

у 42 (55,5%) были выявлены различной степени выраженности нарушения психологического состояния. Среди обследованных больных с I ФК ХСН больные с депрессией составляли 19,4%, с тревожными расстройствами составляли 33,5%. При II ФК больные с депрессией составили 36,4%, то больные с тревожными состояниями составили 23,2%. У больных с III ФК больные с депрессией составили 39,8%, тревога наблюдалась у 18,5% больных. Легкая степень депрессии встречалась у 43,7% больных, средней тяжести у 31,5% больных и тяжелая степень у 24,8% больных.

Заключение:

Таким образом, у больных с ХСН изучение психологического статуса показало взаимосвязь между показателями психологического состояния и прогрессированием заболевания: у больных с III ФК выявляются чаще более тяжелые нарушения с преобладанием депрессивных расстройств.

ИЗУЧЕНИЕ ВЗАИМОСВЯЗИ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ПОЧЕК И ПОКАЗАТЕЛЕЙ ТОЛЕРАНТНОСТИ К ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКЕ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Машарипова Д. Р., Джуряева В. Х.

АО «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр терапии

Введение (цели/ задачи):

Изучить взаимосвязь функционального состояния почек и показателей толерантности к физической нагрузке у больных с ишемической болезнью сердца (ИБС), осложненной хронической сердечной недостаточностью (ХСН).

Материал и методы:

Обследовано 60 больных с ишемической болезнью сердца (ИБС) осложненной ХСН I-III ФК. Возраст обследованных больных составил от 45-60 лет (средний возраст-54,3± 1,5 лет). Из обследованных больных: 27(45%) с I ФК, 26 (43,3%) II ФК и 7 (11,7%) III ФК ХСН. В течение 6 месяцев больные получали стандартную базисную терапию (ингибиторы АПФ, бета-блокаторы, антиагреганты, спиронолактон, диуретики). Всем больным проводился тест шестиминутной ходьбы (ТШХ), по показателям которого оценивалась толерантность к физической нагрузке. Функциональное состояние почек оценивалось по скорости клубочковой фильтрации (СКФ), которая определялась по формуле MDRD (Modification of Diet in Renal Disease Study). Клиренс креатинина и СКФ рассчитывали по формулам Кокрофта-Гаулта (Cockcroft-Gault) и формуле, полученной в исследовании MDRD (Modification of Diet in Renal Disease Study).

Результаты:

У обследованных больных с ХСН I ФК по результатам ТШХ исходные показатели составили 454,4±21,95 метров, с II ФК ХСН отмечалось снижение толерантности к физической нагрузке и составил 384,17±25,3 метров, а у больных с ХСН III ФК составил – 240,3±28,5 метров соответственно. У больных со II ФК ХСН было отмечено уменьшение дистанции ТШХ на 15,4% (p<0,01) и III ФК ХСН на 47,7% (p<0,001) соответственно по сравнению с показателями ТШХ больных с I ФК ХСН. Анализ результатов исследования показал, что у больных

I ФК ХСН СКФMDRD составила 74,4±17,9 соответственно, а значения СКФCG (ККр) 86,2±23,45 мл/мин и средние значения креатинина 88,7±23,86мкмоль/л и были в пределах нормальных показателей соответствующих возрастным параметрам. Установлено показатель СКФ был несколько ниже по формуле MDRD при нормальных средних значениях креатинина и СКФ по Формуле Кокрофта-Гаулта. У больных со II ФК СКФMDRD составила 72,7±18,9мл/мин соответственно, а значения СКФCG 83,2±24,4 мл/мин и средние значения креатинина 92,2±15,9 мкмоль/л были в пределах нормальных показателей соответствующих возрастным параметрам. С III ФК ХСН снижение СКФMDRD и составила 63,4±23,7 мл/мин соответственно, а значения СКФCG 72,0±32,1 мл/мин и средние значения креатинина 103,3±29,6 мкмоль/л. что подтверждает снижение СКФ и повышение уровня креатинина. У больных с III ФК ХСН средние значения креатинина были выше возрастной нормы, а значения СКФ у больных с II и III ФК ХСН по расчетным формулам MDRD на 54,9% превышали значения контрольной группы. Изучение корреляционной взаимосвязи показателей СКФ и ТШХ выявило прямую корреляционную связь высокой степени (r=0,985).

Заключение:

Таким образом, у больных с ХСН имеется выраженная корреляционная взаимосвязь с прогрессированием заболевания и развитием дисфункции почек.

ИЗУЧЕНИЕ КЛИНИЧЕСКОЙ ЗНАЧИМОСТИ БИОПСИИ МИОКАРДА В ДИАГНОСТИКЕ БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ ДКМП

Миронова Е. В., Гришин Г. П., Тамгина Т. Ф., Зинин Д. С., Харченко А. В., Старокожева А. Я.

НУЗ НКЦ ОАО РЖД

Введение (цели/ задачи):

Введение в практику врача кардиолога комплексного подхода к нозологической диагностике и дифференцированному лечению синдрома ДКМП с использованием эндомикардиальной биопсии

Материал и методы:

В клинике у пациентов с сердечной недостаточностью, в случае исключения ИБС, пороков развития, генетических кардиомиопатий выполняли эндомикардиальную биопсию миокарда (ЭМБ). С 2011 по 2016 гг. ЭМБ выполнена 42 пациентам, из них 39 (92,8%)- мужчины и 3 (7,2%) женщины в возрасте 45,3 лет и 44 г соответственно. Количество забранного материала – 4,9 образца. Осложнений, потребовавших активного вмешательства, не отмечено. Во время операции зарегистрированы нарушения ритма по типу частой ЖС у 1 пациента (3,6%). Выполнялось гистологическое, цитологическое исследование и ПЦР диагностика забранного материала

Результаты:

При гистологическом исследовании миокардит диагностирован у 26 % (11 человек). Вирус позитивный миокардит подтвержден у 3,6% (1 человек). Для окончательной постановки диагноза использовали схему клинической диагностики миокардита по критериям Нью-Йоркской ассоциации кардиологов. Пациентам с подтвержденным диагнозом наряду с кардиотропной проводилась базисная терапия миокардита: