

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 T, 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 T 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 T, 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)

встречалась в 1 гр. в 90,5 % случаев (60 % - днем, 30,5 % - ночью), преимущественно 1-2 класса. Во 2 гр. регистрировались ЖЭ 2 класса у половины больных, 3 и 4а классов по Lown у 39 %, у 13 пациентов – эпизоды неустойчивой желудочковой тахикардии (ЖТ), у 3 - ЖТ с исходом в фибрилляцию желудочков и последующей эффективной дефибрилляцией. ЖЭ высоких градаций чаще наблюдались у пациентов со сниженной ФВ левого желудочка.

Выводы. У пациентов с нестабильным течением ИБС и СН при ХМ ЭКГ часто наблюдались безболевые изменения сегмента ST (чаще – депрессия), инверсия зубца T, которые оказались прогностически значимыми в развитии неблагоприятных исходов ОКС (инфаркт миокарда, острая сердечная недостаточность, внезапная смерть). Таким образом, наличие длительных эпизодов безболевой ишемии при НС по данным ХМ ЭКГ может расцениваться в качестве неблагоприятного прогностического маркера прогрессирования СН и электрического ремоделирования сердца, предшествующих неблагоприятным исходам.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

**Мухиддинов А.И., Ташкенбаева Э.Н.,
Хайдарова Д.Д., Абдиева Г.А., Тогаева Б.М.**

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

Введение. Результаты клинических наблюдений показали, что развитие инфаркта миокарда (ИМ) вследствие дисбаланса между потребностью миокарда в кислороде и его доставкой возникает не только при атеротромбозе коронарных сосудов, но и при некоторых сопутствующих заболеваниях. Согласно III Универсальному определению Инфаркта миокарда от 2013 г, такие клинические ситуации следует относить к инфаркту миокарда 2 типа.

Цель: проанализировать частоту развития ХСН у пациентов с ИМ первого (1) и второго (2) типов.

Материалы и методы исследования. Нами проанализировано 120 клинических случаев первичного ИМ среди пациентов, госпитализированных в Самаркандском филиале РНЦЭМП. Средний возраст всех пациентов составил $60,08 \pm 8,7$ лет. Среди обследованных пациентов в 24% случаев выявлен ИМ 2 типа, в остальных 76% диагностирован ИМ 1 типа. Средний возраст пациентов с ИМ 1 типа составил $59,71 \pm 9,0$ лет, а пациентов с ИМ 2 типа $74,24 \pm 10,3$ года. Среди пациентов с ИМ 1 типа было 65,8%

мужчин и 35,2% женщин, а среди пациентов с ИМ 2 типа 52% и 48% соответственно. При сопоставлении данных анамнеза пациентов ИМ 1 и 2 типов выявлены достоверные различия. Так, ХСН была у 21,7% пациентов с ИМ 1 и у 48,2% с ИМ 2 типов. При этом, ХСН 3-4 ФК по NYHA доминировала у пациентов с ИМ 2 типа (29% против 57%). ХСН 2Б и III стадии по Стражеско выявлена у 2,8% и у 28,9% пациентов с ИМ 1 и 2 типов соответственно. Кроме того, у пациентов с ИМ 1 и 2 типов в анамнезе были фибрилляция предсердий 3,5% против 37% артериальная гипертензия 72,6% против 89% стенокардия напряжения 29,6% против 29 перенесенное ОНМК 4,8% против 12%, сахарный диабет 15,6% против 21,0%, ХБП 14,7% против 23%, ХОБЛ 12,8% против 22%, различные системные заболевания (ревматоидный артрит, подагра, хронический гломерулонефрит) 5,8% против 13,7%, анемический синдром 2,2% против 10,4%. При анализе ЭХО-КГ показателей, снижении ФВ ЛЖ менее 46% выявлено у 19% пациентов с ИМ 1 типа и у 23% пациентов с ИМ 2 типа. Однако средние значения размеров левого и правого предсердий, конечно-систолический и конечно-диастолический размеры ЛЖ, а также ФВ и УО левого желудочка достоверно не различались. Через 6 месяцев после развития ИМ обеих группах отмечено прогрессирование ХСН. Так, в группе пациентов с ИМ 1 типа СН выявлена у 33,5% пациентов, а с ИМ 2 типа у 65%. При этом, в группе пациентов с ИМ 1 типа доля пациентов с тяжелой ХСН III и IV ФК не изменилась и составила 28%, в то время, как в группе с ИМ 2 типа увеличилась и составила 61%.

Заключение. У пациентов с ИМ 2 типа в два раза чаще развивается ХСН и происходит более быстрое её прогрессирование, по сравнению с пациентами, перенесшими ИМ 1 типа.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И ТЕЧЕНИЕ НАРУШЕНИЙ РИТМА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

**Мухиддинов А.И., Ташкенбаева Э.Н.,
Хайдарова Д.Д., Абдиева Г.А., Тогаева Б.М.**

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

Цель: изучить особенности течения нарушений ритма у пациентов с ХСН с сохраненной фракцией выброса (СФВ) и определить взаимосвязь возникновения аритмий с ЭхоКГ параметрами.