

артерий. Однако, наличие у пациента выраженного стеноза АК, ИБС и бикаротидного стеноза ограничивают возможности этапного хирургического лечения в связи с крайне высоким риском. С момента использования в клинической практике технологии транскатетерной имплантации аортального клапана (ТИАК) появилась возможность оказания медицинской помощи группе пациентов, ранее считавшихся неоперабельными. Вместе с этим в последние годы прослеживается тренд к постоянному увеличению объемов выполняемых данных операций. В доступной литературе имеются публикации об удачных этапных хирургических вмешательствах при аортальном стенозе и поражениях коронарных артерий, или аортальном стенозе и сопутствующей патологии внутренних сонных артерий. Однако нами в литературе не было обнаружено ни одного сообщения об одномоментном хирургическом лечении больного со значимым аортальным стенозом, поражением ствола левой коронарной артерии и бикаротидном стенозе.

**Цель:** Цель данного сообщения - представить клиническое наблюдение пациента с критическим аортальным стенозом, сопутствующим тяжелым поражением коронарных и внутренних сонных артерий, которому решением мультидисциплинарной команды были выполнены этапные эндоваскулярные операции по реваскуляризации каротидных, коронарных бассейнов и ТИАК.

**Результаты.** Пациент был выписан в удовлетворительном состоянии. В отдаленный период наблюдения возник возврат стенокардии с рестенозом стента в ПМЖВ, что потребовало повторного вмешательства в виде рестентирования ПМЖВ с хорошим клиническим результатом.

**Заключение.** Эндоваскулярные технологии могут быть в некоторых случаях единственной альтернативой в лечении пациентов с сочетанной сердечно-сосудистой патологией, особенно высокого хирургического риска.

### ИЗУЧЕНИЯ ПИТАНИЯ ЖЕНЩИН БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ С СОПУТСТВУЮЩИМ АБДОМИНАЛЬНЫМ ОЖИРЕНИЕМ

Коваль С.Н., Резник Л.А., Старченко Т.Г.,  
Пенькова М.Ю.

ГУ «Национальный институт терапии имени  
Л.Т. Малой НАМН Украины», Харьков, Украина

**Введение.** У большинства больных (около

85%) течение артериальной гипертензии (АГ) осложняется наличием избыточной массы тела или ожирения, в частности - абдоминального (АО), которое одновременно является и алиментарно-зависимым заболеванием, и фактором сердечно-сосудистого риска. В настоящее время отмечается существенное увеличение процента женщин с этой сочетанной патологией, обусловленное в значительной степени нарушениями норм здорового питания.

**Цель:** изучение особенностей питания женщин (жителей Украины) больных АГ с АО на основании результатов их анкетирования.

**Материал и методы исследования.** Обследовано 67 женщин (жителей Украины) больных АГ II стадии, 2-3 степени в возрасте от 41 до 65 лет. У 37 человек АГ протекала на фоне АО (основная группа), у 30 человек (группа сравнения) наблюдалась нормальная масса тела (НМТ). Больные АГ с АО и АГ с НМТ были сопоставимыми по возрасту и полу. Особенности питания больных изучали с помощью анализа анкеты - «дневника суточного питания», который заполнялся больным в течение 4-х суток. Соответствие суточного рациона обследованных нормам здорового питания оценивали согласно Европейских рекомендаций по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний. Полученные данные были проанализированы с использованием компьютерной программы SPSS 19.0. для Windows XP.

**Результаты.** Анализ данных проведенного анкетирования свидетельствует о наличии существенных особенностей в характере питания женщин с АГ и АО по сравнению с женщинами с АГ и НМТ. Так, энергетическая ценность суточного рациона была достоверно больше в группе женщин с АГ и АО (2782,4 [2214,6; 3118,4] ккал) в отличие от женщин с АГ и НМТ (1823,2 [1516,5; 2368,5] ккал). В группе женщин с АГ и АО максимальная энергетическая ценность пищи приходилась на ужин у 73%, в группе женщин с АГ и НМТ - у 43%,  $p < 0.05$ . Изучение макронутриентного состава суточного рациона больных показал достоверное повышение потребления жиров (106,3 [87,9; 182,0] г/сут) в основной группе в отличие от группы сравнения (50,5 [38,5; 118,7] г/сут),  $p < 0.01$ . Потребление насыщенных жирных кислот и транс-ненасыщенных жирных кислот также было достоверно большим в группе женщин с АГ с АО, чем в группе женщин с АГ и НМТ. Женщины с АГ и АО потребляли достоверно больше углеводов по сравнению с женщинами с АГ и НМТ - (375,1 [302,4; 447,3] г/сут) и (269,2 [211,7; 374,8] г/сут) соответственно,  $p < 0.05$ . Кроме того, женщины с АГ и АО потребляли недостаточное количество пищевых волокон - 28,8 [6,3; 38,4] г/сут. В то же время потребление пищевых

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