.В., Господаренко А.А.. Нарушение сердечного ритма и проводимости. Болезни сердечно-сосудистой системы. – М.: Медицина, 1991.-Т.1.- 560с.
4. Чазов Е.И. Проблемы первичной и вторичной профилактики сердечно-сосудистых заболеваний // SYNOPSIS medicinalis.- 2003.- №1.- Р.6-10.

PECULIARITIES OF THE PATTERN OF DISTURBANCES OF THE CARDIAL RATE AND CONDUCTION

E. Ts. Yasinska

Abstract. According to the findings of visit to a doctor, on the basis of an in-depth analysis with the application of the Minnesota Code, more precise data concerning the peculiarities of the structure based on the kinds and forms of cardiac rate and conduction disturbances among urban inhabitants have been obtained.

Key words: sources of information, kinds and forms and structure of rhythm disturbances, structure peculiarities.

Bukovinian State Medical University (Chernivtsi)

Buk. Med. Herald. – 2006. – Vol.10, №3.- P.99-101

Надійшла до редакції 12.05.2006 року

УДК 616.24.-003.823-053.31-092-085.835.3-07

Ю.Б.Яценко

БИОМАРКЕРЫ ГОСТРОГО УШКОЖДЕНИЯ ЛЕГЕНЬ У НОВОНАРОЖДЕННЫХ ПРИ АСФИКСИИ

Кафедра педиатрии та детских инфекционных хвороб (зав.– проф. Л.О.Безруков)
Буковинського державного медичного університету, м. Чернівці

Резюме. Показано, що в новонароджених у постасфіктичному синдромі виникають порушення в системі легеневого гомеостазу, що складає ризик розвитку гострого ушкодження легень. В основі синдрому значне місце посідає дисбаланс регіонарної протеазно-

антипротеазної системи, порушення якої ініціюються окисним стресом та окисною модифікацією білків на рівні альвеоло-бронхіального простору.

Ключові слова: асфіксія, гостре ураження легень, новонароджені.

Вступ. У загальноклінічній практиці під асфіксією розуміють патологічний стан, який зумовлений гострою або підгострою гіпоксією та гіперкапнією, що проявляється тяжкими розладами діяльності нервової системи, дихання та кровообігу [1]. Сучасні дослідження щодо патогенезу розвитку порушень у новонароджених під дією гіпоксії свідчать про розвиток складних змін у гемокардіодинаміці дитини, що зумовлює централізацію кровообігу, перерозподілення об'єму активно циркулюючої крові зі зменшенням кровообігу в системі мікроциркуляції шкіри, нирок, легень та шлунково-кишковому тракті. Недостатнє надходження в систему легеневої мікроциркуляції кисню призводить до глибоких змін у системі легневих капілярів і метартеріол – розвитку «сладжу» еритроцитів, порушенню проникливості стінок капілярів, глибоких змін у клітинах, що складає певні передумови для розвитку неспецифічного паренхіматозного ураження легень (синдрому гострого ушко-

дження легень та/або гострого респіраторного дистрес-синдрому) [7].

Слід вважати, що окремо взятих критеріїв тяжкості асфіксії в дитини при народженні не існує, а тому наявність і ступінь асфіксії, а також її прогноз доцільно визначати за сукупністю клінічних даних, результатів біохімічних, функціональних та інших досліджень [6]. Дослідження діагностичних критеріїв розвитку гострого ушкодження легень (ГУЛ) при постасфіктичному стані в новонароджених є актуальним.

Мета дослідження. Визначити діагностичні показники розвитку дебюту синдрому гострого респіраторного дистрес-синдрому в новонароджених із постасфіктичним синдромом.

Матеріал і методи. Під спостереженням у відділенні інтенсивної терапії новонароджених ОДКЛ №1 м.Чернівці знаходилося 22 новонароджені дитини, в яких була діагностована асфіксія під час пологів із подальшим розвитком полі-