

са левого желудочка (ФВ ЛЖ) выросла на 15% (с  $21,5 \pm 1,35$  до  $38,80 \pm 7,4\%$  ( $p < 0,05$ )), конечно-систолический объем (КСО) ЛЖ снизился с  $270,8 \pm 22,47$  мл до  $160,8 \pm 68,8$  соответственно ( $p < 0,05$ ), достоверно уменьшилась степень митральной и трикуспидальной регургитации. У пациентов было выявлено достоверное улучшение показателя 6ТХ: дистанция увеличилась с  $379,6 \pm 25,8$  м до  $428,4 \pm 22,3$  м ( $p < 0,05$ ). Балльный показатель КЖ уменьшился с  $61,3 \pm 2,8$  до  $41,1 \pm 4,2$  балла спустя 12 мес. ( $p < 0,05$ ). По данным спировелоэргометрической пробы исходно все пациенты характеризовались низкой толерантностью к физической нагрузке (ТФН), что выражалось в низких показателях максимального потребления кислорода ( $VO_{2max} < 10$  мл/кг/мин.) и уровня максимально достигнутой мощности ( $W \leq 50$  Вт). Через 12 мес. отмечалось выраженное улучшение переносимости

физической нагрузки по данным спировелоэргометрии по динамике  $VO_{2max}$  ( $p < 0,05$ ) и  $W$  ( $p < 0,05$ ). При динамическом наблюдении прооперированных пациентов также были выявлены спировелоэргометрические предикторы эффективности ресинхронизирующей терапии у лиц с ХСН ФКII по NYHA. Ими явились: достижение в процессе нагрузки уровня систолического АД  $> 160$  мм рт. ст.; достижение в процессе теста с нагрузкой мощности  $> 58$  Вт; достижение в процессе нагрузки мощности  $> 35\%$  от ожидаемой с учетом возраста; максимальное потребление кислорода на пике нагрузки  $> 30\%$  от ожидаемого с учетом возраста.

**Заключение.** Сочетанный способ бивентрикулярной стимуляции сердца и коррекции атриовентрикулярной недостаточности является эффективным методом лечения пациентов с умеренными клиническими проявлениями ХСН.

## ДЫХАТЕЛЬНАЯ ФУНКЦИЯ У БОЛЬНЫХ ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ

АХМАТОВ Я.Р., АБДУЛЛАЕВ Т.А.

*Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии, г. Ташкент. Узбекистан*

**Цель.** Провести оценку функционального состояния легких у больных дилатационной кардиомиопатией правого желудочка (ДКМПпж) и идиопатической дилатационной кардиомиопатией с бивентрикулярной сердечной недостаточностью (ДКМП-биСН).

**Материал и методы.** Сравнивались две группы пациентов: 1 гр. – 22 больных ДКМПпж и 2 гр. – 65 больных с ДКМП-биСН. Всем больным назначалась базисная терапия, включающая в себя:  $\beta$ -адреноблокаторы (БАБ), ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента (иАПФ), сердечные гликозиды (СГ), кардиотоники, диуретики, антагонисты альдостерона, аспирин (АСК). Для оценки функции внешнего дыхания пациентов проводилась спирография с учетом показателей легочной вентиляции (дыхательный объем (ДО), резервный объем выдоха (РОВвд), резервный объем вдоха (РОВд), жизненная емкость легких (ЖЕЛ), а также индекс Тиффно.

**Результаты.** По данным спирометрии было установлено, что такие показатели, как ДО, РОВвд и ЖЕЛ при сопоставлении с нормативными значениями оказались сниженными как в 1 гр., так и во 2 гр. Снижение показателей спирометрии в обеих группах расценивалось нами как признак нарушения дыхательной функции. При проведении сравнительного межгруппового анализа было выявлено, что все показатели оказались ниже у больных 2 гр., однако разница не достигала уровня досто-

верности, за исключением индекса Тиффно. При проведении корреляционного анализа была установлена обратная зависимость между значениями индекса Тиффно и выраженностью хрипов в легких по ШОКС ( $p = 0,000$ ,  $t = -21,294$ ,  $r = -0,935$ ), т.е. снижение индекса Тиффно сопровождалось ухудшением дыхательной функции легких. Также обратная корреляция была выявлена между значениями индекса Тиффно и уровнем Ср.ДЛА ( $p = 0,000$ ,  $t = -3,845$ ,  $r = -0,451$ ), т.е. нормальные значения индекса Тиффно соответствовали нормальному уровню Ср.ДЛА. Как известно, индекс Тиффно является не только одним из диагностически значимых показателей спирометрии, но и основным маркером определения преобладания обструкции или рестрикции дыхательных нарушений. У респондентов 2 гр. индекс Тиффно был ниже нормативных значений, что, в свою очередь, свидетельствовало о преобладании у них обструктивного типа дыхательной недостаточности. Напротив, у пациентов 1 гр. индекс Тиффно соответствовал нижней границе нормы, что расценивалось нами как отсутствие дыхательной недостаточности.

**Выводы.** Правожелудочковая дилатационная кардиомиопатия сопровождается формированием вторичной (умеренной) легочной гипертензии и снижением параметров функции внешнего дыхания (индекс Тиффно, ЖЕЛ), свидетельствующих о преимущественно рестриктивном характере патологии (застой в малом круге кровообращения).