

ХУЛОСА

М.А. Саидова, С.Ч. Юсуфӣ, З.Х. Рафиева

ОМЎЗИШИ РЕТРОСПЕКТИВИИ ЧАРАЁН ВА ОҚИБАТҲОИ ВАЛОДАТ, ҲАНГОМИ ҲОМИЛАДОРИИ АЗ МУҲЛАТГУЗАШТА

Таҳлили таърихи таваллуд дар таваллудхонаи шаҳрии №2, ки пойгоҳи клиникаи кафедрои акушерӣ ва гинекологияи №2 ДДТТ ба номи Абӯалӣ Ибни Сино мебошад, гузаронида шудааст. Басомади ҳомиладории аз мӯҳлат гузашта дар сокинони занони ш. Душанбе дар давоми 7 сол аз 3,9 то 0,83% ҳолатҳоро ташкил мекунад. Тадқиқот нишон медиҳад, ки пас аз ворид кардани стандартҳои миллии оиди барангезиши валодат, шумораи ҳомиладории аз мӯҳлат гузашта ва дар баробари он, аворизҳои вобаста ба он коҳиш

ёфтаанд. Қариб ҳар як зани нахусттаваллудкарда ҳомиладории аз мӯҳлатгузашта доштанд. Чараёни ҳомиладорӣ ва таваллуд бо ҳомиладории аз мӯҳлат гузашта фоизи баланди аворизҳоро ҳос аст, ки мутаносибан $6,7 \pm 2,09\%$ ва $70,8 \pm 2,16\%$ -ро ташкил медиҳад. Заноне, ки тавассути роҳи табиӣ чинси валодат кардаанд 382 (72%) нафар буданд, ва 77 нафар (15%) бо воситаи ҷарроҳии қайсарӣ таваллудро ба анҷом расониданд.

Ҳамин тариқ, басомади ҳомиладории аз мӯҳлат гузашта дар занони шаҳри Душанбе баланд буда, пеш аз ворид шудани стандартҳои миллии оиди барангезиши валодат ва иборат аз ин шумораи зиёди аворизҳо ҳангоми ҳомиладорӣ ва таваллуд ба назар мерасид.

Калимаҳои калидӣ: ҳомиладории аз мӯҳлат гузашта, валодат, валодати аз мӯҳлат гузашта, аворизҳо ҳангоми валодат.

УДК 616.12-008.46:616-036

doi: 10.52888/0514-2515-2022-352-1-96-103

А.И. Файзуллоев

ХРОНИЧЕСКАЯ СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ В АССОЦИАЦИИ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

ГОУ «ИПОвСЗРТ», кафедра терапии и кардио-ревматологии.

Файзуллоев Абуали Исупович - соискатель кафедры терапии и кардио-ревматологии ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан».

Цель исследования. Представить клинико-функциональную характеристику хронической сердечной недостаточности в ассоциации с сахарным диабетом 2 типа.

Материал и методы исследования. Нами обследовано 105 больных с верифицированным диагнозом хронической сердечной недостаточности в ассоциации с сахарным диабетом 2 типа, которые находились на стационарном лечении в кардиологическом отделении ГУ «РКЦК» МЗ СЗН РТ за период 01.09.2020 – 01.08.2021 гг. Из них мужчин – 48 (45,7%), женщин – 57 (54,3%). Все больные прошли общеклинические, лабораторные, инструментальные, а также функциональное обследования.

Результаты исследования и их обсуждение. Комплексная оценка больных хронической сердечной недостаточности в ассоциации с сахарным диабетом 2 типа ($n=105$) показала, что большинство больных (96,2%) имели метаболическую субкомпенсацию углеводного обмена - $HbA1c > 7\%$. Результаты оценки выраженности клинических симптомов по ШОКС, показатели почечной функции и гемодинамические показатели сердца у больных в группе пациентов хронической сердечной недостаточности в ассоциации с сахарным диабетом 2 типа с артериальной гипертензией + ишемическая болезнь сердца достоверно отличались от группы пациентов с хронической сердечной недостаточностью в ассоциации с сахарным диабетом 2 типа также артериальной гипертензией и хронической сердечной недостаточности в ассоциации с сахарным диабетом 2 типа с ишемической болезнью сердца ($p < 0,05$).

Заключение. Этиологией хронической сердечной недостаточности в исследуемой нами группы является ИБС и артериальная гипертензия, которые имеют отличительные особенности в зависимости от пола и возраста. Степень проявления клинической симптоматики находится в прямой зависимости от функционального класса хронической сердечной недостаточности. Наиболее частыми спутниками хронической сердечной недостаточности в ассоциации с сахарным диабетом 2 типа является ожирение и хроническая болезнь почек. Одним из неблагоприятных предикторов сердечно-сосудистых осложнений считается гипертрофия левого желудочка, колебания которой имело место у наблюдаемых нами больных.

Ключевые слова: хроническая сердечная недостаточность, сахарный диабет, ишемическая болезнь сердца, артериальная гипертензия, эхокардиография.

A.I. Faizulloev

CHRONIC HEART FAILURE IN ASSOCIATION WITH DIABETES MELLITUS

Department of Therapy and Cardio-Rheumatology.

Faizulloev Abuali Isupovich - fellow of Department of Therapy and Cardio-Rheumatology of SEI "Postgraduate Institute of Public Health Education of the Republic of Tajikistan".

Aim. To present clinical and functional characteristics of chronic heart failure in association with diabetes mellitus type 2.

Material and methods. 105 patients with a verified diagnosis of chronic heart failure in association with diabetes mellitus type 2 who were hospitalized at the cardiology department of State Institution "RCRC" of Ministry of Health and Social Welfare of RT during the period 01.09.2020 - 01.08.2021 were examined. Of them, men were 48 (45.7%), women 57 (54.3%). All patients underwent general clinical, laboratory, instrumental, as well as functional examinations.

Results and discussion. Complex evaluation of patients with chronic heart failure in association with diabetes mellitus type 2 ($n=105$) showed that the majority of patients (96,2%) had metabolic subcompensation of carbohydrate metabolism - $HbA1c > 7\%$. The results of assessing the severity of clinical symptoms according to the clinical evaluation scale, indicators of renal function, and hemodynamic parameters of the heart in the group of patients with chronic heart failure in association with type 2 diabetes mellitus with arterial hypertension + coronary heart disease were significantly different from the group of patients with chronic heart failure in association with type 2 diabetes mellitus also with arterial hypertension and chronic heart failure in association with coronary heart disease.

Conclusion. The etiology of chronic heart failure in our study group is CHD and arterial hypertension, which have distinctive features depending on gender and age. The degree of clinical symptomatology manifestation is directly dependent on the functional class of chronic heart failure. The most frequent companions of chronic heart failure in association with type 2 diabetes mellitus are obesity and chronic kidney disease. Left ventricular hypertrophy is considered to be one of the unfavorable predictors of cardiovascular complications, and its fluctuations were observed in our patients.

Keywords: chronic heart failure, diabetes mellitus, coronary heart disease, arterial hypertension, echocardiography.

Актуальность. Прогноз пациента с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) напрямую зависит от наличия сопутствующей патологии. Реалии сегодняшнего дня таковы, что возрастает доля пациентов пожилого и старческого возраста, страдающих хроническими неинфекционными заболеваниями. В связи с этим увеличивается частота больных с кардиоваскулярными заболеваниями с исходом в ХСН. Эксперты всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) признают рост хронических заболеваний, включая сердечно-сосудистую заболеваемость, как глобальную эпидемию 21 века [3, 5]. По данным множества исследователей, высокая коморбидность приводит к росту смертности больных хроническими заболеваниями, высокой инвалидности, снижению качества жизни и социальной дезадаптации. Вопросы взаимного влияния ХСН и сахарного диабета (СД) 2 типа приобрели настолько высокую актуальность, что постоянно обновляются в регулярных Рекомендациях и, в частности, в 2019 году экспертами American Heart Association

опубликован особый вариант [6]. В Рекомендациях обсуждаются вопросы эпидемиологии, патофизиологии и ключевые стратегии терапии ХСН и СД 2 типа [2, 3, 9]. Распространенность ХСН среди лиц с СД 2 типа в 5-6 раз выше, чем при отсутствии диабета, а повышение уровня гликированного гемоглобина на 1% увеличивает риск развития ХСН на 10-36% [2, 7, 8].

Существенное влияние СД 2 типа на прогноз оказывает при ХСН с низкой фракцией выброса левого желудочка (ЛЖ), а риск декомпенсации сердечной недостаточности повышается в 2 раза, чем у лиц с ХСН без диабета [5, 8]. При СД 2 типа основная роль в развитии ХСН принадлежит инсулинорезистентности, гипергликемии и гиперинсулинемии, в результате их воздействия ускоряется атеросклероз коронарных артерий, дисфункции кардиомиоцитов, т.е. формированием так называемой «диабетической кардиомиопатии» [1]. Среди обширных проблем «смертоносного дуэта» ХСН и СД 2 типа безопасность сахароснижающих средств играет ключевую роль и для оптимального

их контроля требуется мультидисциплинарный подход – кардиологи, эндокринологи, нефрологи и др. [2, 4, 9].

Цель исследования. Представить клинико-функциональную характеристику хронической сердечной недостаточности (ХСН) в ассоциации с сахарным диабетом (СД) 2 типа.

Материалы и методы исследования. Нами обследовано 105 больных с верифицированным диагнозом ХСН в ассоциации с СД 2 типа, которые находились на стационарном лечении в кардиологическом отделении ГУ «РКЦК» МЗ СЗН РТ за период 01.09.2020 – 01.08.2021 гг. В данном этапе исследование включались больные с ХСН I-IV ФК по NYHA различной этиологии с СД 2 типа (n=105), в возрасте 45 лет и старше, мужчин – 48 (45,7%), женщин – 57 (54,3%). Больные с ХСН в ассоциации с СД 2 типа в зависимости от этиологии развития были разделены на 3 группы: I гр. – больные ХСН+СД 2 типа с АГ (n=30); II гр. – больные ХСН+СД 2 типа с ИБС (n=48); III гр. – больные ХСН+СД 2 типа с АГ и ИБС (n=27). Все больные прошли общеклинические, лабораторные, инструментальные, а также функциональные обследования (тест 6-минутной ходьбы и ШОКС).

Все статистические анализы были выполнены с помощью программного обеспечения для статистических вычислений Statistica 10.0 (StatSoft, USA). Непрерывные переменные выражались как среднее \pm стандартная ошибка либо стандартное отклонение. Парные сравнения количественных независимых переменных проводились с помощью U-критерия Манна-Уитни, множественные - с помощью H-критерия Крускала-Уоллиса. Категориальные переменные выражались в виде числа с процентным соотношением и сравнивались с помощью критерия χ^2 и точного критерия Фишера, для множественных сравнений использовался критерий χ^2 для произвольных таблиц. Для всех этапов двусторонний $p < 0,05$ считался статистически значимым.

Результаты исследования и их обсуждение. Из 105 больных признаки ХСН I ФК (по NYHA) наблюдались у 4; II ФК – 67; III ФК – 27 и IV ФК - у 7 больных. Все больные имели верифицированные диагнозы ИБС, АГ II-III степени. На момент исследования 72% больных принимали комбинацию пероральных гипогликемических препаратов, антигипертензивных, мочегонных и антиагрегантов. Общая характеристика больных представлена в табл. 1.

Таблица 1

Клинико-anamnestическая демографическая характеристика больных (n=105)

Показатель	Значение
Возраст, лет (M \pm m)	61,2 \pm 6,8
ИМТ, кг/м ² (M \pm m)	31,7 \pm 7,5
Продолжительность болезни, лет (M \pm m)	7,1 \pm 2,4
Пол, абс (%): Мужчины	48 (45,7)
Женщины	57 (54,3)
СД 2 типа, абс (%)	105 (100,0)
Гликированный гемоглобин >7,0%, абс (%)	101 (96,2)
ИБС, абс (%)	48 (45,7)
АГ, абс (%)	30 (28,6)
ИБС+АГ, абс (%)	27 (25,7)
Дислипидемия, абс (%)	85 (81,0)
ХСН, абс (%)	105 (100,0)
Продолжительность ХСН, лет (M \pm m)	4,3 \pm 1,9
Средний ФК по NYHA (M \pm m)	2,6 \pm 1,2
I ФК, абс (%)	4 (3,8)
II ФК, абс (%)	67 (63,8)
III ФК, абс (%)	27 (25,7)
IV ФК, абс (%)	7 (6,7)
ШОКС, баллы (M \pm m)	6,9 \pm 3,7
Приверженность к курению, абс (%)	42 (40,0)
Среднее проходимое расстояние (6-минутная ходьба), м (M \pm m)	289,3 \pm 14,6

Примечание: % от общего количества больных.

Как видно из данных табл. 1 средний возраст $61,2 \pm 6,8$ лет, мужчин 45,7%, женщин 54,3%. Большинство больных 101 (96,2%) имели метаболическую субкомпенсацию углеводного обмена, $HbA1c > 7\%$. Причиной развития ХСН были ИБС – 45,7%, АГ – 28,6% и ИБС+АГ – 25,7%, а дислипидемия наблюдалась у 85 (81,0%) больных.

Средний ФК ХСН по NYHA составил $2,6 \pm 1,2$ с продолжительностью $4,3 \pm 1,9$ лет. Средний балл по шкале оценки клинического состояния (ШОКС) – $6,9 \pm 3,7$; среднее проходимое расстояние в тесте 6-минутной ходьбы $289,3 \pm 14,6$ м.

Характеристика сопутствующей патологии представлена в рис. 1.

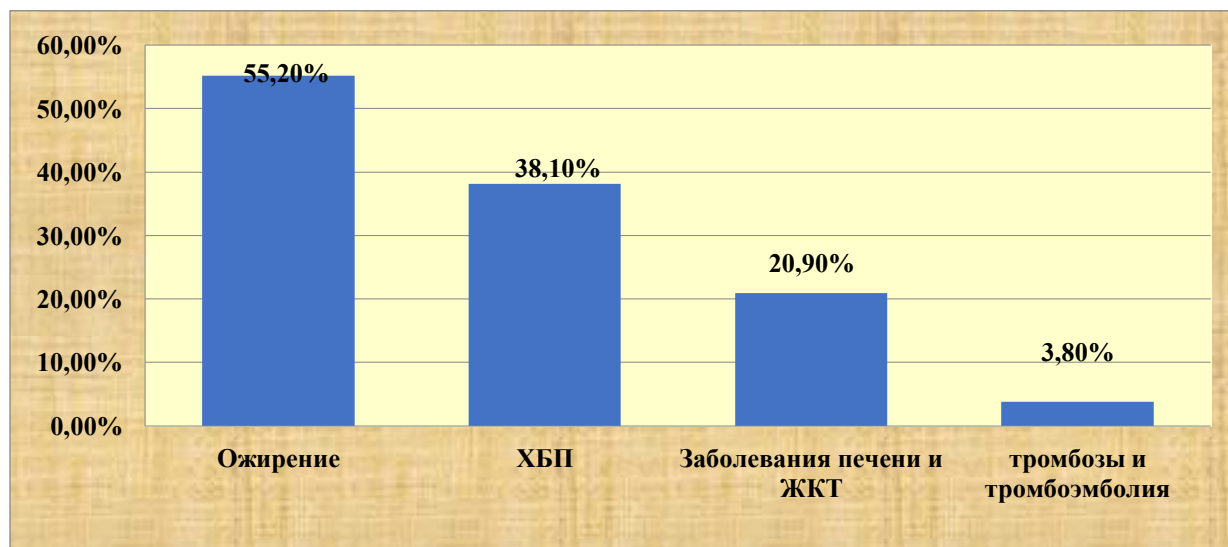


Рисунок 1. Характеристика сопутствующих заболеваний у больных с ХСН в ассоциации СД 2 типа

Как видно из данного рисунка у больных с ХСН в ассоциации с СД 2 типа наиболее частыми спутниками являются ожирение (55,2%), хроническая болезнь почек (ХБП – 38,1%) и замыкают тройку лидерства заболевание печени и ЖКТ (20,9%).

Больные с ХСН в ассоциации с СД 2 типа были разделены на 3 группы: I гр. – больные ХСН+СД 2 типа с АГ (n=30); II гр. – больные

ХСН+СД 2 типа с ИБС (n=48); III гр. – больные ХСН+СД 2 типа с АГ и ИБС (n=27). Клиническая характеристика больных ХСН в сочетании с СД 2 типа, включенных в исследование представлена в табл. 2.

В общей группе преобладали женщины – 57 (54,3%); длительность СД 2 типа в сравниваемых группах в среднем составила $7,1 \pm 2,4$ лет, при этом в III группе она была статистически значимо выше

Таблица 2

Клиническая характеристика больных ХСН и СД 2 типа ($M \pm m$)

Показатель	I группа ХСН+СД 2 типа с АГ (n=30)	II группа ХСН+СД 2 типа с ИБС (n=48)	III группа ХСН+СД 2 типа с АГ и ИБС (n=27)	p
Возраст	$57,2 \pm 3,9$	$53,7 \pm 4,1$	$55,5 \pm 4,2$	$>0,05$
Муж, n (%)	9 (30,0%)	25 (52,1%)	14 (51,9%)	$>0,05^{**}$
Жен, n (%)	21 (70,0%)	23 (47,9%)	13 (48,2%)	$>0,05^{**}$
Длительность СД, годы	$6,1 \pm 1,2$	$6,5 \pm 1,5$	$8,7 \pm 2,3$	$<0,05$
Длительность АГ, годы	$13,4 \pm 3,4$	–	$13,7 \pm 3,5$	$>0,05^*$
Длительность ИБС, годы	–	$5,1 \pm 2,4$	$5,9 \pm 3,5$	$>0,05^*$
ИМТ	$32,1 \pm 2,7$	$34,5 \pm 3,2$	$32,8 \pm 3,7$	$>0,05$

Примечание: p – статистическая значимость различия показателей между группами (по H-критерию Крускала-Уоллиса, *по U-критерию Манна-Уитни, **по критерию χ^2 для произвольных таблиц)

Таблица 3

Сравнительная характеристика лабораторных параметров в сравниваемых группах

Показатель	I группа ХСН+СД 2 типа с АГ (n=30)	II группа ХСН+СД 2 типа с ИБС (n=48)	III группа ХСН+СД 2 типа с АГ и ИБС (n=27)	P
Глюкоза натощак, ммоль/л	9,1±2,1	9,2±2,4	9,4±2,6	>0,05
Гликемоглобин HbA1c, %	8,6±0,9	8,7±0,9	9,1±1,4	>0,05
ЛПНП, ммоль/л	2,71±0,97	2,89±1,2	2,97±1,3	>0,05
ТГ, ммоль/л	1,89±0,8	1,94±1,1	1,97±1,0	>0,05
ОХ, ммоль/л	5,8±1,6	5,6±1,7	5,9±1,7	>0,05
Креатинин, ммоль/л	119±12,8	124,9±13,1	127,3±13,4	<0,05
СКФ, мл/мин/1,73м ²	82,8±11,6	81,8±12,8	80,1±11,9	>0,05

Примечание: HbA1c – гликированный гемоглобин, ЛПНП – липопротеид низкой плотности, ТГ – триглицерид, СКФ – скорость клубочковой фильтрации. p – статистическая значимость различия показателей между группами (по H-критерию Крускала-Уоллиса)

(8,7±2,3 лет, p<0,05), чем в I и II группах - 6,1±1,2 и 6,5±1,5, соответственно.

Далее мы сочли необходимым представить характеристику некоторых биохимических показателей больных ХСН и СД 2 типа в сравниваемых группах (табл. 3).

Как видно из данных таблицы уровень глюкозы (9,4±2,6 ммоль/л) и показатели гликемоглобина (9,1±1,4%) достоверно выше в третьей группе больных (p>0,05) по сравнению с первой (глюкоза в крови - 9,1±2,1 ммоль/л; гликемоглобин - 8,6±0,9%) и второй (глюкоза в крови - 9,2±2,4 ммоль/л; гликемоглобин - 8,7±1,7%) группы. Обращает на себя внимание показатели креатинина в крови: в подгруппе больных ХСН+СД 2 типа с АГ+ИБС наблюдалось его достоверное увеличение (127,3±13,4) по сравнению с I – II группами - 119±12,8 и 124,9±13,1 соответственно (p<0,05)/

Клинические проявления ХСН в сочетании с СД 2 типа имело место во всех группах, среди которых – одышка (98%), отеки на нижних конеч-

ностях у (55%), гепатомегалия (42%) и др. Анализ клинических симптомов ХСН в сравниваемых группах представлен по шкале ШОКС и значение теста 6-минутной ходьбы (табл. 4).

Средний балл оценки клинических симптомов по шкале ШОКС в III группе пациентов с ХСН составил 7,8±2,2, что оказалось статистически значимо выше (p<0,01), чем в I и II гр. – 5,4±3,2 и 6,5±3,4, соответственно.

Анализ результатов ЭхоКГ параметров свидетельствовали о различиях систолической дисфункции в сравниваемых подгруппах. Так, у пациентов I группы у большинства (74%) систолическая функция ЛЖ была сохранена (ФВ>49%). Во второй подгруппе ФВ находилась в диапазоне 41% - 49% (45,1±3,2) и по современной классификации, можно расценить как ХСН с промежуточной ФВ. Средние значения ФВ у пациентов III группы – 39,2±3,3 (в 58% случаев), что на 23% и 16% (p<0,05) ниже по сравнению с пациентами I и II группы соответственно. Одним из небла-

Таблица 4

Показатели шкалы оценки клинического состояния (ШОКС) и тест 6-минутной ходьбы

Показатель	I группа ХСН+СД 2 типа с АГ (n=30)	II группа ХСН+СД 2 типа с ИБС (n=48)	III группа ХСН+СД 2 типа с АГ и ИБС (n=27)	P
Значение ШОКС M±m, балл	5,4±3,2	6,5±3,4 p ₁ >0,05	7,8±3,2 p ₁ <0,01; p ₂ <0,01	<0,01
Дистанция 6-минутной ходьбы, M±m, м	337,33±13,41	286,9±13,6	215,37±13,55	>0,05

Примечание: p – статистическая значимость различия показателей между группами (по H-критерию Крускала-Уоллиса), p₁ – статистическая значимость различия показателей по сравнению с таковыми в I группе, p₂ – по сравнению с таковыми во II группе (по U-критерию Манна-Уитни)

Таблица 5

Показатели внутрисердечной и центральной гемодинамики ХСН в сравниваемых группах

Показатель	I группа ХСН+СД 2 типа с АГ (n=30)	II группа ХСН+СД 2 типа с ИБС (n=48)	III группа ХСН+СД 2 типа с АГ и ИБС (n=27)	p
ТМЖП, мм	11,7±1,02	11,9±1,1	12,7±1,2	>0,05
ЛП, мм	39,8±2,7	40,4±3,2	41,4±3,6	<0,05
ТЗСЛЖ, мм	11,2±2,1	11,6±1,1	12,1±1,7	>0,05
КДР ЛЖ, мм	44,9±6,9	48,5±9,3 $p_1>0,05$	55,4±8,1 $p_1<0,001$; $p_2<0,01$	<0,01
КСР ЛЖ, мм	36,1±9,0	37,0±10,2 $p_1>0,05$	38,5±9,3 $p_1>0,05$; $p_2<0,05$	<0,05
ФВ ЛЖ, %	52,3±2,7	45,1±3,2 $p_1<0,01$	39,2±3,3 $p_1<0,001$; $p_2<0,05$	<0,001
ТМ ЛЖ, мм	11,7±3,0	11,9±2,9	12,9±1,9	>0,05
ММ ЛЖ, г	257,9±12,4	272,9±11,5 $p_1<0,01$	301,4±12,9 $p_1<0,01$; $p_2<0,001$	<0,001
ИММ ЛЖ, г/м ²	150,1±13,9	158,0±12,2 $p_1>0,05$	169,8±13,1 $p_1>0,05$; $p_2<0,01$	<0,05
ОТС ЛЖ	0,44±0,04	0,46±0,07	0,49±0,06	>0,05

Примечание: p – статистическая значимость различия показателей между группами (по H-критерию Крускала-Уоллиса), p_1 – статистическая значимость различия показателей по сравнению с таковыми в I группе, p_2 – по сравнению с таковыми во II группе (по U-критерию Манна-Уитни)

гоприятных предикторов сердечно-сосудистых осложнений считается гипертрофия ЛЖ, колебания которой имело место у наблюдаемых нами больных. Так, у 100% больных I и III группы и у (83,3%) II группы была выявлена гипертрофия ЛЖ.

Известно, что ключевым звеном развития диастолической дисфункции является ремоделирование сердца вследствие фиброза и очевиден рост прогрессирования ХСН. В последние годы стереотипность механизмов ремоделирования сердца носит дискуссионный характер, который требует персонифицированный подход изучения

патофизиологических механизмов. В связи с вышеизложенным мы сочли необходимым оценить индивидуальные показатели относительная толщина стенок ЛЖ и индекс массы миокарда ЛЖ в сравниваемых группах (рис. 2).

Как видно из данных рисунка у больных I группы (ХСН+СД 2 типа и АГ) с достоверной частотой встречалась концентрическое ремоделирование левого желудочка (КГЛЖ) по сравнению с другими вариантами ремоделирования, так и в сравнении с пациентами II и III групп ($p<0,01$ и $p<0,05$ соответственно). У пациентов II группы с

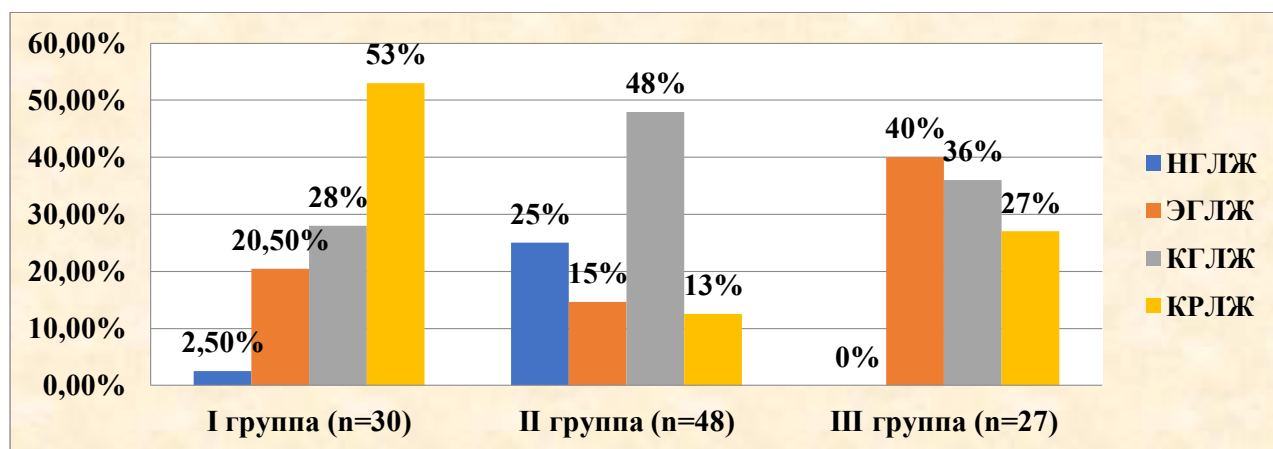


Рисунок 2. - Варианты геометрического ремоделирования сердца у больных ХСН в сочетании с СД 2 типа

частотой 47,9% превалировал вариант концентрическое гипертрофия левого желудочка (КГЛЖ), нормальная геометрия встречалась с частотой 25% и эксцентрическое гипертрофия левого желудочка (ЭГЛЖ) – в 14,6% случаев. У больных III группы (ХСН+СД 2 типа с АГ и ИБС) наблюдались наиболее выраженные отклонения, в которой не было зафиксировано нормальной геометрии миокарда, а другие варианты (КРЛЖ, КГЛЖ и ЭГЛЖ) встречались приблизительно с одинаковой частотой. Выявленные структурно-функциональные изменения сердца при ХСН с СД 2 типа обусловлены целым рядом механизмов, среди которых гипергликемия, инсулинорезистентность, гиперинсулинемия и окислительных стресс доминируют и приводят к активации симпатико-адреналовой системы и ренин-ангиотензин-альдостероновой системы с развитием эндотелиальной дисфункции в итоге, приводящей к КГЛЖ.

Заключение. В обследуемых нами группах больных (n=105) ХСН с СД 2 типа причиной ХСН являются ИБС и АГ, которые имели отличительные особенности в зависимости от пола и возраста. У большинства больных (96,2%) наблюдалась метаболическая субкомпенсация углеводного обмена - $HbA1c > 7\%$. Степень проявления клинической симптоматики находится в прямой зависимости от функционального класса (ФК) ХСН. Для больных с ХСН характерна высокая коморбидность. Наиболее частыми спутниками ХСН в ассоциации СД 2 типа является ожирение и ХБП. Одним из неблагоприятных предикторов сердечно-сосудистых осложнений считается гипертрофия ЛЖ, колебания которой имело место у наблюдаемых нами больных. Выявлены структурно-функциональные изменения сердца при ХСН с СД 2 типа приводящей к различным вариантам ремоделирования ЛЖ, которые обусловлены целым рядом механизмов, среди которых гипергликемия, инсулинорезистентность, гиперинсулинемия и окислительный стресс.

ЛИТЕРАТУРА

(пп. 6-9 см. в REFERENCES)

1. Багрий А.Э. Хроническая сердечная недостаточность и сахарный диабет 2 типа: состояние проблемы /А.Э. Багрий, Е.В. Супрун, Е.С. Михайличенко, И.А. Голодников// Российский кардиологический журнал. - 2020. - 25(4). - 3858. doi:10.15829/1560-4071-2020-3858
2. Кобалава Ж.Д. Современная парадигма патофизиологии, профилактики и лечения сердечной недостаточности при сахарном диабете 2 типа /Ж.Д. Кобалава, В.В. Медовщиков, Н.Б. Ешняязов, Э.Р. Хасанова//

Российский кардиологический журнал. – 2019. – Т.24, №11. - С. 98-111.

3. Крайем Н. Динамика распространенности хронической сердечной недостаточности и сахарного диабета в Нижегородской области с 2000 по 2017 год. /Н. Крайем, Д.С. Поляков, И.В. Фомин и др.// Кардиология 2018. – Т.58(52). - С. 25-32.

4. Султанов Х.С. Вариабельность артериального давления и приверженность к лечению мужчин среднего возраста больных с артериальной гипертонией на фоне контролируемой терапии/ Х.С. Султанов, Н.А.Алимова, Х.Ё. Шарипова// Ж. «Здравоохранение Таджикистана». - Душанбе. - 2015.- №3.- С. 42-49.

5. Хамидов Н.Х. Особенности ремоделирования миокарда левого желудочка у больных с артериальной гипертонией пожилого возраста с коморбидной депрессией/ Н.Х. Хамидов [и др.] // Вестник Авиценны. – 2017. - Том19 (2). – С. 172-176.

REFERENCES

1. Bagriy A.E. Khronicheskaya serdechnaya nedostatochnost i sakharnyy diabet 2 tipa: sostoyanie problemy [Chronic Heart Failure and Type 2 Diabetes Mellitus: The State of the Problem]. *Rossiyskiy kardiologicheskiy zhurnal - Russian Journal of Cardiology*, 2020, Vol. 25 (4), pp. 3858.
2. Kobalava Zh.D. Sovremennaya paradigma patofiziologii, profilaktiki i lecheniya serdechnoy nedostatochnosti pri sakharnom diabete 2 tipa [Modern Paradigm of Pathophysiology, Prevention and Treatment of Heart Failure in Type 2 Diabetes Mellitus]. *Rossiyskiy kardiologicheskiy zhurnal - Russian Journal of Cardiology*, 2019, Vol. 24, No. 11, pp. 98-111.
3. Kraiem N. Dinamika rasprostranennosti khronicheskoy serdechnoy nedostatochnosti i sakharnogo diabeta v Nizhegorodskoy oblasti s 2000 po 2017 god [Dynamics of prevalence of chronic heart failure and diabetes mellitus in Nizhny Novgorod Oblast from 2000 to 2017.]. *Kardiologiya - Cardiology*, 2018, Vol. 58 (2), pp. 25-32.
4. Sultanov Kh.S. Variabelnost arterialnogo davleniya i priverzhennost k lecheniyu muzhchin srednego vozrasta bolnykh s arterialnoy gipertoniey na fone kontroliruemoy terapii [Blood pressure variability and adherence in middle-aged men with arterial hypertension on controlled therapy]. *Zdravookhranenie Tadjikistana - Healthcare of Tajikistan*, 2015, No. 3, pp. 42-49.
5. Khamidov N.Kh. Osobennosti remodelirovaniya miokarda levogo zheludochka u bolnykh s arterialnoy gipertoniey pozhilogo vozrasta s komorbidnoy depressiey [Peculiarities of left ventricular myocardial remodeling in elderly patients with arterial hypertension with comorbid depression]. *Vestnik Avitsenny - Avicenna Bulletin*, 2017, Vol. 19 (2), pp. 172-176.
6. Cosentino F. 2019 ESC Guidelines on diabetes, pre-diabetes, and cardiovascular diseases developed in collaboration with the EASD. *European Heart Journal*, 2020, No. 41, pp. 255-323.

7. Dunlay S.M. Type 2 Diabetes Mellitus and Heart Failure: A Scientific Statement From the American Heart Association and the Heart Failure Society of America: This statement does not represent an update of the 2017 ACC/AHA/HFSA heart failure guideline update. *Circulation*, 2019, Vol. 140 (7), pp. 294-324.

8. Pavlovic A. Long-term mortality is increased in patients with undetected prediabetes and type-2 diabetes hospitalized for worsening heart failure and reduced ejection fraction. *European Journal of Preventive Cardiology*, 2019, No. 26, pp. 72-82.

9. Seferovic P.M. Type 2 diabetes mellitus and heart failure: A position statement from the Heart Failure Association of the European Society of Cardiology. *European Journal of Heart Failure*, 2018, No. 20, pp. 853-872.

ХУЛОСА

А.И. Файзуллоев

НОРАСОИИ МУЗМИНИ ДИЛ БО ХАМРАДИФИИ ДИАБЕТИ ҚАНД

Мақсади омӯзиш. Дар асоси тадқиқоти проспективӣ пешниҳод кардани хусусиятҳои клиникӣ ва функционалии норасоии музмини дил бо ҳамрадифии диабети қанди навъи 2.

Мавод ва усулҳо. Маводи тадқиқот 170 нафар беморони дар шӯъбаи кардиологияи Муассисаи давлатии «Маркази ҷумҳуриявии клиникии кардиология» ВТ ҶИА ҚТ дар давраҳои 09.01.2020 - 08.01.2021 бистарӣ шуда дар бар мегирад. Онҳо ба ташҳиси тасдиқшудаи норасоии музмини дил, ки аз он 105 нафар дар якҷоягӣ бо диабети қанди навъи 2 бо этиологияҳои гуногун, дар синни 45 сола ва калонтар, мардон - 48 (45,7%), занон - 57

(54,3%) мебошанд. Ба ҳамаи беморон муоинаи умумии клиникӣ, лабораторӣ, инструменталӣ ва функционалӣ гузаронида шудааст.

Натиҷаҳо. Арзёбии ҳамаҷонибаи беморони гирифтори норасоии музмини дил дар робита бо диабети қанди навъи 2 ($n = 105$) нишон дод, ки аксарияти беморони 101 (96,2%) даври субкомпенсацияи метаболикии мубодилаи карбогидратхоро доранд - $HbA1c > 7\%$. Натиҷаҳои арзёбии вазнинии нишонаҳои клиникӣ аз рӯи ШОКС, нишондиҳандаҳои функсияи гурда ва параметрҳои гемодинамикии дил дар беморони гурӯҳи беморони норасоии музмини дил бо ҳамрадифии диабети қанди навъи 2 бо ФШ + БИД аз гурӯҳи беморони гирифтори норасоии музмини дил бо ҳамрадифии диабети қанди навъи 2 бо ФШ ва норасоии музмини дил бо ҳамрадифии диабети қанди навъи 2 бо БИД ба таври назаррас фарқ карданд ($p < 0,05$).

Хулоса: Этиологияи норасоии музмини дил дар гурӯҳи омӯхтаи мо бо БИД ва ФШ вобастаги дорад, ки ин низ ба чинс ва синну сол хусусиятҳои фарқкунанда дорад. Дарачаи зуҳури нишонаҳои клиникӣ ба синфи функционалии норасоии музмини дил мутаносибан мустақим аст. Бемории ҳамрадифии маъмултарини норасоии дил бо ҳамрадифии диабети қанди навъи 2 фарбеҳӣ ва бо бемории музмини гурда вобаста мебошанд. Яке аз пешгӯиҳои номусоиди гипертрофияи мураккаби дилу рағҳо ин гипертрофияи меъдачаи чап ҳисобида мешавад, ки дар беморони мушоҳидакардамон тағйирёбанда буд.

Калимаҳои асосӣ: норасоии музмини дил, диабети қанд, бемории ишемикии дил (БИД), фишорбаландии шараёнӣ (ФШ), эхокардиография.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

doi: 10.52888/0514-2515-2022-352-1-103-108

УДК 616.344-077.64-06-089-053.2

А.С. Сафаров, Б.А. Сафаров, М.М. Сатторов

УСПЕШНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ ПИЩЕВОДА, ОСЛОЖНИВШЕГОСЯ ЭМПИЕМОЙ ПЛЕВРЫ И КРОВОТЕЧЕНИЕМ, У 8-МЕСЯЧНОГО РЕБЁНКА

¹ГУ «Национальный медицинский центр» РТ.

²ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино», Кафедра детской хирургии

Сафаров Абдулло Сафарович - к.м.н., доцент кафедры детской хирургии ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино»; тел: +(992) 934169071; E-mail: safarbaha8080@mail.ru

Резюме. В данном наблюдении авторы описывают успешное лечение тяжелого осложнения, вызванного ятрогенным повреждением пищевода на фоне гнойно-септического процесса ротоглотки у 8-и месячного ре-