

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