

УДК 616.1 (075.8).

*Касимова Нурхон Джураевна, доцент.,  
Артикова Сожидахон Гулямджановна, доцент.,  
Юлдашев Рафикжан Нуманович, доцент.*

*Кафедра пропедевтика внутренних болезней  
Андижанский государственный медицинский институт*

## **ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ**

**Резюме:** Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) – клинический синдром с типичными жалобами (одышка, утомляемость, отеки ног) и проявлениями (высокое давление в яремных венах, отеки ног, хрипы в легких), вызванный структурными и/или функциональными изменениями сердца, которые привели к сниженному сердечному выбросу и/или повышенному внутрисердечному давлению в покое или при нагрузке.

**Ключевые слова:** сердечная недостаточность, диагностика, лечения.

*Kasimova Nurkhon Dzhuraevna, associate professor.,  
Artikova Sozhidakhon Gulyamdzhanovna, associate professor,  
Yuldashev Rafikzhan Numanovich, associate professor.*

*Department of Propedeutics of Internal Medicine  
Andijan State Medical Institute*

## **DIAGNOSTICS AND TREATMENT OF CHRONIC HEART FAILURE**

**Resume:** Chronic heart failure (CHF) is a clinical syndrome with typical complaints (shortness of breath, fatigue, leg edema) and manifestations (high pressure in the jugular veins, leg edema, wheezing in the lungs) caused by structural and / or functional changes in the heart, which led to a decreased cardiac output and / or increased intracardiac pressure at rest or during exercise.

**Key words:** heart failure, diagnosis, treatment.

**Введение.** Сердечная недостаточность характеризуется изменением структуры или функции сердца, ведущим к его неспособности доставлять кислород в соответствии с потребностью тканей, несмотря на нормальное давление наполнения[2,5].

В соответствии с современными международными рекомендациями хроническая сердечная недостаточность (ХСН) определяется как синдром, при котором у пациента имеются типичные жалобы (одышка, отеки ног, утомляемость) и симптомы (повышенное венозное югулярное давление, хрипы в легких, смещенный верхушечный толчок) в результате изменения структуры или функции сердца[1,6].

Сердечная недостаточность может проявляться как при сниженной, так и нормальной фракции выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ)[3]. Здесь и далее рассматривается ХСН только со сниженной ФВ ЛЖ как наиболее часто встречающийся вариант у больных после инфаркта миокарда[4].

**Цель исследования:** Изучить возможности дифференциальной диагностики и оптимального лечения хронической сердечной недостаточности в условиях городской поликлиники.

**Материал и методы исследования:** Проведено проспективное наблюдательное исследование пациентов, обратившихся в течение года к терапевту в поликлиники АОМПБ г.Андижана.

**Результаты исследования:** «Мягкие» критерии диагноза хронической сердечной недостаточности (ХСН) имели 29,8% пациентов от всего годичного приема кардиолога поликлиники. В результате обследования диагноз ХСН подтвержден в 50,3% случаев. У остальных пациентов, в том числе у 33,3% мужчин и 59,5% женщин, выявлены альтернативные причины жалоб: ХОБЛ (10,8%), гипотиреоз (9,2%), преходящая ишемия миокарда (9,2%), ожирение (10,3%), психогенные причины (4,3%), анемия (3,2%), аритмии (2,2%).

В 90,8% случаев дифференциальный диагноз ХСН завершен в условиях поликлиники и окружного диагностического клинического центра, и лишь 9,2% больных потребовалось дополнительное обследование в специализированном кардиологическом учреждении. Отсутствие возможности исследования мозгового натрийуретического пептида для скрининга, территориальная отдаленность и ожидание исследований в окружном клиническом центре способствовали увеличению сроков (в среднем до  $101,8 \pm 88$  дней) и стоимости обследования ( $8,03 \pm 2,1$  услуг диагностики на человека), а также выбыванию из исследования 36,1% пациентов с подозрением на ХСН.

Пациенты с верифицированной ХСН соответствовали по полу (равное число мужчин и женщин), этиологии, среднему функциональному классу NYHA ( $2,1 \pm 0,7$ ) и доле лиц с низкой фракцией выброса левого желудочка (44,1%) контингенту европейского регистра EuroHeart Failure survey, но отличались более молодым возрастом ( $64,8 \pm 10,6$  лет) и более высокой распространенностью артериальной гипертонии (74,2%), аналогично пациентам российского регистра ЭПОХА-О-ХСН.

Ингибиторы АПФ либо антагонисты рецепторов к ангиотензину II назначены 95%, рекомендованные  $\beta$ -адреноблокаторы — 91%, спиронолактон — 71%, диуретики - 90%, дигоксин - 27%, статины - 61% пациентов с ХСН. При ХСН с низкой ФВ ЛЖ целевые дозы иАПФ/АРАП и  $\beta$ -адреноблокаторов

достигнуты соответственно в 51% и 44%, не менее 50% от целевых доз - в 68%, целевая ЧСС - в 83% случаев, что потребовало добавления ивабрадина у 23% больных с синусовым ритмом. Осталось недостаточным применение пероральных антикоагулянтов, которые удалось назначить лишь 43,2% пациентов, имевших соответствующие показания.

**Вывод:** Достижению целевых доз основных рекомендованных препаратов препятствовали артериальная гипотония (39%), брадиаритмии

(17%), бронхообструкция (12%), гиперкалиемия (5%), облитерирующий атеросклероз артерий нижних конечностей (5%) и снижение скорости клубочковой фильтрации (2%). В среднем артериальное давление, калий и креатинин плазмы крови оставались в пределах нормы.

#### **СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:**

1.Атрощенко Е.С. Пациент с хронической сердечной недостаточностью и сохраненной систолической функцией левого желудочка // Сердечная недостаточность. 2007. - Т. 8, № 6 (44). - С. 297-300.

2.Кириченко А.А., Сметник В.П., Никулина Ж. С. Влияние заместительной гормонотерапии на артериальное давление и гемодинамику у больных с климактерическим синдромом. // Климактерий и постменопауза. 1998. №1. С. 12—15.

3.Подзолкова Н. М., Подзолков В. И., Можарова Л. Г., Хомицкая Ю. В. Гормональный континуум женского здоровья: эволюция сердечнососудистого риска от менархе до менопаузы // Журнал Сердце. 2004. -Т.3. -№ 6. - с. 276-279.

4.Cleland JG, Swedberg K, Follath F et al. The Euro Heart Failure survey programme a survey on the quality of care among patients with heart failure in Europe. Part 1: patient characteristics and diagnosis. // Eur Heart J.2003;24 (5):442-463.

5.Marsh M.S., Crook D., Whitecroft S. et al Effect of continuous combined estrogen and desogestrel hormone replacement therapy on serum lipids and lipoproteins. // Obstet. Gynecol. 1994. V. 83. P. 19-23.

6.Wiiting Group for the Women's Health Initiative Investigators. Risks and benefits of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal women.// JAMA 2002; 288(3): 321-3.