

# Гендерные различия клинических проявлений хронической сердечной недостаточности по результатам диспансерного наблюдения пациентов муниципальных поликлиник

 А.П. Потапов

*Городская поликлиника № 7 г. Тюмени,  
Тюменская государственная медицинская академия*

Представлены сведения о гендерных различиях клинических проявлений хронической сердечной недостаточности (ХСН) у 1108 пациентов муниципальных поликлиник г. Тюмени. Установлена высокая специфичность признаков ХСН у мужчин и женщин, что является основанием для внедрения различных алгоритмов диспансерного наблюдения пациентов в зависимости от пола.

*Ключевые слова:* хроническая сердечная недостаточность, гендерные различия, диспансеризация, муниципальное здравоохранение.

Медицинская профилактика хронической сердечной недостаточности (ХСН) является важной задачей здравоохранения Российской Федерации. Несмотря на очевидные достижения последних лет в плане снижения заболеваемости и смертности от сердечно-сосудистых заболеваний по РФ в целом, эти показатели для ХСН в период 2000–2009 годов продолжали увеличиваться. Существует мнение, что такое положение обусловлено успешной профилактикой ишемической болезни сердца (ИБС), инфаркта миокарда (ИМ), гипертонической болезни и связанной с этим тенденцией общего старения населения. Дальнейшее улучшение состояния здоровья населения, в том числе увеличение сроков средней продолжительности жизни, труднодостижимо без эффективной профилактики ХСН. Одним из возможных путей решения этой проблемы является проведе-

ние в субпопуляции пациентов с ХСН диспансеризации – исторически сложившейся главной парадигмы профилактической помощи в нашей стране.

Диспансеризация пациентов с ХСН должна стать важной составной частью повседневной работы первичного звена здравоохранения. Основные задачи диспансеризации при ХСН – своевременное выявление пациентов с ХСН, формирование целевых групп наблюдения, проведение периодических медицинских осмотров, контроль за оказанием плановой медицинской помощи, организация санитарного просвещения и пропаганды, текущая и этапная оценка эффективности оказания медицинской помощи, контроль за выполнением реабилитационных и социально-гигиенических мероприятий.

Проведение диспансеризации пациентов с ХСН требует достаточно высокого уровня подготовки медицинского персонала в области кардиологии. Несмотря на

*Контактная информация:* Потапов Александр Петрович, dr.potapov@gmail.com

внешнюю простоту постановки диагноза ХСН при наличии у пациента характерных симптомов и объективных доказательств связи этих симптомов с повреждением сердца, диагностика, уточнение стадии и функционального класса (ФК) ХСН в повседневной амбулаторной практике имеют свою специфику и являются нетривиальной задачей. Прежде всего это обусловлено низкой специфичностью большинства клинических признаков данного заболевания, таких как одышка, отеки, утомляемость, слабость, тревожность, кашель, сердцебиения, тахикардия, гепатомегалия, хрипы в легких, ЭКГ-симптомы и данные рентгенологического исследования органов грудной полости. В результате имеющиеся у пациентов признаки заболевания либо переоцениваются, что приводит к гипердиагностике и избыточному использованию имеющихся ресурсов, либо — и что с точки зрения здоровья пациента гораздо опаснее — к недооценке симптоматики и, как следствие, к оказанию медицинской помощи не в полном объеме. Достаточно специфичные признаки ХСН могут быть выявлены лишь с помощью углубленных методов диагностики, таких как спиральная компьютерная томография, магнитно-резонансная томография, радиоизотопная сцинтиграфия миокарда, исследование сывороточного уровня мозгового натрийуретического пептида. К сожалению, все эти и подобные им методы пока не получили должного распространения в первичном звене отечественного здравоохранения в силу ограниченности ресурсов. Поэтому все медицинские работники первичного звена, включая средний медицинский персонал, должны быть вооружены максимально полными и точными знаниями об особенностях клинической диагностики ХСН и имеющихся в их распоряжении дополнительных методах исследования. Основной задачей настоящей работы было изучение результативности диагностических процедур, доступных врачу первичного

звена в повседневной практике, для правильной постановки диагноза, определения стадии и ФК ХСН, с одной стороны, и для оценки качества медицинской помощи при ХСН — с другой. По действующим стандартам такие процедуры включают расспрос, осмотр, клинический лабораторный минимум, флюорографию органов грудной полости, ЭКГ, эхокардиографию (ЭхоКГ), нагрузочные пробы, холтеровское мониторирование ЭКГ.

При изучении данных клинических, лабораторных и инструментальных методов диагностики наблюдались существенные различия многих параметров в женской и мужской субпопуляциях пациентов, что полностью соответствует результатам ранее выполненных исследований и отражено в современных руководствах и рекомендациях по ведению пациентов с ХСН. Данные по гендерным особенностям клинических проявлений ХСН, дополненные собственными наблюдениями, были использованы нами при внесении изменений в соответствующие алгоритмы ведения пациентов, предназначенные для медицинских работников амбулаторного звена. В доступной литературе практика использования рекомендаций по ведению пациентов с ХСН с учетом специфики пола отражена недостаточно, поэтому полученные нами сведения о результатах диспансеризации пациентов с ХСН с учетом гендерных особенностей клинических проявлений могут иметь значение для дальнейшего развития и совершенствования кардиологической помощи в РФ.

Целью исследования было выявление гендерных особенностей клинических проявлений ХСН и их динамики по результатам диспансерного наблюдения пациентов муниципальных поликлиник.

## Материал и методы

Пациенты с ХСН муниципальных поликлиник № 7, 12 и 14 г. Тюмени 1930—1960 го-

дов рождения включительно были разделены на субпопуляции по половому признаку. В каждой субпопуляции методом рандомизации были сформированы целевые исследовательские группы численностью по 600 человек. После предварительного отвода пациентов по различным причинам в исследование было включено 1108 больных ХСН: 551 мужчина (группа М) и 557 женщин (группа Ж). Пациенты обеих групп получали медицинские услуги в полном объеме согласно действующим стандартам оказания медицинской помощи (СМП) и индивидуальным планам диспансерного наблюдения (ИПДН).

Исследование проведено в период с 01.06.2009 по 01.06.2010 г., т.е. длительность наблюдения составила 12 мес. Для анализа использованы данные, полученные в начале и в конце периода наблюдения. Диагностику стадий и ФК ХСН проводили в соответствии с рекомендованными методиками ВНОК и ОССН (2010). Динамику клинического состояния оценивали по шкале оценки клинического состояния (ШОКС) при ХСН в модификации В.Ю. Мареева (2000) и по результатам теста 6-минутной ходьбы (Т6мх). Учет посещений врача по поводу ХСН, их плановый и внеплановый характер, количество визитов к врачу и вызовов на дом вне ИПДН, случаев госпитализаций и обращений на станцию скорой медицинской помощи (ССМП) по поводу декомпенсаций ХСН проводился по результатам экспертиз амбулаторных карт (форма 025/у) и извещений ССМП. Распространенность факторов сердечно-сосудистого риска изучали по анамнестическим, физикальным и лабораторным данным. Абдоминальное ожирение (АО) определяли по результатам измерений объема талии (ОТ), в случаях  $ОТ > 102$  см для мужчин и  $ОТ > 88$  см для женщин. Индекс массы тела (ИМТ) рассчитывали по формуле:  $ИМТ = МТ / Р^2$ , где МТ – масса тела (кг), Р – рост (м). Уровень общего холестерина (ОХС) и его фракций в сыворотке крови

определяли с использованием стандартных диагностических наборов. Индекс атерогенности (ИА) рассчитывали по классической формуле:  $ИА = (ОХС - ЛПВП) / ЛПВП$ , где ЛПВП – липопротеиды высокой плотности. Диагностику гипертрофии миокарда, дилатации полостей сердца, нарушений регионарной сократимости, систолической и диастолической функций проводили с помощью ЭхоКГ в М-режиме и доплер-ЭхоКГ импульсно-волновым методом. Все ЭхоКГ выполнены нами самостоятельно с использованием принятых в РФ стандартов ЭхоКГ-диагностики структурно-функциональных отклонений от нормы.

Критериями включения в исследование служили информированное согласие больного и наличие у пациента подтвержденного диагноза ХСН независимо от стадии и ФК заболевания. Критериями исключения были отказ пациента от участия в исследовании, наличие тяжелой сопутствующей патологии (осложненное течение сахарного диабета, онкологические заболевания, терминальная хроническая почечная недостаточность, цирроз печени, туберкулез, системные заболевания соединительной ткани, психические заболевания). Исследование проведено в соответствии с «Этическими принципами медицинских исследований с привлечением человека» Хельсинкской декларации Всемирной медицинской ассоциации (1964) и их последующими редакциями.

Распределение участников исследования по полу и возрасту, наличие у них факторов сердечно-сосудистого риска, структура и степень тяжести установленных патологических состояний в группах отражены в табл. 1. Терапия больных в течение всего периода наблюдения осуществлялась согласно СМП и существенно не различалась в сравниваемых группах. В случае необходимости усиление терапии проводилось путем увеличения доз препаратов, при наличии

Таблица 1. Клинико-демографическая характеристика больных, абс. (%)

Параметры	Группа М (n = 551)	Группа Ж (n = 557)	Параметры	Группа М (n = 551)	Группа Ж (n = 557)
Средний возраст <sup>#</sup> , годы	55,46 ± 5,89	61,23 ± 6,71*	Исходный ФК ХСН (NYHA)		
Возраст >55 лет	357 (64,79)	483 (86,71)**	II	489 (88,75)	452 (81,15)
Возраст >60 лет	119 (21,60)	291 (52,24)**	III	43 (7,80)	82 (14,72)*
Факторы сердечно-сосудистого риска			IV	19 (3,45)	23 (4,13)
Курение	367 (66,61)	18 (0,32)**	Ассоциированные клинические состояния		
ИА >3	244 (44,28)	329 (59,01)**	Ранее перенесенный ИМ	84 (15,25)	14 (2,51)**
АО	318 (57,71)	452 (81,15)*	Ранее перенесенное острое нарушение мозгового кровообращения	26 (4,72)	43 (7,72)*
ИМТ >25 кг/м <sup>2</sup>	492 (89,29)	507 (91,02)	Пароксизмальные нарушения ритма и проводимости	117 (21,23)	183 (32,85)*
ИМТ >30 кг/м <sup>2</sup>	288 (52,27)	369 (66,25)*	Постоянная форма фибрилляции/трепетания предсердий	31 (5,63)	75 (13,46)**
Достигнутая степень АГ (ВНОК, 2008)			Сопутствующие заболевания		
Отсутствует	26 (4,72)	5 (0,90)**	Сахарный диабет 2-го типа	87 (15,79)	159 (28,55)*
I	22 (3,99)	23 (4,13)	Заболевания щитовидной железы	12 (2,18)	234 (42,01)**
II	168 (30,49)	104 (18,67)*	Тотальная гонадэктомия	0	18 (3,23)**
III	335 (60,80)	425 (76,30)**	Хроническая обструктивная болезнь легких	213 (38,66)	188 (33,75)
Установленный ФК стенокардии			Хронические заболевания печени и желчевыводящих путей	301 (54,63)	439 (78,82)*
Отсутствует	32 (5,81)	109 (19,57)**	Неблагоприятные исходы сердечно-сосудистых заболеваний (конечные точки)		
I	17 (3,09)	14 (2,69)	Установление инвалидности	86 (15,61)	159 (28,55)*
II	381 (69,15)	248 (73,25)	в том числе первичный выход на инвалидность	4 (0,73)	18 (3,23)*
III	121 (21,96)	24 (4,49)**	Смертность	5 (0,91)	2 (0,36)*
Другие болезни органов кровообращения			в том числе летальность	4 (0,73)	1 (0,18)*
Клапанная болезнь сердца	6 (1,09)	30 (5,39)**			
Перикардит и гидроперикард	2 (0,36)	58 (10,41)**			
Кардиомиопатия	2 (0,36)	3 (0,54)			
Распределение пациентов по стадиям ХСН (ОССН, 2009)					
I	263 (47,73)	296 (53,14)			
IIА	214 (38,84)	223 (40,04)			
IIБ	63 (11,43)	35 (6,28)*			
III	11 (2,00)	3 (0,54)**			

<sup>#</sup> Средний возраст пациентов рассчитан на момент завершения периода наблюдения.

Примечание. Здесь и в табл. 2–4: различия между группой М и группой Ж статистически достоверны: \* – p < 0,05; \*\* – p < 0,01.

показаний – назначением сердечных гликозидов.

Полученные данные были обработаны с помощью программы Statistica 6.0. Средние величины представлены в виде  $M \pm m$ . Оценку достоверности различий средних

величин проводили с использованием дисперсионного анализа и применением критерия t Стьюдента с поправкой Бонферрони для множественных сравнений. Дискретные переменные сравнивали с помощью критерия  $\chi^2$  при числе наблюдений не

**Таблица 2.** Частота обнаружения признаков заболевания по результатам клинических, лабораторных и функциональных методов исследования у пациентов с ХСН в сравниваемых группах в начале наблюдения, абс. (%)

Параметры	Группа М (n = 551)	Группа Ж (n = 557)	Параметры	Группа М (n = 551)	Группа Ж (n = 557)
Характерные симптомы			Лабораторные тесты		
Одышка	551 (100,00)	557 (100,00)	Гипохромная анемия	6 (1,09)	104 (18,67)**
Быстрая утомляемость	551 (100,00)	557 (100,00)	ОХС >5,5 ммоль/л	151 (27,40)	183 (32,85)
Сердцебиение	234 (42,47)	481 (86,36)**	Креатинин >120 мкмоль/л	16 (2,90)	20 (3,59)
Кашель	429 (77,86)	303 (54,50)*	Флюорография органов грудной полости		
Ортопноэ	17 (3,09)	3 (0,54)*	Кардиомегалия	409 (74,23)	427 (76,66)
Характерные клинические признаки			Признаки застоя в легких	47 (8,53)	55 (9,87)
Периферические отеки	366 (66,42)	527 (94,61)*	ЭхоКГ		
Застой в легких	32 (5,81)	38 (6,82)	Гипертрофия миокарда ЛЖ по концентрическому типу	113 (20,51)	315 (56,55)**
Тахикардия >90 уд/мин	22 (3,99)	93 (16,70)**	Гипертрофия миокарда ЛЖ по эксцентрическому типу	255 (46,28)	122 (21,90)**
ШОКС >6 баллов	86 (15,61)	201 (36,09)**	Дилатация левых отделов	168 (30,49)	56 (10,05)**
T6мх <301 м	104 (18,87)	218 (39,14)**	Сепарация листков перикарда >4 мм	9 (1,63)	47 (8,44)**
ЭКГ			Систолическая дисфункция	60 (10,89)	28 (5,03)**
Гипертрофия миокарда ЛЖ	319 (57,89)	437 (78,46)*	Диастолическая дисфункция	118 (21,42)	244 (43,81)**
Признаки систолической перегрузки	34 (6,17)	85 (15,26)**	Нарушения регионарной сократимости	72 (13,07)	9 (1,62)**
Рубцовые изменения	74 (13,43)	5 (0,90)**			
Блокады ветвей и ножек пучка Гиса	68 (12,34)	93 (16,70)			
Частая экстрасистолия	51 (9,26)	163 (29,26)**			
Фибрилляция/трепетание предсердий	31 (5,63)	75 (13,46)*			
Суправентрикулярные и атриовентрикулярные блокады	11 (2,00)	28 (5,03)**			

менее 5, в противном случае использовали точный критерий Фишера. Различия между переменными считали достоверными при  $p < 0,05$ . Рандомизация была выполнена с помощью генератора псевдослучайных чисел.

### Результаты и обсуждение

При анализе распределения пациентов по возрастным группам (см. табл. 1) выявлены существенные различия между мужской и женской субпопуляциями по среднему возрасту и количеству пациентов в старших возрастных группах: у женщин эти

показатели были статистически достоверно выше, чем у мужчин. Частота обнаружения факторов риска у пациентов в зависимости от пола также сильно варьировала, у женщин значительно чаще обнаруживались ИА >3, АО, ИМТ >30 кг/м<sup>2</sup>, существенно реже документировались факты систематического курения табака. У женщин также статистически достоверно чаще, чем у мужчин, определялась высокая степень артериальной гипертензии (АГ), реже обнаруживался высокий ФК стенокардии, существенно реже диагностировался ИМ, но гораздо чаще выявлялись признаки гидрперикарда. Нарушения ритма и прово-

**Таблица 3.** Частота обращений за медицинской помощью по поводу ХСН в сравниваемых группах, абс. (на 1 пациента в год)

Параметры	Группа М (n = 551)	Группа Ж (n = 557)
<b>Вызовы ССМП:</b>		
всего	233 (0,42)	512 (0,92)**
в том числе по поводу обострения	205 (0,37)	329 (0,59)*
<b>Госпитализации в стационар круглосуточного пребывания:</b>		
всего	128 (0,23)	143 (0,26)
в том числе по поводу обострения	128 (0,23)	143 (0,26)
<b>Вызовы службы неотложной помощи поликлиники:</b>		
всего	114 (0,21)	346 (0,62)**
в том числе по поводу обострения	112 (0,20)	109 (0,20)
<b>Явки на прием к врачу поликлиники:</b>		
всего	542 (0,98)	1318 (2,37)**
в том числе по поводу обострения	477 (0,87)	1202 (2,16)**
<b>Госпитализации в дневной стационар поликлиники:</b>		
всего	42 (0,08)	151 (0,27)**
в том числе по поводу обострения	7 (0,01)	110 (0,20)**

димости, как острые, так и хронические, статистически достоверно чаще регистрировались также у женщин. При анализе сопутствующих заболеваний установлена достоверно более высокая частота заболеваний щитовидной железы, случаев тотальной гонадэктомии, сахарного диабета, заболеваний печени и желчевыводящих путей у женщин. Частота неблагоприятных исходов на протяжении периода наблюдения (конечных точек) среди мужчин была достоверно выше, чем среди женщин. Все пациенты с ХСН независимо от пола предъявляли жалобы на одышку и быструю утомляемость, в то же время частота обнаружения целого ряда симптомов в женской и мужской субпопуляциях сильно варьировала (табл. 2). У женщин существенно чаще встречались жалобы на сердцебиение, у мужчин – на кашель и на необходимость принятия вынужденного положения ортопноэ для улучшения самочувствия, несмотря на более молодой возраст. Такие характерные клинические признаки ХСН, как отеки, тахикардия, существенно чаще обнаруживались у женщин. У женщин в срав-

нении с мужчинами отмечалась достоверно худшая переносимость физических нагрузок по результатам Т6мх. Интегральные клинические оценки по ШОКС у женщин также оказались достоверно хуже, чем у мужчин. По лабораторным показателям значимые различия установлены только по параметрам красной крови – гипохромная анемия намного чаще встречалась у женщин. Существенные различия выявлены по результатам ЭКГ и ЭхоКГ: у мужчин значительно чаще регистрировались рубцовые изменения, дилатация полостей сердца, снижение систолической функции левого желудочка (ЛЖ), у женщин – нарушения ритма и проводимости, концентрическая гипертрофия миокарда ЛЖ, значимая сепарация листков перикарда и нарушение диастолической функции ЛЖ.

Анализ частоты обращений за медицинской помощью по поводу ХСН показал существенное превалирование обобщенных показателей в женской субпопуляции в сравнении с мужской, за исключением случаев госпитализаций в стационары круглосуточного пребывания (табл. 3). При этом

**Таблица 4.** Варианты клинического течения ХСН в сравниваемых группах на протяжении однолетнего периода наблюдения, абс. (%)

Параметры	Группа М (n = 551)	Группа Ж (n = 557)
Течение ХСН с подтвержденными острыми декомпенсациями ХСН	54 (9,80)	20 (3,59)*
Постепенное нарастание симптоматики ХСН без упоминания об острых декомпенсациях	192 (34,85)	306 (54,95)*
Течение ХСН без документированного ухудшения (в том числе с улучшением)	305 (55,35)	231 (41,47)*

обращаемость за медицинской помощью в связи с обострениями ХСН на ССМП, амбулаторный врачебный прием, в дневной поликлинический стационар среди женщин также была статистически достоверно выше, чем среди мужчин. В то же время частота вызовов службы неотложной помощи поликлиники по поводу обострения (декомпенсации) ХСН в сравниваемых группах существенно не различалась.

Классификация пациентов по установленным клиническим вариантам течения ХСН на протяжении периода наблюдения позволила выявить статистически достоверное преобладание общего числа зарегистрированных случаев неблагоприятного развития ХСН у женщин по сравнению с мужчинами, хотя острые декомпенсации ХСН у мужчин встречались существенно (в 2,5 раза) чаще (табл. 4).

Таким образом, проведенное нами исследование клинических проявлений ХСН в субпопуляциях мужчин и женщин по результатам диспансерного наблюдения позволило установить факт наличия статистически значимых различий между этими группами по многим параметрам.

Обследованный контингент женщин был существенно старше мужского, у женщин чаще обнаруживались признаки метаболического синдрома, чаще регистрировались высокие степени АГ, в 5 раз чаще выявлялась клапанная болезнь сердца и в 20 раз чаще — признаки перикардита и гидроторакса. Из сопутствующей патологии у женщин по сравнению с мужчинами

в 2 раза чаще наблюдался сахарный диабет, в 18 раз чаще — заболевания щитовидной железы, в 1,5 раза чаще — заболевания печени и желчевыводящих путей. Женщины с ХСН в 2 раза чаще мужчин с тем же диагнозом жаловались на сердцебиения, клинически у них в 1,5 раза чаще обнаруживались периферические отеки, в 4 раза чаще — тахикардия. Гипохромная анемия у женщин отмечалась в 17,8 раза чаще, чем в мужской субпопуляции. На ЭКГ у женщин чаще регистрировалась систолическая перегрузка ЛЖ (в 2,5 раза), экстрасистолия (в 3 раза), фибрилляция/трепетание предсердий (в 2 раза), суправентрикулярные и атриовентрикулярные блокады (в 2,5 раза). На ЭхоКГ у женщин чаще выявлялись признаки концентрической гипертрофии миокарда ЛЖ (в 2,3 раза), нарушение диастолической функции (в 2 раза), сепарации листков перикарда (в 7 раз).

Клиническая динамика заболевания на протяжении одногодичного периода наблюдения также существенно различалась в сравниваемых субпопуляциях пациентов с ХСН: у мужчин значительно чаще регистрировались случаи острой декомпенсации, у женщин чаще наблюдалось постепенное усугубление клинического состояния, несмотря на проводимую терапию. В целом у мужчин на протяжении года ХСН протекала более благоприятно, течение заболевания без ухудшения (и даже с улучшением) зарегистрировано в 55% случаев, у женщин этот показатель составил 41%.

Разница в возрасте пациентов лишь частично объясняет выявленные различия клинических показателей в сравниваемых субпопуляциях. Так, например, у женщин существенно чаще обнаруживались такие мало зависящие от возраста состояния и показатели, как АО, ИМТ  $>30$  кг/м<sup>2</sup>, клапанная болезнь сердца, заболевания щитовидной железы, гипохромная анемия, сепарация листков перикарда  $>4$  мм на ЭхоКГ; у мужчин, несмотря на более молодой возраст, достоверно чаще регистрировались высокий ФК стенокардии, ранее перенесенный ИМ, положение ортопноэ, гипертрофия миокарда ЛЖ по эксцентрическому типу (в 2 раза чаще), систолическая дисфункция (в 2 раза чаще), нарушение регионарной сократимости миокарда ЛЖ (в 10 раз чаще), случаи острых декомпенсаций ХСН. Трудно объяснить различиями в возрасте пациентов практически одинаковую частоту госпитализации в стационары круглосуточного пребывания по поводу ХСН, в том числе и в связи с декомпенсациями заболевания. С другой стороны, нельзя не учитывать объективно существенную разницу в сроках предстоящей жизни мужчин и женщин в РФ.

С учетом всего вышеизложенного можно заключить, что ХСН у женщин развивается в более старшем, чем у мужчин, возрасте, преимущественно на фоне тяжело протекающей АГ, обусловлена развитием гипертрофии миокарда по концентрическому типу и связанным с ней нарушением диастолической функции ЛЖ, имеет в целом неблагоприятное течение (более чем в 50% случаев). Клиническая картина ХСН у женщин определяется множеством субъективных неприятных ощущений (100% пациенток), наличием характерных выраженных клинических признаков заболевания (ШОКС  $>6$  баллов в 36% случаев), частыми тяжелыми нарушениями ритма и проводимости сердца (более 50% пациенток), низкой толерантностью к физическим нагрузкам (Тбмх  $<301$  м в 40% случаев). Это, в

свою очередь, приводит к частым обращениям пациенток с ХСН за медицинской помощью, прежде всего в первичном звене здравоохранения. Таким образом, клинические проявления ХСН у женщин существенно отличаются от таковых у мужчин. Развитие и течение ХСН в мужской субпопуляции обусловлено прежде всего ИБС и ее осложнениями — ИМ и тяжелой стенокардией. Это обстоятельство, вероятно, объясняет более высокую смертность пациентов с ХСН в мужской субпопуляции по сравнению с женской.

### Выводы

1. Выявленные гендерные различия клинических проявлений ХСН у пациентов муниципальных поликлиник г. Тюмени дают основания для внедрения разных алгоритмов ведения диспансерного наблюдения в этой субпопуляции больных.

2. С точки зрения муниципального здравоохранения ХСН у женщин представляет из себя более серьезную проблему, чем у мужчин, с учетом более старшего возраста пациенток, более частой тенденции к неблагоприятному течению, более значительного числа жизненно опасных осложнений и, в результате, существенно большей нагрузки по обращаемости за медицинской помощью.

### Рекомендуемая литература

- Агеев Ф.Т., Даниелян М.О., Мареев В.Ю. и др. Больные с хронической сердечной недостаточностью в российской амбулаторной практике: особенности контингента, диагностики и лечения (по материалам исследования ЭПОХА-О-ХСН) // Сердечн. недостат. 2004. Т. 5. № 1. С. 4–7.
- Беленков Ю.Н., Агеев Ф.Т., Банщиков Г.Т. и др. Влияние специализированных форм активного амбулаторного ведения на функциональный статус, качество жизни и показатели гемодинамики больных с выраженной сердечной недостаточностью. Результаты

Российской программы “ШАНС” // Сердечн. недостат. 2007. Т. 8. № 3. С. 112–116.

*Беленков Ю.Н., Мареев В.Ю.* Лечение сердечной недостаточности в XXI веке: достижения, вопросы и уроки доказательной медицины // Кардиология. 2008. Т. 48. № 2. С. 6–16.

Национальные рекомендации ВНОК и ОССН по диагностике и лечению ХСН (третий пересмотр) // Сердечн. недостат. 2010. Т. 11. № 1. С. 3–62.

*Терещенко Н.С., Жиров И.В.* Хроническая сердечная недостаточность у женщин // Сердечн. недостат. 2008. Т. 9. № 6. С. 295–299.

*Шляхто Е.В., Ситникова М.Ю., Лелявина Т.А.* Ведение больных хронической сердечной недостаточностью на амбулаторном этапе: создание специализированных отделений // Доктор.Ру. 2009. № 3. С. 34–39.

ACC/AHA 2005 Guideline Update for the Diagnosis and Management of Chronic Heart

Failure in the Adult. A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Writing Committee to Update the 2001 Guidelines for the Evaluation and Management of Heart Failure) // Circulation. 2005. V. 112. P. e154–e235.

ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2008. The Task Force for the Diagnosis and Treatment of Acute and Chronic Heart Failure 2008 of the European Society of Cardiology. Developed in collaboration with the Heart Failure Association of the ESC (HFA) and endorsed by the European Society of Intensive Care Medicine (ESICM) // Eur. Heart J. 2008. V. 29. P. 2388–2442.

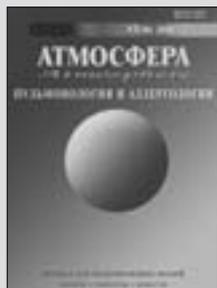
*Shah R.U., Klein L., Lloyd-Jones D.M.* Heart failure in women: epidemiology, biology and treatment // Women’s Health. 2009. V. 5. № 5. P. 517–527.

### Gender Differences in Symptoms of Chronic Heart Failure: Results of Outpatients Follow-up in Municipal Polyclinics

**A.P. Potapov**

We studied gender differences of clinical symptoms of chronic heart failure (CHF) in 1108 patients selected at municipal polyclinics of city of Tyumen. We found high specificity of clinical signs both in males and females. It is a basis for introduction of various gender-dependent follow-up and management algorithms.

*Key words:* chronic heart failure, gender differences, outpatient dispensarization, municipal health management.



### Продолжается подписка на научно-практический журнал “Атмосфера. Пульмонология и аллергология”

Подписку можно оформить в любом отделении связи России и СНГ. Журнал выходит 4 раза в год. Стоимость подписки на полгода по каталогу агентства “Роспечать” – 390 руб., на один номер – 195 руб.

**Подписной индекс 81166.**