



616.1 (470.41-25)

Г.М. КАМАЛОВ, А.Ш. ДАВЛЕТЬЯРОВА, А.С. ГАЛЯВИЧ
Казанский государственный медицинский университет

Хроническая сердечная недостаточность в терапевтических отделениях больниц города Казани

Камалов Гадель Маратович

кандидат медицинских наук,

доцент кафедры факультетской терапии

420012, г. Казань, ул. Бутлерова, 49, тел. +8 987-290-60-25, e-mail: gadel@bancorp.ru

Причиной госпитализации больных в терапевтические отделения в 43% случаев явилась ХСН, причем у 50,5% больных обнаруживается тяжелая ХСН. У мужчин ХСН развивается гораздо раньше и достигает своего пика в возрастном интервале 50-59 лет. Пик частоты ХСН у женщин приходится на возрастной период 70-79 лет.

Ключевые слова: хроническая сердечная недостаточность, частоты, причины.

G.M. KAMALOV, A.SH. DAVLETJYAROVA, A.S. GALYAVICH
Kazan State Medical University

Chronic heart failure in therapeutic departments of the hospitals of Kazan

The reason for hospitalization of patients in the therapeutic department in 43% of cases was CHF, and at 50.5% of patients found heavy CHF. In men with CHF develops much earlier and reaches its peak in the age range 50-59 years. Peak frequency of CHF in women accounted for age period 70-79 years.

Keywords: chronic heart failure, frequency, causes.

Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) представляет собой заключительный этап прогрессирования всех сердечно-сосудистых заболеваний [1]. Распространенность ее в европейской части России в соответствии с критериями, соответствующими ХСН I-IV ФК, составила 12,3%, что превысило аналогичные зарубежные данные [2]. Столь высокой распространенности ХСН способствуют большая выживаемость больных после инфаркта миокарда и старение населения.

Вопросы эпидемиологии, патогенеза, диагностики, лечения ХСН находятся на пике актуальности в кардиологическом мире по следующим причинам:

1. Неблагоприятный прогноз при ХСН. Для всех случаев ХСН, независимо от причины и функционального класса (ФК),

ежегодная смертность составляет 10%; 5-летняя смертность — 62% среди мужчин и 43% среди женщин [3].

2. Прогрессирующий рост заболеваемости.

3. Необходимость существенных материальных затрат для лечения больных с ХСН.

Социальная актуальность этой патологии определяется тем, что ХСН является одной из наиболее частых причин госпитализаций [4]. В США от 5 до 10% всех госпитализаций связано с ХСН [5]. В Европе ХСН является прямой или косвенной причиной до 70% всех госпитализированных больных старше 70 лет [6].

На первом этапе нами обследовано 460 больных, госпитализированных в терапевтические отделения, в возрасте от 18 до 91 года (средний возраст — 61 год); из них 213 мужчин, 247

женщин. Среди обследованных 260 пациентов имели заболевания сердца, 117 человек — заболевания органов дыхания, 53 — заболевания желудочно-кишечного тракта, 11 — заболевания почек, 54 — сахарный диабет 2-го типа. На каждого пациента были заполнены скрининг-формы, которые включали варианты алгоритма диагностики ХСН: I вариант — критерии ОССН [7]. II вариант — Фрамингемские критерии [5].

ХСН установлена у 198 пациентов. На всех больных с ХСН заполнялась специальная форма № 1, которая включала:

1. Анамнестические данные
2. Жалобы больного
3. Данные объективного осмотра
4. Данные ЭКГ
5. Данные эхокардиографического исследования
6. Данные рентгенологического исследования
7. Определение ФК по NYHA
8. Данные лабораторных методов исследований
9. Диагноз по результатам обследования в стационаре
10. Рекомендованная терапия на амбулаторном этапе
11. Исход лечения в стационаре

Для оценки функционального класса применялась шкала оценки клинического состояния больных ХСН по баллам (ШОКС) (модификация В.Ю. Мареева, 2000).

Критерием исключения из исследования являлась недостаточность кровообращения некардиального происхождения (тиреотоксическое, анемическое, хроническое легочное сердце и др.).

Поскольку исследование носило сравнительный характер, использовалось угловое преобразование Фишера как единственно объективный прием сопоставления частотных признаков.

Как показали наши исследования, распространенность ХСН среди больных, госпитализированных в терапевтические отделения в соответствии с критериями, соответствующими ХСН I-IV ФК, составила 43%. Из них мужчин — 46%, женщин — 54%. Распространенность ХСН среди мужчин составила 37,9%, а среди женщин — 45,9%. Распространенность тяжелой ХСН (III-IV ФК) среди мужчин составила 47,25%, среди женщин — 53,27%.

В обобщенной выборке в каждой из возрастных групп начиная с 30 лет выявлены пациенты с ХСН. Сопоставление распространенности ХСН в зависимости от возраста выявило достоверные различия между всеми возрастными группами. В возрастной группе 40-49 лет распространенность ХСН достоверно увеличилась по отношению к исходному значению в 4 раза ($\varphi=4.04$ при $p<0.001$) и составила 10,1%. Достоверный пик распространенности ХСН наблюдался в возрастных интервалах 40-49 лет, 50-59 лет и 70-79 лет, с последующим достоверным снижением распространенности до 0,5% в возрастной группе 90-100 лет. Аналогичная тенденция наблюдалась при анализе распространенности тяжелой ХСН. Максимальный уровень распространенности тяжелой ХСН наблюдался в возрастной группе 70-79 лет и составил 14,3%. Резкое снижение тяжелой ХСН до 6,1% происходило в группах старше 80 лет.

Выявлены достоверные статистические различия частоты заболевания в разных возрастных группах между мужчинами и женщинами.

Так, в возрастной группе 40-49 лет среди мужчин определяется пик частоты ХСН I-IV ФК, составляющий 16,48% ($\varphi=3.63$ при $p<0.001$). ХСН среди мужчин в возрастном интервале 50-79 лет не имела достоверных различий. Среди мужчин в возрастном интервале 80-89 лет определяется достоверный спад частоты ХСН до 7,69% ($\varphi=3.14$ при $p<0.001$).

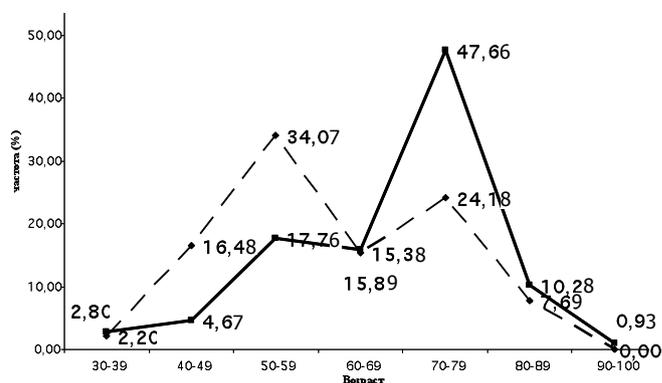


Рисунок 1
Частота ХСН (I-IV ФК) по полу и возрасту.

В возрастном интервале 70-79 лет наблюдалось достоверное увеличение частоты ХСН I-IV ФК среди женщин до 47,66% ($\varphi=5.13$ при $p<0.001$) с последующим достоверным спадом частоты ХСН в возрастном интервале 80-89 лет. ХСН в возрастных группах старше 70 лет преобладала среди женщин. Преобладание частоты ХСН среди женщин в возрастных группах старше 70 лет, можно объяснить меньшей продолжительностью жизни у мужчин.

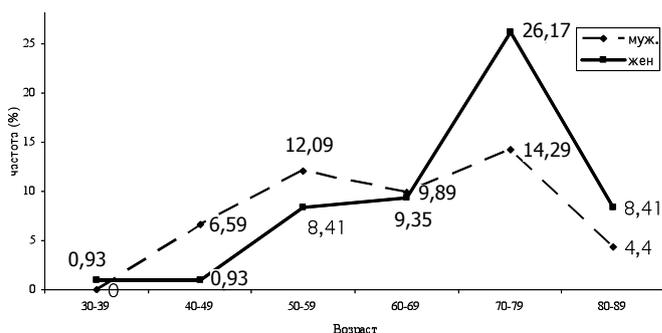


Рисунок 2.
Частота тяжелой ХСН по полу и возрасту

Такая частота тяжелой ХСН (III-IV ФК) среди мужчин аналогична распространенности ХСН (I-IV ФК). Первый достоверный пик тяжелой ХСН среди мужчин приходился на возрастной интервал 50-59 лет, с последующим спадом в возрастном интервале 80-89 лет. Частота тяжелой ХСН среди мужчин была выше по сравнению с тем же показателем среди женщин в возрастном интервале 40-69 лет.

Среди женщин первый достоверный пик тяжелой ХСН (III-IV ФК) приходился на возрастной интервал 50-59 лет — 12,09% ($\varphi=2.94$ при $p<0.001$), второй пик определялся в возрастном интервале 70-79 лет и соответствовал 14,29% ($\varphi=3.68$ при $p<0.001$), причем достоверный спад частоты тяжелой ХСН определялся только в возрастном интервале 80-89 лет — 6,57% ($\varphi=4.19$ при $p<0.001$). В возрастном интервале старше 70 лет частота тяжелой ХСН среди женщин превышала аналогичный показатель среди мужчин, что объясняется меньшей продолжительностью жизни среди мужчин.

Причиной ХСН в 64,14% явилось сочетание ишемической болезни сердца и гипертонической болезни, у 13,13% больных

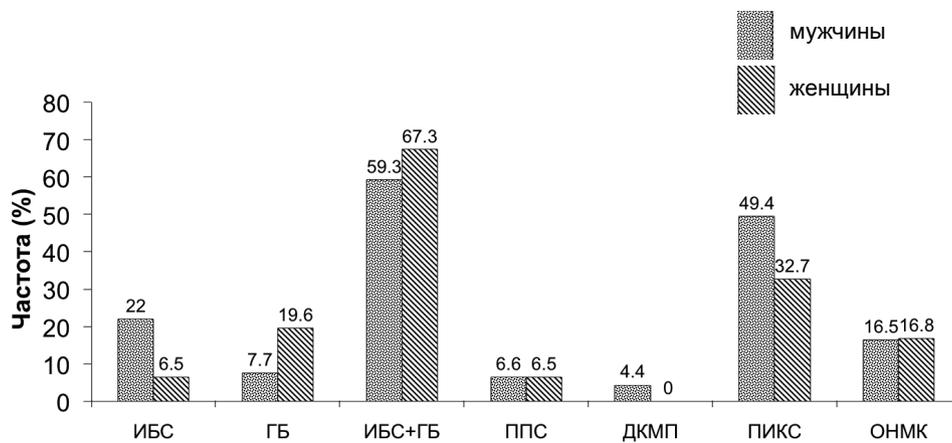


Рисунок 3.
Этиология ХСН (I-IV ФК)

обнаружилась изолированная ишемическая болезнь сердца, у 14,14% больных выявили изолированную гипертоническую болезнь. Приобретенные пороки сердца обнаружены у 6,56% больных с ХСН, а дилатационная кардиомиопатия — в 2,02% случаях. Сахарный диабет у больных с ХСН типа обнаруживался в 27% случаях. Больные, госпитализированные в терапевтические отделения, имели в 9,59% I ФК ХСН, в 38,89% случаях II ФК ХСН, III ФК ХСН обнаруживался в 30,80% и IV ФК ХСН в 19,69% случаях. Это распределение несколько отличается от популяции, что объясняется преобладанием клинически более тяжелого ФК ХСН у больных, госпитализируемых в терапевтические отделения. Половина из них (50,50%) имели тяжелую ХСН.

Изолированная ИБС как причина ХСН достоверно чаще обнаруживалась среди мужчин в возрастных группах 40-49, 50-59 и 80-89 лет в 1,51%, 3,53% и 1,51% ($\phi=1.8$ в первых двух случаях и 1.68 соответственно при $p<0.05$). Изолированная ГБ достоверно чаще определялась у женщин в возрастных интервалах 40-49 лет, 70-79 лет и 80-89 лет в 1,01%, 5,55% и 1,01% ($\phi=1.64, 2.10$ и 1.82 соответственно при $p<0.05$). Сочетание ИБС и ГБ встречалось в равной степени как среди мужчин, так и среди женщин без существенных возрастных различий. Приобретенные пороки сердца достоверно чаще встречались у мужчин в возрастном интервале 40-49 лет в 2,02% ($\phi=2.10$ при $p<0.05$), а у женщин достоверно чаще встречались в возрастном интервале 50-59 лет в 2,52% ($\phi=2.46$ при $p<0.01$). ДКМП достоверно чаще обнаруживалась у мужчин в возрасте 60-69 лет 1,01% ($\phi=2.15$ при $p<0.05$). Среди мужчин в возрастные периоды 40-49 лет, 50-59 лет и 80-89 лет перенесенные инфаркты миокарда определялись достоверно чаще в 3,03%, 10,10% и 2,52% ($\phi=2.65, 2.76$ при $p<0.01$ в первых двух случаях и 1.89 при $p<0.05$ соответственно). Распространенность ОНМК существенных различий по полу и возрасту не имела.

Интересен тот факт, что при анализе распространенности ХСН (I-IVФК) по этиологии без учета возраста выявлено, что изолированная ИБС достоверно чаще встречалась у мужчин в 21,9% ($\phi=3.22$ при $p<0.001$), а изолированная ГБ достоверно чаще встречалась у женщин в 19,6% ($\phi=2.50$ при $p<0.01$). ДКМП достоверно чаще обнаруживалась у мужчин — в 4,4% ($\phi=2.96$ при $p<0.001$). Перенесенный инфаркт миокарда достоверно чаще выявлялся у мужчин.

Результаты нашего исследования не столь обнадеживающие, как мы предполагали, и подтверждают результаты исследования ЭПОХА-О-ХСН. Так, каждый третий пациент, который госпитализируется в терапевтическое отделение много-

профильной больницы, имеет ХСН (I-IV ФК). Существенных различий по полу выявлено не было, что также сопоставимо с данными ЭПОХА-О-ХСН.

По нашим данным, причиной развития ХСН в 78,28% явилась ГБ, причем доля изолированной ГБ составила лишь 14,14%. Эти данные отличаются от результатов европейских исследований и определяют специфику российских больных ХСН. Примечателен тот факт, что 50,5% больных с ХСН в стационарах имеют тяжелую ХСН III-IV ФК.

Пик частоты ХСН I-IV ФК среди мужчин определяется в возрасте 40-49 лет и имеет характер плато с достоверным снижением в возрастном интервале 80-89 лет. Изолированные ИБС и инфаркт миокарда достоверно чаще встречаются среди мужчин вне зависимости от возраста.

У женщин наблюдается несколько иная тенденция. Достоверный пик распространенности ХСН I-IV ФК приходится на возрастные периоды 50-59 лет и 70-79 лет с достоверным снижением в возрастном интервале 80-89 лет. Изолированная ГБ среди женщин, вне зависимости от возраста, встречается достоверно чаще, чем среди мужчин.

Таким образом, у больных, госпитализированных в терапевтические отделения, в 43% случаев выявляется ХСН, у 50,5% больных обнаруживается тяжелая ХСН. У мужчин ХСН развивается гораздо раньше и достигает своего пика в возрастном интервале 50-59 лет. Соответственно, и профилактические мероприятия у мужчин должны проводиться в возрастном интервале 40-49 лет. Пик частоты ХСН среди женщин приходится на возрастной период 70-79 лет. Среди мужчин изолированная ИБС и инфаркт миокарда встречается чаще вне зависимости от возраста. Изолированная ГБ среди женщин встречается чаще вне зависимости от возраста.

ЛИТЕРАТУРА

- Беленков Ю.Н., Мареев В.Ю. Сердечно-сосудистый континуум. Ж. «Сердечная недостаточность», 2002. — (11): С. 7-11.
- Фомин И.В., Беленков Ю.Н., Мареев В. Ю. и др. Распространенность хронической сердечной недостаточности в европейской части Российской Федерации. Данные ЭПОХА-ХСН. Ж. «Сердечная недостаточность», 2006. — (37): — С. 112-115.
- Cowie M.R., Mosterd A., Wood D.A. et al. The epidemiology of heart failure. Euro Heart J., 1997; 18: P. 208-225.
- Lenfant C., 1994. Report of the Task Force on Research in Heart Failure. Circulation, 1994. — 90 (3): P. 1118-1123.
- American Heart Association, (1999) 2000. Heart and stroke statistical update. Dallas (TX): American Heart Association.
- Беленков Ю.Н., Мареев В.Ю. и др. Первые результаты национального эпидемиологического исследования — Эпидемиологическое обследование больных ХСН в реальной практике (по обращаемости) ЭПОХА-О-ХСН. Ж. «Сердечная недостаточность». — 2003 (19): — С. 116-119.
- Комитет по подготовке текста рекомендаций: Агеев Ф.Т., Артюнов Г.П., Глезер М.Г. и др. Ж. «Сердечная недостаточность». — 2005 (36): — С. 52-78 .