

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  $\geq 30$  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,  $\beta$ -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)