



New Day in Medicine
Новый День в Медицине

NDM



TIBBIYOTDA YANGI KUN

Ilmiy referativ, marifiy-ma'naviy jurnal



AVICENNA-MED.UZ



ISSN 2181-712X.
EiSSN 2181-2187

4 (78) 2025

**Сопредседатели редакционной
коллегии:**

**Ш. Ж. ТЕШАЕВ,
А. Ш. РЕВИШВИЛИ**

Ред. коллегия:

М.И. АБДУЛЛАЕВ
А.А. АБДУМАЖИДОВ
Р.Б. АБДУЛЛАЕВ
Л.М. АБДУЛЛАЕВА
А.Ш. АБДУМАЖИДОВ
М.А. АБДУЛЛАЕВА
Х.А. АБДУМАЖИДОВ
Б.З. АБДУСАМАТОВ
М.М. АКБАРОВ
Х.А. АКИЛОВ
М.М. АЛИЕВ
С.Ж. АМИНОВ
Ш.Э. АМОНОВ
Ш.М. АХМЕДОВ
Ю.М. АХМЕДОВ
С.М. АХМЕДОВА
Т.А. АСКАРОВ
М.А. АРТИКОВА
Ж.Б. БЕКНАЗАРОВ (главный редактор)
Е.А. БЕРДИЕВ
Б.Т. БУЗРУКОВ
Р.К. ДАДАБАЕВА
М.Н. ДАМИНОВА
К.А. ДЕХКОНОВ
Э.С. ДЖУМАБАЕВ
А.А. ДЖАЛИЛОВ
Н.Н. ЗОЛотова
А.Ш. ИНОЯТОВ
С. ИНДАМИНОВ
А.И. ИСКАНДАРОВ
А.С. ИЛЬЯСОВ
Э.Э. КОБИЛОВ
А.М. МАННАНОВ
Д.М. МУСАЕВА
Т.С. МУСАЕВ
М.Р. МИРЗОЕВА
Ф.Г. НАЗИРОВ
Н.А. НУРАЛИЕВА
Ф.С. ОРИПОВ
Б.Т. РАХИМОВ
Х.А. РАСУЛОВ
Ш.И. РУЗИЕВ
С.А. РУЗИБОВЕВ
С.А.ГАФФОРОВ
С.Т. ШАТМАНОВ (Кыргызстан)
Ж.Б. САТТАРОВ
Б.Б. САФОВЕВ (отв. редактор)
И.А. САТИВАЛДИЕВА
Ш.Т. САЛИМОВ
Д.И. ТУКСАНОВА
М.М. ТАДЖИЕВ
А.Ж. ХАМРАЕВ
Д.А. ХАСАНОВА
А.М. ШАМСИЕВ
А.К. ШАДМАНОВ
Н.Ж. ЭРМАТОВ
Б.Б. ЕРГАШЕВ
Н.Ш. ЕРГАШЕВ
И.Р. ЮЛДАШЕВ
Д.Х. ЮЛДАШЕВА
А.С. ЮСУПОВ
Ш.Ш. ЯРИКУЛОВ
М.Ш. ХАКИМОВ
Д.О. ИВАНОВ (Россия)
К.А. ЕГЕЗАРЯН (Россия)
DONG JINCHENG (Китай)
КУЗАКОВ В.Е. (Россия)
Я. МЕЙЕРНИК (Словакия)
В.А. МИТИШ (Россия)
В.И. ПРИМАКОВ (Беларусь)
О.В. ПЕШИКОВ (Россия)
А.А. ПОТАПОВ (Россия)
А.А. ТЕПЛОВ (Россия)
Т.Ш. ШАРМАНОВ (Казахстан)
А.А. ЩЕГОЛОВ (Россия)
С.Н. ГУСЕЙНОВА (Азербайджан)
Prof. Dr. KURBANHAN MUSLUMOV (Azerbaijan)
Prof. Dr. DENIZ UYAK (Germany)

**ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН
НОВЫЙ ДЕНЬ В МЕДИЦИНЕ
NEW DAY IN MEDICINE**

*Илмий-рефератив, маънавий-маърифий журнал
Научно-реферативный,
духовно-просветительский журнал*

УЧРЕДИТЕЛИ:

**БУХАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
ООО «ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН»**

Национальный медицинский
исследовательский центр хирургии имени
А.В. Вишневского является генеральным
научно-практическим
консультантом редакции

Журнал был включен в список журнальных
изданий, рецензируемых Высшей
Аттестационной Комиссией
Республики Узбекистан
(Протокол № 201/03 от 30.12.2013 г.)

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

М.М. АБДУРАХМАНОВ (Бухара)
Г.Ж. ЖАРЫЛКАСЫНОВА (Бухара)
А.Ш. ИНОЯТОВ (Ташкент)
Г.А. ИХТИЁРОВА (Бухара)
Ш.И. КАРИМОВ (Ташкент)
У.К. КАЮМОВ (Тошкент)
Ш.И. НАВРУЗОВА (Бухара)
А.А. НОСИРОВ (Ташкент)
А.Р. ОБЛОКУЛОВ (Бухара)
Б.Т. ОДИЛОВА (Ташкент)
Ш.Т. УРАКОВ (Бухара)

4 (78)

2025

апрель

www.bsmi.uz

<https://newdaymedicine.com> E:

ndmuz@mail.ru

Тел: +99890 8061882

Received: 20.03.2025, Accepted: 06.04.2025, Published: 10.04.2025

УДК 616.12-008.46

КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Абдуллаева Д. Р. <https://orcid.org/0009-0002-7408-7068>

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии Узбекистан, Хорезмская область, город Ургенч, улица Ал-Хорезми №28 Тел: +998 (62) 224-84-84 E-mail: info@urgfiltma.uz

✓ Резюме

Хроническая сердечная недостаточность представляет собой актуальную проблему мирового здравоохранения. Это связано с крайне неблагоприятным прогнозом, высокой частотой повторных госпитализаций и существенными расходами на лечение больных. Представлены основные клинические и диагностические аспекты у пациентов с сердечной недостаточностью.

Ключевые слова: хроническая сердечная недостаточность, клинические симптомы, диагностика.

CLINICAL AND DIAGNOSTIC ASPECTS OF CHRONIC HEART FAILURE

Abdullaeva D. R. <https://orcid.org/0009-0002-7408-7068>

Urgench branch of the Tashkent Medical Academy Uzbekistan, Khorezm region, Urgench city, Al-Khorezmi street No. 28 Tel: +998 (62) 224-84-84 E-mail: info@urgfiltma.uz

✓ Resume

Chronic heart failure is a pressing global health problem. It is associated with an extremely unfavorable prognosis, high rehospitalization rates, and significant patient treatment costs. The main clinical and diagnostic aspects in patients with heart failure are presented.

Key words: chronic heart failure, clinical symptoms, diagnostics.

SURUNKALI YURAK YETISHMOVCHILIGINING KLINIK-DIAGNOSTIC JIHATLARI.

Abdullaeva D. R. <https://orcid.org/0009-0002-7408-7068>

Toshkent tibbiyot akademiyasi Urganch filiali O'zbekiston, Xorazm viloyati, Urganch shahri, Al-Xorazmiy ko'chasi 28-uy Tel: +998 (62) 224-84-84 E-mail: info@urgfiltma.uz

✓ Rezume

Surunkali yurak etishmovchiligi global sog'liq uchun dolzarb muammodir. Bu juda noqulay prognoz, qayta kasalxonaga yotqizishning yuqori chastotasi va bemorlarni davolash uchun katta xarajatlar bilan bog'liq. Yurak etishmovchiligi bo'lgan bemorlarning asosiy klinik va diagnostik jihatlari keltirilgan.

Kalit so'zlar: surunkali yurak etishmovchiligi, klinik belgilari, diagnostikasi.

Актуальность

Среди важных проблем медицины ведущую роль играет сердечная недостаточность (СН) вследствие ее высокой распространенности и неблагоприятного прогноза. Хроническая СН (ХСН) выявляется у 2% (1—3%) населения развитых стран, достигая 10% и более среди лиц старше 70 лет. У каждого 6-го пациента старше 65 лет, обратившегося за помощью к врачам первичного звена здравоохранения по поводу одышки при физической нагрузке, имеется неустановленная СН, в основном с сохраненной фракцией выброса (ФВ) левого желудочка (ЛЖ). Синдром СН можно сравнить с айсбергом. Видимая часть айсберга представляет собой

выявленные случаи СН: большинство таких пациентов наблюдаются и лечатся на амбулаторном этапе у терапевтов и кардиологов. Огромная невидимая часть айсберга — это не выявленные случаи СН, у большинства таких больных имеет место бессимптомная дисфункция ЛЖ [4,6]. Рост распространенности ХСН в значительной мере связан с увеличением продолжительности жизни населения. Немаловажную роль играют повышение качества диагностики и лечения, в том числе инфаркта миокарда, эффективное хирургическое лечение ишемической болезни сердца (ИБС), пороков сердца, нарушений сердечного ритма [9]. В возрастной группе 70–79 лет распространенность ХСН многократно возрастает, достигая 34,3%. Годовая смертность при клинически выраженной ХСН составляет 612 тыс. случаев [6,7]. В то же время эпидемиологические исследования свидетельствуют о том, что в России рост ХСН обусловлен не только увеличением пожилых больных (средний возраст амбулаторных пациентов с ХСН – 59,6 года), но и широкой распространенностью факторов риска (артериальной гипертензии (АГ), сахарного диабета (СД), злоупотребления алкоголем и др.) [5, 10, 11].

Сочетание нескольких атерогенных факторов (абдоминального ожирения (АО), инсулинорезистентности (ИР), АГ, гипергликемии, дислипидемии), объединенных понятием «метаболический синдром» (МС), обуславливает более быстрое развитие ХСН

У каждого 3-го больного, госпитализированного в терапевтическое отделение многопрофильной больницы, отмечается ХСН разных функциональных классов. В значительном количестве случаев госпитализация обусловлена прогрессированием СН вследствие низкой приверженности к лечению, наличия неконтролируемой артериальной гипертонии (АГ), нарушений проводимости и ритма сердца, легочных инфекций и др. [1]. Среди больных с ХСН 5-летняя выживаемость составляет примерно 50%, 10-летняя — примерно 10%. До 70% больных умирают в течение 5 лет после первой госпитализации по поводу ХСН, а наличие дисфункции ЛЖ ассоциируется с повышенным риском внезапной смерти [2,6].

Хроническая сердечная недостаточность (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. Первопричиной является ухудшение способности сердца к наполнению или опорожнению, обусловленное повреждением миокарда, а также дисбалансом вазоконстрикторных и вазодилатирующих нейрогуморальных систем (Определение Российского Общества специалистов по сердечной недостаточности (ОССН), 2002) [1,3].

МКБ-10: I50. Сердечная недостаточность; I50.0. Застойная сердечная недостаточность; I50.1. Левожелудочковая недостаточность; I50.9. Сердечная недостаточность неуточнённая.

Распространённость клинически выраженной ХСН в популяции составляет не менее 1,82%, среди лиц старше 65 лет частота ХСН увеличивается до 6-10%. У пожилых пациентов это самый частый диагноз, выставляемый при обращении к врачу, при этом декомпенсация ХСН становится самой частой причиной госпитализации больных пожилого возраста [3,5].

На сегодняшний день сохраняется ряд вопросов, требующих многостороннего анализа, несмотря на определенные успехи в изучении эпидемиологии и патогенеза, медикаментозного и хирургического лечения, а также профилактики СН. В связи с этим большой практический интерес представляет обновленная редакция рекомендаций ESC (European Society of Cardiology — Европейское общество кардиологов) и HFA (Heart Failure Association — Ассоциация по сердечной недостаточности) по диагностике и лечению острой СН и ХСН, предложенная группой экспертов в мае 2016 г. [3,4].

В рекомендациях представлен простой и подробный алгоритм диагностики СН. При подозрении на наличие СН необходимо оценить анамнез заболевания, клинические симптомы, данные объективного осмотра и электрокардиографии (ЭКГ). Сердечная недостаточность невероятна при отсутствииотягощенного анамнеза, симптомов и признаков СН, а также при практически неизменной ЭКГ. Отклонения от нормы на ЭКГ увеличивают вероятность наличия СН, но обладают низкой специфичностью, поэтому использование данных ЭКГ рекомендовано для исключения СН, а не для ее подтверждения. При наличии хотя бы одного из вышеперечисленных параметров (анамнез, симптомы, изменения на ЭКГ) рекомендовано определение концентрации натрийуретических пептидов (НУП), особенно в случае ХСН. В современной диагностике используется термин «сердечная недостаточность», а не «недостаточность кровообращения». Сердечная недостаточность всегда является осложнением

того или иного заболевания сердца. Код 150 вносят в рубрику «осложнения» статистической карты выбывшего из стационара, если сердечную недостаточность считают причиной госпитализации пациента и основные затраты на предоставляемые медицинские услуги приходятся на это состояние. Если в диагнозе указана артериальная гипертензия с застойной сердечной недостаточностью, используют код П 1.0.

Диагностика. При постепенном начале симптомов обследование начинают с ЭКГ и теста натрий-уретический пептид (НУП), по результатам которых определяют, нуждается ли больной в проведении ЭхоКГ или нет. ЭхоКГ показана при обнаружении патологических изменений на ЭКГ или при содержании НУП, превышающем пороговые значения. У больных с постепенным началом симптомов следует ориентироваться на более низкие значения НУП, нежели у больных с острым началом, что позволяет минимизировать риск ложноотрицательного результата. Больные с высокой претестовой вероятностью СН (например, с ранее перенесенным ИМ) могут быть сразу направлены на ЭхоКГ, минуя этап ЭКГ и теста на НУП.

Лабораторные и инструментальные исследования для диагностики ХСН можно разделить на 2 группы: I. 1. Исследования, показанные всем больным СН Трансторакальная эхокардиография (ЭхоКГ) рекомендована для оценки структуры и функции сердца, в том числе диастолической функции и ФВ ЛЖ; помогает диагностировать СН, определить дальнейший план лечения, контролировать его эффективность, оценивать прогноз.

Чреспищеводная ЭхоКГ используется при плохой визуализации (ожирение, эмфизема легких и т. д.), для уточнения состояния клапанного аппарата и визуализации полости предсердий.

Сбор анамнеза должен быть направлен на выяснение причин, которые могли привести к развитию или способствовать прогрессированию ХСН: ИМ, вирусные заболевания, семейный анамнез в отношении кардиомиопатии, употребление алкоголя. Наиболее специфичные симптомы:

- смещение верхушечного толчка латеральнее среднеключичной линии, как проявление систолической дисфункции и объемной перегрузки с дилатацией ЛЖ;
- повышение давления в яремных венах. Положительный абдоминально-югулярный рефлекс - надавливание в околопупочной области в течение 10 сек вызывает набухание яремных вен, что указывает на наличие лево- и правожелудочковой недостаточности;
 - выслушивание на верхушке сердца при аускультации Ш тона (ритм галопа).
 - менее специфичные симптомы:
 - тахикардия;
 - влажные хрипы в базальных отделах обоих легких при аускультации. Плевральный выпот, как правило, бывает двусторонним или выявляется в правой плевральной полости. Обнаружение изолированного левостороннего плеврального выпота указывает на некардиальную его этиологию;
 - увеличение печени и периферические отёки являются признаками правожелудочковой недостаточности.

Коронарная ангиография рекомендована для оценки поражения коронарных артерий у больных со стенокардией напряжения, которым в дальнейшем может быть выполнена реваскуляризация миокарда. Оценка перфузии/ишемии миокарда (ЭхоКГ, МРТ, однофотонная эмиссионная компьютерная томография (ОФЭКТ) или позитронноэмиссионная томография (ПЭТ)) показана у больных ИБС, которым в дальнейшем может быть выполнена реваскуляризация миокарда. Катетеризация левых и правых отделов сердца рекомендована перед трансплантацией сердца или имплантацией устройства для длительного вспомогательного кровообращения с целью оценки функции левых и правых отделов сердца, а также легочного сосудистого сопротивления.

Заключения

Таким образом, необходимо регулярно оценивать ФК ХСН и наличие признаков задержки жидкости. Проводить перечисленные лабораторные исследования не реже 1 раза в год (или чаще, в зависимости от клинических показаний): содержание электролитов, состояние функций почек (включая содержание мочевины и креатинина). Следует избегать приёма НПВП и ингибиторов ЦОГ2. Рекомендации по ведению больных и лечению сопутствующей патологии как сердечно-сосудистого, так и иного происхождения (класс I, уровень C), поскольку в настоящее время не

определена окончательно медикаментозная терапия, способная повлиять как на заболеваемость, так и на смертность при этом виде СН. Основной целью лечения таких больных является улучшение клинического состояния и качества жизни, поскольку в большинстве случаев эту категорию пациентов составляют лица старшей возрастной группы.

Актуальность наличия сопутствующей патологии не вызывает сомнений, поскольку коморбидность может затруднять диагностику СН, ухудшать ее течение и снижать качество жизни больных, изменять действие лекарственных препаратов и уменьшать приверженность пациентов к лечению. В связи с этим в рекомендациях серьезное внимание уделяется раннему выявлению сопутствующих заболеваний и рассматриваются некоторые особенности ведения пациентов с ИБС, кахексией и саркопенией, онкологическими заболеваниями, депрессией, перенесенным инсультом, сахарным диабетом, эректильной дисфункцией, подагрой, патологией опорно-двигательного аппарата, гипо- и гиперкалиемией, АГ, анемией, заболеваниями почек, печени, легких, ожирением, нарушениями дыхания во сне обструктивного характера.

В рекомендациях рассматривается организация комплексного мультидисциплинарного подхода к больным с СН, включающего план выписки пациента из стационара после декомпенсации СН под дальнейшее наблюдение лечащего врача, рекомендации по изменению образа жизни, физические тренировки и другие аспекты.

Эксперты настоятельно рекомендуют выявлять пациентов с гериатрическими состояниями, в частности с синдромом старческой астении, для оказания своевременной медицинской и психолого-социальной поддержки пациенту и его близкому окружению. Старческая астения ассоциируется с возрастом и связана со снижением физиологического резерва и функций многих систем организма, что может приводить к инвалидности и неблагоприятному прогнозу жизни.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Карпов Ю.А., Кобалава Ж.Д., Рылова А.К., Симоненко В.Б., Сидоренко Б.А., Староверов И.И., Чазова И.Е. Национальные рекомендации ОССН, РКО и РНМОТ по диагностике и лечению ХСН (четвертый пересмотр). Утверждены на конгрессе ОССН 31 марта 2013 и конгрессе РКО 25 сентября 2013 года. Сердечная недостаточность 2013;7(81):379-472.
2. Хроническая сердечная недостаточность. Избранные лекции по кардиологии /Ю.Н.Беленков, В.Ю.Мареев, Ф.Т.Агеев. -М.: ГЭОТАР-Мед, 2006; 432 с.
3. Клинические разборы. Внутренние болезни. - 2-е изд. Т.2/ Подред. учебник; под ред. В. С. Моисеева, А. И. Мартынова, Н. А. Мухина. – 3–е изд., испр. и доп. – Т. 1. – Москва: ГЭОТАР–Медиа, 2015. – 960 с.
4. Клинические рекомендации. Кардиология /под ред. Ю.Н.Беленкова, Р.Г.Оганова. - М.: ГЭОТАР-Мед, 2007; 640 с.
5. Ponikowski P., Voors A.A., Anker S.D., Bueno H., Cleland J.G.F., Coats A.J.S., Falk V., González-Juanatey J.R., Harjola V.P., Jankowska E.A., Ruilope L.M. Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure: the Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC). Developed with the special contribution of the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. Eur Heart J 2016;37(27):2129-2200.
6. Effect of ramipril on mortality and morbidity of survivors of acute myocardial infarction with clinical evidence of heart failure. The Acute Infarction Ramipril Efficacy (AIRE) Study Investigators. Lancet 1993;342(8875):821-828.
7. Hall A.S., Murray G.D., Ball SG. Follow-up study of patients randomly allocated ramipril or placebo for heart failure after acute myocardial infarction: AIRE Extension (AIREX) Study. Acute Infarction Ramipril Efficacy. Lancet 1997;349(9064):1493-1497.
8. Sun W., Zhang H., Guo J., Zhang X., Zhang L., Li C., Zhang L. Comparison of the efficacy and safety of different ACE inhibitors in patients with chronic heart failure: a PRISMA-Compliant network meta-analysis. Medicine (Baltimore) 2016;95(6):e2554.
9. Pilote L., Abrahamowicz M., Eisenberg M., Humphries K., Behlou-li H., Tu J.V. Effect of different angiotensin-converting-enzyme inhibitors on mortality among elderly patients with congestive heart failure. CMAJ 2008;178(10):1303-1311.

Поступила 20.03.2025