

полную ответственность за предоставление окончательной версии рукописи в печать.

Декларация о финансовых и других взаимоотношениях. Все авторы принимали участие в разработке концепции, дизайна исследования и в написании рукописи. Окончательная версия рукописи была одобрена всеми авторами. Авторы не получали гонорар за исследование.

ЛИТЕРАТУРА

1. Пономаренко, Г.Н. Медицинская реабилитация / Г.Н. Пономаренко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 360 с.
2. Ненасьева, Н.М. Обострение бронхиальной астмы: лечение и профилактика / Н.М. Ненасьева // Русский медицинский журнал. – 2013. – Т. 21, № 29. – С. 1490–1495.
3. Исламова, Д.А. Лечебная физкультура как элемент лечения и профилактики бронхиальной астмы / Д.А. Исламова // Вопросы науки и образования. – 2017. – № 1. – С. 107–109.
4. Белевский, А.С. Взаимодействие врача и медицинской сестры при ведении больного бронхиальной астмой / А.С. Белевский // Атмосфера. Пульмонология и аллергология. – 2008. – № 2. – С. 60–62.
5. Глобальная стратегия лечения и профилактики бронхиальной астмы (пересмотр 2014) / пер. с англ. А.С. Белевского. – М.: Российское респираторное общество, 2015. – 148 с.
6. Рогачиков, А.И. Техника ингаляции лекарственных средств и контроль над бронхиальной астмой / А.И. Рогачиков, О.М. Урясьев // Российский медико-биологический вестник им. академика И.П. Павлова. – 2016. – Т. 24, № 3. – С. 86–91.

REFERENCES

1. Ponomarenko GN. Medicinskaya reabilitaciya [Medical rehabilitation]. Moskva: GEOTAR-Media [Moscow: GEOTAR-Media]. 2014; 360 p.
2. Nenasheva NM. Obostrenie bronhial'noj astmy: lechenie i profilaktika [Exacerbation of bronchial asthma: treatment and prevention]. Russkij medicinskij zhurnal [Russian medical journal]. 2013; 21 (29): 1490-1495. Islamova DA. Lechebnaya fizkul'tura kak element lecheniya i profilaktiki bronhial'noj astmy [Physical therapy as an element of treatment and prevention of bronchial asthma]. Voprosy nauki i obrazovaniya [Science and education]. 2017; 1: 107-109.
3. Belevskij AS. Vzaimodejstvie vracha i medicinskoj sestry pri vedenii bol'nogo bronhial'noj astmoj [Interaction of a doctor and a nurse in the management of a patient with bronchial asthma]. Atmosfera; Pul'monologiya i allergologiya [Atmosphere; Pulmonology and Allergology]. 2008; 2: 60-62.
4. Global'naya strategiya lecheniya i profilaktiki bronhial'noj astmy (peresmotr 2014) [Global strategy for the treatment and prevention of bronchial asthma (revision 2014)]. Perevod s angliiskogo AS Belevskogo [Translation from English AS Belevsky]. Moskva: Rossijskoe respiratornoe obshchestvo [Moscow: Russian respiratory society]. 2015; 148 p.
5. Rogachikov AI. Tekhnika ingyacii lekarstvennyh sredstv i kontrol' nad bronhial'noj astmoj [Technique of inhalation medicines and the control over bronchial asthma]. Rossijskij mediko-biologicheskij vestnik imeni akademika IP Pavlova [Russian medical and biological Bulletin named by academician IP Pavlov]. 2016; 24 (3): 86-91.

© А.А. Подольская, Л.Ю. Пальмова, З.А. Шайхутдинова, 2019

УДК 616.12-008.46-036.12

DOI: 10.20969/VSKM.2019.12(5).45-49

ХРОНИЧЕСКАЯ СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ В РЕАЛЬНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

ПОДОЛЬСКАЯ АЛЛА АНАТОЛЬЕВНА, канд. мед. наук, зав. терапевтическим отделением № 1 ГАУЗ «Городская клиническая больница № 7», Россия, 420103, Казань, ул. Чуйкова, 54; доцент кафедры внутренних болезней № 2 ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, e-mail: alla.podolskaya@yandex.ru

ПАЛЬМОВА ЛЮБОВЬ ЮРЬЕВНА, канд. мед. наук, доцент кафедры внутренних болезней ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, 420012, Казань, ул. Бутлерова, 49, e-mail: palmova@bk.ru

ШАЙХУТДИНОВА ЗУЛЬФИЯ АНАСОВНА, зам. главного врача по медицинской части ГАУЗ «Городская клиническая больница № 7», Россия, 420103, Казань, ул. Чуйкова, 54

Реферат. Цель исследования – анализ случаев декомпенсации хронической сердечной недостаточности III–IV функционального класса (НУНА), потребовавших госпитализации в терапевтическое отделение многопрофильного стационара. **Материал и методы.** Проанализировано 422 истории болезни пациентов с декомпенсацией хронической сердечной недостаточности (31,3%) из 1345 (100%) госпитализированных за год. Математический анализ данных осуществлялся при помощи компьютерных программ с использованием статистических критериев значимости Стьюдента. Статистически значимое различие определялось при $p < 0,05$. **Результаты и их обсуждение.** Госпитализированных женщин, поступивших по поводу декомпенсации хронической сердечной недостаточности, оказалось значительно больше (58%), чем мужчин (42%). Средний возраст пациентов составил (74,9±10,5) года [мужчины – (69,6±10,2) года, женщины – (75,6±8,8) года; $p < 0,0001$]. Летальность от хронической сердечной недостаточности составила 7,4%, за отчетный период (12 мес) умерло 54 пациента (средний возраст – 69,2 года; 16 мужчин и 38 женщин). Повторные госпитализации по поводу хронической сердечной недостаточности составили 7,1% (30 пациентов). Ретроспективно постоянную терапию согласно клиническим рекомендациям в течение последнего года получали только 18,5% госпитализированных пациентов. Остальные пациенты (81,5%) не получали на амбулаторном этапе комплексную терапию хронической сердечной недостаточности. **Выводы.** Основными этиологическими причинами декомпенсации хронической сердечной недостаточности у пациентов с III–IV функциональным классом по НУНА являются постинфарктный кардиосклероз, наличие хронической фибрилляции предсердий, которые ассоциированы с неэффективным контролем частоты сердечных сокращений

и артериального давления. Госпитальная летальность от хронической сердечной недостаточности составила 7,4%, неблагоприятный прогноз связан с низкой частотой применения комбинации основных лекарственных средств при лечении хронической сердечной недостаточности, их недостаточная доза, частое прерывание лечения на догоспитальном этапе. Для улучшения прогноза и качества жизни у пациентов с хронической сердечной недостаточностью необходимо проведение школ хронической сердечной недостаточности для пациентов и их родственников в стационаре, в поликлинике для получения информации о заболевании, приобретении навыков самоконтроля, касающихся диетических рекомендаций, физической активности, строгого соблюдения режима медикаментозной терапии, наблюдения за симптомами сердечной недостаточности и обращения за медицинской помощью в случае их усиления.

Ключевые слова: хроническая сердечная недостаточность, причины, декомпенсация.

Для ссылки: Подольская, А.А. Хроническая сердечная недостаточность в реальной клинической практике / А.А. Подольская, Л.Ю. Пальмова, З.А. Шайхутдинова // Вестник современной клинической медицины. – 2019. – Т. 12, вып. 5. – С. 45–49. DOI: 10.20969/VSKM.2019.12(5).45-49.

CHRONIC HEART FAILURE IN REAL CLINICAL PRACTICE

PODOLSKAYA ALLA A., C. Med. Sci., Head of the Department of therapeutic of City Clinical Hospital № 7; associate professor of the Department of internal diseases of Kazan State Medical University, Russia, 420103, Kazan, Chuikov str., 54

PALMOVA LYUBOV YU., C. Med. Sci., associate professor of the Department of internal diseases of Kazan State Medical University, Russia, 420012, Kazan, Butlerov str., 49, e-mail: palmova@bk.ru

SHAIKHUTDINOVA ZULFIYA A., deputy Head physician for the medical part of City Clinical Hospital № 7, Russia, 420103, Kazan, Chuikov str., 54

Abstract. Aim. The aim of the study was to analyze the cases of decompensation of chronic heart failure (CHF), NYHA III-IV functional class, requiring hospitalization in the therapeutic Department of a multidisciplinary hospital. **Material and methods.** 422 medical histories of patients with decompensated CHF (31,3%) from 1345 (100%) hospitalized patients per year were analyzed. Mathematical analysis of the data was carried out using a computer-based Student's t-test with cutoffs at p value less than 0,05. **Results and discussion.** There were significantly more hospitalized women admitted for CHF decompensation (58%) than men (42%). The mean age of patients was (74,9±10,5) years [men – (69,6±10,2) years, women – (75,6±8,8) years; $p < 0,0001$]. Mortality from CHF was 7,4%, 54 patients (mean age – 69,2 years; 16 men and 38 women) died during the reporting period (12 months). Repeated hospitalizations for CHF were 7,1% (30 patients). Retrospectively, according to clinical recommendations, only 18,5% of hospitalized patients received continuous therapy during the last year. The remaining 81,5% of patients did not receive complex therapy for CHF at the outpatient stage. **Conclusions.** the main etiological causes of decompensation of CHF in patients with NYHA III-IV functional class are postinfarction atherosclerosis, chronic atrial fibrillation associated with ineffective heart rate and blood pressure control. Hospital mortality from CHF was 7,4%, an unfavorable prognosis was associated with a low use of a combination of essential drugs in the treatment of CHF, its insufficient dose, frequent interruption of treatment at the prehospital stage. To improve the prognosis and quality of life in patients with CHF, it is necessary to conduct CHF schools for patients and their relatives in the hospital, in the polyclinic to obtain information about the disease, acquire self-control skills related to dietary recommendations, physical activity, strict adherence to drug therapy, monitoring the symptoms of heart failure and seeking medical care in case of their strengthening.

Key words: chronic heart failure, causes, decompensation.

For reference: Podolskaya AA, Palmova LYU, Shaikhutdinova ZA. Chronic heart failure in real clinical practice. The Bulletin of Contemporary Clinical Medicine. 2019; 12 (5): 45-49. DOI: 10.20969/VSKM.2019.12(5).45-49.

В ежедневной клинической практике каждый врач-терапевт сталкивается с хронической сердечной недостаточностью (ХСН), так как это связано с высокой распространенностью патологии, тяжелым прогрессирующим течением заболевания, многократными госпитализациями, непрерывным медикаментозным лечением, ранней инвалидизацией, высоким уровнем смертности.

Основными причинами развития ХСН в Российской Федерации являются артериальная гипертензия (АГ) (95,5%), ишемическая болезнь сердца (ИБС) (69,7%) [1], перенесенный инфаркт миокарда (ИМ) или острый коронарный синдром (ОКС) (15,3%), сахарный диабет (СД) (15,9%). Комбинация ИБС и АГ встречается у большинства больных ХСН [2]. Отмечается увеличение числа пациентов с пороками сердца (4,3%) с преобладанием дегенеративного порока аортального клапана. Менее распространенными причинами формирования ХСН являются перенесенные миокардиты (3,6%), кардиомиопатии [3], токсические поражения миокарда различной этиологии, в том числе ятрогенного генеза (химио-

терапия, лучевые поражения миокарда и др.), анемии (12,3%) [4]. К числу частых причин ХСН также относятся ХОБЛ (13%), хроническая и пароксизмальная фибрилляция предсердий (ФП) (12,8%), перенесенное острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК) (10,3%) [5].

ХСН – это патофизиологический синдром, при котором в результате того или иного заболевания сердечно-сосудистой системы или под влиянием других этиологических причин происходит нарушение способности сердца к наполнению или опорожнению, сопровождающееся дисбалансом нейрогуморальных систем [ренин-ангиотензин-альдостероновой системы (РААС), симпатoadреналовой системы, системы натрийуретических пептидов, калликреин-кининовой системы], с развитием вазоконстрикции и задержкой жидкости, что приводит к дальнейшему нарушению функции сердца (ремоделированию) и других органов-мишеней (пролиферации), а также к несоответствию между обеспечением органов и тканей организма кровью и кислородом с их метаболическими потребностями [6, 7, 8].

Клинически при сердечной недостаточности (СН) пациенты имеют типичные симптомы (одышка, отеки нижних конечностей, повышенная утомляемость) и признаки (повышенное давление в яремной вене, хрипы в легких, смещение верхушечного толчка), вызванные нарушением структуры или функции сердца [8, 9, 10, 11].

Цель исследования – анализ случаев декомпенсации ХСН, ФК III–IV (NYHA), потребовавших госпитализации в терапевтическое отделение № 1 ГКБ № 7 в 2018 г.

Материал и методы. Проанализировано 422 истории болезни пациентов с декомпенсацией ХСН (31,3%) из 1345 (100%) госпитализированных пациентов за год. Соответственно, каждый третий пациент поступал с клиническими проявлениями декомпенсации уже имеющейся ХСН. Все пациенты поступали экстренно по направлению службы «Скорой медицинской помощи». Анализировались причины развития ХСН, терапия на догоспитальном этапе, случаи повторных госпитализаций, изменения терапии в течение стационарного лечения, рекомендованные лекарственные средства и их дозы при выписке.

Математический анализ данных осуществлялся при помощи ЭВМ с использованием статистических критериев значимости Стьюдента. Статистически значимые различия были признаны в том случае, если значение $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение. Госпитализированных женщин, поступивших по поводу декомпенсации ХСН, оказалось значительно больше (58%), чем мужчин (42%). Средний возраст пациентов составил $(74,9 \pm 10,5)$ года [мужчины – $(69,6 \pm 10,2)$ года, женщины – $(75,6 \pm 8,8)$ года; $p < 0,0001$]. Летальность от ХСН составила 7,4%, за отчетный период (12 мес) умерло 54 пациента (средний возраст – 69,2 лет; 16 мужчин и 38 женщин). Повторные госпитализации по поводу ХСН составили 7,1% (30 пациентов).

Этиологические причины, которые привели к развитию и декомпенсации ХСН представлены в таблице.

Основные нозологические формы, приводящие к декомпенсации ХСН

Нозологические формы	Количество пациентов, % (n)
1. ИБС. Постинфарктный кардиосклероз	42,6 (180)
2. ИБС. Хроническая форма фибрилляции предсердий	20,1 (85)
3. ИБС. Пароксизмальная форма фибрилляции предсердий	12,08 (51)
4. Гипертонический криз	8,05 (34)
5. ХОБЛ	4,97 (21)
6. Пневмонии	4,2 (18)
7. Декомпенсация сахарного диабета	2,6 (11)
8. ДКМП	1,65 (7)
9. ТЭЛА	1,65 (7)
10. Пороки сердца	0,9 (4)
11. Легочное сердце	0,9 (4)

У 74,78% пациентов выставлен диагноз ИБС, из них каждый третий пациент имел нарушение ритма по типу фибрилляции предсердий (ФП), которые ас-

социированы с неэффективным контролем частоты сердечных сокращений, дилатацией камер сердца, низкой фракцией выброса (ФВ), легочной гипертензией, а также низкой приверженностью пациентов к лечению основного заболевания, что потребовало экстренной госпитализации в стационар. Гипертонический криз в структуре декомпенсаций составил 8,05%, хроническую обструктивную болезнь легких (ХОБЛ) имели 4,97% пациентов.

В структуре клинических симптомов декомпенсация ХСН представлена острой левожелудочковой недостаточностью (отек легких) у 20,5% пациентов. Асцит, гидроторакс, которые потребовали госпитализации, были у 31,4% пациентов. Увеличение отеочного синдрома (анасарка) и появление застойных изменений в легких с нестабильной гемодинамикой стали причиной госпитализации у 48,1% пациентов.

Пациенты поступали в стационар со средними показателями гемодинамики: систолическое артериальное давление (САД) составляло $(165,1 \pm 20,5)$ мм рт.ст., диастолическое артериальное давление (ДАД) – $(86,8 \pm 17,1)$ мм рт.ст., выраженная тахикардия – $(103,9 \pm 25,1)$ уд/мин. 60,8% пациентов поступали с неконтролируемой гипертензией, у 19,2% пациентов уровень артериального давления (АД) соответствовал 120/80 – 139/89 мм рт.ст., АД ниже 120/80 мм рт.ст. установлен у 20% пациентов. Пациенты имели выраженную тахикардию (85 уд/мин и выше) в 75% случаев, сердечный ритм от 70 до 80 уд/мин был у 13% пациентов, ниже 65 уд/мин – у 12%.

Необходимо отметить, что параллельно изучалась функция миокарда по показателю фракции выброса (ФВ). Средняя ФВ у мужчин составила $(40,1 \pm 11,2)\%$, у женщин – $(47,3 \pm 7,2)\%$ ($p < 0,001$), отмечается у всех пациентов преобладание ХСН с промежуточной ФВ.

В период лечения в стационаре уровень АД 120/80 – 139/89 мм рт.ст. был достигнут у 68,2% пациентов. АД, соответствующее артериальной гипертензии, сохранялось у 14,2% пациентов. АД 120/80 мм рт.ст. установлено у 17,6%. Средний уровень САД соответствовал $(122,1 \pm 14,7)$ мм рт.ст., ДАД – $(78,2 \pm 11,4)$ мм рт.ст.

Достижение целевой частоты сердечных сокращений (ЧСС) (ниже 80 уд/мин) на фоне проводимой терапии было выявлено у 57% пациентов, выраженная тахикардия сохранялась у 10%, в основном за счет наличия у курируемых пациентов хронической формы ФП. 33% пациентов имели ЧСС в диапазоне от 70 до 80 уд/мин.

Ретроспективно постоянную терапию, согласно клиническим рекомендациям в течение последнего года, получали только 18,5% госпитализированных пациентов. Остальные пациенты (81,5%) не получали на амбулаторном этапе комплексную терапию ХСН, которая включала блокаторы РААС, антагонисты минералокортикоидных рецепторов, петлевые диуретики, блокаторы ангиотензиновых рецепторов и неприлизина ингибиторы (АПНИ), статины, антиагреганты и антикоагулянты. Все группы лекарственных средств претерпевали снижение частоты приемов и уменьшение доз принимаемых препаратов на амбулаторном этапе. Наиболее часто отмечен

непостоянный прием или прекращение приема бета-адреноблокаторов – 20,8%, блокаторов РААС – 32,1%. Снижение или увеличение дозы петлевого диуретика никак не было связано с изменением веса пациента или с наличием у пациента симптомов декомпенсации. Необходимо отметить, что за динамикой веса следили только 3,4% пациентов с установленным диагнозом ХСН, поступивших в стационар. Антикоагулянты принимали до поступления в стационар только 47,4% пациентов с постоянной формой фибрилляции предсердий, статины – 24%, АРНИ – 0%.

Всем пациентам в стационаре проводилось комплексное обследование (сбор анамнеза, выявление причин ХСН, ортопноэ, прием диуретиков, кардиотоксичных препаратов и др.), физикальное обследование [оценка симптомов заболевания: сердечные шумы, расширение границ сердца, набухание яремных вен, увеличение печени, отеки нижних конечностей; лабораторно-инструментальные данные: общий анализ крови, мочи, биохимический анализ крови, коагулограмма, электролиты, расчет скорости клубочковой фильтрации (СКФ) по содержанию креатинина в крови по формуле СКД – EPI, ЭКГ, ЭхоКГ], назначалось лечение согласно клиническим рекомендациям по ХСН с титрацией доз необходимых лекарственных препаратов [3].

Блокаторы РААС при выписке в зависимости от наличия противопоказаний принимали 85,7% пациентов, β-блокаторы – 90,0%, селективный блокатор If-токов (ивабрадин) – 2,03%, АРНИ были рекомендованы 41%, антагонисты минералокортикоидных рецепторов (АМНР) – 87%, петлевые диуретики – 100%, сердечные гликозиды (дигоксин) – 36%, антиагреганты: аспирин – 63,3%, аспирин + клопидогрель – 2,99%, антикоагулянты: варфарин – 10,6%, новые оральные антикоагулянты (НОАК) – 31,8%.

Выводы:

1. Основными этиологическими причинами декомпенсации ХСН у пациентов с III–IV ФК по NYHA являются постинфарктный кардиосклероз, наличие хронической фибрилляции предсердий, которые ассоциированы с неэффективным контролем ЧСС и АД.

2. Госпитальная летальность от ХСН составила 7,4%, неблагоприятный прогноз связан с низкой частотой применения комбинации основных лекарственных средств при лечении ХСН, их недостаточная доза, частое прерывание лечения на догоспитальном этапе.

3. Для улучшения прогноза и качества жизни пациентов с ХСН необходимо проведение школ ХСН для пациентов и их родственников в стационаре, в поликлинике для получения информации о заболевании, приобретения навыков самоконтроля, касающихся диетических рекомендаций, физической активности, строгого соблюдения режима медикаментозной терапии, наблюдения за симптомами сердечной недостаточности и обращения за медицинской помощью в случае их усиления.

Прозрачность исследования. Исследование не имело спонсорской поддержки. Авторы несут полную ответственность за предоставление окончательной версии рукописи в печать.

Декларация о финансовых и других взаимоотношениях. Все авторы принимали участие в разработке концепции, дизайна исследования и в написании рукописи. Окончательная версия рукописи была одобрена всеми авторами. Авторы не получили гонорар за исследование.

ЛИТЕРАТУРА

1. Фомин, И.В. Хроническая сердечная недостаточность в Российской Федерации: что сегодня мы знаем и что должны делать / И.В. Фомин // Российский кардиологический журнал. – 2016. – Т. 8, № 136. – С.7–13.
2. Распространенность хронической сердечной недостаточности в Европейской части Российской Федерации – данные ЭПОХА–ХСН (ч. 2) / Ю.Н. Беленков, И.В. Фомин, В.Ю. Мареев [и др.] // Журнал сердечная недостаточность. – 2016. – Т. 7, № 3. – С.3–7.
3. Фомин, И.В. Эпидемиология хронической сердечной недостаточности в Российской Федерации / И.В. Фомин – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – С.7–77.
4. Эпидемиологическая программа ЭПОХА–ХСН: декомпенсация хронической сердечной недостаточности в реальной клинической практике (ЭПОХА–Д–ХСН) / Д.С. Поляков, И.В. Фомин, Ф.Ю. Валикулова [и др.] // Журнал сердечная недостаточность. – 2016. – Т. 17, № 6. – С.299–305.
5. Характеристика хронической сердечной недостаточности на фоне перманентной формы фибрилляции предсердий / Н.А. Козилова, Ю.Н. Никонова, Я.Э. Шилова [и др.] // Журнал сердечная недостаточность. – 2013. – Т. 14, № 1. – С.14–21.
6. Клинические рекомендации ОССН-РКО-РНМОТ. Сердечная недостаточность: хроническая (ХСН) и острая декомпенсированная (ОДСН). Диагностика, профилактика и лечение / В.Ю. Мареев, И.В. Фомин, Ф.Т. Агеев [и др.] // Кардиология. – 2018. – Т. 58, № 6S. – С.8–164.
7. ESC guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2008: the Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2008 of the European Society of Cardiology. Developed in collaboration with the Heart Failure Association of the ESC (HFA) and endorsed by the European Society of Intensive Care Medicine (ESICM) / K. Dickstein, A. Cohen-Solal, G. Filippatos [et al.] // Eur. J. Heart Fail. – 2008. – Vol. 10. – P.933–989.
8. Рекомендации ESC по диагностике и лечению острой и хронической сердечной недостаточности 2016 // Российский кардиологический журнал. – 2016. – № 1 (141). – С.7–81.
9. Кириченко, А.А. Хроническая сердечная недостаточность в практике терапевта: трудно ли ее распознать? / А.А. Кириченко, Е.Ю. Эбзеева // Consilium medicum. – 2019. – Т. 21, № 1. – С.46–49.
10. ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2012. The Task Force for the Diagnosis and Treatment of Acute and Chronic Heart Failure 2012 of the European Society of Cardiology. Developed in collaboration with the Heart Failure Association (HFA) of the ESC // Eur. Heart J. – 2012. – Vol. 33. – P.1787–1847.
11. Галявич, А.С. Диагностика и лечение хронической сердечной недостаточности сегодня / А.С. Галявич // Русский медицинский журнал. – 2014. – №12. – С.867–873.

REFERENCES

1. Fomin IV. Hronicheskaya serdechnaya nedostatochnost' v Rossijskoj Federacii: chto segodnya my znaem i chto dolzhny delat'. [Chronic heart failure in the Russian

- Federation: what we know today and what we should do]. Rossijskij kardiologicheskij zhurnal [Russian journal of cardiology]. 2016; 8 (136): 7–13.
2. Belenkov YuN, Fomin IV, Mareev VYu, et al. Rasprostranennost' khronicheskoy serdechnoy nedostatochnosti v Evropejskoj chasti Rossijskoj Federacii dannye EPOXA-XSN (chast 2) [Prevalence of chronic heart failure in the European part of the Russian Federation – Data of AGE-CHF (part II)]. Zhurnal Serdechnaya Nedostatochnost' [Russian Heart Failure Journal]. 2016; 7 (3): 3–7.
 3. Fomin IV. Epidemiologiya khronicheskoy serdechnoy nedostatochnosti v Rossijskoj Federacii V: Hronicheskaya serdechnaya nedostatochnost' [Epidemiology of chronic heart failure in the Russian Federation B: Chronic heart failure]. Moskva: GEOTAR-Media [Moscow: GEOTAR-Media]. 2010; 7-77.
 4. Polyakov DS, Fomin IV, Valikulova FYu, Weisberg AR, Kraiem N, badin YuV, et al. Epidemiologicheskaya programma EPOHA-HSN: dekompensaciya khronicheskoy serdechnoy nedostatochnosti v real'noj klinicheskoy praktike (EPOHA-D-HSN) [Epidemiological program EPOCH-CHF: decompensation of chronic heart failure in real clinical practice (EPOCH-D-CHF)]. Zhurnal Serdechnaya Nedostatochnost' [Russian Heart Failure Journal]. 2016; 17 (6): 299–305.
 5. Koziolova NA, Nikonova YuN, Shilova YaE, Agafonov AV, Polyanskaya EA. Karakteristika khronicheskoy serdechnoy nedostatochnosti na fone permanentnoj formy fibrillyacii predserdij [Characteristics of chronic heart failure on the background of permanent atrial fibrillation]. Zhurnal Serdechnaya Nedostatochnost' [Russian Heart Failure Journal]. 2013; 14 (1): 14–21.
 6. Mareev VYu, Fomin IV, Ageev FT, et al. Klinicheskie rekomendacii OSSN-RKO – RNMOT. Serdechnaya nedostatochnost': hronicheskaya (HSN) i ostraya dekompensirovannaya (ODSN); Diagnostika, profilaktika i lechenie [Russian Heart Failure Society, Russian Society of Cardiology; Russian Scientific Medical Society of Internal Medicine; Guidelines for Heart failure: chronic (CHF) and acute decompensated (ADHF); Diagnosis, prevention and treatment]. Cardiology [Kardiologiya]. 2018; 58 (6S): 8-164.
 7. Dickstein K, Cohen-Solal A, Filippatos G, et al. ESC guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2008: the Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2008 of the European Society of Cardiology; Developed in collaboration with the Heart Failure Association of the ESC (HFA) and endorsed by the European Society of Intensive Care Medicine (ESICM). Eur J Heart Fail. 2008; 10: 933–989.
 8. Rekomendacii ESC po diagnostike i lecheniyu ostroj i khronicheskoy serdechnoy nedostatochnosti 2016 [ESC guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2016]. Rossijskij kardiologicheskij zhurnal [Russian journal of cardiology]. 2016; 1 (141): 7–81.
 9. Kirichenko AA, Ebzeeva EYu. Hronicheskaya serdechnaya nedostatochnost' v praktike terapevta: trudno li ee raspoznat' [Chronic heart failure in the practice of the therapist: is it difficult to recognize it?]. Consilium medicum [Consilium medicum]. 2019; 21 (1): 46-49.
 10. ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2012. The Task Force for the Diagnosis and Treatment of Acute and Chronic Heart Failure 2012 of the European Society of Cardiology; Developed in collaboration with the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. Eur Heart J. 2012; 33: 1787–1847.
 11. Galyavich AS. [Diagnostika i lechenie khronicheskoy serdechnoy nedostatochnosti segodnya [Diagnosis and treatment of chronic heart failure today]. Rusckij medicinskij zhurnal [Russian medical journal]. 2014; 12: 867-873.

© А.Р. Садыкова, А.Р. Шамкина, А.М. Садыкова, Д.Р. Садыкова, 2019

УДК 618.3-06:616.12-008.331.1+616.1-055.2-053.81+618.173-06:616.1

DOI: 10.20969/VSKM.2019.12(5).49-54

ВЛИЯНИЕ ГЕСТАЦИОННОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ В АНАМНЕЗЕ НА СУММАРНЫЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЙ РИСК У ЖЕНЩИН В МЕНОПАУЗЕ

САДЫКОВА АИДА РИФГАТОВНА, ORCID ID: 0000-0001-8324-2424; канд. мед. наук, доцент кафедры пропедевтики внутренних болезней ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, 420012, Казань, ул. Бутлерова, 49, e-mail: aidasad@mail.ru

ШАМКИНА АЙГУЛЬ РОБЕРТОВНА, канд. мед. наук, ассистент кафедры пропедевтики внутренних болезней ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, 420012, Казань, ул. Бутлерова, 49, e-mail: shamkina.aigul@yandex.ru

САДЫКОВА АЛСУ МАРАТОВНА, врач ультразвуковой диагностики отделения ультразвуковой диагностики ГАУЗ «Городская клиническая больница № 7» г. Казани, Россия, 420103, Казань, ул. Чуйкова, 54, e-mail: alsiwise@gmail.com

САДЫКОВА ДИАНА РАМИЛЕВНА, студентка V курса лечебного факультета ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, 420012, Казань, ул. Бутлерова, 49, e-mail: radiana2007@yandex.ru

Реферат. Цель исследования – оценить сердечно-сосудистый риск у женщин в менопаузе в зависимости от наличия гестационной гипертензии в анамнезе. **Материал и методы.** 167 женщин климактерического периода в возрасте 42–59 лет; их них 22 пациентки с нормальным артериальным давлением, 25 пациенток с высоким нормальным артериальным давлением и 120 пациенток с артериальной гипертензией со средней длительностью артериальной гипертензии (15,8±10,3) года были включены в это исследование. Средний возраст пациенток с артериальной гипертензией составил (51,5±4,2) года. Все пациентки с вторичной артериальной гипертензией исключались из исследования. Всем участницам исследования проводилось анкетирование, физикальное исследование, биохимический анализ крови и мочи, стандартная ЭКГ и ЭхоКГ по стандартному протоколу. Все обследованные были распределены на 2 группы в зависимости от наличия гестационной гипертензии в анамнезе. Сердечно-сосудистый риск стратифицировался согласно рекомендациям Европейского общества кардиологов (ESC/ESH, 2018). Статистическая обработка данных проводилась с использованием пакета программ Statistica 13.0. **Результаты и их обсуждение.** Достоверных различий в частоте и среднем количестве факторов