

in vitro под влиянием растворимых продуктов *S.aureus* у здоровых лиц. Возможно, оценку агрегационных свойств эритроцитов при одновременном использовании альцианового синего и растворимых продуктов *S.aureus* целесообразно проводить у пациентов с инфекционно-воспалительными заболеваниями стафилококковой этиологии.

ОЦЕНКА ТОЛЕРАНТНОСТИ К ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКЕ ПАЦИЕНТОВ С ПОДОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА ПО ОТДЕЛЬНЫМ ПОКАЗАТЕЛЯМ ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

¹И.В. Вуевская, ¹Ж.А. Чубуков, ²Н.В. Бажкова, ²Н.И. Андрейчик

*¹УО «Гомельский государственный медицинский университет»,
г. Гомель, Беларусь*

*²УЗ «Гомельский областной клинический госпиталь инвалидов
отечественной войны», г. Гомель, Беларусь*

Для составления индивидуальной реабилитационной программы и назначения адекватных физических нагрузок пациентам, перенесших инфаркт миокарда, проводят оценку толерантности к физической нагрузке с помощью велоэргометрической пробы. При этом у пациентов с инфарктом миокарда часто выявляется неспособность выполнить ранний субмаксимальный нагрузочный тест из-за отсутствия повышения или снижения систолического АД на фоне нагрузки, стенокардии или индуцированной нагрузкой депрессии сегмента ST при малой мощности нагрузки. Целью настоящего исследования явилось выявление зависимости толерантности к физической нагрузке пациентов в подостром периоде инфаркта миокарда от показателей эхокардиографического исследования – размера левого предсердия (ЛП) и конечно-диастолического размера левого желудочка (КДР).

В исследование включено 112 пациентов мужского пола в возрасте от 36 лет до 71 года в подостром периоде инфаркта миокарда с фракцией выброса (ФВ) $\geq 50\%$. На основе полученных результатов разработана электронная база данных, статистически обработанная с использованием пакета прикладного программного обеспечения «Statsoft Statistica v.8.0» и «R v.2.14.2». Частотный анализ различий проводился с использованием точного двустороннего критерия Фишера. Нелинейное моделирование проводили с использованием логистического регрессионного анализа (logit). Подбор коэффициентов уравнений осуществлялся с использованием методов Квази-Ньютон и

максимального правдоподобия. Выявление точки разделения (cut-off point), а так же оценку чувствительности и специфичности нелинейных моделей проводили с использованием анализа кривых операционных характеристик (ROC-анализ).

При проведении частотного анализа у пациентов с инфарктом миокарда различий по частоте встречаемости превышения референтных значений размеров ЛП в подгруппах участников исследования с низкой и средней толерантностью к физической нагрузке выявлено не было как по выборке в целом ($p=0,566$), так и в подгруппах с крупноочаговым ($p=1,000$) и мелкоочаговым ($p=0,414$) инфарктом миокарда. Так же не было выявлено различий по частоте встречаемости превышения референтных значений КДР в подгруппах участников исследования с низкой и средней толерантностью к физической нагрузке как по выборке в целом ($p=0,504$), так и в подгруппах с крупноочаговым ($p=0,235$) и мелкоочаговым ($p=0,559$) инфарктом миокарда.

Для более тщательной проверки гипотезы о взаимосвязи значений размеров ЛП, КДР и возраста с низкой толерантностью к физической нагрузке у мужчин с перенесенным инфарктом миокарда в анамнезе был проведен логистический регрессионный анализ. В результате проведенных расчетов была получена модель, позволяющая оценить толерантность к физической нагрузке по индексу (НТ), для вычисления которого используются данные эхокардиографического исследования (ЛП, КДР) и возраст пациента.

Для выявления точки разделения и оценки качества разработанной модели проведен ROC-анализ, согласно которому ожидаемую толерантность к физической нагрузке можно предположить на основании значения индекса в 1,056: если индекс равен или превышает значение, то толерантность к физической нагрузке следует ожидать низкую. Чувствительность разработанной модели составила 78,7%, специфичность – 72,9%. Площадь под кривой составила 0,762, что характеризует качество модели как хорошее.

Учитывая полученные данные, проведение ранней велоэргометрии лицам пожилого возраста с увеличенными КДР и ЛП в подостром инфаркте миокарда можно считать нецелесообразным, т.к. у них заведомо следует ожидать низкую толерантность к физической нагрузке, и программу физической реабилитации для них следует проводить по щадящим методикам.