

Распространенность Хронической Сердечной Недостаточности У Больных Ревматоидным Артритом

Талипов Р. М.¹

Каримов М. Ш.²

Сибиркина М. В.³

Аннотация: Хронический сердечный недостаточности (ХСН) представляет собой 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.

Ключевые слова: Ревматоидный артрит, хронический сердечный недостаточность, распространенность.

^{1, 2, 3} Ташкентская медицинская академия

Введение

Распространенность ХСН в различных странах варьирует в пределах 7-10% [6]. ХСН – одна из самых частых причин смертности больных сердечно-сосудистыми заболеваниями (ССЗ). Так, по данным Фрамингемского исследования (включено более 5000 мужчин и женщин) в течение 6 лет после установления диагноза сердечной недостаточности (СН) умерли 82% мужчин и 67% женщин, что в 6-7 раз превышает показатели смертности в той же возрастной группе в общей популяции. Смертность от СН почти в 10 раз превышает смертность от инфаркта миокарда (ИМ).

Методы

Распространенность ХСН у больных РА колеблется от 2,6% до 11,6%, однако в большинстве

исследований учитывалась только клинически манифестированная застойная СН, в том числе, требующая госпитализации [8,13]. По данным регистра пациентов с ранним РА (ERAS) частота ХСН в дебюте заболевания составляет 0,7%, через 15 лет она достигает 10% [12,16]. F. Wolfe и соавт. [5] выявили более высокую встречаемость ХСН при РА (3,9%) по сравнению с больными остеоартритом (2,3%) с поправкой на демографические показатели. Риск развития ХСН при РА повышен в 1,5-2,5 раза по сравнению с общей популяцией и больными остеоартритом [9,10]. По данным Gabriel и соавт. [14] распространенность ХСН при РА на 60% выше, чем у лиц без РА, сопоставимых по возрасту, полу, сопутствующим заболеваниям. Р. Николаисоавт.[1,17]

Результаты и обсуждение

Подтвердили повышенный риск развития ХСН при РА с поправкой на пол, возраст, ИБС и традиционные факторы риска (ТФР) ССЗ. По данным шведского регистра при РА частота ХСН ишемической и неишемической этиологии в 1,71 и 1,88 раз выше, чем в общей популяции [11]. В датском популяционном исследовании показано, что риск ХСН у больных РА повышен в 2,38 раза в течение первого года от начала заболевания, в 1,39 раза – при длительности РА 1-5 лет и в 1,38 раза – при длительности заболевания от 5 до 10 лет [6]. В когортном исследовании показано 30% увеличение риска госпитализации по поводу СН у пациентов с РА [7,15]. По данным регистра CORRONA распространенность ХСН у больных РА в Восточной Европе (треть из которых проживает в Российской Федерации) почти в 2 раза выше, чем в США[2].

Заключение

При этом Фрамингемские критерии могут недооценивать ХСН с сохраненной систолической функцией левого желудочка (ЛЖ) [4], в большинстве работ не использовались критерии Европейского общества кардиологов с комбинированием клинических, эхокардиографических данных и уровня натриуретического гормона (В-типа) N-концевого пропептида (NT-проBNP) [10]. Так, по данным T. Schau и соавт. [3,18] с применением современных диагностических критериев выявлено 4-х кратное увеличение частоты ХСН у больных РА по сравнению с контрольной группой (24% и 6%, соответственно), в основном за счет СН(23%) с сохраненной систолической функцией ЛЖ и лишь 1% – СН со сниженной фракцией выброса (ФВ) ЛЖ. В работе M. Davis и соавт. [12] пациенты с РА и ХСН в 2 раза чаще имели сохраненную ФВ ЛЖ по сравнению с больными ХСН без РА. Смертность от ХСН с сохраненной ФВ ЛЖ в общей популяции несколько ниже, чем с систолической ХСН, которая в 4 раза выше, чем у лиц без любой ХСН [13]. Летальность же у больных ХСН на фоне РА в 2 раза выше, чем у лиц без РА [14].

Литература.

1. Аликулов, И. Т., Хайтимбетов, Ж. Ш., Нарзиев, Н. М., & Ботирова, Н. А. (2023). Изучение особенностей клинического течения заболевания у больных хронической сердечной недостаточностью с дисфункцией почек. *Journal of new century innovations*, 21(2), 185-189.
2. Аликулов И. Т., Хайтимбетов Ж. Ш., Абдакимова Б. И. РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ И ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК //Journal of new century innovations. – 2024. – Т. 52. – №. 3. – С. 44-49.
3. Жураев, Б., Гулиев, Х. Т., & Аликулов, И. Т. (2019). Изучение факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний у больных гипертонической болезнью с цереброваскулярными нарушениями. *Евразийский кардиологический журнал*, (S1), 105.
4. Камилова, У. К., & Аликулов, И. Т. (2014). Оценка показателей дисфункции почек у больных с хронической сердечной недостаточностью. *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*, 13(2), 51-54.
5. Каримов, М. Ш., Тухтаева, Н. Х., & Сибиркина, М. В. (2020). Некоторые показатели фармакокинетики диклофенака натрия у больных ревматоидным артритом с учетом

- коморбидных состояний: научное издание. Терапевтический вестник Узбекистана/научно-практический журнал: ЗАО СЕАЛ МАГ, (2), 120-125.
6. Мирахмедова, Х. Т., Нигина, Б., Нарзиев, Н. М., & Аликулов, И. Т. (2023). General Examination of the Patient (General Condition of the Patient, Consciousness, Position, Physique). *Examination by Parts of the Body: Head, Face, Neck, Limbs, Skin Integuments*.
 7. Мирзаханова, М. И., & Каримов, М. Ш. (2006). Проблемы ранней диагностики и лечения ревматоидного артрита. Методическое руководство. Методическое руководство. Ташкент, 5-8.
 8. Мирзаханова, М. И., Каримов, М. Ш., & Арипова, Т. У. (2005). Комплексный подход к терапии ревматоидного артрита. Иммунология, 26(6), 362-364.
 9. Миркабилович, ТР, и Миракбаровна, ТГ (2016). Фармакологические и эпидемиологические особенности инфаркта миокарда в стационарном состоянии и в фазе дистанционного мониторинга. Европейский научный обзор , (3-4), 183-185.
 10. Миркабилович, ТР, и Миракбаровна, ТГ (2016). Эффективность ингибиторов АПФ и сартанов у больных острым инфарктом миокарда в пожилом возрасте на этапе отдаленного мониторинга. Европейский научный обзор , (5-6), 120-122.
 11. Нурметов, Х. Т., Маруфханов, Х. М., Талипов, Р. М., & Тухтаева, Н. Х. (2023). Clinical and Epidemiological Features of Ankylosing Spondylarthritis in A Hospital Setting.
 12. Нурметов, Х. Т., Талипов, Р. М., Худайберганава, Н. Х., Азадаева, К. Э., & Ходжиматова, И. Х. (2024). ОСОБЕННОСТИ ИММУННОГО СТАТУСА ПРИ НЕКОТОРЫХ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ.
 13. Парпибоева, Д. А., Шукурова, Ф. Н., & Каримов, М. Ш. (2020). Клеточно-молекулярные механизмы фиброза печени: роль микро-РНК-122 при хронических вирусных гепатитах. Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология, (8 (180)), 50-53.
 14. Талипов, Р. М., Тулабаева, Г. М., Маманазарова, Д. К., & Сагатова, Х. М. (2014). Оценка эффективности тромболитической терапии при инфаркте миокарда на госпитальном этапе. In Вопросы неотложной кардиологии 2014: от науки к практике (pp. 8-9).
 15. Тухтаева Н.К., Каримов М.С. и Азадаева К.Э. (2023). Суставной синдром в практике врача-ревматолога.
 16. Тухтаева, Н. Х., Каримов, М. Ш., & Сибиркина, М. В. (2020). Изучение обсемененности *Н. pylori* у больных ревматоидным артритом.
 17. Khudayberganova, N. K., Azadaeva, K. E., & Alikulov, I. T. (2023). Determination of Nutrition-Dependent Micronutrient Deficiencies Among School-Age Children.
 18. Khudayberganova, N. K., Azadaeva, K. E., & Alikulov, I. T. (2023). Determination of Nutrition-Dependent Micronutrient Deficiencies Among School-Age Children.