

of acute rejection in cadaveric renal transplantation. The Tricontinental Mycophenolate Mofetil Renal Transplantation Study Group. *Transplantation*, 2012, No. 61, pp. 1029-1037.

7. Pfundstein J., Roghmann M.C., Schwalbe R.S. et al. A randomized trial of surgical antimicrobial prophylaxis with and without vancomycin in organ transplant patients. *Clinical Transplantation*, 2011, No. 3, pp. 245-252.

8. Takai K., Tollemar J., Wilczek H.E. et al. Urinary tract infections following renal transplantation. *Clinical Transplantation*, 2015, No. 1, pp. 19-23

9. Tolkoff-Rubin N.E., Cosimi A.B., Russell P.S., Rubin R.H. A controlled study of trimethoprim-sulfamethoxazole prophylaxis of urinary tract infection in renal transplant recipients. *Reviews of Infectious Diseases*, 2014, No. 2, pp. 614-618.

ХУЛОСА

П.Х. Назаров, А.Р. Достиев, У.А. Достиев

БАСОМАДИ УФУНАТИ РОҶҶОИ ПЕШОБГУЗАР ДАР БЕМОРОНИ ПАЙВАНДИ ГУРДА ДАР ҲОЛАТИ НАКШАҶОИ ГУНОГУНИ ТАБОБАТИ АСОСИИ ИММУНОСУПРЕССИВӢ. ДОНИШГОҶИ ДАВЛАТИИ ТИББИИ ТОҶИКИСТОН БА НОМИ АБУАЛИ ИБНИ СИНО

(Кафедраи шароҳии умумии №1. Муdiri кафедра дотсент Боймуродов О.С.)

Мақсад: барои беҳбуд бахшидан ба натиҷаҳои трансплантат бо воситаҳои мутобиқшуда, тавассути беҳгардони табобати иммуносупрессанти.

Моддӣ ва усули: Дар тадқиқот 80 натиҷаӣ вобаста allograft гурда (ПХГ), дар беморон аз соли 2011 то соли 2017 анҷом дода мешавад. Дар шӯбаи кӯч. гурда ММИПУ ва ПУ ва шӯбаи кӯч. гурда дар беморхона минтақавӣ дар ноҳияи Данғара. Сатҳи миёна баъди трансплантатсияи гурда 1276 ± 52 рӯз буд.

Дар гурӯҳи тадқиқоти беморон 56 (70%) мардон, занон - 24 (30%) буданд. Синну соли миёнаи гиранда дар вақти иҷрои трансплантатсияи гурда $0,9 \pm 38,19$ сол, синни медианӣ - 39,0 сол (14,4 - 62,5 сол).

Натиҷаҳо: таҳлил басомади пайдоиши сирояти рӯдаи пешоб дар гирандагони дар нокилҳои гуногуни асосии immunosuppression вобаста пас аз трансплантатсия аз гурда.

Хулоса: Тадқиқот нишон дод, тақмили immunosuppression (кам вояи steroids, ҷорӣ намудани РХД дар вояи муътадил дар якҷоягӣ бо Aza) иҷозат ба таври назаррас ҳодисаҳои сирояти рӯдаи пешоб баъди трансплантатсия кам дар беморони пайванди гурда.

Суханҳои асосӣ: трансплантатсияи гурда, эмгузаронӣ, сирояти спирали эндокрин

УДК 316-082.36,8;616; 40

^{1,2} К.Р. Назирбоев, ^{1,2} К.М. Курбонов

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ВНУТРЕННИХ ДУОДЕНОХОЛЕДОХЕАЛЬНЫХ СВИЩЕЙ

¹Кафедра хирургических болезней №1 ТГМУ им. Абуали ибн Сино

²ГУ «Комплекс здоровья Истиклол»

Назирбоев Кахрамон Рузиевич – к.м.н., ассистент кафедры хирургических болезней №1 ТГМУ им. Абуали ибн Сино; тел.: +992 93 405 44 04; e-mail: dr.hero85@mail.ru

Цель исследования. Улучшение диагностики и хирургического лечения дуоденохоледохеальных свищей при язвенной и желчнокаменной болезни.

Материал и методы исследования. Анализированы результаты комплексной диагностики и хирургического лечения 54 больных с дуоденохоледохеальным свищом. Дуоденохоледохеальный свищ вследствие желчнокаменной болезни имел место у 35 (64,8%) больных, а в 19 (35,2%) случаях причиной являлась язвенная болезнь. В клинических проявлениях дуоденохоледохеального свища различали 3 типа течения. Первый тип (n=17) характеризовался бессимптомным течением, при втором типе (n=16) была характерной клиническая картина язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, при третьем типе клиническая картина (n=21) характеризовалась доминированием признаков холангита и холедохолитиаза.

Результаты исследований и их обсуждение. При ультразвуковом исследовании в 24 (44,4%) наблюдениях выявили расширение общего желчного протока, наличие аэробилии в 14 случаях. В 8 случаях при эндоскопии отмечали выхождение желчи из кратера язвы, при рентгенологическом исследовании в 27 (50%) наблюдениях выявили попадание контрастного вещества в желчные протоки, в 14 случаях - и аэробилию.

Заключение. При лечении дуоденохоледохеального свища возникают нестандартные хирургические ситуации, требующие в каждом конкретном случае строго дифференцированного подхода.

Ключевые слова: дуоденальная язва, желчнокаменная болезнь, дуоденохоледохеальный свищ.

K.R. Nazirboev, K.M. Kurbonov

DIAGNOSIS AND TREATMENT OF THE CHOLEDOCHODUODENAL FISTULAS.

Department of general surgery №1 Tajik State Medical University named after Abuali Ibni Sino, State Institution "Istiklol Health Complex"

Nazirboev Kahramon Ruziboevich - Candidate of Medical Science, Assistant of the Department of Surgical Diseases №1 of Tajik State Medical University named after Abuali Ibni Sino,.; tel .: +992 93 405 44 04; e-mail: dr.hero85@mail.ru

Aim. To improve the diagnosis and surgical treatment of choledochoduodenal fistulas due to ulcer and cholelithiasis.

Material and methods. The results of complex diagnostics and surgical treatment of 54 patients with choledochoduodenal fistulas were analyzed. Choledochoduodenal fistulas due to cholelithiasis occurred in 35 (64.8%) patients, and in 19 (35.2%) cases the cause was the peptic ulcer. In the clinical manifestations of the choledochoduodenal fistulas, three types of the disease course were distinguished. The first type (n = 17) was asymptomatic, the second type (n = 16) had a clinical picture of duodenal ulcer and the third type (n = 21) had a predominance of clinical characteristics of cholangitis and choledocholithiasis.

Results. Ultrasound examination in 24 (44.4%) cases revealed a dilatation of the common bile duct and the presence of the aerobilia in 14 cases. In 8 cases, endoscopy revealed the appearance of bile from the crater of an ulcer. Radiologic examination in 27 (50%) of observations revealed a contrast agent entering the bile ducts, and the aerobilia in 14 cases.

Conclusion. The non-standard surgical situations in the treatment of the choledochoduodenal fistulas require a strictly differentiated approach in each specific case.

Keywords: duodenal ulcer, cholelithiasis, choledochoduodenal fistulas.

Актуальность. В последние годы, несмотря на значительный прогресс в диагностике, профилактике и лечении язвенной и желчнокаменной болезни, наблюдается прогрессивный рост атипичных тяжелых осложнений вышеуказанных заболеваний [3-7]. Длительное упорное и неэффективное лечение язвенной и желчнокаменной болезни у пациентов со сниженными иммунологическими реакциями в дальнейшем способствует развитию свищей между двенадцатиперстной кишкой (ДПК) и общим желчным протоком, либо между общим желчным протоком и ДПК при холедохолитиазе [1, 2, 8].

Патогенез дуоденохоледохеальных свищей (ДХС) достаточно хорошо известен, при желчнокаменной болезни и холедохолитиазе вследствие воспалительного процесса возникают сращения между желчными протоками и соседними органами – ДПК. Прогрессирование заболевания и воспалительных процессов в дальнейшем приводит к вовлечению стенки общего желчного протока и ДПК и припаянию к ним органа с образованием свища [9, 10].

При низкосидящей пенетрирующей в общий желчный проток постбульбарной язве, также вследствие прогрессирования деструктивных из-

менений в ДПК язвенный процесс переходит в общий желчный проток с последующим развитием ХДС. При этом течение язвенной болезни значительно отягощается за счет холангита и расположения ХДС среди очень плотных сращений и инфильтратов.

Как уже упоминалось выше, возникновение и развитие ХДС, как правило, связано с диагностическими и тактическими ошибками. Реже они зависят от технических ошибок при выполнении хирургического вмешательства.

Цель исследования. Улучшение диагностики и хирургического лечения дуоденохоледохеальных свищей при язвенной и желчнокаменной болезни.

Материал и методы исследований. Располагаем опытом комплексной диагностики и хирургического лечения 54 больных с ДХС за последние 20 лет. Мужчин было 18 (33,3%), женщин - 36 (66,7%). Возраст пациентов составил от 35 до 82 лет. Следует отметить, что ДХС вследствие ЖКБ имел место у 35 (64,8%) больных, при этом женщин было 33 (61,1%), мужчин – 2 (3,7%). В 19 (35,2%) случаях причиной ДХС являлась язвенная болезнь, при этом мужчин было 16 (29,6%), женщин - 3 (5,6%). Длительность за-

болевания у больных с ДХС, независимо от этиологии, была продолжительной и составила в среднем $14,2 \pm 2,3$ лет.

В клинических проявлениях ДХС различали 3 типа течения. Первый тип ($n=17$) характеризовался бессимптомным течением болезни ДХС. При втором типе ($n=16$) была характерной клиническая картина язвенной болезни ДПК и при третьем типе клиническая картина ДХС ($n=21$) характеризовалась доминированием признаков холангита и холедохолитиаза. В 7 случаях ДХС сопровождался острой желчнокаменной тонкокишечной непроходимостью.

Для диагностики ДХС больным проводили клинико-лабораторные и инструментальные методы исследования, включающие УЗИ, КТ, рентгенологические исследования, а также ФГДС и ЭРПХГ.

Степень достоверности различий полученных значений для двух групп оценивались с помощью критерия Стъдента. Для определения достоверности различий множественных сравнений использовали критерий Ньюмена-Кейлса. Различия считали достоверными при $p < 0,05$.

Результаты исследований и их обсуждение. Среди дополнительных методов диагностики ДХС комплексное УЗИ является ведущим методом. При проведении УЗИ были выявлены при-

знаки ЖКБ у 32 (59,2%) больных с наличием конкрементов в желчном пузыре и внепеченочных желчных протоках ($n=9$). В 24 (44,4%) наблюдениях имелось расширение общего желчного протока, наличие аэробилии - в 14 случаях.

При ФГДС, выполненной во всех случаях, наличие постбульбарной язвы было выявлено у 11 (20,3%) больных. В 8 случаях при эндоскопии отмечали выхождение желчи из кратера язвы. Комплексное рентгенологическое исследование, проведенное 48 больным, позволило в 27 (50%) наблюдениях выявить попадание контрастного вещества в желчные протоки, а в 14 случаях - и аэробилию.

Комплексное КТ исследование проведено 9 больным для исключения онкологического процесса ДПК и желчевыводящих путей. В 25 случаях для распознавания ДХС производили ЭРПХГ ($n=11$) и чрескожно-чреспеченочную холангиографию ($n=14$).

Хирургическая тактика при ДХС была в каждом конкретном случае строго дифференцированной и зависела от этиологии ДХС, наличия инфильтратов, массивных сращений, выраженности топографоанатомических изменений. При ДХС выполняли самые различные по характеру и объёму оперативные вмешательства (табл.).

Характер оперативных вмешательств

Характер оперативных вмешательств	Количество	%
Оперативные вмешательства при ДХС вследствие ЖКБ	35	64,8
Холецистэктомия. Наложение швов на общий желчный проток при Т-образном дренировании. Ушивание дефекта ДПК. Назобилиарное дренирование.	27	50
Холецистэктомия. Резекция желудка по Ру с СтВ. Холедоходуоденоанастомоз по Киршнеру	8	14,8
Оперативные вмешательства при ДХС вследствие язвенной болезни	19	35,2
Резекция желудка по Ру с СтВ. Разобщение свища. Дренирование холедоха на Т-образном дренаже.	12	22,2
Резекция желудка по Ру с СтВ. Холедохоюноанастомоз. Дренирование брюшной полости	7	13
Всего	54	100

Оперативное вмешательство при ДХС - чрезвычайно сложное и тяжелое оперативное пособие. Операция, как правило, всегда атипична, технически трудна и должна выполняться наиболее опытными хирургами.

Оперативное вмешательство при ДХС направлено на излечение язвы, ЖКБ, прекращение заброса кишечного содержимого в желчевыводящие пути и ликвидацию холангита. Очевидно, что из-за нарушения топографоанатомических взаимоотношений подпеченочного пространства,

деформации и воспалительно-инфильтративных изменений в стенках органов, а также выраженного перипроцесса эти операции представляют серьезную угрозу для жизни больного. При попытке разобщить спайки, выделить и ликвидировать свищ возможна травматизация желчевыводящих путей и других органов. Поэтому оперативные вмешательства должны быть направлены на исключительно радикальную коррекцию ДХС, восстановление нормального желчеоттока и пищеварения. При выполнении оперативных вмеша-

тельств эффективно использовали современные технологии: интраоперационное УЗИ, холангиографию, а также увеличительную оптическую технику.

После выполнения различных по характеру и объёму оперативных вмешательств послеоперационные осложнения развились в 16 наблюдениях с 6 летальными исходами.

Причинами послеоперационных осложнений являлись: послеоперационный анастомозит (n=2), внутрибрюшные абсцессы (n=3), несостоятельность швов культи двенадцатиперстной кишки (n=2), внутрибрюшные кровотечения (n=1), нагноение лапаротомной раны (n=2); в 6 случаях отмечали нехирургические осложнения в виде: послеоперационной пневмонии (n=2), острого инфаркта миокарда (n=1) и полиорганной недостаточности (n=3). Летальные исходы были отмечены в 6 (8,3%) наблюдениях, причинами которых являлись: полиорганная недостаточность (n=2), послеоперационный перитонит (n=2), послеоперационная пневмония (n=1) и острый инфаркт миокарда (n=1).

Выводы

1. Причинами развития ДХС в 35 (64,8%) наблюдениях являются осложнения ЖКБ, в 19 (35,2%) - пенетрирующие дуоденальные язвы.

2. При лечении ДХС возникают нестандартные хирургические ситуации, требующие в каждом конкретном случае строго дифференцированного подхода, направленного на восстановление адекватного желчеоттока и прохождения пищевых масс по желудочно-кишечному тракту.

ЛИТЕРАТУРА (пп. 8-10 см. в REFERENCES)

1. Белоконев В.И., Харин И.В. Этапность при лечении больных с дуоденальными свищами после резекции желудка по поводу язвенной болезни // Вестник Авиценны. - №2. - 2015. - С. 13-18.

2. Величко Е.А., Некрасов А.Ю., Истомин Н.П. Алгоритм выбора метода хирургического лечения пациентов с острым деструктивным холециститом с повышенным операционно-анестезиологическим риском // Тихоокеанский медицинский журнал. - 2016. - № 1. - С. 26-29.

3. Власов А.П., Сараев В.В., Степанов Ю.П. Новые технологии в хирургии «трудных» язв двенадцатиперстной кишки // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. - 2008. - №8. - С. 44-48.

4. Зайцев О.В., Тараесенко С.В., Песков О.Д. Хирургическая тактика при юкстапиллярных язвах двенадцатиперстной кишки // Вестник хирургии. - 2011. - №1. - С. 30-35.

5. Курбонов Дж.М., Ашуоров А.С. Миниинвазивные методы хирургического лечения осложненных форм острого калькулёзного холецистита // Здравоохранение Таджикистана. - 2013. - №4. - С.47-50.

6. Писаревский Г.Н. Методы закрытия дуоденальной культи // Хирургия. Журнал имени Н.И. Пирогова. - 2011. - № 3. - С. 67-72.

7. Столин А.В. Тактика лечения гнойно-деструктивных форм острого калькулёзного холецистита // Вестник ВолГМУ. - 2009. - №4 (28). - С.34-36.

REFERENCES

1. Belokonev V. I., Kharin I. V. Etapnost pri lechenii bolnykh s duodenalnymi svishchami posle rezektsii zheludka po povodu yazvennoy bolezni [Step by step approach in a treatment of patients with choledochoduodenal fistulas after the resection of the stomach due to peptic ulcer disease]. *Vestnik Avicenny – Herald of Avicenna*, No. 2, 2015, pp. 13-18.

2. Velichko E. A., Nekrasov A. Yu., Istomin N. P. Algoritm vybora metoda khirurgicheskogo lecheniya patsientov s ostrym destruktivnym kholetsistitom s povyshennym operatsionno-anesteziologicalskim riskom [The algorithm of methodology choice in a treatment of patients with destructive cholecystitis with increases surgery-anesthesia risk]. *Tikhookeanskiy meditsinskiy zhurnal - Pacific medical journal*, 2016, No. 1, pp. 26-29.

3. Vlasov A. P., Saraev V. V., Stepanov Yu. P. Noveye tekhnologii v khirurgii «trudnykh» yazv dvenadsatiperstnoy kishki [New technologies in a “difficult” surgeries of the duodenum]. *Khirurgiya. Zhurnal im. N.I. Pirogova - Surgery. Journal named after N. A. Pirogov*, 2008, No. 8, pp. 44 - 48.

4. Zaytsev O. V., Taraesenko S. V., Peskov O. D. Khirurgicheskaya taktika pri yukstapillyarnykh yazvakh dvenadsatiperstnoy kishki [Surgery approach for juxta-capillary ulcer of the duodenum]. *Vestnik khirurgii – Herald of surgery*, 2011, No. 1, pp. 30-35.

5. Kurbonov Dzh. M., Ashurov A.S. Miniinvazivnye metody khirurgicheskogo lecheniya oslozhnennykh form ostrogo kalkulyoznogo kholetsistita [Minimised methods of surgical treatment of complicated forms of acute calculous cholecystitis]. *Zdravookhranenie Tadzhikistana -*, 2013, No. 4, pp. 47-50.

6. Pisarevskiy G. N. Metody zakrytiya duodenalnoy kulti [Methods of closing duodenal stump]. *Khirurgiya. Zhurnal im. N.I. Pirogova - Surgery. Journal named after N. A. Pirogov*, 2011, No. 3, pp. 67-72.

7. Stolin A. V. Taktika lecheniya gnoyno-destruktivnykh form ostrogo kalkulyoznogo kholetsistita [Treatment approach of purulent-destructive forms of acute calculous cholecystitis]. *Vestnik VolgGMU – Herald of Volgograd state medical University*, 2009, No. 4 (28), pp.34-36.

8. Falor A.E., Zobel M., Kaji A. et al. Admission variables predictive of gangrenous cholecystitis. *American Surgeon*, 2012, Vol. 78, (10), pp. 1075-1078.

9. Gurgenedze M., Kiladze M., Beriashvili Z. Mini-invasive surgical management of cholelithiasis for elderly and senile patients: a retrospective study. *Georgian Medical News*, 2013, Vol. 219, pp. 7-13.

10. Vashist Y. K. Management of the difficult duodenal stump in penetrating duodenal ulcer disease: a comparative analysis of duodenojejunostomy with “classical” stump closure (Nissen-Bsteh)/ Y.K. Vashist. *Langenbeck's Archives of Surgery*, 2012, Vol. 397 (8), pp. 124-127.

ХУЛОСА

Қ.Р. Назирбоев, К.М. Курбонов

ТАШХИС ВА ТАБОБАТИ НОСУРҲОИ ДАРУНИИ ДУОДЕНОХОЛЕДОХЕАЛИ

Мухимият. Дар солҳои охир, новобаста аз пешравӣ дар ташхис, пешгирӣ ва табобати бемории реш ва санги талха, зиёдшавии оризаҳои вазнини ғайримуқаррарии бемориҳои дар боло зикргардида мушоҳида мешавад. Табобати дурудароз ва бенатичаи бемории реш ва санги талха дар беморони бо реаксияи имунологии пастшуда дар оянда ба инкишофҳои носурхо байни рӯдаи дувоздаҳангушта ва маҷрои умумии талҳарав, ё ки байни маҷрои умумии талҳарав ва рӯдаи дувоздаҳангушта ҳангоми холедохолитиаз оварда мерасонад.

Мақсади таҳқиқот – беҳтаркунии ташхис ва табобати ҷарроҳии носурҳои дуоденохоледохеали ҳангоми бемории реш ва санги талха.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Натичаи ташхиси комплексӣ ва табобати ҷарроҳии 54 бемор бо носури дуоденохоледохеали таҳлил карда шудааст. Қайд кардан зарур аст, ки носури дуоденохоледохеали дар натичаи бемории санги талха дар 35 (64,8%) бемор ва дар 19 (35,2%) ҳолат сабаби он бемории реш мебошад. Дар аломатҳои клиникаи носурҳои дуоденохоледохеали ба 3 намуд тақсим карда шуд.

Дар намуди 1-ум (n=17) равиши бе аломат, ҳангоми намуди 2-юм (n=16) алотмаи клиникаи бемории реш рӯдаи дувоздаҳангушта баҳо дода шуд ва дар намуди 3-юм (n=21) нишонаҳои холангит ва холедохолитиаз ҷой дошт.

Натичаҳо ва муҳокимаи онҳо. Ҳангоми таҳқиқоти ултрасадоӣ дар 24 (44,4%) ҳолат ва-сеъшавии маҷрои умумии талҳарав ва дар 14 бемор аэробилия дарёфт гардид. Дар 8 ҳолат ҳангоми эндоскопия баромадани талха аз қаъри реш мушоҳида мегардид. Ҳангоми таҳқиқоти рентгенологӣ дар 27 (50%) ҳолат воридшавии маҳлули контрастӣ ба роҳҳои талхагузар ва дар 14 бемор аэробилия ҷой дошт.

Тарзи ҷарроҳӣ ҳангоми носури дуоденохоледохеали аз сабаб, мавҷудияти инфилтат, часпишҳои аз ҳад зиёд, тағйиротҳои топографоанатомӣ вобастагӣ дошт. Ҳамин тавр, дар 35 ҳолат амалиётҳои ҷарроҳии гуногуни вобаста ба ҳаҷм дар натичаи бемории санги талха ва дар 19 ҳолат дар натичаи бемории реш рӯдаи дувоздаҳангушта гузаронида шуд. Оризаҳои баъдиҷарроҳӣ дар 16 ҳолат бо 6 ғавтшавӣ мушоҳида гардид.

Хулоса. Ҳамин тавр, ҳангоми носури дуоденохоледохеали ҳолатҳои ҷарроҳии ғайримуқаррарӣ ба амал меояд, ки дар ҳар қадом маврид тактикаи тафрикавиरो талаб менамояд.

Калимаҳои калидӣ: реш дуоденали, бемории санги талха, носури дуоденохоледохеали.

УДК 127- 005.8;618.173

^{1,2}Х.Ш. Рофиева, ³А.М. Мурадов, А.Г. Гаибов, ²Х.Д. Зухуров, ²М.М. Шоджонов

РЕЗУЛЬТАТЫ ХОЛТЕРОВСКОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ ЭКГ У ЖЕНЩИН С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА В ПЕРИМЕНОПАУЗУЛЬНОМ ПЕРИОДЕ

¹ГУ «Медицинский комплекс Истиклол», г. Душанбе

²Кафедра терапии с курсом кардиоревматологии ГОУ ИПОвСЗ РТ

³Кафедра эфферентной медицины и интенсивной терапии ГОУ ИПОвСЗ РТ

Рофиева Халима Шарифовна - зав. кардиологического отделения ГУ «Медицинский комплекс Истиклол», асс. каф. кардиологии и клинической фармакологии ГОУ ИПОвСЗ РТ, к.м.н.; e-mail: halima_rofieva@mail.ru/; тел.: +992 901 00 51 55

Цель исследования. Изучить результаты холтеровского мониторирования ЭКГ у женщин с острым инфарктом миокарда в перименопаузальном периоде.

Материал и методы исследования. Работа основана на изучении результатов клинико-функциональных особенностей ишемической болезни сердца у 99 женщин в возрасте от 45 до 60 лет в перименопаузальном периоде во время острого инфаркта миокарда. В зависимости от степени нарушения менструальной функции все пациентки разделены на 2 группы: I группа - 50 женщин в перименопаузальном периоде, а также женщины, у которых регистрировался нерегулярный менструальный цикл за последние 3-11 месяцев (средний возраст – 45,1±0,6 лет); II группа - 49 женщин (средний возраст 60,6±0,6 лет), у которых не наблюдалась менструальная функция более 1 года, т.е. женщины в постменопаузальном периоде.

Суточное мониторирование ЭКГ проводилось с помощью аппарата «Astrocard Holtersystem» по трем отведениям - V4, V5, V6, фиксирующим электрические потенциалы с передней, нижней и боковой стенок левого желудочка

Результаты. При остром инфаркте миокарда у женщин в перименопаузальном периоде с наруше-