

зультатах с ТШХой. У больных ХСН с дисфункцией почек средние значение ТШХ составил 237,5±29,4 метров, а у больных ХСН без дисфункции почек средние значение ТШХ составил 344,6±21,8 метров, что отражает наиболее низкую толерантность физической нагрузки у больных ХСН с дисфункцией почек. Среднее значение скорости клубочковой фильтрации (СКФ) в основной группе составил 60,4±12,32 мл/мин/1,73м<sup>2</sup>, а в контрольной группе составил 91,3±7,06 л/мин/1,73м<sup>2</sup>. Ранний маркер нефропатии, МАУ была выявлена у 61,2% пациентов с ХСН. Все показатели систолической функции сердца у больных ХСН с дисфункцией почек были несколько хуже, чем у больных ХСН без дисфункции почек. Достоверные изменения отмечались в показателях ФВ ЛЖ, КДО и КСО ЛЖ. УО составил 96±2,7 мл, ФВ-50,1±4,9, КДО-172,0±10,6 мл, КСО-68,2±11,9 мл. Нарушения диастолической функции сердца были выявлены у пациентов обеих групп. По данным нашего исследования достоверные изменения в диастолической функции сердца были в показателях DT- времени замедления раннего диастолического наполнения и IVRT- времени изоволюмического расслабления ЛЖ (DT=253,97±29,07 мс у больных ХСН без ДП и DT=277,54±37,56 мс у больных ХСН с ДП, IVRT=106,79±34,78 мс у больных ХСН без ДП и 117,47±19,34 мс у больных ХСН с ДП (p<0,01)). Больные со сниженной функцией почек имели больше диаметр левого предсердия, митральную регургитацию.

#### **Заключение:**

Дисфункция почек развивается задолго до появления симптомов ХСН. При ХСН дисфункция почек выражается снижением СКФ а также больших вероятностью МАУ. Нарастание ФК ХСН приводит к увеличению случаев развития хронического заболевания почек (ХПБ). На ранних стадиях ХСН нарушается способность почек поддерживать натриевый баланс в ответ на его высокое поступление. Затем снижаются почечный кровоток и СКФ. При прогрессировании ХСН и дальнейшем снижении сердечного выброса кровотока в приносящих артериях снижается настолько, что почечное перфузионное давление и СКФ снижаются и увеличивается концентрация креатинина сыворотки. Подобные нарушения функции почек отражался на течении и клинической картине ХСН. В нашем исследовании у больных с дисфункцией почек баллы по шкале ШОКС полутора раза превосходили баллы в сравнении без дисфункции почек. А также отражено наиболее низкая толерантность к физической нагрузке у больных ХСН с дисфункцией почек. Структурно-функциональные изменения сердца у больных с хронической сердечной недостаточностью, сопровождающийся с дисфункцией почек, характеризуются выраженной систолической и диастолической дисфункцией левого желудочка, высокая частота развития митральной регургитации. Таким образом, изучение состояние почек является одним из основных прогностических факторов у больных с тяжелой ХСН. А это указывает проводить в дальнейшем исследования, способные предложить новые морфологические и инструментальные критерии диагностики дисфункции почек у больных с ХСН.

#### **ПРОГНОЗ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ**

Нуриддинов Н. А.<sup>1</sup>, Аvezов Д.К.<sup>1</sup>, Камилова У.К.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Ташкентская медицинская академия,

<sup>2</sup>РСНПМЦ ТЕРАПИИ И МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

#### **Введение (цели/ задачи):**

Оценить прогноз и качество жизни у больных хронической сердечной недостаточностью (ХСН) в зависимости от нейрогуморального фактора – уровня альдостерона.

#### **Материал и методы:**

Обследованы 64 больных перенесших ИМ, осложненной I-III ФК ХСН в возрасте от 40 до 60 лет. Всем больным был проведен тест шестиминутной ходьбы (ТШХ) и оценка клинического состояния по ШОКС. Определение уровня альдостерона проводилось иммуноферментным методом. Оценку КЖ больных проводили с помощью Миннесотского опросника. Прогноз оценивали по частоте повторных госпитализаций, частоты развития повторного нефатального и фатального ИМ (ПНФИМ и ПФИМ), летальности. Длительность наблюдения составило 3 года.

#### **Результаты:**

Прогноз оценивался через год и через 3 года. Годичное наблюдение показало, что частота повторных госпитализаций составило 31%, частота развития ПНФИМ - 7,6%, ПФИМ 6,6% и летальность -10%. Через 3 года наблюдения частота повторных госпитализаций составило 40%, ПНФИМ – 10,4% и ПФИМ – 7%,. Летальность составило 16%. При анализе показателей прогноза у больных перенесших ИМ отмечено, что неблагоприятный прогноз отмечался у больных с низкой фракцией выброса(ФВ) и толерантностью к физической нагрузке, высоким уровнем альдостерона. Результаты исследования показали, что у больных неблагоприятный прогноз отмечалось более выраженное снижение суммарного индекса качества жизни, которая коррелировала с показателями ТШХ, ШОКС и уровнем альдостерона (r=0,68; r=0,59; r=0,72). .

#### **Заключение:**

Высокий уровень альдостерона и низкий показатель ФВ у больных ХСН являются предикторами неблагоприятного прогноза.

#### **ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ У ПАЦИЕНТОВ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ НА ФОНЕ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ**

Цырульникова А. Н.<sup>1</sup>, Мистюкевич А. П.<sup>2</sup>, Малаева Е. Г.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>ГОМЕЛЬСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ,

<sup>2</sup>ГОМЕЛЬСКАЯ ГОРОДСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА №3

#### **Введение (цели/ задачи):**

Изучение таких составляющих психосоматических особенностей как уровень депрессии, качество жизни, личностная и реактивная тревожности у больных хронической сердечной недостаточностью на фоне артериальной гипертензии и ишемической болезни сердца.

#### **Материал и методы:**

Было обследовано 105 больных ИБС и артериальной гипертензией с проявлением ХСН I-IV функциональных классов по классификации Нью-Йоркской ассоциации сердца. Уровень депрессии определяли по шкале депрессии Бека, уровень качества жизни исследовали с помощью опросника NAIF(New Assessment and Information form to Measure Quality of life.P.Y.Hugenholtz and R.A. Erdman, 1995), оценку личностной и реактивной тревожности проводили с применением шкалы Спилберга-Ханина. Статистический анализ проводили с использованием непараметрических критериев: Т- критерия Манна-Уитни, метода ранговой корреляции Спирмена, обработка данных проводилась с помощью программы « Statistica» 6.0.

#### **Результаты:**

Отсутствие депрессивных симптомов было отмечено у 39 пациентов (37,2%), депрессия различной степени была выявлена у 66 пациентов (62,8%). Легкая депрессия наблюдалась у 25 человек (41%), умеренная – у 26 человек (34,5%), выражен-

ная - у 11 человек (18%) и тяжелая у 4 человек (6,5%). Чаще депрессией страдали пациенты, у которых была артериальная гипертензия II-III степени и стенокардия напряжения ФК II и III, а также пациенты, имеющие сочетание ишемической болезни сердца и артериальной гипертензии. Интегральный показатель качества жизни был незначительно снижен у пациентов ХСН I ФК ( $73,8 \pm 3,5\%$ ), умеренно снижен у пациентов II ФК ( $62 \pm 3,6\%$ ), значительно снижен у пациентов III ФК ( $44,2 \pm 3,8\%$ ) и резко снижен у пациентов IV ФК ( $23,4 \pm 3,8\%$ ). По нозологическим причинам интегральный показатель качества жизни был ниже у пациентов, которые страдали артериальной гипертензией II-III степени, стенокардией напряжения ФК II-III, а также лица, имеющие сочетание артериальной гипертензии и ишемической болезнью сердца. Уровень реактивной тревожности у всех групп пациентов не превысил 45 баллов, т.е. остался умеренным, не было зависимости реактивной тревожности от ФК ХСН, ФК стенокардии и степени артериальной гипертензии. В тоже время был отмечен высокий уровень личностной тревожности у пациентов II и III ФК ХСН, у пациентов со стенокардией ФК II-III, артериальной гипертензией II-III степени и при сочетании стенокардии напряжения и артериальной гипертензии.

#### **Заключение:**

Депрессивные расстройства выявлены у 62,8% больных, страдающих ХСН; когнитивно - аффективные нарушения преобладали у пациентов I и II ФК ХСН, соматические проявления депрессии – у пациентов III и IV ФК ХСН. Депрессивные расстройства ассоциировались с женским полом (68% женщин и 32% мужчин), возрастом старше 50-ти лет и тяжестью соматического заболевания. Уровень качества жизни снижается с увеличением ФК ХСН и тяжестью соматического заболевания. Уровень реактивной тревожности у всех групп пациентов с ХСН является умеренным, уровень личностной тревожности является высоким и ассоциируется с тяжестью ХСН и соматического заболевания, что возможно связано с индивидуальными особенностями личности и влиянием соматического заболевания на личность.

### **РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА**

ГАРГАНЕЕВА А. А., КУЗЬМИЧКИНА М. А., КУЖЕЛЕВА Е. А.,  
АЛЕКСАНДРЕНКО В. А., ТЕПЛЯКОВ А. Т.  
НИИ Кардиологии, Томский НИМЦ

#### **Введение (цели/ задачи):**

Изучить распространенность и особенности клинической картины хронической сердечной недостаточностью (ХСН) среди пациентов, госпитализированных в специализированный кардиологический стационар.

#### **Материал и методы:**

В исследовании проанализирована медицинская документация пациентов, госпитализированных в специализированный кардиологический стационар в первом квартале 2016 года ( $n=230$ ). Средний возраст включенных в исследование пациентов составил  $59,7 \pm 10,7$  лет. Исследуемая группа была представлена преимущественно мужчинами (72,8%). Статистическая обработка результатов проводилась с использованием статистической программы Statistica V10.0.

#### **Результаты:**

Из 230 пациентов, включенных в исследование, ХСН была диагностирована у 210 больных (91,3%). Большинство пациентов

с ХСН страдали ишемической болезнью сердца (70,9%) и артериальной гипертензией (78%), которые сочетались в 69,5% случаев. Каждый третий пациент (36,2%) имел в анамнезе перенесенный инфаркт миокарда. Хронический миокардит был причиной развития ХСН в 10,4% случаев, прочие заболевания (нарушения ритма сердца, ревматическая болезнь сердца и др.) – в 10% случаев. Наиболее частой жалобой больных с ХСН явилась одышка - у 74,2% пациентов. На ощущение сердцебиения и перебоев в работе сердца жаловались 34,7% и 34,2% больных, соответственно. Ортопноэ отмечалось в 1,9% случаев. При объективном исследовании застойные явления в большом круге кровообращения в виде пастозности или отеков нижних конечностей выявлялись у 25,7% пациентов. В двух случаях был диагностирован асцит (1,9%), у 5 больных выявлена гепатомегалия. Зстойные хрипы в легких определялись в 3,3% случаев, приступы сердечной астмы - у 4 пациентов (1,9%). В исследуемой группе больных ХСН преобладали пациенты со II функциональным классом (ФК) по классификации NYHA (48,1%). На долю больных с ФК III ХСН пришлось 32,8% случаев. У 4 пациентов диагностирован IV функциональный класс ХСН. В 16,2% случаев симптомы ХСН беспокоили пациентов только при значительной физической нагрузке, что соответствует I функциональному классу.

#### **Заключение:**

Распространенность ХСН среди больных, госпитализированных в специализированный кардиологический стационар, превышает 90%. Наиболее часто сердечная недостаточность развивалась на фоне сочетания ишемической болезни сердца и артериальной гипертензии. Каждый второй больной с ХСН имел симптомы, характерные для II функционального класса, согласно классификации NYHA, каждый третий – III функционального класса. Несмотря на высокий уровень развития кардиологической науки и практики, в 1,9% случаев у пациентов диагностировалась тяжелая ХСН IV ФК, проявляющаяся ортопноэ и эпизодами сердечной астмы.

### **СОСТОЯНИЕ СИСТОЛИЧЕСКОЙ И ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ, ОСОБЕННОСТИ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ИШЕМИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА**

ЗАКИРОВА Н. Э.<sup>1</sup>, НИЗАМОВА Д. Ф.<sup>1</sup>, НИКОЛАЕВА И. Е.<sup>2</sup>,  
ЗАКИРОВА А. Н.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>ФГБОУ ВО БАШКИРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ  
УНИВЕРСИТЕТ,

<sup>2</sup>ГБУЗ РБ РЕСПУБЛИКАНСКИЙ КАРДИОЛОГИЧЕСКИЙ ЦЕНТР

#### **Введение (цели/ задачи):**

Оценить состояние систолической и диастолической функции левого желудочка (ЛЖ), особенности ремоделирования миокарда у больных хронической сердечной недостаточностью (ХСН) I-IV функционального класса (ФК).

#### **Материал и методы:**

Обследованы 112 мужчин с ХСН ишемического генеза, которые разделены на 4 группы в зависимости от ФК ХСН. В контрольную группу вошли 25 здоровых мужчин-добровольцев. Состояние внутрисердечной гемодинамики оценивали по данным эхокардиографии, определяли фракцию выброса (ФВ), индексированные объемные показатели и индекс массы миокарда (ИММ) ЛЖ. Рассчитывали параметры ремоделирования ЛЖ: индекс сферичности (ИС), относительную толщину стенки (ОТС), миокардиальный стресс (МС), интегральный систолический индекс