

lyudey v razlichnix vozrastnix gruppax. //WWW.MEDLINE.RU Stomatologiya, 8 avgusta 2012; 13: 641-649.

4. Suxanov A.E. Kompleksnoe lechenie ostrix gnoynix odontogennix perio-stitovchelyustey : avtoref. diss. kand. med.nauk. - SPb., 2011; 21.
5. Timofeev A.A. Osnovi chelyustno-litsevoy xirurgii: uchebnoe posobie / A.A.Timofeev - M.: MIA; 2007; 215-231.
6. Udalsova N.A. Vospalitelnie protsessy chelyustno-litsevoy oblasti (vo-prosipatogeneza i lecheniya) / N.A. Udalsova, L.A. Ermolaeva, T.T. Faizov // Institutstomatologii. 2005; 4: 74.

7. Kulakova A.A. i dr. Xirurgicheskaya stomatologiya i chelyustno-litsevaya xirurgiya. Natsionalnoe rukovodstvo / Pod red. A.A.Kulakova, T.G. Robustovoy, A.I.Nerobeeva.- M.GEOTAR-Media; 2010; 304-312.
8. Baltensperger M. Osteomyelitis of the jaws / M. Baltensperger, G. Eyrich/ - Springer: Berlin Heidelberg, 2008; 7: 7-46.
9. Lew D.P. Osteomyelitis / D.P. Lew, F.A. Waldvogel // Lancet. - 2004; 364: 369.

Поступила 03.05. 2019

УДК: 616.12-008.46:616.61:616.12-008.313.2

ИЗУЧЕНИЕ КЛИНИЧЕСКОЙ СИМПТОМАТИКИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ С ДИСФУНКЦИЕЙ ПОЧЕК В ЗАВИСИМОСТИ ОТ НАЛИЧИЯ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ

Каримджанова Г.А.

Ташкентский педиатрический медицинский институт.

✓ Резюме,

В большинстве исследований при определении вклада ФП в развитие и прогрессирование ХСН не учитывается форма нарушения ритма, ЧСС в покое и физической нагрузке, а также в течение суток, что реально может исказить полученные результаты и приводить к необоснованным выводам. В настоящем исследовании изучена выраженность клинической симптоматики и переносимости физических нагрузок у больных ХСН с дисфункцией почек в зависимости от наличия фибрилляции предсердий.

Ключевые слова: хроническая сердечная недостаточность, фибрилляция предсердий дисфункция почек, скорость клубочковой фильтрации, шкала оценки клинического состояния.

СУРУНКАЛИ ЮРАК ЕТИШМОВЧИЛИГИ ВА БУЙРАК ДИСФУНКЦИЯСИ БОР БЕМОРЛАРДА БЎЛМАЧАЛАР ФИБРИЛЛЯЦИЯСИ НАМОЁН БЎЛИШИГА КЎРА КЛИНИК СИМПТОМЛАРНИ БАҲОЛАШ

Каримджанова Г.А.

Тошкент педиатрия тиббиёт институти.

✓ Резюме,

Тадиқотларнинг аксарият қисмида сурункали юрак етишмовчилигида булмачалар фибрилляциясининг хиссаси, ритм бузилишининг шакли, жисмоний ҳаракатда ва тинч ҳолатда, сутка давомида юрак уриш сони эътиборга олинмайди, бу эса олинган натижаларнинг нотўғри таъкидига ва ҳулосаларга олиб келади. Ушбу тадиқотда сурункали юрак етишмовчилиги бор беморларда бўлмачалар фибрилляцияси бор- ёўқлиги кўра клиник симптомларнинг намоён бўлиши, жисмоний ҳаракатга чидамлилиги ўрганилди.

Калит сўзлар: сурункали юрак етишмовчилиги, бўлмачалар фибрилляцияси буйрақлар дисфункцияси, коптокчалар филтрацияси тезлиги, альбуминурия.

THE STUDY OF CLINICAL SIGNES OF THE PATIENTS WITH CHRONIC HEART FAILURE WITH THE RENAL DYSFUNCTION AND ATRIAL FIBRILLATION

Karimjanova G.A.

Tashkent Pediatric Medical Institute.

✓ Resume,

Most studies in determining the contribution of AF to the development and progression of CHF do not take into account the form of rhythm disturbance, heart rate at rest and physical exertion, as well as during the day, which can actually distort the results and lead to unreasonable conclusions. This study examined the severity of clinical symptoms and exercise tolerance in patients with CHF with renal dysfunction depending on the presence of atrial fibrillation.

Keywords: chronic heart failure, dysfunction of kidney, atrial fibrillation, speed of glomerular filtration, clinic status evaluation scale.

Актуальность

Нарушение почек и сердца при хронической сердечной недостаточности (ХСН) и фибрилляции предсердия (ФП) встречается часто. Известно, что ряд развитых стран тратят от 1 до 2% средств здравоохра-

нения на лечение ХСН, при этом до 75% расходов связаны с повторными госпитализациями больных [1,2,3,4].

Снижение скорости клубочковой фильтрации (СКФ) является предиктором неблагоприятного прогноза у больных с ХСН даже более значимым, чем тяжесть ХСН и фракция выброса левого желудочка



(Kamilova U.K. и др., 2016). Между тем снижение функции почек может быть кратковременным, связанным с обострением ХСН или проводимой терапией, или постоянным. При этом остается недостаточно изученным, в какой мере нарушение функции почек влияет на клиническое течение, число и длительность госпитализаций больных с хронической сердечной недостаточностью в Узбекистане [5,7].

Изучение особенностей развития и прогрессировать ХСН на фоне ФП позволит внести определенный вклад в совершенствование диагностических методов и лечебных подходов к тактике ведения данной категории больных, что, в свою очередь, может обеспечить не только положительную динамику заболевания, но и регресс пораженных органов-мишеней и улучшение прогноза [8,9,10,11].

Цель исследования: Изучить выраженность клинической симптоматики и переносимости физических нагрузок у больных ХСН с дисфункцией почек в зависимости от наличия фибрилляции предсердий.

Материал и методы

Обследовано 60 больных, из них 30 больных (1-группа) с стабильной ХСН I-III ФК без ФП, 30 больных (2-группа) ХСН I-III ФК и постоянной формой ФП. Критериями включения в исследование являлись: возраст от 45 до 66 лет; наличие стабильной ХСН I-III ФК, подтвержденной наличием клинических симптомов (признаков), дисфункцией миокарда левого желудочка; получение информированного согласия на участие в исследовании.

Оценка клинической симптоматики ХСН производилась по шкале ШОКС (Шкала Оценки Клинического Состояния) в модификации В.Ю. Мареева (2000 г.) по 10 пунктам с начислением соответствующего количества баллов. Шкала Оценки Клинического Состояния: оценивалась по следующим критериям: - Одышка: 0 - нет; 1 - при нагрузке; 2 - в покое; - Изменение веса в течение недели: 0 - нет; 1 - да; - Ощущение перебоев в работе сердца: 0 - нет; 1 - да; - Положение в постели: 0 - горизонтальное; 1 - приподнятый головной конец; 2 - просыпается от удушья; 3 - сидя; -набухание шейных вен: 0 - нет; 1 - лежа; 2 - стоя; -Хрипы в легких: 0 - нет; 1 - нижние отделы; 2 - до лопаток; 3 - над всей поверхностью легких; -Наличие ритма галопа: 0 - нет; 1 - да; -Печень: 0 - не увеличена; 1 - до 5 см; 2 - более 5 см; - Отеки: 0 - нет; 1 - пастозность; 2 - отеки; 3 - анасарка; - Уровень САД: 0 - >120 мм рт. ст.; 1 - 100-120 мм рт. ст.; 2 - <100 мм рт. ст. Интерпретация результатов осуществлялась по следующей схеме: 0 баллов - отсутствие ХСН; <3 баллов - I ФК ХСН; 4-6 баллов - II ФК; 7-9 баллов - III ФК; >10 баллов - IV ФК.

Данные исследования обработаны с применением компьютерного пакета "STATISTICA 6.0" (Statsoft,

USA): определялись средние значения показателей, среднеквадратичное отклонение, статическая значимость по критерию Манна-Уитни для независимых выборок, степень корреляции по Спирмену. Показатели представлены как $M \pm SD$. Различия считали достоверным при $p < 0,05$.

Результат и обсуждения

Средний возраст больных составил $57,8 \pm 8,6$ лет. В исследование включены 32 (53,3%) мужчины, 28 (46,7%) женщины. Средний ФК стабильной стенокардии составил 2,82, средний ФК ХСН - $2,67 \pm 0,44$. Инфаркт миокарда перенесли 18 больных. Длительность ИБС составила 4,1 лет, длительность ГБ $7,3 \pm 3,0$ лет, ХСН - 4,15 лет, постоянной формы ФП - 4,5 лет. Средний балл по шкале ШОКС составил $5,4 \pm 2,17$. При проведении теста 6- минутной ходьбы средняя продолжительность дистанции, проходимая пациентами была равна $375 \pm 43,95$ метров. По данным ЭхоКГ регистрировалась средний ФВ ЛЖ $58,95 \pm 6,32$. Различия возрастного состава групп были достоверны: пациенты второй группы были старше, средний возраст составил $59,9 \pm 5,6$ лет. Средний возраст больных первой группы - $52,7 \pm 4,8$ ($p < 0,05$).

В группу пациентов с синусным ритмом было включено 18 мужчин и 12 женщины, в группе пациентов с ФП - 14 мужчины и 16 женщин. Достоверных различий по половой принадлежности между группами не было выявлено. Курящих пациентов в первой группе оказалось 11 человек (36,6%), во второй - 13 (43,3%) больных без достоверных различий между группами ($P = 0,625$). Абдоминальное ожирение с ИМТ более 30 кг/м встречалось в 30,0% случаев в первой (9 человек) и в 50 % случаев во второй группах (15 человек) ($P = 0,05$).

При оценке тяжести ХСН по ШОКС в модификации В.Л.Мареева (2000г) выявлены достоверные различия между группами. У пациентов второй группы средний балл по ШОКС был достоверно выше и составил $5,81 \pm 2,28$ в сравнении со средним баллом ШОКС больных первой группы - $4,98 \pm 2,06$ ($p = 0,05$).

Результаты по шкале ШОКС показали, что пониженная СКФ и наличие фибрилляции предсердий ведут к ухудшению клинического состояния больных с ХСН и баллы составили $4,75,3 \pm 0,45$ у больных ХСН с синусовым ритмом и $7,56 \pm 0,65$ у больных ХСН с ФП. (Таб.3.) Исследование симптоматики выявило различий в выраженности одышки, слабости, ощущения перебоев в работе сердца у больных с синусовым ритмом и ФП, а также симптомом, выраженностью которого отличалась в этих группах, был анатомический уровень отеков. Выраженность отеков была больше при ФП, чем СР.

Таблица

Шкала оценки клинического состояния и тест шестиминутной ходьбы

	ШОКС
ХСН без ФП ассоциированная с дисфункцией почек, n=21	$4,75 \pm 0,45$
ХСН с ФП ассоциированная с дисфункцией почек, n=18	$7,56 \pm 0,65$

Как показали результаты нашего исследования, пониженная СКФ и наличие фибрилляции предсердий ведут к ухудшению клинического состояния боль-

ных с ХСН и баллы составили $4,75,3 \pm 0,45$ у больных ХСН с синусовым ритмом и $7,56 \pm 0,65$ у больных ХСН с ФП. Исследование симптоматики выявило различий

в выраженности одышки, слабости, ощущения перебоев в работе сердца у больных с синусовым ритмом и ФП, а также симптомом, выраженность которого отличалась в этих группах, был анатомический уровень отеков. Выраженность отеков была больше при ФП, чем СР.

Основными причинами ХСН у обследованных больных были ИБС или артериальная гипертензия, а также их сочетание [14, 15]. Скорость клубочковой фильтрации была значительно ниже у больных с ХСН, имевших ФП. Прогрессирование ХСН сопровождалось ухудшением клинического состояния больных по ШОКС, которое было более выражено у больных ХСН с дисфункцией почек. Наличие дисфункции почек и тяжесть ХСН (ФК ХСН) независимо от пола и возраста больных были ассоциированы с ФП. В литературе имеются данные о взаимосвязи ФП и ФК ХСН. Согласно базе данных исследования ALPNA, встречаемость ФП увеличивается при более высоких значениях ФК ХСН: она выявляется у 10 % больных с ХСН I ФК и 30% больных с ХСН III-IV ФК [16, 17]. В нашем исследовании были оценены отдельные клинические проявления ХСН и показано, что ФП ассоциируется, главным образом, с выраженностью отеочного синдрома, что может быть обусловлено тем, что при сходной степени выраженности кардиальной дисфункции у больных с ФП больше выраженность дисфункции почек.

Количество исследований, в которых оценивается взаимосвязь ФП и дисфункции почек у больных с ХСН, в настоящее время крайне ограничено и требует пристального внимания к этой проблеме. В основе взаимосвязи дисфункции почек и ФП при ХСН могут лежать следующие механизмы. С одной стороны, активация ренин-ангиотензин-альдостероновой системы (РААС) может сопровождаться задержкой натрия и воды, дилатацией предсердий и, следовательно, развитием ФП [6,13]. С другой стороны, независимо от влияния на гемодинамику, активация РААС приводит к патологическому структурному и электрофизиологическому ремоделированию предсердий, что может явиться субстратом для развития ФП [13].

Выводы

Особенностью клинической симптоматики у больных с хронической сердечной недостаточностью и фибрилляцией предсердий в отличие от пациентов с синусовым ритмом оказался более выраженный отеочный синдром. Фибрилляция предсердий при хронической сердечной недостаточности сопровождается более выраженным снижением скорости клубочковой фильтрации, чем при синусовом ритме.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Арутюнов Г.П. Патологические процессы в почках у больных ХСН // Сердечная недостаточность. 2008; 9:5(49):234-249 [Arutyunov G.P. Patofiziologicheskie protsessi v pochkax u bolnix XSN // Serdechnaya nedostatochnost. 2008; 9:5(49):234-249] [In Russ].
2. Беленков Ю.Н. Хроническая сердечная недостаточность. // М.:ГЭОТАР-Медиа; 2009; 336. [Belenkov YU.N. Xronicheskaya serdechnaya nedostatochnost. // M.:GEOTAR-Media; 2009; 336.] [In Russ].
3. Кобалава Ж.Д., Котовская Ю.В., Моисеев В.С. Артериальная гипертензия. Ключи к диагностике и лечению. / М: ГЭОТАР-Медиа; 2009; 868. [Kobalava J.D., Kotovskaya YU.V., Moiseev V.S. Arterialnaya gipertoniya. Klyuchi k diagnostike i lecheniyu. / M: GEOTAR-Media; 2009; 868.] [In Russ].
4. Мареев В.Ю., Агеев Ф.Т., Арутюнов Г.П. и др. ISSN 1728-4651. Национальным Рекомендациям ОССН, РКО и РНМОТ по диагностике и лечению ХСН. // Журнал Сердечная Недостаточность. 2013; 14(7):81. [Mareev V.YU., Ageev F.T., Arutyunov G.P. i dr. ISSN 1728-4651. Natsionalnim Rekomendatsiyam OSSN, RKO i RNMOT po diagnostike i lecheniyu XSN. // Jurnal Serdechnaya Nedostatochnost. 2013; 14(7):81.] [In Russ].
5. Albertsen I.E., Rasmussen L.H., Overvad T.F., Graungaard T., Larsen T.B., Lip G.Y. Risk of stroke or systemic embolism in atrial fibrillation patients treated with warfarin: A systematic review and meta-analysis. Stroke. 2013; 44:1329-36.
6. Alonso A., Lopez FL., Matsushita K., et al. Chronic kidney disease is associated with the incidence of atrial fibrillation: the Atherosclerosis Risk in Communities (ARIC) study. Circulation 2011; 123(25): 2946-53.
7. Arpegard J., Ostergren J., de al. Cystatin C - a marker of peripheral atherosclerotic disease? // Atherosclerosis 2008; 2:397-401.
8. Arpegard J., Ostergren J., de al. Cystatin C - a marker of peripheral atherosclerotic disease? // Atherosclerosis 2008; 2:397-401.
9. Braam L.A., Hoeks AP., Brouns F., et al. Beneficial effects of vitamins D and K on the elastic properties of the vessel wall in postmenopausal women: a follow-up study. ThrombHaemost 2004; 91(2): 373-80. 16. Connolly S.J., Ezekowitz MD., Yusuf S., et al. Dabigatran versus warfarin in patients with atrial fibrillation. // N Engl J Med 2009; 361(12): 1139-51.
10. Briet M., Boutouyrie P., Laurent S., London G. Arterial stiffness and pulse pressure in CKD and ESRD. // Kidney Int 2012; 68(82): 388-400.
11. Bukowska A., Lendeckel U., Krohn A. Atrial fibrillation down-regulates renal neutral endopeptidase expression and induces profibrotic pathways in the kidney. // Europace 2008; 10(10): 1212-7.
12. Characterization of post-discharge atrial fibrillation following open-heart surgery in uncomplicated patients referred to an early rehabilitation program www.federcardio.it/pdf/2001/07/20010217.pdf
13. Cheng S., Xanthakis V., Sullivan L. et al. Correlates of Echocardiographic Indices of Cardiac Remodeling Over the Adult Life Course: Longitudinal Observations From the Framingham Heart Study. // Circulation 2010; 122(6): 570-578.
14. Cowie M.R., Komajda M., Murray-Thomas T. et al. Prevalence and impact of worsening renal function in patients hospitalized with decompensated heart failure results of the prospective outcomes study in heart failure (POSH) // Eur. Heart J. 2006; 27(100): 1216-1222.
15. Cowie M.R., Komajda M., Murray-Thomas T. et al. Prevalence and impact of worsening renal function in patients hospitalized with decompensated heart failure results of the prospective outcomes study in heart failure (POSH) // Eur. Heart J. 2006; 27(100): 1216-1222.
16. Hillege H.L., Girbes A.R., de Kam P.J. et al. Renal function, neurohormonal activation, and survival in patients with chronic heart failure // Circulation. 2000; 102(2):203-210.
17. Watanabe H., Watanabe T., Sasaki S. Et al. Close bidirectional relationship between chronic kidney disease and atrial fibrillation: the Niigata preventive medicine study // Am. Heart J. 2009; 158(4):629-636.

Поступила 03.04. 2019