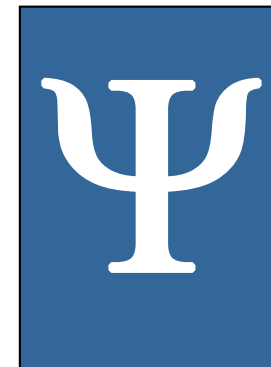


Ф.И.Белялов



Научные и практические аспекты ПСИХОСОМАТИКИ

Иркутск, 18.09.2014

AHA Scientific Statement

Depression as a Risk Factor for Poor Prognosis Among Patients With Acute Coronary Syndrome: Systematic Review and Recommendations

A Scientific Statement From the American Heart Association

Judith H. Lichtman, PhD, MPH, Co-Chair; Erika S. Froelicher, RN, MA, MPH, PhD, FAHA, Co-Chair;
James A. Blumenthal, PhD, ABPP; Robert M. Carney, PhD; Lynn V. Doering, RN, DNSc, FAHA;
Nancy Frasure-Smith, PhD; Kenneth E. Freedland, PhD; Allan S. Jaffe, MD;
Erica C. Leifheit-Limson, PhD; David S. Sheps, MD, MSPH, FAHA; Viola Vaccarino, MD, PhD, FAHA;
Lawson Wulsin, MD; on behalf of the American Heart Association Statistics Committee of the Council
on Epidemiology and Prevention and the Council on Cardiovascular and Stroke Nursing

Background—Although prospective studies, systematic reviews, and meta-analyses have documented an association between depression and increased morbidity and mortality in a variety of cardiac populations, depression has not yet achieved formal recognition as a risk factor for poor prognosis in patients with acute coronary syndrome by the American Heart Association and other health organizations. The purpose of this scientific statement is to review available evidence and recommend whether depression should be elevated to the status of a risk factor for patients with acute coronary syndrome.

Methods and Results—Writing group members were approved by the American Heart Association's Scientific Statement and Manuscript Oversight Committees. A systematic literature review on depression and adverse medical outcomes after acute coronary syndrome was conducted that included all-cause mortality, cardiac mortality, and composite outcomes for mortality and nonfatal events. The review assessed the strength, consistency, independence, and generalizability of the published studies. A total of 53 individual studies (32 reported on associations with all-cause mortality, 12 on cardiac mortality, and 22 on composite outcomes) and 4 meta-analyses met inclusion criteria. There was heterogeneity across studies in terms of the demographic composition of study samples, definition and measurement of depression, length of follow-up, and covariates included in the multivariable models. Despite limitations in some individual studies, our review identified generally consistent associations between depression and adverse outcomes.

Conclusions—Despite the heterogeneity of published studies included in this review, the preponderance of evidence supports the recommendation that the American Heart Association should elevate depression to the status of a risk factor for adverse medical outcomes in patients with acute coronary syndrome.

Key Words: AHA Scientific Statements ■ acute coronary syndrome ■ coronary heart disease ■ depression
■ risk factors

AHA/ACC/HHS Clinical Practice Guideline

AHA/ACC/HHS Strategies to Enhance Application of Clinical Practice Guidelines in Patients With Cardiovascular Disease and Comorbid Conditions

From the American Heart Association, American College of Cardiology,
and US Department of Health and Human Services

Donna K. Arnett, MSPH
Jeffrey L. Anderson

Table 1. The 10 Most Common Comorbidities for 4 Index Cardiovascular Conditions: 2012 Data for Medicare Beneficiaries ≥65 Years of Age¹³

Comorbidity	Ischemic Heart Disease* (N=8 678 060)	HF* (N=4 366 489)	AF* (N=2 556 839)	Stroke* (N=1 145 719)
Hypertension	1 (81.3)	1 (85.6)	1 (84.5)	1 (89.0)
Hyperlipidemia	2 (69.1)	3 (62.6)	2 (64.4)	2 (69.9)
Diabetes mellitus	3 (41.7)	5 (47.1)	7 (37.1)	6 (41.5)
Arthritis	4 (40.6)	6 (45.6)	6 (41.7)	5 (44.2)
Anemia	5 (38.7)	4 (51.2)	5 (43.0)	4 (46.8)
HF	6 (36.3)	Index	4 (50.9)	7 (37.2)
Ischemic heart disease	Index	2 (72.1)	3 (63.5)	3 (58.1)
Chronic kidney disease	7 (30.2)	7 (44.8)	8 (34.4)	8 (35.2)
Cataract	8 (21.6)	†	10 (22.6)	†
COPD	9 (21.0)	8 (30.9)	9 (23.8)	†
AF	10 (18.7)	9 (28.8)	Index	†
Alzheimer's disease/dementia	†	10 (26.3)	†	9 (33.8)
Depression	†	†	†	10 (29.7)
Stroke	†	†	†	Index

European Heart Journal



EUROPEAN SOCIETY OF CARDIOLOGY

ABOUT THIS JOURNAL CONTACT THIS JOURNAL SUBSCRIPTIONS

CURRENT ISSUE ARCHIVE SEARCH

Oxford Journals > Medicine > European Heart Journal > Volume 35, Issue 21



Fact | The 5-year mortality rate for AHF is a staggering 42%.¹ Each episode of AHF contributes to a downward spiral of increasingly frequent acute events with high rates of hospitalization and mortality.¹⁻³

References: 1. Loefer L. *Am J Cardiol.* 2008. 2. Gheorghide M. *Am J Cardiol.* 2006. 3. Lee D. *Am J Med.* 2009.

3/14 G11403185658

Focus Issue on Psychological Factors and Cardiovascular Disease

Volume 35 Issue 21 June 1, 2014

For checked items
 view abstracts download to citation manager

CardioPulse

- CardioPulse Articles**
 - Sharing information on cardiovascular disease prevention across Europe
 - Acute cardiovascular events: anger mounts the checklist
 - Brain responses to stress and their effects on the cardiovascular system
 - Motivation and prevention of cardiovascular disease
 - Common analgesics 'pose cardiac risk'
- Eur Heart J (2014) 35 (21): 1353-1358 doi:10.1093/eurheartj/ehu169
- » Extract » **FREE Full Text (HTML)** » **FREE Full Text (PDF)** » References » Permissions

« Previous | Next Issue »

This Issue
June 1, 2014 35 (21)



- » Index By Author
- » Cover Image
- » Front Matter (PDF)
- » Table of Contents (PDF)

Search this journal:

[Advanced »](#)

Current Issue

June 14, 2014 35 (23)



[Alert me to new issues](#)

Videos



Table of Contents

August 2014; 37 (8)

In This Issue

- In This Issue of *Diabetes Care***
Diabetes Care August 2014 37:2065-2066; doi:10.2337/dc14-ti08
[» Extract](#) [» Full Text](#) [» Full Text \(PDF\)](#) [» Rights and Permissions](#)
[» Add to Custom Publication](#)

Perspectives in Care

- Richard I.G. Holt, Mary de Groot, Irwin Lucki, Christine M. Hunter, Norman Sartorius, and Sherita H. Golden
NIDDK International Conference Report on Diabetes and Depression: Current Understanding and Future Directions
Diabetes Care August 2014 37:2067-2077; doi:10.2337/dc13-2134
[» Abstract](#) [» Full Text](#) [» Full Text \(PDF\)](#) [» Rights and Permissions](#)
[» Add to Custom Publication](#)

[« Previous](#)

This Issue

August 2014; 37 (8)



- [» Table of Contents \(PDF\)](#)
- [» Masthead \(PDF\)](#)
- [» About the Cover](#)
- [» Index By Author](#)

In This Issue

Perspectives in Care
Commentaries
Clinical
Care/Education/Nutrition/Psychosocial
Research
Epidemiology/Health Services
Research
Emerging Technologies and
Therapeutics
Pathophysiology/Complications
Cardiovascular and Metabolic Risk
Novel Communications in Diabetes
Review Article
Erratum
Issues and Events
e-Letters

The Official Journal of the American Psychosomatic Society
**PSYCHOSOMATIC
MEDICINE**
Journal of Biobehavioral Medicine

All Issues ▾

Search

[Advanced Search](#)[Home](#)[Current Issue](#)[Previous Issues](#)[Published Ahead-of-Print](#)[Collecti](#)Home > **Current Issue**[< Previous Issue](#)**September 2014 - Volume 76 - Issue 7**

pp: 477-575

 Is the Association Between Depressive Symptoms and Glucose Metabolism Bidirectional? Evidence From the English Longitudinal Study of Ageing

Demakakos, Panayotes; Zaninotto, Paola; Nouwen, Arie

[BUY](#) [SDC](#)[Abstract](#) | [PDF](#) | [+ Favorites](#) | [Request Permissions](#) **Job Strain as a Risk Factor for the Onset of Type 2 Diabetes Mellitus: Findings From the MONICA/KORA Augsburg Cohort Study**

Huth, Cornelia; Thorand, Barbara; Baumert, Jens; More

[BUY](#) [SDC](#)[Abstract](#) | [PDF](#) | [+ Favorites](#) | [Request Permissions](#)

Планирование научных исследований

16 *Circulation* March 25, 2014

Study Design

- Use of both structured diagnostic interviews and self-report questionnaires to assess depression
- Greater consistency in defining outcomes, including rigorous adjudication of events
- Consideration of individual end points (ie, assess nonfatal cardiac events, cardiac mortality, and all-cause mortality as individual outcomes rather than as a composite)
- Better differentiation between mediators and confounders in multivariable models

Presentation of Results

- Greater clarity in the description of methods, including depression measurement (timing and setting of assessment) and the rationale for the inclusion of a covariate in multivariable models
- Reporting of both unadjusted and risk-adjusted analyses

Recommendations for Future Research

- Investigate the biobehavioral mediators of the relationship between depression and cardiac outcomes
- Explore the role of depression in other potential manifestations of CHD, including heart failure and revascularization procedures, and develop a consensus statement that reviews the current evidence
- Identify the subtypes and characteristics of depression most associated with an increased risk for morbidity and mortality after ACS
- Assess the potential contributions of other comorbid psychiatric conditions (eg, anxiety disorders), which may independently or synergistically increase the risk for adverse events in patients with ACS and in other cardiac populations
- Clarify the role of depression as a potential risk factor for incident CHD
- Assess the risks and benefits of routine screening for depression, including the impact of screening in different

contexts of care and the best means of implementation and coordination of care

- Identify safe and effective treatments for depression after ACS
- Conduct randomized controlled clinical trials to determine whether effective treatment of depression improves survival and other patient outcomes after ACS

Conclusions

The committee conducted an extensive review of published studies to make a recommendation as to whether depression should be elevated to the status of a risk factor for ACS by the AHA. The prognostic value of depression was considered for all-cause mortality, cardiac mortality, and composite outcomes comprising mortality or nonfatal cardiac events. We examined the strength, consistency, independence, and generalizability of published studies that met the criteria for inclusion in our review.

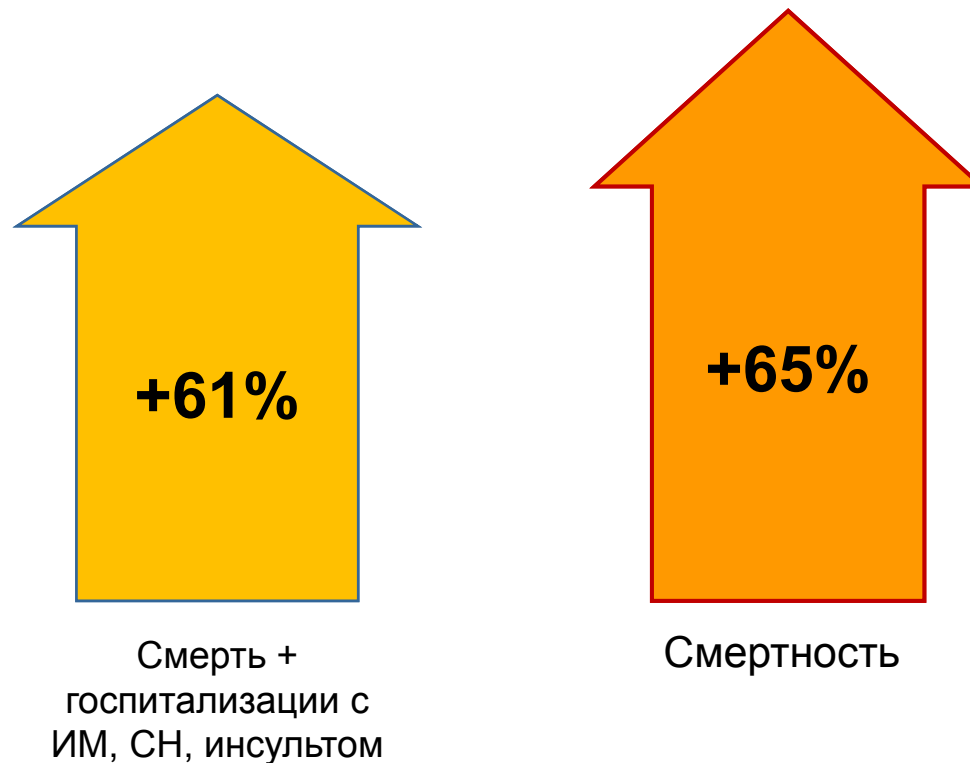
In summary, these studies were found to be heterogeneous with respect to the demographic characteristics of the samples, the measurement and definition of depression, the length of follow-up, and the covariates that were included in the multivariable statistical models. The positive studies varied in terms of the strength of the associations that were identified, and a minority of the studies were negative. Nevertheless, the preponderance of evidence supports the conclusion that depression after ACS is a risk factor for all-cause and cardiac mortality, as well as for composite outcomes including mortality or nonfatal cardiac events. As such, depression should be elevated to the level of a risk factor for poor prognosis after ACS by the AHA and other health organizations.

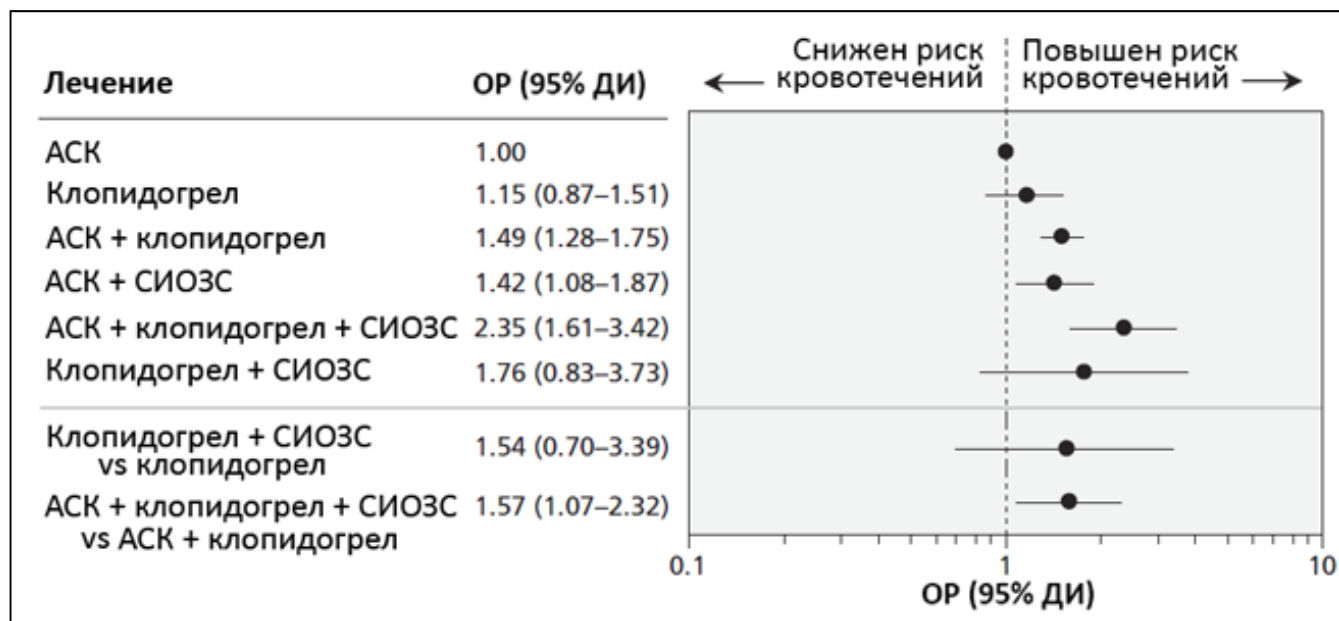
Acknowledgments

We wish to acknowledge the tremendous support of Donna Stephens and Melanie Turner from the American Heart Association throughout the process of preparing this scientific statement. We also wish to acknowledge Mitra Daneshvar for her invaluable assistance in the preparation of tables and the figure for the manuscript.

Депрессия и коронарное шунтирование

Наблюдение 7,5 лет





В современной кардиологии противотромботическое лечение становится все более агрессивным и возрастает риск кровотечений.

Необъяснимые симптомы

- ❑ 3% консультаций врача общей практики, что сопоставимо с диабетом, гипертензией, депрессией, фибрилляцией предсердий (1.3-4.9%).
- ❑ 76% женщины.
- ❑ Средний возраст 46 лет.
- ❑ Доминируют мышечно-скелетные симптомы (68%), астения/утомляемость (57%), головная боль/головокружение (32%), гастроинтестинальные симптомы (21%).
- ❑ Основное лечение: поддерживающее консультирование.

Ориентировочно 3-5 марта 2014. Заболела предположительно вирусным заболеванием. (Вероятно, грипп, т.к. с похожими симптомами болели коллеги на работе и муж – работаем с ним вместе). Температура 37, боль в горле, слабость. Переносила на ногах, полоскала горло. Несколько раз повышалось давление (до 135/90). Ранее давление выше 120/80 не отмечала, в норме давление 110/70.

26.03.2014. Почувствовала, что тяжело ходить на работу. Сильная слабость, субфебрильная температура, боли в горле. Боли с левой стороны груди. Обратилась в поликлинику. Был получен больничный с диагнозом “Острый ларингит ср. ст.” По назначению терапевта принимала амоксициллин 1000 мг 2 р. /день до 06.04.2014.

Анализы от 31.03.2014: ОАК, ОАМ, РМП, глюкоза – стр. 1-5. Флюорография: сердце, легкие в норме.

04.04.2014. Выписана с больничного. Горло перестало болеть, остальные симптомы сохранились: температура 37, боли с левой стороны груди. Отправлена на ЭКГ (04.04 - с. 21), эхо сердца (09.04 - с. 22), прием к кардиологу.

08.04.2014. Впервые появилась одышка при физической нагрузке (шла на работу, стало тяжело дышать при подъеме в горку). К вечеру дома началась сильная одышка (задышалась), ночью до 4 часов не могла из-за этого уснуть. Ранее таких приступов у меня никогда не было.

09.04.2014. Обратилась к кардиологу. Подозрение на 1) внебольничную пневмонию нижних отделов справа и 2) вирусный миокардит.

09.04.2014-23.04.2014. С подозрением на пневмонию и вирусный миокардит лежала в кардиологическом отделении [REDACTED] Во время нахождения в больнице продолжались постоянные приступы одышки при ходьбе и подъеме по лестнице, 3 раза были сильные приступы удушья вечером и ночью.

Во время приступов сатурацию в крови и пульс не измеряли. В покое сатурация и пульс были в норме, иногда пульс сидя превышал 90.

Выписка из кардиологического отделения – с. 34.

Спирография на приступе – с. 17.

Выписка из истории болезни № 1598/333

Ф.И.О. _____, 38 лет,

Находилась на лечении в кардиологическом отделении _____
по 23.04.2014г.

Диагноз основной: Синдром вегетативной дистонии, конституционного генеза, перманентно-пароксизмальное течение. Частые панические атаки с синдромом нейрогенной гипервентиляции.
Диагноз сопутствующий: Хронический аллергический риносинусит, обострение. Киста левой гайморовой пазухи? Аносмия неясного генеза. Проплап митрального клапана с гемодинамически незначимой недостаточностью. Неполная блокада правой ветви пучка Гиса. Гепатоптоз. Нефроптоз II ст. справа. ДУЦЖ 1ст по ВОЗ. Эутиреоз.

Результаты обследования:

ОАК	Л·10 ⁹	Эр·10 ¹²	Гр·10 ⁹	Гем.г/л	Э	П	С	Л	М	СОЭ мм/час
10.04	5,9	4,24	219	127	5	1	60	29	5	9
21.04	6,9	4,2	165	124	8	1	55	31	5	14

РМП – отрицательная № 5056

Биохимические анализы крови:

Глюкоза ммоль/л	4,7	Креатининкиназа МВ	31	Холестерин ммоль/л	4,83
Мочевая кислота ммоль/л	195,6	АЛТ мкмоль/л	20,7	Триглицериды ммоль/л	1,4
Мочевина ммоль/л	2,6	АСТ моль/л	21,2	хЛПВП ммоль/л	1,9
Креатинин мкмоль/л	89,0	Фибриноген г/л	2,9	хЛПНП ммоль/л	1,9
билирубин мкмоль/л	9,2	Нt	0,38	ЛПОНП ммоль/л	0,63
СКФ	65	СРБ	0	КА	1,5
Калий ммоль/л	3,9	ЛДГ	222,1	Кальций млМмоль	2,6
Натрий ммоль/л	136	ГГТ	26,0	Общий белок,г/л	66

ТТГ - 3,68 мкМЕ/л (N 0,23-3,4) свТ₄ - 15,9 пМ/л (N 10,0-23,2)

ЭХО - КГ (09.04.14)

АО	ЛП	ПЖ	КДР	КСР	ТЗСЛЖ	МЖП	Боковая стенка ПЖ	УО	ФВ	ВУЛА	ИММ
3,1	2,8	2,6	4,2	2,6	1,0	0,9	0,4	53	67		78

Расчетное давление в ПЖ-19 мм рт ст.

МК- прогиб створок в полость ЛП до 0,3-0,4см(подклапанная регургитация в ЛП)

Заключение: Проплап митрального клапана 1 ст.

В динамике (от 15.04.14):КДР-4,5см, КСР-2,6см, УО-69мл, ФВ 72%. Свежих вегетаций на клапанах нет. Зон акинезии нет. Выброс 0,91м/с, наполнение-0,82/0,48- не изменены.

Минимальная регургитация на АВ-клапанах. Расчетное давление 23 мм рт ст. **Заключение:**

Проплап МК с гемодинамически незначимой недостаточностью.

ЭКГ: Синусовый ритм с ЧСС 70 в минуту. ЭОС отклонена вправо. Неполная блокада правой ветви пучка Гиса. Умеренные нарушения процессов реполяризации в миокарде ЛЖ.

Рентген ОГК от 10.04.14: Патологии в легких и средостении не выявлено.

R-гр ППН от 18.04.14: Синусит. Киста левой гайморовой пазухи?

УЗИ ОБП: Гепатоптоз. Нефроптоз II ст. справа.

УЗИ щитовидной железы: Патологии не выявлено.

Спирография: неинформативна (пациенткой выполняется неверно).

Консультация специалистов:

Лор: Аносмия неясного генеза. Хронический аллергический ринит, ст неполной ремиссии.

Рекомендовано: консультация аллерголога, пульмонолога, к лечению - авамис 1 дозе в каждый носовой ход 1р/д, гленцет 1т 1р/д №5

Доцент кафедры психиатрии

: Тревожно-вегетативный синдром.

Рекомендовано: Атаракс 25 мг до 50 мг в сут (большая доза во второй ½ дня), дышать в пакет

Гинеколог: Наружный эндометриоз? Оральная контрацепция 7 лет.

Невролог: Синдром нейрогенной гипервентиляции на фоне вегетативной дистонии.

Эндокринолог: ДУЩЖ 1ст по ВОЗ. Эутиреоз.

Консилиум в составе главного врача

зам главного врача

заведующих терапевтическим отделением

, и.о. заведующей неврологическим

отделением

, и.о. заведующей кардиологическим отделением

Объективных данных за миокардит, ТЭЛА, ХОБЛ, бронхиальную астму в настоящее время нет.

Пульмонолог, (кафедра госпитальной терапии ИГМУ)

: Учитывая отсутствие

объективных данных, сомнительные изменения на спирографии, в настоящее время клинико-лабораторных данных за бронхиальную астму, ХОБЛ нет. Выставлен Диагноз: Синдром нейрогенной гипервентиляции на фоне вегетативной дистонии.

Психическое расстройство?

- ❑ Нет эффекта атаракса, на феварин ухудшение.
- ❑ Клиника существенно отличается от эпизода депрессии в 1998 году.
- ❑ Психиатр, наблюдавший ранее пациентку, расценил тревожные симптомы вторичными при соматическом заболевании.
- ❑ Одышка преимущественно при физической нагрузке, ночью заставляет присаживаться.
- ❑ Сердцебиения без заметной тревоги, внезапное начало и окончание.

02.06.2014. Выписана с больничного «к труду». Т.к. мое состояние не позволяет мне пока ходить на работу (очень тяжело подниматься по лестницам, работаю на 4 этаже), временно договорилась с начальником о работе на дому (работаю за компьютером).

С начала июня начала измерять сатурацию кислорода в крови на приступах одышки (появился прибор). Сатурация при подъеме по лестнице падает до 90-92%, при ходьбе до 93-93%. Ночью во время приступов удушья сатурация опускалась до 94%. В покое содержание кислорода в крови 98-99%. Во время одышки стараюсь дышать ровно, не паникую, не переживаю. В последнее время не сразу замечаю, что появилась одышка.

1A2005 Бронхомоторный тест (БМТ) с бронходилататором (спирография)

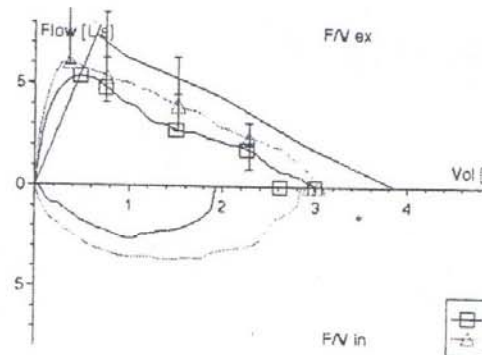
Дата проведения исследования: 07/06/2014

Аппарат: Master Lab Pro

Бронхомоторный тест с бронхолитиком

Дата формирования заключительного протокола: 07/06/2014

	Pred	Act1	%1/P	A2	%2/P	(2-1)/P*1	(2-1)/1*1
VC IN	3.89	3.17	81.5	3.32	85.4	3.99	4.90
IC	2.78	2.28	81.8	2.69	96.8	14.96	18.29
ERV	1.18	0.93	78.3	0.63	53.3	-25.03	-31.97
FEV 1	3.36	2.61	77.7	2.94	87.3	9.64	12.40
FVC	3.87	3.00	77.4	3.04	78.4	0.93	1.20
FEV1%M	81.88	81.63	99.78	88.44	108.0	8.31	8.34
PEF	7.38	5.36	72.7	6.06	82.1	9.42	12.97
FEF 25	6.29	4.79	76.1	5.33	84.8	8.66	11.37
FEF 50	4.50	2.72	60.6	3.94	87.6	27.04	44.64
FEF 75	2.00	1.79	89.8	2.36	118.2	28.49	31.73
MMEF	3.82	2.68	70.3	3.67	96.1	25.77	36.64
FET		3.36		1.25			-62.88
FETPEF		0.09		0.06			-33.71



Субстанция: вентолин 400 мкг.

Заключение:

Объемная скорость форсированного выдоха снижена умеренно. Скоростные показатели форсированной ЖЕЛ в норме. Жизненная емкость легких в норме. Индекс Тиффно в норме. Умеренные НПДП. Индекс бронходилатации составил: 12,4 %. Тест положительный.

Врач: Бутырина И. В. (врач высшей категории)

1A2011 БМТ с ФН (спирография)

Дата проведения исследования: 14/05/2014

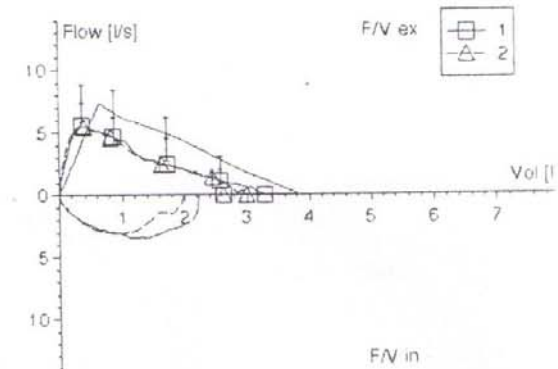
Аппарат: MasterScreen Pneumo

Бронхомоторный тест с физической нагрузкой

Дата формирования заключительного протокола: 14/05/2014

	Pred	Act1	%(A1/P)
VC IN	3.89	3.14	80.8
IC	2.78	2.25	80.8
ERV	1.18	1.19	100.6
FEV 1	3.36	2.63	78.3
FVC	3.87	3.29	84.9
FEV1%M	81.88	76.61	93.6
PEF	7.38	5.59	75.7
FEF 25	6.29	4.66	74.1
FEF 50	4.50	2.44	54.2
FEF 75	2.00	1.11	55.5
MMEF	3.82	2.14	56.2
FET		2.85	
FETPEF		0.06	

исходная спирометрия



проведение теста с физической нагрузкой (бег)

	1	%(1/P)	2	%(2/P)	(2-1)/1*1	3	%(3/P)	(3-1)/1*1
FEV	12.63	78.3	2.63	78.3	0.04			

Субстанция: физическая нагрузка.

Заключение:

Объемная скорость форсированного выдоха снижена умеренно. Скоростные показатели форсированной ЖЕЛ снижены легко. Жизненная емкость легких условная норма. Индекс Тиффно в норме. Умеренные НПДП.

Снижения показателей. Субъективные ощущения: ноющие боли в области сердца. Оценка теста: отрицательный.

Врач: Гаврилина Н.В. (врач первой категории)

664046, г.Иркутск
Ул.Байкальская, 120
Тел. 8(3952) 28-06-28

Консультация пульмонолога высшей категории, д.м.н.,



Дата – 21.08. 2014

Иванова В.А., 38 лет

Диагноз – Острый миокардит, сердечная недостаточность II ФК, пароксизмальная предсердная тахикардия.
Бронхиальная астма, неуточненная, дебют. ДНО
Персистирующий ринит, среднетяжелое течение, ст. неполной ремиссии.

Рекомендовано:

1. Беклазон эко 250 мкг по 1 дозе 2 раза в сутки, после использования полоскать рот в течение последующих 2-х месяцев, затем повторная консультация для решения вопроса о коррекции терапии.
2. Беродуал в ДАИ по 1 дозе по потребности
2. Авамис 27,5 мкг по 2 дозы 1 раз в сутки в течение следующих 2-х месяцев.
3. Нитроглицерин по потребности.
4. Продолжить титрацию Эналаприла под контролем АД.

Врач

A handwritten signature in blue ink, likely belonging to the consulting physician.

Бронхиальная астма?

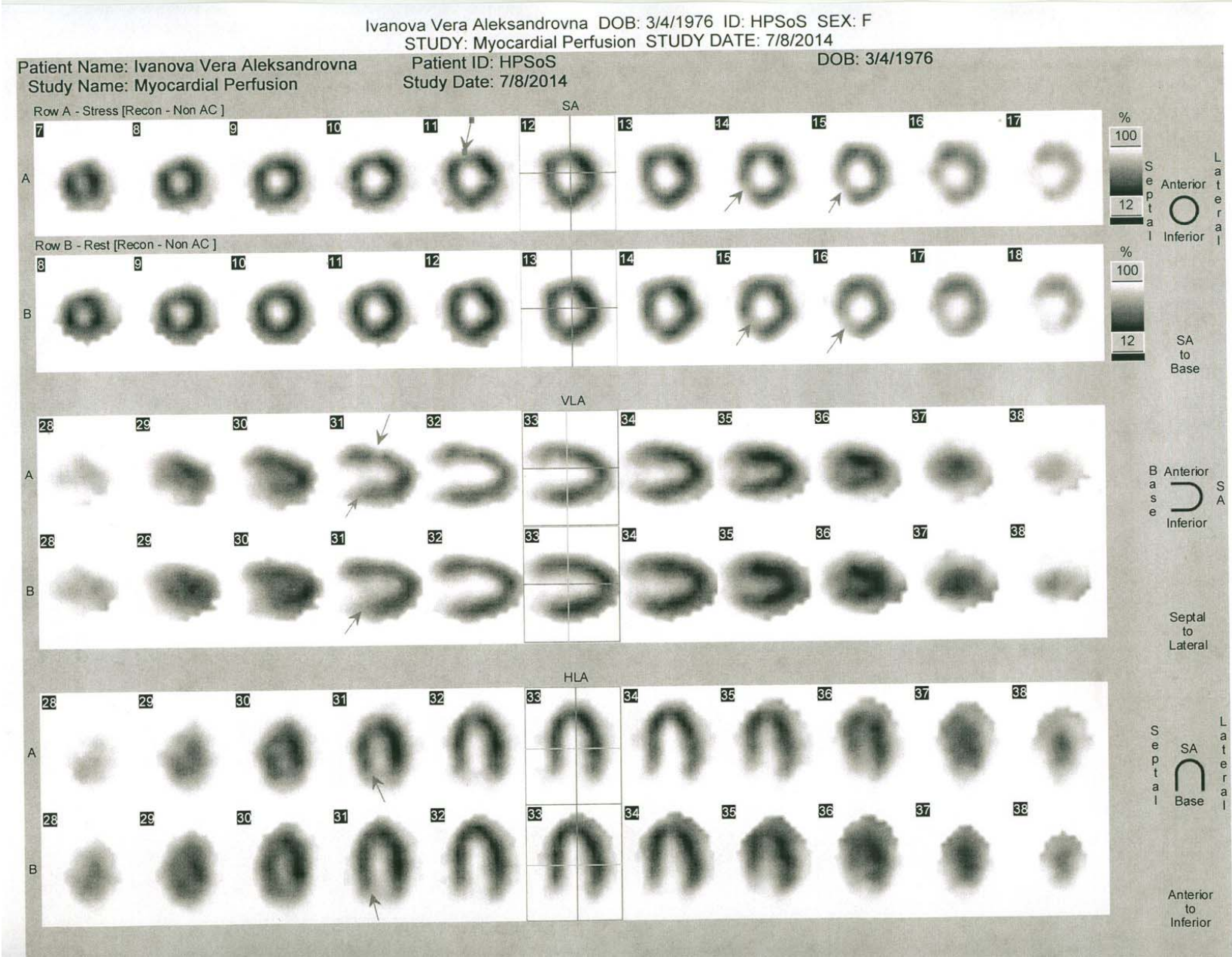
- Обратимая легкая обструкция при тесте с вентолином.
- Не объясняет одышки при нагрузке, которая не снизила скорость потока воздуха на выдохе.
- Нет эффекта беродуала.

Холтеровское мониторирование



19.06.2014

Сцинтиграфия миокарда



Эффект нитроглицерина

- «Сегодня удалось замерить пройденное с нитроглицерином расстояние... Результат такой: **58 м** прошла без нитроглицерина **3,5 км** прошла с нитроглицерином (средний пульс 110/мин., максимальный пульс 134/мин.) - ходила около часа, пока совсем не устала, но одышка так и не появилась»

Миокардит

- ❑ Связь с вирусной инфекцией.
- ❑ Одышка и утомляемость связана с физической нагрузкой.
- ❑ Появление предсердной тахикардии с АВ блокадой.
- ❑ Стойкие нарушения перфузии при сцинтиграфии.
- ❑ Повышение **NT-proBNP**.
- ❑ Снижение SpO₂ при одышке.
- ❑ Отличный эффект нитроглицерина (вазоспазм?).

Трудно объяснимые симптомы требуют надежной лабораторной верификации и совместной работы интерниста и психиатра.