

волокон в группе женщин с АГ и НМТ было достоверно больше ($p < 0,05$) и достигало 39,2 [15,9; 52,5] г/сут, что соответствует нормам здорового питания. Суточное употребление белков в группе женщин с АГ и АО и в группе женщин с АГ и НМТ достоверно не отличалось, $p > 0,05$. Группы женщин также достоверно не отличались по уровню потребления поваренной соли ($p > 0,05$), а также по количеству лиц, которые "досоливали пищу".

Заключение. Таким образом, результаты проведенного исследования свидетельствуют о том, что суточный рацион женщин больных АГ с АО отличался от суточного рациона женщин с НМТ более высокой энергетической ценностью, преимущественным употреблением пищи во вторую половину суток, большим потреблением жиров (в том числе насыщенных жирных кислот и транс-ненасыщенных жирных кислот) и углеводов, особенно свободного сахара. В то же время женщины больные АГ с НМТ потребляли достоверно больше пищевых волокон.

ОСНОВНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ЭКГ ПРИ МИТРАЛЬНЫХ ПОРОКАХ СЕРДЦА

Махмудова Х.Д., Амирова Ш.А.

Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан

Цель: изучение электрокардиографических изменений при митральных пороках сердца.

Материалы и методы исследования.

Одним из критериев диагностики пороков сердца является ЭКГ исследование. Нами было обследовано 30 больных в отделении кардиологии 1-ой клиники СамМИ. Из них у 60% (18 человек) наблюдаются недостаточность митрального клапана, а у 40% больных (12 человек) - сочетанный митральный порок с преобладанием стеноза левого атриовентрикулярного отверстия, которые развились на фоне хронической ревматической болезни сердца.

Результаты. Жалобы у больных: на сердцебиение, одышку, колющие боли в области сердца, общую слабость, кашель по ночам, рассеянность. На ЭКГ отмечались: у 17% - неправильный желудочковый ритм, у 14% - синусовая тахикардия, у 7% - полная блокада передней ветви левой ножки пучка Гиса, также у 7% - неполная блокада левой ножки пучка Гиса, у 3,5% - блокада задней ветви левой ножки пучка Гиса, у 7% - отклонение электрической оси сердца вправо, у 10% - частые желудочковые экстрасистолы, у 4% - гипертрофия миокарда обоих желудочков и предсердий, у 7% - недостаточность коронарного кровообращения в

миокарде желудочков, у 13,5% - гипоксия миокарда, у 10% больных - ишемия миокарда желудочков, диффузные изменения в миокарде желудочков. На ЭКГ также можно найти отражение гипертрофии левого предсердия и левого желудочка: отклонение электрической оси сердца влево, зубцы Р увеличены (Р-mitrale). При митральном стенозе также можно увидеть гипертрофию правого желудочка, удлинение интервала Q-T.

Заключение. Таким образом, у больных с пороками сердца на ЭКГ чаще всего наблюдаются нарушения возбудимости и проводимости, частые желудочковые экстрасистолы, блокады и недостаточность коронарного кровообращения в миокарде желудочков.

ДИНАМИКА ТОЛЕРАНТНОСТИ К ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКЕ НА ОСНОВАНИИ ТЕСТА С ШЕСТИМИНУТНОЙ ХОДЬБОЙ В ХОДЕ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Михайловская Т.В., Мишина И.Е., Назарова О.А., Довгало Ю.В., Чистякова Ю.В.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Ивановская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Иваново, Россия

Введение. Тест с шестиминутной ходьбой (ТШХ) широко используется в клинической практике для оценки функциональной активности больных и эффективности проводимых медицинских вмешательств у пациентов с заболеваниями легких и сердечно-сосудистой системы. Полученные значения дистанции ТШХ могут быть представлены в виде абсолютных или относительных величин. Вместе с тем до конца неизученными остаются вопросы, связанные с оценкой величины пройденной дистанции и минимально клинически значимых ее изменений в ходе длительного наблюдения пациентов.

Цель: оценить динамику толерантности к физической нагрузке на основании прироста дистанции ТШХ в ходе трехнедельной реабилитации больных с ишемической болезнью сердца (ИБС).

Материалы и методы исследования. В исследование были включены 185 пациентов с ИБС (140 мужчин и 45 женщин, средний возраст 59,8 [50; 60] лет). Все пациенты были направлены на III этап реабилитации после операции

ревазуляризации. Кардиореабилитация больных проводилась на дневном отделении стационара клиники ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава России, длительность программы составила 3 недели. Она была подобрана индивидуально и включала контролируемые физические тренировки, психологическую, медикаментозную и информационную поддержку. Лабораторно-инструментальное обследование больных проводилось в соответствии с рекомендациями, до начала и по окончании трехнедельного периода наблюдения был выполнен ТШХ. Для каждого больного была рассчитана должная величина дистанции ТШХ по формуле Troosters и соавт., учитывающая пол, возраст пациента и его антропометрические данные.

Результаты. За период наблюдения было выявлено достоверное увеличение фактически пройденной дистанции ТШХ: с 414 [382; 460] м при первом ТШХ до 471 [440; 524] м при втором ТШХ; $p < 0,001$. В динамике установлено достоверное уменьшение числа больных, освоивших дистанцию < 300 метров (18 больных, 9,7 % при первом исследовании vs и 6 пациента при повторном исследовании, 3,2 %, соответственно $p < 0,05$). В среднем прирост дистанции ТШХ был равен 56,7 [38; 65] м. У большинства обследованных абсолютный прирост дистанции составил более 30 метров (116 человек, 62,7 %) и у половины пациентов – более 50 метров (106 человек, 57,3 %). Среднее значение процента прироста дистанции ТШХ от исходной ее величины при первом исследовании составило 15,4 [10; 22] %. При сравнении данных с рассчитанными должными величинами были выявлены сходные изменения. При первом исследовании процент пройденной дистанции ТШХ от должной ее величины был равен 63 [49; 72] %, при повторном исследовании – 72% [55; 83] %. Медиана прироста дистанции ТШХ относительно расчетного должного ее значения была равна 8,6 [5,5; 10] %. У 49 обследованных (26,5 %) прирост дистанции в ТШХ составил $\geq 10\%$ от должной ее величины. По окончании периода наблюдения около четверти пациентов (44 человека, 23,8 %) имели дистанцию, равную $\geq 80\%$ от должного ее значения.

Заключение. Таким образом, по окончании трехнедельного периода реабилитации у пациентов с ИБС медиана прироста дистанции ТШХ составила 56,7 [38; 65] метров, что составило 15,4 [10; 22] % от исходной ее величины. У 62,7% обследованных выявлен абсолютной прирост дистанции ≥ 30 метров. Прирост фактически пройденной дистанции ТШХ относительно расчетного должного ее значения составил в среднем 8,6 [5,5; 10] %. В

динамике около четверти пациентов освоили дистанцию $\geq 80\%$ от должного ее значения. Полученные данные могут свидетельствовать о повышении толерантности к физической нагрузке у обследованных лиц.

КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ БЕЗБОЛЕВОЙ ИШЕМИИ МИОКАРДА У ПАЦИЕНТОВ С СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Мухиддинов А.И., Ташкенбаева Э.Н.,
Абдиева Г.А., Хайдарова Д.Д.

Самаркандский государственный медицинский институт, Самаркандский филиал РНЦЭМП, Самарканд, Узбекистан

Цель: оценить динамику безболевой ишемии миокарда и других бессимптомных изменений ЭКГ на исход заболевания у пациентов сердечной недостаточностью (СН).

Материалы и методы исследования. Обследовано 100 больных ИБС с ОКС, средний возраст $59,6 \pm 7,5$ года, разделенных на 2 группы в зависимости от исхода. В 1 группу вошли 36 пациентов со стабилизацией в стенокардию напряжения ФК I-III, во 2 – 64 пациента с развитием острого инфаркта миокарда или осложнений в виде острой СН или внезапной смерти. Исходно группы были сравнимы по степени СН. Всем пациентам проводились ЭхоКГ, холтеровское мониторирование (ХМ) ЭКГ. Больные получали стандартную терапию: эноксапарин, нитраты, β -блокаторы, ингибиторы АПФ, статины, аспирин.

Результаты. В 1 группе депрессия сегмента ST выявлена у 13 пациентов, у 5 – преходящая инверсия зубца Т, у 8 – элевация сегмента ST, у 6 – как элевация, так и депрессия сегмента ST. Во 2 гр. депрессия сегмента ST встречалась у 41 больных, элевация – у 11, у 12 регистрировалась как депрессия, так и элевация сегмента ST, инверсия зубца Т наблюдалась в 48 случаях. В 1 гр. 22 % эпизодов депрессии сегмента ST были бессимптомными, из них $\frac{3}{4}$ - дневные (в основном при нагрузке), $\frac{1}{4}$ - ночные. Во 2 группе 52% случаев безболевой ишемии сегмента ST (68% - дневные, 32% - ночные) но сопровождались одышкой, слабостью, сердцебиением. Безболевыми также были эпизоды элевации сегмента ST в обеих группах, которые наблюдались преимущественно ночью (в 80% случаев) и эпизоды преходящей инверсии зубца Т, которые регистрировались днем в 75, 2 % и ночью в 24,8 % случаях. У четверти пациентов эти изменения совпадали с пароксизмальной ночной одышкой. Диагностированы также бессимптомные нарушения ритма. Наджелудочковая экстрасистолия (НЖЭ) регистрировалась в 100 % случаях в обеих группах. Фибрилляция предсердий наблюдалась у 2 больных в 1 гр. (7,2 %) и у 24 больных во 2 гр. (37,5 %). Желудочковая экстрасистолия (ЖЭ)