

КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ С СОХРАНЕННОЙ И ПРОМЕЖУТОЧНОЙ ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА

©Ф. Ш. Кадырова, М. Э. Рахимова

Ташкентская медицинская академия, Узбекистан

РЕЗЮМЕ. Целью исследования стало изучение клинических признаков хронической сердечной недостаточности у пациентов с сохраненной (СНсФВ) и промежуточной (СНпФВ) фракцией выброса левого желудочка.

Материал и методы. В исследование были включены 129 пациентов с ХСН. Средний возраст больных составил (69,2±11) лет, мужчин было 63,2 %. ХСН развивалась на фоне гипертонической болезни в 88 % случаев, ИБС – в 76 % случаев, кардиомиопатии – в 9 % случаев. Больные были поделены на три группы в зависимости от уровня ФВ ЛЖ: 1 группу составили 36 больных с низкой ФВ ЛЖ (СНнФВ), 2 группу – 33 пациента с промежуточной ФВ ЛЖ (СНпФВ), 3 группу – 60 больных с сохраненной ФВ ЛЖ (СНсФВ).

Результаты. Результаты исследования показали, что количество пациентов старше 60 лет составило 91,4 %, 74,3 %, 62,1 % соответственно по группам. Гипертоническая болезнь отмечалась у 78 %, 85,6 %, 92,6 % соответственно. Метаболический синдром был выявлен в 1 группе у 18 %, во 2 группе – у 31 %, в 3 группе – у 38 % больных. Наличие сахарного диабета II типа наблюдалось у 22,8 %, 32,7 %, 41,4 %; постинфарктный кардиосклероз отмечался у 82,3 %, 70,6 %, 21,4 % соответственно по группам. Частота сердечных сокращений более 90 ударов в 1 мин. при госпитализации наблюдалась у 41,4 %, 33,6 %, 17,5 %. Фибрилляция предсердий регистрировалась у 39,3 %, 40,9 %, 24,8 % соответственно по группам, гипертрофия левого желудочка по ЭКГ в 93,7 %, 96,2 %, 80,2 % случаях соответственно. Дилатация ЛЖ по эхокардиографии отмечалась в 88,4 %, 60,9 %, 8,2 % случаях соответственно распределенным группам.

Выводы. Результаты исследования показали, что в группе больных с ХСНпФВ преобладали лица более молодого возраста и мужского пола. Данная группа отличалась от других групп тем, что у этих больных показатели были ближе к группе пациентов СНнФВ и отличалась от группы с СНсФВ: у них реже встречалась гипертоническая болезнь, чаще – постинфарктный кардиосклероз, тахикардия при поступлении, дилатация левого желудочка и фибрилляция предсердий.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: хроническая сердечная недостаточность; фракция выброса.

Вступление. Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) признана значимой социально-экономической проблемой современной медицины в виду непрерывного роста ее распространенности, частых повторных госпитализаций и высокого уровня смертности [1, 4, 5].

Сердечная недостаточность (СН) – синдром, обусловленный снижением функции сердца, которая приводит к дисбалансу между его возможностями и гемодинамической потребностью организма [2, 6, 7].

По эпидемиологическим данным, уровень заболеваемости и смертности среди больных ХСН на сегодняшний день остается достаточно высоким. В 2016 году в Узбекистане количество больных с впервые диагностированными заболеваниями сердечно-сосудистой системы достигло 532 015, заболеваемость на 100 000 населения составила 22 255 человек. По официальным данным в 2016 году в нашей Республике смертность от заболеваний сердечно-сосудистой системы составляла 89 734 человек, что составляет 61,6 % от всех смертельных случаев (институт здоровья и медицинской статистики, 2016) за этот год. Проведенные реформы и улучшение жилищно-бытовых условий населения в период независимости привело к удлинению средней продолжительности

жизни от 67 до 73 лет. Но это явилось причиной увеличения количества больных хронической систолической и диастолической сердечной недостаточностью [4].

На данный период одинаковый подход к лечению и тактике ведения всех пациентов с ХСН показал свою несостоятельность. Как видно, популяция больных с ХСН неоднородна, поэтому для более точного успеха снижения количества смертности и госпитализации требуется индивидуальный подход к каждому пациенту [3, 4].

Одним из ключевых индикаторов тяжести дисфункции миокарда у пациентов с ХСН является величина глобальной фракции выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ), характеризующая его сократительную способность [3].

С 2016 года выделяют 3 формы: СН с низкой (ФВ ЛЖ <40 %) – СНнФВ, промежуточной (ФВ ЛЖ в пределах 40–49 %) – СНпФВ, и сохраненной (ФВ ЛЖ >50 %) – СНсФВ. ФВ является одним из ключевых показателей гемодинамики при СН и имеет большое прогностическое значение: чем меньше ФВ, тем хуже прогноз. За последнее время в нескольких крупных клинических исследованиях наблюдались больные СНсФВ и не имевшие иной патологии со стороны сердца, например, клапанных нарушений или заболеваний перикарда.

Огляди літератури, **оригінальні дослідження**, погляд на проблему, випадок з практики, короткі повідомлення

Больные СНпФВ определяются, как имеющие «промежуточную» ФВ ЛЖ и, по всей видимости, их следует отнести к категории пациентов с незначительной систолической дисфункцией. Как известно, в патогенезе ХСН играют роль как традиционные кардиальные факторы, так и чрезмерная активация нейрогуморальных систем, которая может приводить к гипертрофии миокарда, ремоделированию миокарда и сосудов, развитию гибернации миокарда, систолической и диастолической дисфункции левого желудочка [7, 8]. В литературе имеются данные об изменении при ХСН концентрации норадреналина, адреналина, ангиотензина II (А-II), натрийуретических пептидов, вазопрессина, эндотелиальных факторов релаксации (NO, эндотелиального фактора гиперполяризации, простаглицина, брадикинина) и констрикции (эндотелины 1, 2, 3; эндопероксид-тромбоксан-А₂; супероксид-анион); опухолевого некротизирующего фактора и т. д. При СНпФВ 2/3 ЭЭС причиной является ИБС, часто в сочетании с АГ и СД. Комбинация ИБС и АГ встречается у 50 % больных, другие причины – предшествующие вирусные инфекции, злоупотребление алкоголем, химиотерапия (доксорубин или трансструзумп) и ДКМП. Пороки сердца, миокардиты относятся к более редким причинам. Главная причина СНсФВ – АГ и заболевания, снижающие податливость миокарда в желудочках (болезни накопления, ИБС, возрастной фиброз, ожирение). Такие пациенты чаще встречаются среди женщин с ожирением, чаще выявляется АГ и ФП, реже ИБС. Причины СНпФВ в настоящее время не детализированы, но предполагается, что это преимущественно те же состояния, что и при СНпФВ [4,5]. В связи с распространённостью, ХСН в современном мире достигла масштабов эпидемии, причем ХСН с сохраненной и промежуточной фракциями выброса (СНспФВ) левого желудочка (ЛЖ) встречается по меньшей мере в 50 % всех случаев [6, 8].

Цель – оценить клиническое значение особенности течения хронической сердечной недостаточности (ХСН) у пациентов с сохраненной

(ХСН-сФВ) и промежуточной (ХСН-пФВ) фракцией выброса левого желудочка.

Материал и методы. В исследование были включены 129 пациентов с ХСН. Средний возраст больных составил (69,2±11) лет, мужчин было 63,2 %. ХСН развивалась на фоне гипертонической болезни в 88 % случаев, ИБС – в 76 % случаев, кардиомиопатии – в 9 % случаев. Больные были поделены на три группы в зависимости от уровня ФВ ЛЖ: 1 группу составили 36 больных с низкой ФВ ЛЖ – СНпФВ, 2 группу – 33 пациента с промежуточной ФВ ЛЖ – СНпФВ, 3 группу – 60 больных сохранной ФВ ЛЖ – СНсФВ.

Результаты и их обсуждение. Результаты исследования показали, что пациенты старше 60 лет составляли 91,4 %, 74,3 %, 62,1 % соответственно по группам. Гипертоническая болезнь отмечалась у 78 %, 85,6 %, 92,6 % соответственно. Метаболический синдром в 1 группе был выявлен у 18 %, во 2 группе – у 31 %, в 3 группе – у 38 % больных. Наличие сахарного диабета II типа наблюдалось у 22,8 %, 32,7 %, 41,4 %; постинфарктный кардиосклероз отмечался у 82,3 %, 70,6 %, 21,4 % соответственно по группам. Частота сердечных сокращений более 90 ударов в 1 мин при госпитализации наблюдалась у 41,4 %, 33,6 %, 17,5 %. Фибрилляция предсердий регистрировалась у 39,3 %, 40,9 %, 24,8 % соответственно по группам, гипертрофия левого желудочка по ЭКГ – в 93,7 %, 96,2 %, 80,2 % случаев соответственно. Дилатация ЛЖ по эхокардиографии отмечалась в 88,4 %, 60,9 %, 8,2 % случаев соответственно распределенным группам.

Заключение. Как показали результаты исследования, в группе больных с ХСНпФВ преобладали лица более молодого возраста и мужского пола. Данная группа отличалась от других тем, что у этих больных показатели были ближе к группе пациентов СНпФВ и отличалась от группы с СНсФВ: у них реже встречалась гипертоническая болезнь, чаще определялись постинфарктный кардиосклероз, тахикардия при поступлении, дилатация левого желудочка и фибрилляция предсердий.

ЛИТЕРАТУРА

1. Хроническая сердечная недостаточность / ред. Ф. Т. Агеев, Г. П. Арутюнов, Ю. Н. Беленков. – М.: Гэотар – Медиа, 2010. – Гл. 1– С. 7–77.
2. Напалков Д. А. Хроническая сердечная недостаточность: смещение фокуса на начальные стадии заболевания / Д. А. Напалков, В. А. Сулимов, Н. М. Сеидов // Лечащий врач. – 2008. – № 4. – С. 58–60.
3. Сотникова М. Ю. Кардиология 2-е издание / М. Ю. Сотникова ; под ред. Е. В. Шляхто. – М.: Гэотар – Медиа, 2019. – Глава 24. – С. 691.

4. Аляви А.Л. Диагностика и лечение хронической сердечной недостаточности / А. Л. Аляви, У. К. Камилова, З. Д. Расулова. – Ташкент, 2016. – 196 с.
5. Ташкенбаева Э. Н. Особенности течения нестабильной стенокардии у больных хронической сердечной недостаточностью со сниженной фракцией выброса // Э. Н. Ташкенбаева, Ф. О. Хасанжанова, К. З. Абдуллаев // Наука и современное общество: взаимодействие и развитие. – 2018. – Т. 2, №. 1. – С. 34-36.
6. Связь тяжести хронической сердечной недоста-

Огляди літератури, **оригінальні дослідження**, погляд на проблему, випадок з практики, короткі повідомлення

точности от локализации острого инфаркта миокарда / Э. Н. Ташкенбаева, Ф. О. Хасанжанова, Д. Д. Хайдарова [и др.] // Наука и современное общество: взаимодействие и развитие. – 2018. – Т. 2, № 1. – С. 36–38.

Д. Х. Тогаев, Ф. Ш. Кадырова [и др.] // Вестник экстренной медицины. – 2013. – № 3. – С. 238–239.

7. Применение методов коррекции эндотелиальной дисфункции и пуринового обмена у больных с ишемической болезнью сердца / Э. Н. Ташкенбаева,

8. Ташкенбаева Э. Н. Влияние лозартана и небиволола на функцию эндотелия и уровень мочевого кислоты у больных с ишемической болезнью сердца и бессимптомной гиперурикемией / Э. Н. Ташкенбаева, Тогаев Д. Х. // Вісник проблем біології і медицини. – 2012. – Вип. 4, Т. 2 (97). – С. 118–122.

REFERENCES

1. Ageev, F.T., Arutiunov, G.P., & Belenkov, Yu.N. (Eds.). (2010). *Khronicheskaya serdechnaya nedostatochnost [Chronic heart failure]*. Moscow: GEOTAR-Media [in Russian].

2. Napalkov, D.A., Sulimov, V.A., & Seydov, N.M. (2008). Khronicheskaya serdechnaya nedostatochnost: smeshchenniy fokus na nachalnyye stadii zabolevaniya [Chronic heart failure: focus at the early stages of the disease]. *Lechashchiy vrach – Attending Physician*, (4), 58-60 [in Russian].

3. Shliakhto, E.V., & Sotnikova, M.Yu. (Eds.). (2019). *Kardiologiya [Cardiology]*. Moscow: GEOTAR-Media [in Russian].

4. Aliavi, A.L., Kamilova, U.K., & Rasulova, Z.D. (2016). *Diagnostika i lecheniye khronicheskoy serdechnoy nedostatochnosti [Diagnosis and treatment of chronic heart failure]*. Tashkent [in Russian].

5. Tashkenbaeva, E.N., Hasazhanova, F.O., & Abdulaev, K.Z. (2018). Osobennosti techeniya nestabilnoy stenokardii u bolnykh khronicheskoy serdechnoy nedostatochnostyu so snizhennoy fraktsiyey vybrosa [Specific features of unstable angina pectoris in patients with congestive heart failure with low ejection fraction]. *Nauka i sovremennoye obshchestvo: vzaimodeystviye i razvitiye – Science and Modern Society: Interaction and Development*, 2 (1), 34-36 [in Russian].

6. Tashkenbaeva, E.N., Hasazhanova, F.O., Haidarova, D.D., Togaeva, B.M., & Nasirova, Z.A. (2018). Svyaz tyazhesti khronicheskoy serdechnoy nedostatochnosti ot lokalizatsii ostrogo infarkta miokarda [Correlation between the heart failure's severity and localization of acute myocardial infarction]. *Nauka i sovremennoye obshchestvo: vzaimodeystviye i razvitiye – Science and Modern Society: Interaction and Development*, 2 (1), 36-38 [in Russian].

7. Tashkenbaeva, E.N., Togaev, D.G., Kadirova, F.Sh., Yusupov, Sh.Sh., Muranov, B.A. (2013). Primeneniye metodov korrektsii endotelialnoy disfunktsii i purinovogo obmena u bolnykh s ishemicheskoy boleznью serdtsa [Methods of correction of endothelial dysfunction and purine metabolism in patients with ischemic heart disease]. *Vestnik ekstreynoy meditsiny – Herald of Emergency Medicine*, (3), 238-239 [in Russian].

8. Tashkenbaeva, E.N., & Togaev, D.G. (2012). Vliyaniye lozartana i nebiivolola na funktsiyu endoteliiya i uroven mochevoy kisloty u bolnykh s ishemicheskoy boleznью serdtsa i bessimptomnoy giperurikemiyey [Losartan and nebiivolol impact on the endothelial function and level of urea acid in patients with ischemic heart disease and non-symptomatic hyperuricemia]. *Visnyk problem biologii i medytsyny – Bulletin of Problems of Biology and Medicine*, 2 (97), 118-122 [in Russian].

КЛІНІЧНИЙ ПЕРЕБІГ ХРОНІЧНОЇ СЕРЦЕВОЇ НЕДОСТАТНОСТІ ІЗ ЗБЕРЕЖЕНОЮ ТА ПРОМІЖНОЮ ФРАКЦІЄЮ ВИКИДУ ЛІВОГО ШЛУНОЧКА

©Ф. Ш. Кадірова, М. Є. Рахімова

Ташкентська медична академія, Узбекистан

РЕЗЮМЕ. Метою дослідження стало вивчення клінічних ознак хронічної серцевої недостатності у пацієнтів із збереженою (СНзФВ) і проміжною (СНпФВ) фракцією викиду лівого шлуночка.

Матеріал і методи. У дослідження були включені 129 пацієнтів з ХСН. Середній вік хворих склав (69,2±11) років, чоловіків було 63,2 %. ХСН розвивалася на тлі гіпертонічної хвороби у 88 % випадків, ІХС – у 76 % випадків, кардіоміопатії – в 9 % випадків. Хворі були поділені на три групи залежно від рівня ФВ ЛШ: 1 групу склали 36 хворих з низькою ФВ ЛШ (СНнФВ), 2 групу – 33 пацієнта з проміжною ФВ ЛШ (СНпФВ), 3 групу – 60 хворих зі збереженою ФВ ЛШ (СНзФВ).

Результати. Результати дослідження показали, що кількість пацієнтів старше 60 років склала 91,4 %, 74,3 %, 62,1 % відповідно по групах. Гіпертонічна хвороба відзначалася у 78 %, 85,6 %, 92,6 % відповідно. Метаболічний синдром був виявлений в 1 групі у 18 %, у 2 групі – у 31 %, в 3 групі – у 38 % хворих. Наявність цукрового діабету II типу спостерігалася у 22,8 %, 32,7 %, 41,4 %; постінфарктний кардіосклероз відзначався у 82,3 %, 70,6 %, 21,4 % відповідно по групах. Частота серцевих скорочень більше 90 ударів за 1 хв при госпіталізації спостерігалася у 41,4 %, 33,6 %, 17,5 %. Фібриляція передсердь реєструвалася у 39,3 %, 40,9 %, 24,8 % відповідно по групах, гіпертрофія лівого шлуночка за ЕКГ в 93,7 %, 96,2 %, 80,2 % випадках відповідно. Дилатація ЛШ на ехокардіографії відзначалася в 88,4 %, 60,9 %, 8,2 % випадків відповідно до розподілених груп.

Огляди літератури, **оригінальні дослідження**, погляд на проблему, випадок з практики, короткі повідомлення

Висновки. Результати дослідження показали, що в групі хворих з ХСНпФВ переважали особи більш молодого віку і чоловічої статі. Ця група відрізнялася від інших тим, що у цих хворих показники були ближчими до групи пацієнтів СНпФВ і відрізнялася від групи з СНзФВ: у них рідше зустрічалася гіпертонічна хвороба, частіше – постінфарктний кардіосклероз, тахікардія при надходженні, дилатація лівого шлуночка і фібриляція передсердь.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: хронічна серцева недостатність; фракція викиду.

THE CLINICAL COURSE OF CHRONIC HEART FAILURE WITH PRESERVED AND INTERMEDIATE LEFT VENTRICULAR EJECTION FRACTION

©F. Sh. Kadyrova, M. E. Rakhimova

Tashkent Medical Academy, Tashkent, Uzbekistan

SUMMARY. The aim of the study was to evaluate the clinical features of chronic heart failure (CHF) course in patients with preserved (CHF-pEF) and intermediate (CHF-intEF) left ventricle ejection fraction (LVEF).

Material and Methods. The study included 129 patients with CHF. The average age was (69.2±11) years, men 63.2 %. CHF developed on the background of hypertension in 88 %, CHD – in 76 %, cardiomyopathy – in 9 % of cases. Patients were divided into three groups: group 1 comprised 36 patients with low LVEF – CHF-pEF, group 2 – 33 patients with intermediate LVEF – CHF-pEF, and group 3 of 60 patients with preserved LVEF – CHF-intEF.

Results. Patients older than 60 years were 91.4 %, 74.3 %, 62.1 %, respectively, in the groups. Hypertension was observed in 78 %, 85.6 %, 92.6 %, respectively. Metabolic syndrome was detected in group 1 in 18 %, in group 2 – in 31 %, in group 3 – in 38 % of patients. The presence of type II diabetes was observed in 22.8 %, 32.7 %, 41.4 %; postinfarction cardiosclerosis was observed in 82.3 %, 70.6 %, 21.4 %, respectively, in the groups. A heart rate of more than 90 beats per 1 min during hospitalization was observed in 41.4 %, 33.6 %, 17.5 %. Atrial fibrillation was recorded in 39.3 %, 40.9 %, 24.8 %, respectively, in groups, left ventricular hypertrophy by ECG in 93.7 %, 96.2 %, 80.2 % of cases, respectively. LV dilatation by echocardiography was observed in 88.4 %, 60.9 %, 8.2 % of cases, respectively, in groups.

Conclusions. The group with CHFpEF predominated with people of a younger age and male in the study. This group differed from other groups in that in these patients the indicators were closer to the group of patients with CHF-pEF and differed from the group with CHF-intEF: they were less likely to have hypertension, more often postinfarction cardiosclerosis, tachycardia upon admission, dilatation of the left ventricle and atrial fibrillation.

KEY WORDS: chronic heart failure; ejection fraction.

Отримано 28.10.2019