

Мухиддинов Мадумар Абдурахмон угли
Студент. Самаркандский государственный
медицинский университет
Узбекистан, город Самарканд.

Исламова Камола Акрамовна
ассистент PhD кафедры внутренних болезни
№ 1. Самаркандский Государственный
медицинский Университет, Узбекистан

Абдушукурова Комила Рустамовна
старший преподаватель кафедры внутренних
болезни № 1. Самаркандский Государственный
медицинский Университет, Узбекистан

АНЕМИЧЕСКИЙ СИНДРОМ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

For citation: M.A. Mukhiddinov., K.A. Islamova., K.R. Abdushukurova. TREATMENT OF CLINICAL AND PARACLINIC MANIFESTATIONS OF RHEUMATOID ARTHRITIS. Journal of cardiorespiratory research. 2023, vol 1.1, issue 6, pp.49-52

АННОТАЦИЯ

С современных клинических позиций ХСН – заболевание с комплексом характерных симптомов (одышка, утомляемость, снижение физической активности, отеки), которые связаны с неадекватной перфузией органов и тканей в покое или при нагрузке и часто с задержкой жидкости в организме. Исследование включало в себя клиническое, лабораторное и инструментальное исследование госпитализированных пациентов с ХСН. Основными критериями включения были: наличие ХСН II-IV ФК по NYHA на фоне ХРБС; наличие анемии; возраст 20-60 лет. Наличие выраженной анемии при ХСН сопровождается повышением функционального класса сердечной недостаточности и значительным ухудшением прогноза.

Ключевые слова: Анемия, хроническая сердечная недостаточность, качество жизни

Mukhiddinov Madumar Abdurakhmonovich
Student, Samarkand State Medical University
Uzbekistan, city of Samarkand.

Islamova Kamola Akramovna
PhD, Assistant of the Department of
Internal Medicine No. 1.
Samarkand State Medical University, Uzbekistan

Abdushukurova Komila Rustamovna.
Senior Lecturer of the Department of
Internal Diseases No. 1.
Samarkand State Medical University, Uzbekistan

TREATMENT OF CLINICAL AND PARACLINIC MANIFESTATIONS OF RHEUMATOID ARTHRITIS

ANNOTATION

Modern clinical positions of CHF - a disease with a complex of characteristic symptoms (shortness of breath, fatigue, decreased physical activity, edema), which are associated with inadequate perfusion of organs and tissues at rest or during exercise and often with fluid retention in the body. The study included clinical, laboratory and instrumental study of hospitalized patients with CHF. The main inclusion criteria were: presence of CHF II-IV FC according to NYHA with CRBS; the presence of anemia; age 20-60 years. The presence of severe anemia in CHF is accompanied by an increase in the functional class of heart failure and a significant worsening of the prognosis.

Key words: Anemia, chronic heart failure, quality of life.

Muhiddinov Madumar Abdurahmon o'g'li
Talaba

Samarqand davlat tibbiyot universiteti
O'zbekiston, Samarqand shahri.

Islamova Kamola Akramovna
1-son Ichki kasalliklar kafedrasining assistenti,
PhD. Samarqand davlat tibbiyot universiteti,
O'zbekiston

Abdushukurova Komila Rustamovna
1-son Ichki kasalliklar kafedrasining katta
o'qituvchisi. Samarqand davlat tibbiyot
universiteti, O'zbekiston

Surunkali yurak yetishmovchiligidagi simptomakomplekslar (xansirash, charchash, jismoniy faollikning pasayishi, shishlar) zamonaviy pozitsiyaga ko'ra ichki a'zolar va tuqimalarning noadekvat perfuziyasi, shuningdek tinch xolatda va fizik zuriqishda suyuqlikni organizmda ushlanib qolishi bilan xarakterlandi. Tekshiruvimizda kasalxonaga yotqizilgan SYuYe bilan bemorlar klinik, laboratoriya va instrumental tekshiruvlarni uz ichiga olgan. Asosiy mezonlari kiritilgan: NYHA buyicha SYuYe II-IV FS, kamqonlik, bemorlar yoshi 20-60. SYuYeda og'ir anemiya mavjudligi yurak yetishmovchiligining funktsional klassining oshishi va prognozning sezilarli darajada yomonlashishi bilan birga keladi.

Kalit so'zlar: Kamqonlik, surunkali yurak yetishmovchiligi, xayot sifati.

Актуальность. С современных клинических позиций ХСН – заболевание с комплексом характерных симптомов (одышка, утомляемость, снижение физической активности, отеки), которые связаны с неадекватной перфузией органов и тканей в покое или при нагрузке и часто с задержкой жидкости в организме [1,10].

Характерной особенностью современной клиники является коморбидность и помимо основной патологии, тяжесть состояния больного во многом обусловлена сопутствующими заболеваниями [3, 6, 8]. Эта проблема в полной мере относится к больным с ХСН, при которой коморбидность определяет появление новых клинико-психологических симптомов и синдромов [3, 9,11].

Железодефицитная анемия и АХЗ являются наиболее частыми патогенетическими формами анемии у больных с ХСН. В разных литературных источниках соотношение между ними существенно отличается [1,12].

В работах многих исследователей сообщается о связи АС с госпитализациями по поводу декомпенсации ХСН [4]. В 2000 г. [2] были опубликованы первые данные о влиянии анемии на прогноз у пациентов с ХСН. Впоследствии во многих исследованиях выявлены высокая ее распространенность и прямая связь с уровнем заболеваемости и смертности при ХСН [5].

По обобщенным данным, анемия встречается у 14,4-55% больных с ХСН [4]. Вероятно, это объясняется тяжестью основного заболевания, особенностями исследуемых популяций и различиями в подходах к диагностике анемий. При ХСН даже анемия легкого течения ассоциируется с ухудшением клинического состояния, снижением функциональной активности, адаптивными гемодинамическими изменениями, усугубляющими процессы ремоделирования левого желудочка (ЛЖ), дисфункцией почек и госпитализациями [7].

Цель исследования - Определение частоты, причин, особенностей клиники, прогностической значимости анемии при хронической сердечной недостаточности.

Материалы и методы исследования. Работа проводилась на базе кафедры Внутренние болезни №1 в клинике СамГМУ. Исследование включало в себя клиническое, лабораторное и инструментальное исследование госпитализированных пациентов с ХСН. Основными критериями включения были: наличие ХСН II-IV ФК по NYHA на фоне ХРБС; наличие анемии; возраст 20-60 лет. Критерии не включения: наличие других сердечно-сосудистых заболеваний (артериальная гипертензия, ИБС, кардиомиопатии); случаи недостаточности кровообращения вторичного происхождения (хроническое легочное сердце,

тиреотоксическое сердце); возраст младше 20 и старше 60 лет; больные с онкологическими, системными, гематологическими заболеваниями и кровотечениями.

На первом этапе изучалась распространенность анемического синдрома у пациентов с ХСН на фоне ХРБС. Было обследовано 100 пациентов (71 женщин (71%), 29 мужчин (29%), госпитализированных в ревматологическое отделение клиники СамМИ. Все больные были с установленным диагнозом хронической сердечной недостаточности, развившейся на фоне ХРБС II, III и IV ФК по NYHA, IА, IБ и II стадий по классификации Василенко-Стражеско. Возраст больных варьировал от 20 до 60 лет, средний возраст составил 47,50±1,02 лет. Длительность заболевания в среднем составила 4,85±0,26 лет. Количество госпитализаций за год составило 2,15±0,063 раз. У 10 (10%) пациентов был диагностирован ХСН IV ФК по NYHA, у 48 (48%) – III ФК, у 42 (42%) – II ФК.

На втором этапе изучили причины развития анемического синдрома у пациентов с ХСН. Выявление причин анемии проводилось на основании клинических и лабораторных методов исследования: 1) стандартное клиническое обследование; 2) клинический анализ крови и мочи, 3) биохимический анализ крови, включая сывороточное железо; 4) рентгенография органов грудной полости; 5) электрокардиография; 6) ЭХО-КГ. 7) определения уровня креатинина и мочевины.

На третьем этапе исследовали влияние анемического синдрома различной степени тяжести на клиническое течение, качество жизни и толерантность к физической нагрузке у больных с ХСН. Для определения ФК ХСН использовали шкалу оценки клинического состояния при ХСН. По ШОКС баллы соответствуют: I ФК ≤ 3 баллов; II ФК 4–6 баллов; III ФК 7–9 баллов; IV ФК > 9 баллов. 1. Одышка. 2. Изменился ли за последнюю неделю вес. 3. Жалобы на перебои в работе сердца. 4. В каком положении находится в постели. 5. Набухшие шейные вены. 6. Хрипы в легких. 7. Наличие ритма галопа. 8. Печень. 9. Отеки. 10. Уровень САД.

Для определения функционального класса сердечной недостаточности используют пробы с физической нагрузкой: тредмил-тест, велоэргометрию. Наиболее простым и доступным является тест с шестиминутной ходьбой. **Тест с 6 минутной ходьбой** — это еще один из методов диагностики сердечной недостаточности, но он используется больше не с целью ее подтверждения, а для определения функционального класса.

Миннесотский опросник качества жизни больных хронической сердечной недостаточностью (MLHFQ). Опросник содержит 21 вопрос. Ответы на 21 предложенный вопрос должны быть даны больным самостоятельно. В итоге может быть набрана сумма

баллов от 0 (невероятное, абсолютно лучшее качество жизни) до 105 (невероятное, катастрофически низкое качество жизни). При анализе результатов следует помнить, что большая величина качества жизни свидетельствует о более низком (худшем) уровне качества жизни, и наоборот, меньшая - о более высоком (лучшем) уровне качества жизни.

Результаты исследования.

Анемия легкой, средней и тяжелой степени тяжести была выявлена у 100% больных ХСН. Уровень Hb у пациентов с анемическим синдромом колебался от 53 до 110 г/л, составляя в среднем $84,7 \pm 1,22$ г/л. Количество эритроцитов колебалось от 2,5 до $4,0 \times 10^{12}$ /л (в среднем $3,42 \pm 0,04 \times 10^{12}$ /л), уровень Ht от 22 до 41% (в среднем $33,0 \pm 3,7\%$).

По тяжести анемии были выявлены: анемия легкой степени тяжести у 27% больных (уровень Hb от 90 до 120/130 г/л, среднее количество эритроцитов – $3,74 \pm 0,05 \times 10^{12}$ /л), анемия средней тяжести - у 58% больных (уровень Hb от 90 до 70 г/л, среднее количество эритроцитов – $3,4 \pm 0,003 \times 10^{12}$ /л) и анемия тяжелой степени - у 15% пациентов (Hb менее 70 г/л, среднее количество эритроцитов – $2,89 \pm 0,07 \times 10^{12}$ /л).

У больных анемией I, II и III степени возраст больных составил в среднем: $45,4 \pm 1,6$; $48,7 \pm 1,2$ и $47,1 \pm 4,2$ лет соответственно ($P_1; 2; 3 > 0,05$). Средний возраст пациентов с анемией средней и тяжелой степени тяжести оказался достоверно выше чем у пациентов с анемией легкой степени тяжести, однако эти данные не подтвердились при статистическом анализе ($P > 0,05$).

Как показали наши дальнейшие наблюдения, анемия легкой степени чаще диагностируется у мужчин (17 больных, 62,9%), анемия средней и тяжелой степени тяжести - у женщин. Это свидетельствует о том, что при ХСН частота развития анемии, средней и тяжелой степени больше наблюдается у женщин (83,5% из 73 больных).

У большинства пациентов длительность ХСН составила от 1 до 11 лет. Средняя длительность сердечной недостаточности у пациентов с анемией средней и тяжелой ($4,97 \pm 0,31$ лет и $6,33 \pm 0,71$ лет) степени тяжести оказались в выше, чем у пациентов с анемией легкой степени ($3,56 \pm 0,28$ лет) ($p < 0,001$).

У пациентов с анемией III степени тяжести частота госпитализаций в течение года ($2,53 \pm 0,19$ раза в год) превышала частоту госпитализаций у пациентов с I и II степенью анемии ($1,85 \pm 0,1$ и $1,59 \pm 0,07$ раз в год) ($p < 0,001$).

По мере снижения уровня Hb отмечалось увеличение ФК ХСН по NYHA. ХСН высокого ФК (III-IV) встречался у пациентов с анемией средней и тяжелой степени тяжести чаще, чем среди больных с анемией легкой степени тяжести (51% против 7%, $P < 0,05$). Одновременно тяжелая ХСН по классификации Василенко-Стражеско (II Б-III стадии) выявлялась чаще у пациентов со средней и тяжелой анемией (72%), В то же время, при НК II Анемия выявляется в (28,1%).

Обсуждение.

При анализе корреляционной связи между концентрацией Hb и ФК ХСН по NYHA была выявлена обратная корреляционная связь средней силы $r = -0,6$

($P < 0,05$).

Причиной легкой степени анемии были выявлены: железодефицит не наблюдался, у 11,1% больных ХСН причиной анемии явилась ХПН, у 14,8% больных – гемодиллюция и у 74% больных – анемия хронических заболеваний. При средней степени анемии эти причины выявляются соответственно – у 32,8%, 24,1%, 19% и 24,1% больных, а при тяжелой степени - у 33,3%, 20%, 46,7% и АХЗ у больных с тяжелой анемией не выявлялась. В целом у 22% больных выявилась гемодиллюция, у 24% - железодефицитная анемия, у 20% - ХПН и у 34% - АХЗ. В ходе исследований была оценена тяжесть сердечной недостаточности по NYHA у пациентов с различной этиологией анемии. В группе пациентов с ХПН средний ФК ХСН составил $2,85 \pm 0,15$, в группе гемодиллюции – $3,24 \pm 0,08$, у пациентов с дефицитом железа – $2,63 \pm 0,1$, среди пациентов с анемией хронических заболеваний средний ФК ХСН составил $2,24 \pm 0,07$. Клинически наиболее тяжелыми были пациенты с почечной недостаточностью и гемодиллюцией, средний функциональный класс в этих группах был в пределах 3 ФК. Выраженность клинической тяжести сердечной недостаточности в остальных группах достоверно не различалась.

Всем госпитализированным больным с ХСН и анемией для определения функционального класса сердечной недостаточности был проведен тест с шестиминутной ходьбой. Больные с ХСН и наличием сниженного уровня Hb продемонстрировали худшую толерантность к физической нагрузке. Так, больные с ХСН и I степенью тяжести анемии прошли дистанцию от 335 до 400 (в среднем $348,33 \pm 10,55$) метров, больные с II степенью тяжести анемии от 120 до 370 (в среднем $270 \pm 8,24$) метров, больные с III степенью тяжести анемии – 110-205 ($152 \pm 8,33$) метров.

Ухудшение ФК ХСН и степени анемии способствует ухудшению качества жизни пациентов. Выраженность клинических проявлений ХСН по ШОКС имеет высокую прямую корреляцию связь со степенью анемии. У больных с ХСН при наличии пониженного уровня Hb диагностируется худшая толерантность к физической нагрузке и понижение качества жизни.

Выводы. Таким образом, из обследованных нами больных страдающих хронической сердечной недостаточностью, анемия выявляется у 100%. Определены возможные патогенетические механизмы развития анемии при хронической сердечной недостаточности. У 34% больных обнаружена нормохромная анемия хронических заболеваний, у 22% из них обусловлена непосредственно хронической сердечной недостаточностью, у 20% - кардиоренальным синдромом. У 24% больных гипохромная и микроцитарная анемия носила железодефицитный характер. Снижение гемоглобина при сердечной недостаточности способствует снижению толерантности к физическим нагрузкам, понижению качества жизни, что способствует декомпенсации ХСН, а соответственно и более частой госпитализации. Наличие выраженной анемии при ХСН сопровождается повышением функционального класса сердечной недостаточности и значительным ухудшением прогноза.

References / Список литературы / Iqtiboslar

1. Арутюнов А.Г., Арутюнов Г.П. Повторные госпитализации у больных с синдромом острой декомпенсации ХСН. Особенности, прогностическая значимость, новые подходы к снижению риска их возникновения. Русский медицинский журнал 2012; 12: 612-614.
2. Дзяк Г.В., Василенко А.М., Василенко В.А. Анемия и хроническая сердечная недостаточность в реальной практике врача // Ж Здоровье Украины 2013; 6: 14-15.
3. Ефремова Е.В., Мензоров М.В., Сабитов И.А. Приверженность к лечению больных с хронической сердечной недостаточностью в условиях коморбидности. Ж. Клиническая медицина 2015; 9: 20-24.
4. Ларина В.Н., Барт Б.Я. «Клинические проявления анемического синдрома и его значение в течении хронической сердечной недостаточности у больных пожилого возраста». Журнал Терапевтический архив 2014; 3:53-57.
5. Терещенко С.Н., Ускач Т.М., Кочетов А.Г. Причины развития анемии у пациентов с хронической сердечной недостаточностью. Ж Кардиология 2011; 5: 20-26.
6. O'G'Li F. J. Z., Akramovna I. K. Qandli diabet kasalligi fonida yurak qon tomir tizimi kasalliklarining klinik kechuv xususiyatlari // Talqin va tadqiqotlar ilmiy-uslubiy jurnali. – 2022. – Т. 1. – №. 1. – С. 108-111.
7. Fortin M., Stewart M., Poitras M.E., Almirall J. Maddocks H. A systematic review of prevalence studies on multimorbidity: Toward a more uniform methodology. Ann. Family Med. 2012; 10 (2): 142-151.
8. Komajda M. Anemia predicts mortality in heart failure patients with preserved systolic function. Am Heart J 2016; 151: 457-462.
9. McMurray J.J.V., Adamopoulos S., Anker S.D., Auricchio A., Bohm M., Dickstein K. et al. ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure // Eur Heart J. 2012; 33: 1804-1813.
10. Исламова К. А., Карабаева Г. Х. QANDLI DIABET KASALLIGI FONIDA YURAK QON TOMIR TIZIMI KASALLIKLARINING KLINIK KECHUV XUSUSIYATLARI // Журнал кардиореспираторных исследований. – 2020. – Т. 1. – №. 3.
11. Ахмедов И. А., Абдушукурова К. Р. REVMATOID ARTRIT VA YURAK ISHEMIK KASALLIGI BO 'LGAN BEMORLARDA ASPIRIN QO 'LLANILISHI // Журнал кардиореспираторных исследований. – 2020. – Т. 1. – №. 3.
12. Хамраева Н. А., Тоиров Э. С. Оценка эффективности «пульс терапии» у больных с системной красной волчанкой // Вестник Хакасского государственного университета им. НФ Катанова. – 2015. – №. 12. – С. 103-106.