

Все дети имели достаточно высокий уровень вирусной нагрузки в момент установления диагноза, 1130049 (16000–850000 %) и только у одного ребенка он составил 590 копий в мл.

Выводы

Несмотря на комплекс проводимых мероприятий по профилактике передачи ВИЧ-инфекции от матери к ребенку в области продолжают рождаться дети с ВИЧ-инфекцией. Одному ребенку (6 %) диагноз заболевания выставлен спустя некоторое время после исключения ВИЧ-инфекции по результатам лабораторных исследований. Большинство обследованных детей при установлении диагноза ВИЧ-инфекция находились во 2 клинической стадии заболевания (9 (56 %) детей). В состоянии тяжелого иммунодефицита при установлении диагноза также было большинство детей (6 (38 %) человек).

ЛИТЕРАТУРА

1. Технический отчет для Министерства здравоохранения, Беларусь, в области валидации элиминации передачи ВИЧ и сифилиса от матери ребенку. — Минск, 2016. — 51 с.
2. Оптимизация подходов к наблюдению и лечению детей с ВИЧ/СПИДом (инструкция по применению): утв. Министерством здравоохранения Республики Беларусь 10.09.2008. — Минск, 2008. — 100 с.
3. Клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов с ВИЧ-инфекцией»: утв. Приказом Министерства здравоохранения Республики Беларусь №41 от 01.06.2017. — Минск, 2017. — 134 с.

УДК 616.12-008.46-036.12-091

КОМОРБИДНАЯ ПАТОЛОГИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Бакалец Н. Ф.

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Сердечная недостаточность (СН) является клиническим синдромом, характеризующимся типичными симптомами (одышка, отеки, усталость), которые могут сопровождаться признаками (повышение давления в яремных венах, хрипы в легких, периферические отеки), обусловленными структурными и (или) функциональными изменениями сердца, приводящими к снижению сердечного выброса, повышению внутрисердечного давления в покое или при нагрузке [1]. Так как в Республике Беларусь в статистических отчетах учитываются основные заболевания, которые приводят к СН, то выявляется сложность в эпидемиологии этого синдрома у нас в стране. По данным Эпоха-ХСН, распространенность СН I–II ФК в популяции Европейской части России составила 12,3 %, а III–IV ФК — 2,3 % [2]. Согласно современным рекомендациям Европейского общества кардиологов, выделяют следующие типы СН: СН со сниженной фракцией выброса (ФВ), СН с промежуточной ФВ, СН с сохраненной ФВ. Для пациентов со сниженной ФВ разработан алгоритм лечения, который улучшает прогноз жизни. Но для лечения пациентов с сохраненной ФВ отсутствуют лекарственные препараты, которые бы обладали классом доказательства I, уровнем A. Рекомендации по лечению этой группы пациентов звучат следующим образом: «пациентов с СН — сохраненной ФВ рекомендуется обследовать на предмет наличия сопутствующей сердечно-сосудистой и несердечной патологии, и при наличии таковой необходимо ее лечить безопасными и эффективными методами, которые способствуют улучшению симптомов, самочувствия и (или) прогноз» [1].

Цель

Провести сравнительный анализ коморбидной патологии у пациентов с систолической дисфункцией левого желудочка и у пациентов с СН с сохраненной систолической функцией на основе анамнестических, клинических данных и лабораторно-инструментальных показателей.

Материал и методы исследования

Было обследовано 197 пациентов с тяжелой ХСН. 129 человек имели III ФК ХСН по NYHA, 65 человек имели IV ФК ХСН по NYHA. Средний возраст пациентов составил $68,5 \pm$

7,8 лет. Мужчин было 94, женщин — 103. Изучался анамнез (основная причина ХСН, сопутствующая патология, длительность заболевания, связь обострения ХСН). Проводились следующие лабораторные исследования: общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови (билирубин, мочевины, креатинин, общий холестерин, С-реактивный протеин, МВ-КФК, калий, натрий, хлор). Выполнялась ЭКГ в 12 стандартных отведениях. Тип сердечной недостаточности определялся на основании анализа эхокардиографии (ЭхоКГ) с доплеровским исследованием. Оценивались размеры полостей сердца, ударный объем, ФВ, толщина миокарда левого и правого желудочков, скорости кровотока на клапанах, наличие регургитаций.

Статистическая обработка данных проведена с применением пакета прикладных программ «Statistica» 6.0. Цифровой материал обрабатывался в соответствии с правилами описательной статистики с расчетом средней величины и стандартной ошибки ($M \pm m$). Достоверными признавались различия при $P < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение

Наиболее частой причиной ХСН была ИБС (94 %). У 3 % пациентов к сердечной недостаточности привела хроническая ревматическая болезнь сердца, у 2,5 % — дилатационная кардиомиопатия, у 0,5 % — врожденный порок сердца. Средняя продолжительность симптомной ХСН составила $5 \pm 0,8$ года.

У 30 % пациентов декомпенсация ХСН была связана со стрессом, у 24 % — с гипертоническими кризами, у 27 % — с присоединением острых респираторных вирусных инфекций или пневмоний. 10 % пациентов не соблюдали водно-солевой режим, 5 % принимали алкоголь, 3 % выполнили чрезмерную для них физическую нагрузку. У 2 % больных причиной декомпенсации была ТЭЛА, у 1 % — прием короткодействующих β 2-адреномиметиков (сальбутамол, беротек).

Систолическая дисфункция левого желудочка была диагностирована у 120 пациентов (61 %), сердечная недостаточность с сохраненной ФВ наблюдалась у 77 (39 %) пациентов.

В группе пациентов с ХСН со сниженной ФВ преобладали мужчины (78 мужчин и 42 женщины), в группе с сохраненной ФВ преобладали женщины (46 женщин и 31 мужчина). Продолжительность симптомной ХСН во всех группах была одинакова — $5 \pm 0,7$ лет и $5,1 \pm 1,1$ лет соответственно). Средний возраст людей, страдающих ХСН с сохраненной ФВ, был достоверно больше ($69,7 \pm 7,6$ лет против $64,5 \pm 6,3$ лет). Артериальной гипертензией чаще страдали пациенты с сохраненной ФВ (61 % против 54 %). Ожирение более присуще пациентам с ХСН с сохраненной систолической функцией. Индекс массы тела у них был достоверно выше ($31,6 \pm 1,6$ кг/м² против $25,3 \pm 1,4$ кг/м²). Инфаркт миокарда чаще наблюдался в анамнезе у пациентов с систолической дисфункцией (10 % против 5 %), фибрилляция предсердий также встречалась чаще у людей этой группы (57,6 % против 41 %).

Важным результатом исследования явился тот факт, что пациенты с сохраненной ФВ чаще страдали анемией хронического заболевания (29 % против 8 %) и сахарным диабетом (30 % против 16 %). Хроническая обструктивная болезнь легких сопутствовала ХСН у 11 % пациентов со сниженной ФВ и у 4 % пациентов с сохраненной ФВ.

При сравнении изучаемых лабораторных показателей обнаружили следующие достоверные различия. У пациентов с ХСН с сохраненной ФВ были достоверно повышены креатинин ($138,7 \pm 4,5$ мкмоль/л против $110 \pm 6,8$ мкмоль/л, $p = 0,021$), холестерин ($4,92 \pm 0,2$ ммоль/л против $4,38 \pm 1,3$ ммоль/л, $p = 0,032$). С-реактивный протеин был достоверно выше в группе пациентов с систолической дисфункцией левого желудочка ($12 \pm 1,7$ мг/л против $9,5 \pm 1,9$ мг/л, $p = 0,009$).

При проведении сравнительного анализа эхокардиографических показателей оказалось, что у пациентов со сниженной ФВ достоверно больше средний размер левого предсердия, левого желудочка, меньше выражена гипертрофия левого желудочка, достоверно выше систолическое давление в легочной артерии (таблица 1).

Митральная регургитация наблюдалась у всех пациентов с систолической дисфункцией ЛЖ, и у 38 % пациентов с сохраненной ФВ. Аортальная регургитация чаще диагностирована у пациентов со сниженной ФВ (52 % против 25 % пациентов). Гемодинамически значимая

трикуспидальная регургитация также чаще встречалась у пациентов с систолической СН (75 % против 50 %). Аортальный стеноз одинаково часто встречался в двух группах (по 10 %). Митральный стеноз также был распространен практически одинаково (5 % в группе с систолической дисфункцией и 3 % в группе с диастолической дисфункцией).

Таблица 1 — Сравнительный анализ эхокардиографических показателей у пациентов с ХСН с сохраненной и сниженной ФВ

Показатель	СН со сниженной ФВ	СН с сохраненной ФВ
ПЖ, мм	31,4 ± 0,9	30,2 ± 10,6
ЛП, мм	55,0 ± 1,4	43,7 ± 1,6 * p < 0,05
МЖП, мм	13,3 ± 0,5	14,9 ± 0,5 * p < 0,05
ЗС, мм	12,3 ± 0,4	13,1 ± 0,45 * p < 0,05
КДР, мм	62,8 ± 1,6	53,6 ± 1,8 * p < 0,05
КСР, мм	49,7 ± 1,8	34,2 ± 1,4* p < 0,05
СДЛА, мм рт. ст.	39,3 ± 1,2	41,5 ± 2,0* p < 0,05

Заключение

При сравнительном анализе ХСН со сниженной и сохраненной ФВ оказалось, что СН с сохраненной ФВ чаще страдают женщины, пациенты старше 65 лет. Наиболее частой коморбидной патологией у них являются анемия хронического заболевания, дислипидемия, сахарный диабет, ожирение, хроническая болезнь почек.

ХСН со сниженной ФВ чаще сопутствуют постинфарктный кардиосклероз, недостаточность клапанного аппарата сердца, хроническая обструктивная болезнь легких, хронический воспалительный процесс.

Полученные результаты диктуют необходимость правильного адекватного ведения пациентов с СН. Ожирение является фактором риска СН, осложняет диагностику СН, так как вызывает одышку и отеки. Однако существует «парадокс ожирения», то есть ожирение ассоциировано с более низкой смертностью. При диагностированной СН потеря веса не продемонстрировала эффективности и безопасности. Если ИМТ менее 35 кг/м, то не следует снижать вес. ХОБЛ ассоциирована с более неблагоприятным прогнозом у пациентов со сниженной ФВ, поэтому это заболевание следует лечить правильно и безопасно. Контроль гликемии у больных СН и сахарным диабетом должен быть реализован постепенно и умеренно. Предпочтение отдается метформину, но следует помнить, что он может вызвать лактацидоз, особенно при нарушении функции печени и почек. Тиазолидиноны приводят к задержке натрия и воды и ухудшают течение ХСН. Эмпаглифлозин уменьшает количество госпитализаций и смертность по поводу СН, но не влияет на риск развития инфаркта миокарда и инсульта. Производные сульфаниламочевина ухудшают течение СН. Анемия у пациентов с СН ассоциирована с прогрессированием ремоделирования миокарда, перегрузкой объемом, увеличением риска госпитализаций. Дефицит железа повышает риск смерти при ХСН. Однако влияние на прогноз препаратов железа не доказано, однако эта группа лекарств уменьшает симптомы и повышает толерантность к нагрузкам. Стимуляторы синтеза эритропоэтина ведут к развитию тромбэмболических осложнений. Хроническая болезнь почек и СН имеют общие факторы риска, часто сочетаются. При ухудшении клубочковой фильтрации у пациентов с СН следует пересмотреть план лечения, исключить стеноз почечных артерий, гипо или гиперволемию, гиперкалиемию [1].

ЛИТЕРАТУРА

1. 2016 ESC 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) / P. Ponikowski [et al.] // European Heart Journal. — 2016. — Vol. 37. — P. 2129–2200.
2. Фомин, И. В. Распространенность хронической сердечной недостаточности в Европейской части Российской Федерации — данные ЭПОХА-ХСН / И. В. Фомин, Ф. Г. Агеев, Ю. Н. Беленков // Сердечная недостаточность. — 2006. — № 7 (1). — С. 112–115.