**Структура причин развития хронической сердечной недостаточности**

***Камбачокова З.А., Арамисова Р.М., Гаева М.Т.***  
  
*Профессор кафедры госпитальной терапии, профессор кафедры госпитальной   
терапии, ассистент кафедры госпитальной терапии  
  
Кабардино-Балкарский государственный университет имени Х.М. Бербекова,   
  
медицинский факультет, Нальчик, Россия*

*E-mail: [k.zareta.7@mail.ru](mailto:k.zareta.7@mail.ru)*

Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) по-прежнему остается одним из самых тяжелых осложнений заболеваний сердечно-сосудистой системы. Параллельно заболеваемости растет и смертность - продолжительность жизни 50% больных тяжелой сердечной недостаточностью не превышает 1 года [1,10,12]. Несмотря на значительные достижения в изучении патогенеза, диагностики и лечения ХСН, ее распространенность не только не снижается, но продолжает неуклонно нарастать. Более значимо возросла доля пациентов с тяжелой (III–IV ФК) ХСН [1,2,3].

Основными причинами развития ХСН в Российской Федерации являются артериальная гипертония (АГ) (95,5%), ишемическая болезнь сердца (ИБС) (69,7%), перенесенный инфаркт миокарда (ИМ) (15,3%), сахарный диабет (СД) (15,9%). Комбинация ИБС и АГ встречается у большинства больных ХСН [2,3].

В структуре причин смертности пациентов с ХСН важное место занимают нарушения ритма сердца (НРС). Аритмическая смерть регистрируется у 35-50% больных с ХСН. Нарушения ритма сердца у больных с ХСН являются, с одной стороны, одним из факторов риска внезапной смерти (ВС), с другой - непосредственной причиной развития и прогрессирования ХСН [9,10]. По данным многоцентровых исследований у больных с ХСН в структуре НРС первое место занимает фибрилляция предсердий (ФП) (95%), второе – различные виды желудочковых аритмий (ЖА) [6, 7].   
Частота инсульта у пациентов с ФП достигает 5% в год, что примерно в 2-7 раз выше, чем у пациентов без ФП [8, 9].

Ведущими механизмами развития аритмий при ХСН являются структурные изменения: дилатация левого предсердия, интерстициальный фиброз, клеточная гипертрофия и дегенерация. Эти изменения приводят к нарушениям электрофизиологии сердца и НРС.При ишемии миокарда, кардиосклерозе происходит инактивация быстрых энергозависимых натриевых каналов в кардиомиоцитах, в результате чего происходит функциональная «трансформация» типичных клеток (быстрого ответа) в атипичные кардиомиоциты (медленного ответа) с присущей им электрической нестабильностью. Гипертрофия миокарда приводит к хронической ишемии миокарда вследствие повышенной потребности гипертрофированного миокарда в кислороде. В дальнейшем хроническая ишемия кардиомиоцитов способствует нарушению работы ионных каналов, внутриклеточной перегрузке кальцием, что приводит к нарушению диастолы и триггерной активности [7,9].

Внедрение в практику новых способов фармакотерапии ХСН, направленных на улучшение прогноза и качества жизни пациентов, а также применение имплантируемых кардиовертеров-дефибрилляторов для профилактики жизнеугрожающих желудочковых тахиаритмий привели к увеличению выживаемости пациентов, но не повлияли на прогноз больных [11].

Целью исследования было изучение структуры НРС у больных с ХСН на фоне различной кардиальной патологии.

Обследовано 248 больных (мужчин-114, женщин-134) со стабильным течением ХСН II-III функционального класса (ФК) (NYHA, 1964) в возрасте 42-71 лет (в среднем 61,1±2,0 года). Фоновыми заболеваниями являлись: ИБС – 119 случаев, артериальная гипертония (АГ) -129 больных. В группе больных с АГ преобладали женщины (86 больных).

Результаты исследования**.** В исследуемой группе больных аритмии сердца были обнаружены у 54 больных (21,7%). Структура НРС была представлена следующим образом: постоянная форма ФП -37,1%, пароксизмальная форма ФП -7,4%, желудочковые экстрасистолии -33,3%. Сложные нарушения ритма: ФП+ желудочковая экстрасистолия у 4-х больных.

Выводы:

1. В структуре причин развития ХСН большой удельный вес занимает артериальная гипертония. Отмечаются гендерные различия в структуре больных ХСН с преобладанием лиц женского пола.

2.В изученной популяции больных с ХСН различные нарушения сердечного ритма обнаружены в 22% случаев.

3. Фибрилляция предсердий— одна из наиболее часто встречаемых НРС у больных с ХСН (44,5%), на втором месте- желудочковая экстрасистолия (33,3%).

4.Полученные результаты на региональном уровне соответствуют данным многоцентровых исследований по половозрастной структуре, гендерным различиям, а также структуре НРС у больных с ХСН.

**Литература**

1. Агеев Ф. Т., Беленков Ю. Н., Фомин И. В. и.т.д; Распространенность хронической сердечной недостаточности в Европейской части Российской Федерации – данные ЭПОХА–ХСН. Журнал Сердечная Недостаточность 2006;7 (1): 112–115.

2. Беленков Ю. Н., Мареев В. Ю., Агеев Ф. Т. и др. Истинная распространенность ХСН в Европейской части Российской Федерации (исследование ЭПОХА, госпитальный этап). Журнал Сердечная Недостаточность. 2011;12(2):63–8.

3. Бойцов С.А., Подлесов А.М. Нарушения ритма сердца при хронической сердечной недостаточности. Сердечная недостаточность 2001; 5:224-226.

4. Драпкина О. М., Кабурова А. Н. Диастолическая сердечная недостаточность: механизмы развития и перспективы воздействия на них // Сердечная недостаточность. 2012. Т. 13, № 5 (73). С. 310–316.

5. Истинная распространенность ХСН в Европейской части Российской Федерации (исследование ЭПОХА, госпитальный этап) // Сердечная недостаточность. 2011. № 12 (2). P. 63–68.

6. Козиолова Н. А., Никонова Ю. Н., Шилова Я. Э. и др. Характеристика хронической сердечной недостаточности на фоне перманентной формы фибрилляции предсердий. Журнал Сердечная Недостаточность. 2013;14(1):14–21.

7. Мареев В. Ю., Даниелян М. О., Беленков Ю. Н. От имени рабочей группы исследования ЭПОХАО-ХСН. Сравнительная характеристика больных с ХСН в зависимости от величины ФВ по результатам Российского многоцентрового исследования ЭПОХА-О-ХСН // Сердечная недостаточность. 2006. № 7 (4). С. 164–171.

8. Мареев В.Ю., Фомин И.В., Агеев Ф.Т., и др. Клинические рекомендации. Хроническая сердечная недостаточность (ХСН). Журнал Сердечная Недостаточность. 2017;18 (1):3–40

9. Мареев Ю. В., Герасимова В. В., Горюнова Т. В. и др. Факторы, определяющие прогноз при хронической сердечной недостаточности: роль ширины и морфологии комплекса QRS. Журнал Сердечная Недостаточность. 2012;13(5):255–66.

10. Поляков Д. С., Фомин И. В., Валикулова Ф. Ю и др. Эпидемиологическая программа ЭПОХА–ХСН: декомпенсация хронической сердечной недостаточности в реальной клинической практике (ЭПОХА–Д–ХСН). Журнал Сердечная Недостаточность. 2016;17(6):299–305.