**УДК: 616.12-008.46-036.12-07**

**К.Е.АБУБАКИРОВА**
*Городская поликлиника №6 г. Тараз*

**КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ**

*Определена этиология хронической сердечной недостаточности. Хронической сердечной недостаточностью чаще страдают мужчины; женщины с хронической сердечной недостаточностью были старше. Артериальная гипертензия и ишемическая болезнь сердца были наиболее распространенными причинами хронической сердечной недостаточности.*
***Ключевые слова:*** *хроническая сердечная недостаточность, этиология, клиническое течение.*

Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) является одним из самых распространенных, прогрессирующих и неблагоприятных заболеваний сердечнососудистой системы [1]. ХСН – заболевание с комплексом характерных симптомов (одышка, утомляемость и снижение физической активности, отеки и др.), которые связаны с неадекватной перфузией органов и тканей в покое или при нагрузке и часто с задержкой жидкости в организме [2]. Первопричиной является ухудшение способности сердца к наполнению или опорожнению, обусловленное повреждением миокарда, а также дисбалансом вазоконстрикторных и вазодилатирующих нейрогуморальных систем. [3, 4]. ХСН – самая частая причина госпитализации пожилых; пятилетняя выживаемость больных ХСН: менее 50%; в случае тяжелой ХСН половина пациентов умирают в течение первого года; ХСН снижает качество жизни на 80% [5].

**Цель работы -** выявление этиологических факторов ХСН.

**Материал и методы исследования.** Обследовано 116 больных ХСН, из них 45 женщин (средний возраст 52,2±15,1 года) и 71 мужчин (средний возраст 51,1±15,2 года). Установление диагноза ХСН проводилось путем проверки соответствия критериям NYHA [1, 2]: наличие одышки, фракция выброса (ФВ) левого желудочка (ЛЖ)<50%, назначение диуретиков по любой причине, данные, подтверждающие поражение миокарда, по результатам инструментального исследования, диагноз ХСН в анамнезе (в течение последних 3 лет). Всем больным выполнялись: общеклиническое обследование, общий анализ крови и мочи, биохимический анализ крови, электро- и эхокардиография. Обработка результатов осуществлялась методами дескриптивной статистики с вычислением средних величин и их стандартных отклонений (M±m). Статистическая значимость различий средних величин (p) определялась с помощью критерия Стьюдента, критический уровень значимости принят равным 0,05.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Причинами обращения больных к врачу послужили ухудшение течения основного заболевания или ХСН (47,1% больных), первое проявление ХСН (28,8%), плановое обследование (7,2%), или прочее (16,9%). У больных ХСН выявлена артериальная гипертензия (АГ) в 70,7% случаев, стенокардия - 67,4%, инфаркт миокарда (ИМ) (в т.ч. постинфарктный кардиосклероз) - 36,8%, сахарный диабет (СД) - 8,5%, инсульт - 5%, миокардиты - 1,6%, кардиомиопатии - 1,5%, клапанные пороки - 0,7%. В анамнезе достаточно часто встречались нарушения ритма и проводимости: пароксизмы мерцательной аритмии (МА) - 10,9% больных, постоянная форма МА - 8,7%, атриовентрикулярная блокада - 1,6%, желудочковые экстрасистолии - 12%, пробежки желудочковых тахикардий - 0,6%, фибрилляция желудочков - 0,2%. Жалобы, предъявляемые пациентами, были достаточно типичными: одышка при большой нагрузке - 29,5%, при обычной нагрузке - 63,4%, в покое - 6,6%. Не предъявляли жалобы на одышку лишь 0,5% больных ХСН. Сердцебиение отмечалось у 25,2%, кашель - у 6,9%, приступы сердечной астмы зарегистрированы у 6,2% пациентов.

При объективном обследовании выявлены следующие симптомы ХСН: вынужденное положение в постели (с приподнятым головным концом - 12,2%, сидя - 1,3%); набухание шейных вен - 3,3%; пастозность стоп - 10,5%, отеки стоп и голеней - 7,8%, асцит - 0,4%, анасарка - 0,3%; увеличение печени - 7,5%; хрипы в легких - 14,1%; акцент II тона над легочной артерией - 0,3%; ритм галопа - 0,1%. Невысокая частота обнаружения отеков связана с тем, что пациенты, у которых в анамнезе когда-либо выявлялись отеки, получали ранее адекватное назначение диуретиков. Частота сердечных сокращений (ЧСС) у большинства пациентов оставалась в пределах нормы, тахикардия - у 39,8%, брадикардия - у 2,3% больных. Среди пациентов, не принимающих лекарственные препараты, снижающие ЧСС (сердечные гликозиды и β-блокаторы), тахикардия наблюдалась у 51,2%, брадикардия - 1,5% больных. Среди пациентов, не принимающих антигипертензивные препараты, повышение АД наблюдалось в 81,5% случаев.

По данным электрокардиографии, нарушения ритма сердца отмечены у 39,5% пациентов; в том числе желудочковая экстрасистолия - у 17,9% и желудочковые пароксизмальные тахикардии - у 0,4%. Признаки гипертрофии ЛЖ установлены у 40%; правого желудочка - у 0,3%; предсердий - у 1% больных. Атриовентрикулярные блокады выявлены у 4,4% пациентов ХСН, из них с 1-й степенью - 3,9%, 2-й степенью - 0,1%, 3-й степенью - 0,5%.

Эхокардиография выявила значительные отклонения в состоянии сердца у больных ХСН: изменения отделов сердца у 55,7% больных, из них гипертрофия ЛЖ у 31,6%; аневризма сердца - 12,2%; митральная регургитация - 78,7%; тромб ЛЖ - у 1,9%. Наличие систолической дисфункции ЛЖ с ФВ менее 50% установлено только у 27,2% пациентов ХСН. Данный факт указывает на то, что существенную роль в генезе ХСН у пациентов может играть диастолическая дисфункция.

Изменения в общем анализе крови были обнаружены у 21,7% больных с ХСН, в общем анализе мочи - у 19,3% (в т.ч. наличие белка в моче - у 12,3%). В биохимическом анализе крови выявлено следующее: гиперкалиемия, изменения углеводного, липидного и азотистого обмена (последние связаны с нарушением функционального состояния почек при ХСН). Среди пациентов с гиперкалиемией 27,0% из них имели заболевания почек, тогда как среди больных с нормальным содержанием

калия в крови - 12,5%. Среди пациентов, у которых обнаруживался белок в моче, 31,8% имели заболевания почек, а среди больных без белка в моче - 6,1%.

Среди больных ХСН преобладают пациенты со II и III функциональным классом ХСН (34,2% и 32,4%, соответственно). I ФК установлен у 27,7% пациентов. Тяжелая ХСН (IV ФК) диагностирована у 5,7% больных.

Проведенное обследование позволило установить основные этиологические факторы ХСН: на 1-х местах по распространенности находятся АГ - у 73,4% больных и стенокардия - у 66,0% пациентов. Далее следуют инфаркт миокарда (11,2%), сахарный диабет (10,2%), прочие заболевания сердца (8,0%). Доля редко встречающихся нозологических форм, таких, как кардиомиопатии (3,6%), миокардиты (2,2%), перикардиты (1,0%), эндокардиты (0,25%) после углубленного обследования возросла в 2 раза, по сравнению с данными анамнеза. Этот факт подчеркивает необходимость применения современных методов исследования у всех больных ХСН.

Для основных этиологических факторов ХСН выявлены как возрастные, так и половые различия. Среди больных, страдающих стенокардией, мужчины составили 64,3%, кардиомиопатиями - 89,5%, миокардитами - 63,9%, сахарным диабетом - 45,5%. Среди пациентов ХСН, перенесших инфаркт миокарда, мужчин было 69,5%. Половая структура артериальной гипертензии и клапанных пороков оказалась одинаковой.

Таким образом, ХСН более распространена у мужчин, которые в среднем моложе женщин с ХСН. Главными причинами развития ХСН являются АГ и ишемическая болезнь сердца. Одышка является наиболее типичной жалобой больных ХСН. Из объективных симптомов наиболее частыми являются отеки (20%). Невысокая частота обнаружения отеков связана с тем, что все пациенты, у которых в анамнезе когда-либо выявлялись отеки, получали ранее адекватное назначение диуретиков. Среди больных преобладают пациенты со II и III функциональным классом ХСН, это связано как с особенностями контингента больных, так и с гиподиагностикой I функционального класса.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Мареев В.Ю., Агеев Ф.Т., Арутюнов Г.П., Коротеев А.В., Ревишвили А.Ш. Национальные рекомендации ВНОК и ОССН по диагностике и лечению ХСН (третий пересмотр) // Журнал СН. - 2009. - Т. 10. - №2. - С. 64-106.

2 Малинова Л.И., Силина Т.С. Возможности оптимизации диагностики хронической сердечной недостаточности у пациентов старческого возраста // Российский кардиологический журнал. - 2011. - № 3. – С. 16-20.

3 Савина Н.М., Александрова А.Ю. Эволюция подходов к лечению хронической сердечной недостаточности // Кремлевская медицина. Клинический вестник. - 2010. - № 2. - С. 33-37.

4 Бердников С.В., Вишневский В.И. и др. Особенности амбулаторного лечения и самоконтроля пациентов, госпитализированных с острой декомпенсацией ХСН // Ученые записки Орловского гос. университета. - Серия: Естественные, технические и мед. науки. – 2012. - № 3. – С. 175-177.

5 Juillière Y, Jourdain P, Suty-Selton C, Béard T. et al. Therapeutic patient education and all-cause mortality in patients with chronic heart failure: A propensity analysis // Int J Cardiol. 2012 Oct 6. pii: S0167-5273(12)01136-9.

**К.Е.ӘБУБӘКІРОВА**

*№6 Тараз қалалық емханасы*

СОЗЫЛМАЛЫ ЖҮРЕК МҮКІСІНІҢ КЛИНИКАЛЫҚ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ

**Түйін:** Мақалада созылмалы жүрек жеткіліксіздігінің этиологиясы анықталды. Созылмалы жүрек жеткіліксіздігімен көбіне ер адамдар ауырады; созылмалы жүрек жеткіліксіздігіне шалдыққан әйелдердің жасы едәуір жоғары. Артериялық гипертензия және жүректің ишемиялық ауыруы созылмалы жүрек жеткіліксіздігінің кең тараған себептерінің бірі болды.

**Түйінді сөздер**: созылмалы жүрек мүкісі, этиология, клиникалық ағым

**K.E.ABUBAKIROVA**

*City out-patient department No. 6 of Taraz city*

CLINICAL FEATURES OF A CHRONIC HEART FAILURE

**Resume:** As a result of studying of clinical features of a chronic heart failure it is taped that the disease is more widespread at men who are on the average younger than women. The main reasons of development are arterial hypertension and coronary heart disease. The dyspnea is the most typical complaint of patients. From objective symptoms the most frequent are the edemas taped at 20% of patients. Among patients with II prevail and the III functional class of a chronic heart failure, it is bound both to features of the contingent of patients, and to hypo diagnostics of the I functional class.

**Keywords:** chronic heart failure, etiology, clinical current