

Эпидемиология и лечение хронической сердечной недостаточности в реальной практике (по обращаемости). Данные Томской региональной программы по изучению хронической сердечной недостаточности

А.А. Гарганеева, А.В. Пчельников, А.Т. Тепляков, Р.С. Карпов

НИИ кардиологии Томского научного центра СО РАМН. Томск, Россия

Epidemiology and treatment of chronic heart failure in real practice. Results of the Tomsk Regional Program on chronic heart failure

A.A. Garganeeva, A.V. Pchelnikov, A.T. Teplyakov, R.S. Karpov

Cardiology Research Institute, Tomsk Scientific Center, Siberian Branch, Russian Academy of Medical Sciences. Tomsk, Russia

Цель исследования. Оценить распространенность хронической сердечной недостаточности (ХСН) среди госпитализированных кардиологических больных, изучить качество жизни пациентов, определить структуру заболеваний, приводящих к развитию ХСН, а также приверженности врачей и пациентов современным принципам лечения ХСН.

Материал и методы. В исследовании участвовали пациенты, поступившие в 2002 году в отделение сердечной недостаточности и неотложной кардиологии НИИ кардиологии г.Томска. По результатам обследования больного включали в исследование ЭПОХА-О-ХСН в соответствии с определенными критериями.

Результаты. Из 452 госпитализированных больных в 210 случаях диагностирована ХСН, (46,5% от всей популяции больных, обратившихся за медицинской помощью). Средний возраст составил $63,7 \pm 0,8$ лет). Доля пациентов с I функциональным классом (ФК) ХСН по NYHA составила 24,8%, II ФК — 38,1%, III ФК — 23,3% и IV ФК — 13,2%. Таким образом, в кардиологическом стационаре доминировали пациенты со II ФК ХСН. Анализ медикаментозной терапии, назначаемой в стационаре, обнаружил, что лидерами в структуре лечения ХСН служили ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента (66,2%). Более половины пациентов получали терапию диуретиками и β -адреноблокаторами. Сердечные гликозиды использовались в 16,7% случаев.

Заключение. Количество больных с ХСН, обращающихся в кардиологический стационар, значительно и превосходит средний уровень по РФ (38,6%), достигая почти половины всей популяции больных (46,5%). В трети случаев причиной госпитализации является прогрессирование ХСН. Высокая частота назначения нитратов в специализированных кардиологических отделениях (48,6%) связана со значительной долей пациентов, страдающих коронарной недостаточностью.

Ключевые слова: Хроническая сердечная недостаточность, эпидемиология, медикаментозное лечение, качество жизни.

Aim. To investigate chronic heart failure (CHF) prevalence in hospitalized cardiac patients, to assess their quality of life, to study the structure of diseases causing CHF, as well as doctor and patient compliance to modern principles of CHF treatment.

Material and methods. The study included individuals to HF and Emergency Cardiology in-patient department of Tomsk Cardiology Research Institute (2002). According to inclusion criteria, patients were recruited into EPOCH-A-O-CHF study.

Results. Among 452 hospitalized patients, there were 210 cases of CHF (46.5% from all patients applied for medical help). Mean age of the patients was 63.7 ± 0.8 years. Percentage of individuals with CHF functional class (FC) I (NYHA classification) was 24.8%, FC II — 38.1%, FC III — 23.3%, and FC IV — 13.2%. Therefore, most hospitalized CHF patients had FC II. In-hospital pharmacotherapy analysis revealed that most common administrations

were ACE inhibitors (66.2%). More than 50% patients received diuretics and beta blockers. Cardiac glycosides were administered less often (16.7%).

Conclusion. Percentage of CHF patients admitted to in-patient cardiology clinic was significantly greater than the mean level for the Russian Federation (38.6%), reaching almost half of the total patient population (46.5%). Every third hospitalization was caused by CHF progression. High frequency of nitrate administration in specialized cardiology departments (48.6%) was explained by high prevalence of coronary insufficiency.

Key words: Chronic heart failure, epidemiology, pharmacotherapy, quality of life.

Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) продолжает оставаться проблемой экономически развитых стран, и, по-прежнему, является предметом пристального изучения [1,2,3]. Это обусловлено рядом факторов: «постарением» населения, совершенствованием подходов к лечению данной категории больных [4-6]. В условиях существования социологического феномена постиндустриального общества проблема ХСН, по-видимому, не теряет своей актуальности в ближайшее десятилетие. Действительная распространенность ХСН в популяции остается не уточненной, однако оценочная значимость проблемы достаточно весома: согласно последним данным [5] до 5-6% всей неорганизованной популяции в Российской Федерации имеет признаки ХСН. Приводящая к ХСН систолическая дисфункция левого желудочка (ЛЖ) с симптомами или без симптомов ХСН довольно широко распространена, и ее частота неуклонно увеличивается с возрастом [7,8].

Медикаментозное лечение ХСН существенно изменилось за последние 10-15 лет. Подход к терапии трансформировался от краткосрочного лечения, направленного преимущественно на устранение симптомов ХСН, в сторону более долгосрочной, восстановительной стратегии, имеющей целью благоприятно влиять на этиопатогенез ХСН [9]. Несмотря на то, что положительное влияние ингибиторов ангиотензин-превращающего фермента (иАПФ) на физическую работоспособность, заболеваемость и смертность у больных с ХСН хорошо документировано, по некоторым данным в западных странах эти препараты используются менее чем в 30% случаев у больных с симптомами ХСН. Фактором, который вносит существенный вклад в недостаточно частое назначение иАПФ, служит, согласно литературным данным, распространенный среди врачей страх перед возможными побочными эффектами, особенно гипотензией и почечной недостаточностью [10].

В связи с отсутствием точных сведений по

эпидемиологии ХСН, а также о приверженности врачей современным принципам лечения ХСН, в России под эгидой Общества специалистов по сердечной недостаточности (ОССН) было проведено крупное, национальное, проспективное исследование: «Эпидемиологическое обследование больных хронической сердечной недостаточностью в реальной практике» — (ЭПОХА ХСН).

В НИИ кардиологии Томского научного центра СО РАМН выполнен фрагмент исследования ЭПОХА-О-ХСН (исследование по обращаемости), в рамках которого прошли комплексное клиническое обследование пациенты, обратившиеся за медицинской помощью в стационар кардиологического профиля.

Цель исследования состояла в оценке распространенности ХСН в общей структуре госпитализированных кардиологических больных, изучении качества жизни (КЖ) пациентов, определении структуры заболеваний, приводящих к развитию ХСН [4], у больных, обратившихся за медицинской помощью в кардиологические клиники г. Томска, а также анализе приверженности врачей современным принципам лечения ХСН.

Материал и методы

В исследование включены больные, поступившие с 01.01.2002 по 31.03.2002 в отделение сердечной недостаточности и неотложной кардиологии НИИ кардиологии Томского научного центра СО РАМН. Были обследованы 452 пациента (средний возраст — 58,9±0,6 лет), среди которых преобладали мужчины (70,1%); работающие больные составили меньше половины популяции (39,2%). При общеклиническом обследовании использовались доступные современные методы, по результатам которых больной участвовал в исследовании ЭПОХА-О-ХСН в соответствии с критериями ОССН и/или Фремингемскими критериями ХСН [4].

Статистический анализ материала проведен с использованием программы статистической обработки «Statistica ver. 6.0». Количественные данные представлены, как $M \pm m$ (среднее значение ± стандартная ошибка среднего). Различия считали статистически достоверными при $p < 0,05$ [11].

Результаты и обсуждение

Из 452 больных, на которых были запол-

нены скрининг-формы, в 210 случаях была диагностирована ХСН, что составило 46,5% от всей популяции больных, обратившихся за медицинской помощью. У 242 (53,5%) больных достоверных данных за наличие ХСН не обнаружено. Полученные результаты еще раз подчеркивают широкую распространенность ХСН и значимость изучаемой проблемы, причем показатели оказались несколько выше средних по РФ (38,6%) [4]. Это различие объяснимо, т.к. в исследовании принимали участие исключительно клиники кардиологического профиля, где доля больных с ХСН по понятным причинам выше. Средний возраст пациентов с ХСН составил $63,7 \pm 0,8$ года (в среднем по РФ – $60,04 \pm 12,02$ года). Наиболее часто ХСН диагностирована в возрастной группе от 61 до 80 лет, в то время как по России – в возрасте от 41 до 60 лет. Женщины представляли лишь 11,4% общей популяции больных.

В структуре основного диагноза, установленного в стационаре, преобладала ишемическая болезнь сердца (ИБС) (рисунок 1). В 39,5% случаев в качестве основного диагноза назван острый инфаркт миокарда (ОИМ), в 55,7% – стенокардия, и лишь в результате 4,8% всех госпитализаций были выставлены другие основные диагнозы (ревматические пороки сердца, тромбоэмболия легочной артерии и т.д.). В трети случаев (35,2%) причиной госпитализации послужило прогрессирование симптомов ХСН.

В результате комплексного клинического обследования у 52 (11,5% из числа всех обратившихся за медицинской помощью) пациентов диагностирована ХСН I функционального класса (ФК) по классификации Нью-йоркской ассоциации сердца (НУНА), II ФК – у 80 (17,7%), III ФК – у 49 (10,8%), ХСН IV ФК диагностирована у 29 (6,4%) пациентов.

Таким образом, доля пациентов с I ФК ХСН (НУНА) составила 24,8%, со II ФК – 38,1%, с III ФК – 23,3% и с ХСН IV ФК – 13,2% (рисунок 2). В кардиологическом стационаре, в целом, количественно доминировали пациенты с II ФК ХСН, в то время как среди пациентов, поступивших в стационар в связи с прогрессированием симптомов ХСН в подавляющем большинстве имела место ХСН III-IV ФК.

Ведущим заболеванием, осложнившимся ХСН, в 98,1% случаев была ИБС. Этот показатель существенно отличается от аналогичного показателя по РФ в связи с тем, что одним из

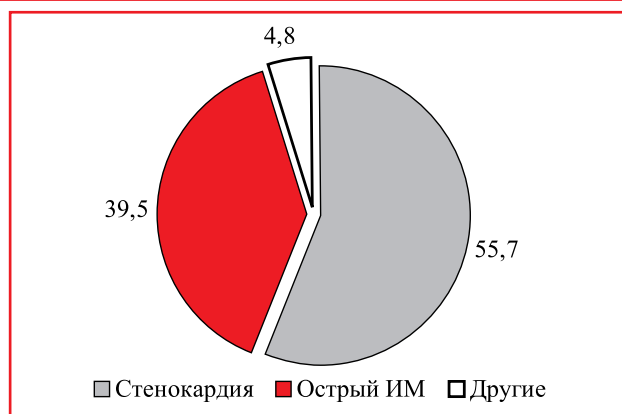


Рис. 1 Структура основного диагноза обследованных пациентов.

подразделений, участвовавших в исследовании, было отделение неотложной кардиологии, где в большинстве случаев заболеванием, потребовавшим госпитализации больных, была ИБС либо в виде ОИМ, либо в виде нестабильной стенокардии. Артериальная гипертензия (АГ) сопровождала ХСН в 80,5% случаев, свидетельствуя о значительной распространенности этого заболевания. Сахарный диабет II типа (СД-2) обнаружен в 14,3% случаев. По данным анамнеза 18,6% больных ХСН перенесли операцию аортокоронарного шунтирования (АКШ) по поводу медикаментозно не скорректированной коронарной недостаточности (таблица 1).

Наиболее частыми жалобами при ХСН являлись слабость и одышка (98,6% случаев). У 152 (72,4%) больных одышка возникала при физической нагрузке, а у 26,2% – в покое. Почти у половины больных были отмечены сердцебиение и перебои в работе сердца. Приступы сердечной астмы зафиксированы у 57 пациентов (27,1%). При объективном осмотре аускультативно примерно в трети случаев (32,4%) имели место «застойные» хрипы в легких. Отеки голе-

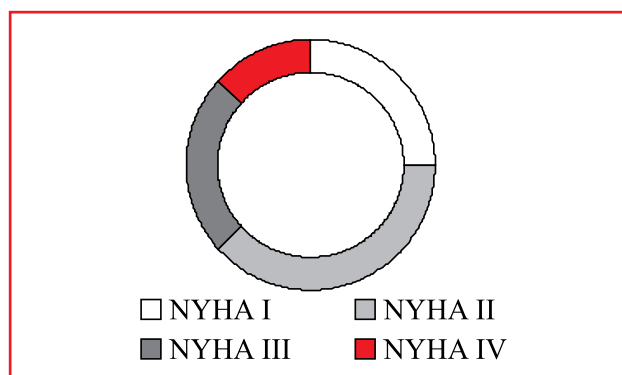


Рис. 2 Соотношение количества пациентов с ХСН в зависимости от ФК (НУНА).

Таблица 1

Клиническая характеристика обследованных больных с ХСН (n=210)

Сопутствующая патология	Количество больных	%
АГ	169	80,5
Инсульт в анамнезе	20	9,5
СД-2	30	14,3
АКШ в анамнезе	39	18,6

ней и стоп встречались нечасто и наблюдались у 14,8% больных (таблица 2).

При рентгенографии органов грудной клетки у большинства пациентов обнаружены увеличение ЛЖ (74,3%), в 34,8% случаев признаки венозного застоя в легких. Результаты инструментального обследования при ХСН представлены в таблице 3.

Согласно параметрам эхокардиографии (ЭхоКГ) фракция выброса (ФВ) ЛЖ в среднем в популяции больных ХСН составила $52,8 \pm 1,0\%$, размеры левого предсердия (ЛП) были увеличены – $40,7 \pm 0,5$ мм. Митральная регургитация различной степени зафиксирована почти в половине случаев (48,1%), а хроническая аневризма ЛЖ – в 24,3%.

При оценке КЖ согласно Миннесотскому опроснику наибольшие баллы были получены при ответе на вопрос 3 (трудности подъема по лестнице): в среднем – $2,8 \pm 0,1$ балла. Аналогичным образом больные отвечали на вопрос 5 (трудности с поездками вне дома) – $2,6 \pm 0,1$ балла и вопрос 14 (чувство слабости, вялости) – $2,6 \pm 0,1$ балла. Меньше всего беспокоили пациентов побочные действия препаратов ($0,9 \pm 0,1$ балл), что, по-видимому, отражало адекватность, хорошую переносимость и безопасность медикаментозного лечения.

При анализе медикаментозной терапии, назначаемой врачами в стационаре, получены следующие результаты (таблица 4, рисунок 3). Лидирующее место в структуре медикаментозной терапии ХСН заняли иАПФ, признанные «краеугольным камнем» в лечении этой сложнейшей патологии [12-18]. Однако их получали 66,2% (139 пациентов), что несколько ниже частоты назначения этих препаратов в целом по России по результатам исследования ЭПОХА (75,8%-84,4% в зависимости от тяжести ХСН) [4]. Необходимо отметить, что пациентам с ОИМ иАПФ были назначены в 64,7% случаев, в то время как при других формах ИБС, частота назначения иАПФ была выше и составила 74,8%; это согласуется с данными по РФ.

Наиболее часто из иАПФ в 55,4% случаев был применен эналаприл в средней дозе $12,7 \pm 1,0$ мг/сут, несколько реже в 19,4% – периндоприл в средней дозе $4,0 \pm 0,4$ мг/сут и в 13,7% – каптоприл в средней дозе $63,1 \pm 7,6$ мг/сут. Рекомендуемые для лечения препараты из группы иАПФ с двойным путем выведения, в частности фозиноприл, использовались весьма редко – лишь в 3,6% случаев.

Более половины пациентов получали терапию диуретиками (51%), что соответствовало результатам исследования ЭПОХА. Чаще из

Таблица 2

Клинические проявления ХСН у обследованных больных (n=210)

Клинический симптом	Количество больных	%
Одышка отсутствует	3	1,4
Одышка при умеренной физической нагрузке	64	30,5
Одышка при обычной физической нагрузке	88	41,9
Одышка в покое	55	26,2
Приступы сердечной астмы	57	27,1
Кашель	66	31,4
Сердцебиение	94	44,8
Перебои в работе сердца	102	48,6
Пастозность стоп, голеней	40	19,0
Отеки стоп, голеней	24	11,4
Асцит	6	2,9
Анасарка	1	0,5
Гепатомегалия	21	10,0
Влажные хрипы в легких	68	32,4

Данные инструментального обследования больных с ХСН (n=210)

Показатели	Количество больных	%
Данные электрокардиографии		
желудочковая экстрасистолия	74	35,2
пробежки желудочковой тахикардии	7	3,3
атриовентрикулярная блокада	9	4,3
Данные ЭхоКГ		
признаки аневризмы ЛЖ при УЗИ	51	24,3
регургитация митрального клапана	101	48,1
Данные рентгенографии органов грудной клетки		
венозный застой	73	34,8
смешанный застой	13	6,2
расширение корней легких	38	18,1
увеличение ЛЖ	156	74,3
увеличение ПЖ	18	8,6
увеличение ЛП	35	16,6
гидроторакс односторонний	7	3,3
двусторонний гидроторакс	12	5,7

Примечание: ПЖ – правый желудочек, УЗИ – ультразвуковое исследование.

используемых диуретиков (53,3%) назначался гипотиазид в средней дозе – $26,7 \pm 2,2$ мг/сут, на втором месте фуросемид – 34,6% в средней дозе $25,9 \pm 2,7$ мг/сут; спиронолактон был применен лишь в 3,3% случаев. Вероятными причинами тому служат опасение за возможность развития электролитных нарушений и предпочтение, оказываемое «более сильным» петлевым и тиазидовым диуретикам. Процент пациентов, лечившихся двумя и более диуретиками одновременно, составил 4,3%.

Больше половины больных ХСН (53,3%), поступивших в кардиологические клиники г. Томска, получали β -адреноблокаторы, что напрямую связано с изменением в последние годы взглядов на патогенез ХСН и пересмотром показаний для назначения β -адреноблокаторов данной категории пациентов с учетом современных позиций «доказательной медицины» [19]. Лидирующее место в структуре этой группы препаратов заняли метопролол в средней дозе $61,9 \pm 5,1$ мг/сут, который нашел применение в

60,7% всех назначений β -адреноблокаторов, и атенолол в средней дозе $30,9 \pm 3,1$ мг/сут, применявшийся в 33% случаев. Другие, рекомендуемые при ХСН медикаментозные средства, как бисопролол и карведилол, практически не использовались, что отчасти можно объяснить их более высокой стоимостью.

Сердечными гликозидами лечились 35 (16,7%) пациентов, преимущественно с наличием тахисистолической формы мерцательной аритмии.

Следует отметить, что в связи с выраженной сопутствующей коронарной недостаточностью довольно часто применяли нитраты – 48,6%. Большая часть пациентов получала дезагреганты (85,7%), в частности аспирин в средней дозе $163,0 \pm 5,1$ мг/сут – 69,5%, а 24,3% больных – антикоагулянты. Немалой оказалась и доля пролонгированных антагонистов кальция (16,2%), преимущественно верапамила, в случаях, сопровождавшихся нарушениями ритма сердца. Производные сиднониминов использовались у 7,1% пациентов; довольно низким оказался процент пациентов (7,1%), которые принимали гиполипидемические препараты, главным образом, статины, что соответствует общим тенденциям по РФ.

Выводы

✓ Процент больных с ХСН, обращающихся в специализированный кардиологический стационар, значителен и превосходит средний уровень по РФ (38,6%), достигая поч-

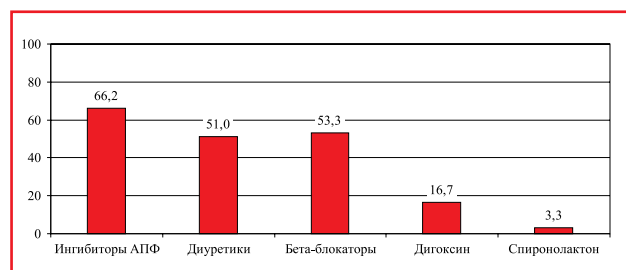


Рис. 3 Частота назначения больным с ХСН основных рекомендуемых препаратов (%).

Таблица 4

Медикаментозная терапия обследованных больных с ХСН

Группы препараты	Количество больных	Частота, %
Мочегонные	107	51,0
Сердечные гликозиды	35	16,7
Ингибиторы АПФ	139	66,2
Блокаторы АТ ₁ -рецепторов	1	0,9
Нитраты	102	48,6
Антагонисты кальция	34	16,2
β-адреноблокаторы	112	53,3
Дезагреганты	180	85,7
Антикоагулянты	51	24,3
Сиднонимины	15	7,1
Статины	15	7,1

ти половины всей популяции пациентов (46,5%). В трети случаев (35,2%) причиной госпитализации служит прогрессирование симптомов ХСН.

- ✓ Частота назначения основных рекомендуемых при ХСН классов препаратов: иАПФ, β-адреноблокаторов, диуретиков и сердечных гликозидов, в г. Томске, в целом соответствует мировой практике лечения.
- ✓ Спиринолактон используется недостаточно часто (3,3%), что возможно связано с опасениями развития электролитных нарушений.
- ✓ Высокая частота назначения нитратов в специализированных кардиологических отдела-

ниях (48,6%) обусловлена основными нозологическими характеристиками больничной популяции и является вынужденной мерой, вызванной необходимостью улучшить КЖ пациентов. Большинству пациентов назначался аспирин (69,5%), что связано со значительным количеством госпитализированных больных, перенесших ИМ, АКШ и преобладанием ИБС в этиологии ХСН.

- ✓ Наиболее тяжело субъективно пациенты с ХСН переносят трудности адекватного передвижения, ощущения слабости, вялости. Наименьшую субъективную значимость они придают побочному действию лекарств.

Благодарим сотрудников отделения сердечной недостаточности (руководитель — профессор Тепляков А.Т.), неотложной кардиологии (руководитель — профессор Марков В.А.), научно-консультативного отдела с диспансером (руководитель — д.м.н. Зяблов Ю.И.) за оказание помощи в выполнении данной работы.

Литература

- Schocken DD, Arrieta MI, Leaverton PE, et al. Prevalence and mortality rate of congestive heart failure in the United States. JACC 1992; 20: 301-6.
- Оганов Р.Г. Смертность от сердечно-сосудистых заболеваний в России и некоторые влияющие на нее факторы. Кардиология 1994; 4: 80-3.
- Ольбинская Л.И., Сизова Ж.М. Хроническая сердечная недостаточность. Москва «Реафарм» 2001; 344 с.
- Беленков Ю.Н., Мареев В.Ю., Агеев Ф.Т., Даниелян М.О. Первые результаты национального эпидемиологического исследования — эпидемиологическое обследование больных хронической сердечной недостаточностью в реальной практике (по обращаемости) — ЭПОХА-О-ХСН. Сердц недост 2003; 4(3): 116-20.
- Беленков Ю.Н. Хроническая сердечная недостаточность в России — опыт 25 лет: где мы находимся и куда мы должны идти? Сердц недост 2003; 4 (1): 9-11.
- Беленков Ю.Н., Агеев Ф.Т. Эпидемиология и прогноз хронической сердечной недостаточности. РМЖ 1999; 2: 51-5.
- Ho KK, Pinsky JL, Kannel WB, et al. The epidemiology of heart failure: Framingham Study. JACC 1993; 22 (Suppl. A): 6A-13A.
- Cowie MR. The epidemiology of heart failure - an epidemic in progress. Controversies in the management of heart failure. Ed. By A. Coats. UK: Guildford 1997; 11-24.
- Bristow MR. β-adrenergic receptor blockade in chronic heart failure. Circulation 2000; 101: 558-69.
- Willenheimer R, Dahlöf B, Rydberg E, Erhardt L. AT1-receptor blockers in hypertension and heart failure: clinical experience and future directions. Eur Heart J 1999; 20: 997-1008.
- Гланц С. Медико-биологическая статистика. Пер. с англ. Москва «Практика» 1999; 459 с.
- Сидоренко Б.А. Место современных ингибиторов ангиотензин-превращающего фермента в лечении сердечно-сосудистых заболеваний. Круглый стол. Кардиология 2000; 10: 91-104.
- Guidelines. The treatment of heart failure. Eur Heart J 1997; 18: 736-53.
- Smith TW, Braunwald E, Kelly RA. The management of heart failure. In: heart disease. Braunwald E. editors. 4th ed. Philadelphia: W.B. Saunders Company 1994; 464-519.
- Международное руководство по сердечной недостаточности. Под ред. С.Дж. Болла, Р.В.Ф. Кемпбелла, Г.С. Френсиса. Москва 1995; 89 с.
- Сидоренко Б.А. Место современных ингибиторов ангиотензин-превращающего фермента в лечении сердечно-сосудистых заболеваний. Круглый стол. Кардиология 2000; 10: 91-104.
- ACC/AHA. Guidelines for the evaluation and management of heart failure. JACC 1995; 26: 1376-98.
- The SOLVD Investigators. Effects of enalapril on mortality and development of heart failure in asymptomatic patients with reduced left ventricular ejection fraction. N Engl J Med 1992; 327: 685-91.
- Мареев В.Ю. Изменение стратегии лечения хронической сердечной недостаточности. Время β-адреноблокаторов. Кардиология 1998; 12: 4-11.

Поступила 20/01-2004