

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ, ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Е.А. Смирнова

Рязанский областной клинический кардиологический диспансер

Обследована репрезентативная выборка Рязанской области – 2098 человек, средний возраст $44,8 \pm 0,01$ лет. Больных, предположительно имеющих ХСН, выявляли с помощью опросника. Выявлено 12% лиц с предполагаемым диагнозом ХСН, причем у 1,5% - признаки тяжелой сердечной недостаточности III-IV ФК. В лечении пациентов ХСН недостаточно часто используются основные группы лекарственных средств, рекомендованные для терапии данного заболевания. Врачи кардиологи подтвердили диагноз у 69,6% пациентов с предполагаемой ХСН.

Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) представляет собой серьезную проблему в связи с широкой распространенностью, плохим качеством жизни, большим числом госпитализаций и злокачественностью течения. По сравнению с другими заболеваниями сердечно-сосудистой системы, эпидемиологические данные по ХСН противоречивы и недостаточны. В разных исследованиях имеются существенные различия в методологии, оценке признаков и симптомов заболевания, что приводит к различию показателей распространенности сердечной недостаточности даже в одной возрастной группе. Несмотря на противоречивые эпидемиологические данные, во всем мире отмечается увеличение числа пациентов ХСН, что связывают не только с общим старением населения, но и с совершенствованием методов диагностики, активными мерами первичной и вторичной профилактики, которые с одной стороны, предотвращают развитие заболевания, но с другой стороны, способствуют его распространенности. В Европейской популяции распространенность ХСН варьирует от 0,4% до 2%, в США около 2,5% [5,6,8,9]. Присутствие большого числа факторов риска, высокая распространенность сердечно-сосудистых заболеваний, недостаточная эффективность артериальной гипертензии позволяют предположить высокую распространенность ХСН в нашей стране. С 2002 года в Рязанской области проводится проспективное исследование по изучению распространенности ХСН с использованием репрезентативной выборки.

Целью исследования явилось изучение распространенности и охвата лечением пациентов ХСН по данным обследования репрезентативной выборки Рязанской области.

Материал и методы

Исследование проходило в 5 поликлиниках г. Рязани и 5 центральных районных больницах Рязанской области (Сасовской, Касимовской, Скопинской, Шиловской и Рыбновской ЦРБ). В нем приняли участие 40 участковых врачей,

каждый из которых обследовал 25 семей. Скрининговые карты включали уточненный адрес, анамнез, данные клинического обследования на момент осмотра, сведения о принимаемых препаратах, результаты измерения пульса, артериального давления, роста и веса. В исследование включено 953 семьи, 2098 человек: 888 мужчин и 1210 женщин, средний возраст $44,8 \pm 0,01$ лет.

Из сформированной выборки выделены пациенты:

1) с предполагаемой ХСН (I-IV ФК) - лица, страдающие любым сердечно-сосудистым заболеванием и предъявляющие жалобы на одышку при спокойной ходьбе;

2) имеющие очевидную ХСН (II-IV ФК). В эту группу вошли пациенты, имеющие любое сердечно-сосудистое осложнение и три критерия ХСН: одышку любой степени, утомляемость и тахикардию.

3) ХСН III-IV ФК - пациенты, имеющие одышку и слабость в сочетании с тахикардией (ЧСС более 80 ударов в минуту) и отеками любой степени выраженности.

Результаты и их обсуждение

Распространенность предполагаемой ХСН (I-IV ФК) составила 12%. При этом стандартизованная по возрасту распространенность ХСН среди женщин выше, чем среди мужчин (13,3% против 10,2%). Распространенность очевидной ХСН (II-IV ФК) составила 2,4% (среди женщин 2,8%, среди мужчин 1,9%). Распространенность тяжелой ХСН III-IV ФК составила 1,5% (1,6% среди женщин, 0,9% среди мужчин). Среди пациентов с предполагаемым диагнозом ХСН (I-IV ФК) женщины преобладают над мужчинами (71% против 29%). Количество больных с признаками ХСН увеличивается с возрастом (рис. 1).

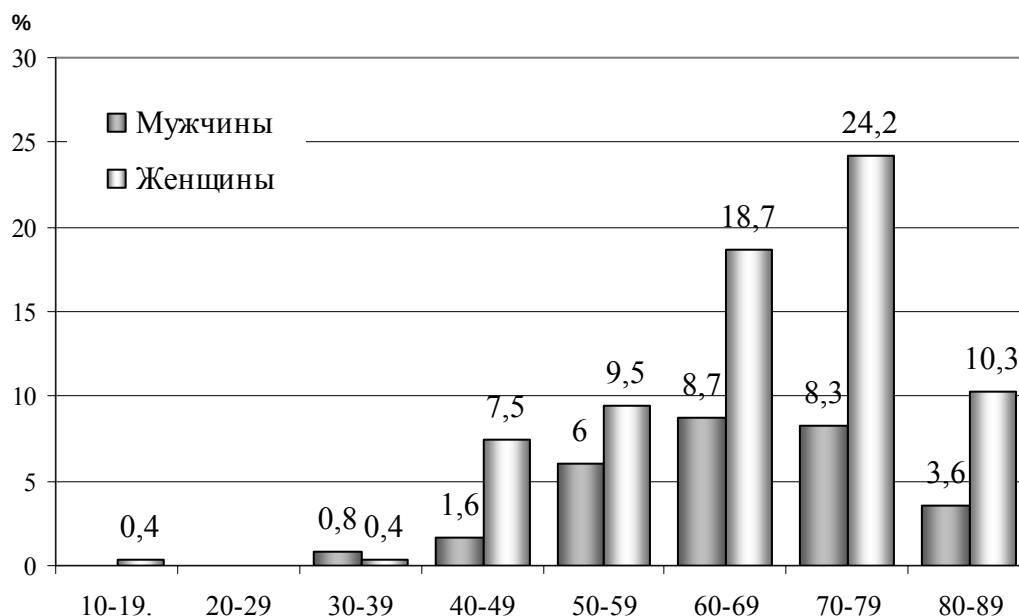


Рис. 1. Распространенность ХСН I-IV ФК среди мужчин и женщин в зависимости от возраста

Основными заболеваниями, приводящими к развитию недостаточности кровообращения, являются артериальная гипертония (95,6%), ишемическая болезнь сердца (70,6%), сахарный диабет (15,1%), пороки сердца (5,2%). С увеличением критериев постановки диагноза ХСН, встречаемость ИБС, артериальной гипертонии и сахарного диабета растет и у пациентов III-IV ФК составляет уже 93,8%, 75%, 21,9% и 9,4% соответственно. Наличие перенесенного инфаркта миокарда так же установлено максимально часто у пациентов тяжелой III-IV ФК (15,6%), в то время как наибольшее число пациентов, перенесших ОНМК (16%) было среди пациентов очевидной ХСН II-IV ФК.

Анализ медикаментозной терапии (рис. 2) показал, что лекарственные препараты принимают 75,4% больных с предполагаемой ХСН, причем 55,2% из них лечатся регулярно, но при этом каждый третий (30,9%) получает не рекомендованные лекарственные средства. Из основных групп препаратов, рекомендованных для лечения, наиболее часто применяются иАПФ (48%): эналаприл (76,9%), каптоприл (17,4%). Современные пролонгированные препараты получают лишь 5,8% пациентов. Диуретики занимают 2 позицию в лечении – 29% назначений (фуросемид - 42,5%, гипотиазид - 47,9%, индапамид – 8,2%). Бета-адреноблокаторы (БАБ) получают 23% больных ХСН (атенолол – 67,2%, пропранолол – 25,9%, метопролол – 5,2%, другие – 1,7%). Сердечные гликозиды (СГ) получают 8,3% пациентов, главным образом, дигоксин (90,5%), антагонисты рецепторов к альдостерону (верошпирон) - 1,2%. Среди вспомогательных препаратов, влияние которых на прогноз неизвестно, первое место занимают нитраты (37,7%), преимущественно динитраты (88,4%). Антагонисты кальция получают 19,8% пациентов, главным образом короткодействующие дигидропиридиновые препараты (80%). Дезагреганты, в основном аспирин, получают 16,7% больных.

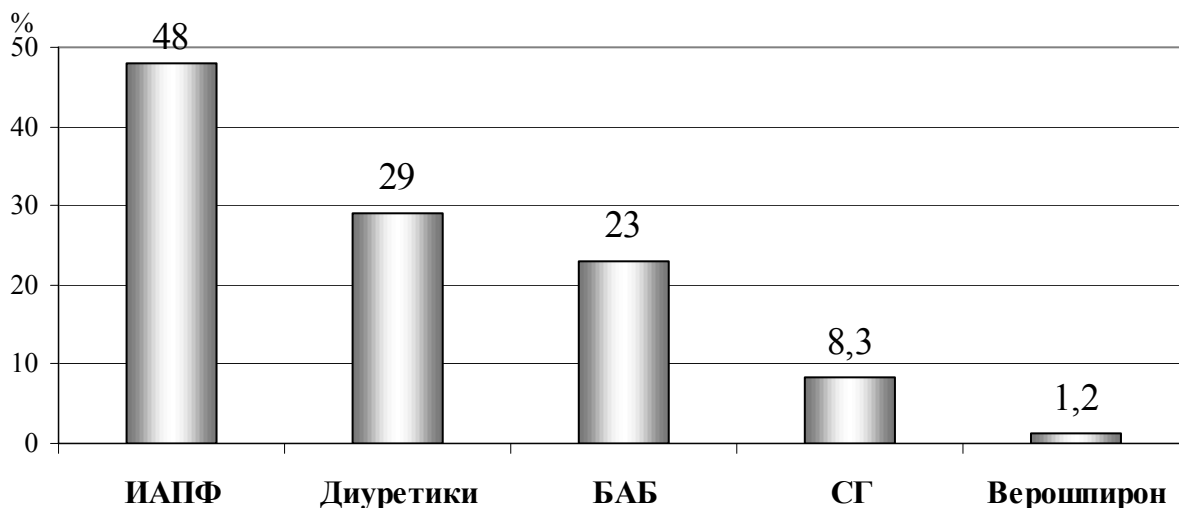


Рис. 2. Препараты для лечения пациентов ХСН I-IV ФК

Кардиологами Рязанского областного клинического кардиологического диспансера проведено обследование больных с предполагаемой ХСН в

стационарных и амбулаторных условиях с целью верификации диагноза сердечной недостаточности. Каждому больному, кроме сбора данных анамнеза и объективного осмотра, проводились ЭКГ, ЭхоКГ, рентгенологическое и лабораторное исследования. Функциональный класс ХСН уточнялся после 6-минутного теста ходьбы, заполнялся Миннесотский опросник качества жизни и шкала оценки клинического состояния В.Ю. Мареева (ШОКС). Обследовано 247 больных. Диагноз ХСН подтвержден в 69,6% случаев. Средний возраст больных составил $67,1 \pm 1,2$ лет. Женщин с ХСН 72,7%, мужчин – 27,3%. У 33,1% диагностирована I стадия ХСН, у 59,3% - IIa, у 7,6% - IIb стадия заболевания. Распределение пациентов ХСН по функциональным классам: I ФК - 33,1%, II ФК - 39,5%, III ФК - 25,6%, IV ФК - 1,8%. Клинические признаки задержки жидкости имели место у 36,4%, увеличение печени у 23,1%, влажные хрипы в легких у 6,5% пациентов ХСН. Средние показатели систолического АД составили $168,5 \pm 3,2$ мм.рт.ст, диастолического – $95,8 \pm 1,6$ мм.рт.ст. Наиболее часто встречающимся нарушением ритма явилась желудочковая экстрасистолия (35,8%), мерцательная аритмия выявлена у 8,5% обследованных. При ЭхоКГ доминировали признаки нарушения диастолической функции ЛЖ (58,6%). Снижение сократительной способности миокарда имело место только у 2 больных, у 16 – расширение КДР ЛЖ > 6 см. Среди пациентов с подтвержденным диагнозом ХСН в 30,4% случаев диагноз не был установлен до нашего исследования и поэтому целенаправленного лечения им не проводилось. Пациенты с подтвержденным диагнозом прошли обучение в школе по ХСН, им было назначено лечение в соответствии с Национальными рекомендациями.

Использование метода поквартирной рандомизации позволило получить данные о распространенности признаков сердечной недостаточности в Рязанской области. Число лиц с предполагаемой ХСН I-IV ФК составило 12%, что сопоставимо с показателями в Европейской части РФ – 11,7%-12,3% [2,4]. Как и в других регионах, число больных ХСН быстро увеличивается с возрастом. Средний возраст пациентов ХСН в Рязанской области ($66,3 \pm 0,8$ лет) сопоставим со среднероссийским, но ниже чем в европейской и американской популяциях [2,7]. Практически во всех возрастных группах количество женщин с признаками ХСН больше, чем мужчин. Основными факторами, формирующими ХСН, являются артериальная гипертензия и ИБС. Эти заболевания являются причинами развития ХСН у 95,6% и 70,6% больных соответственно. Следовательно, АГ и ИБС являются не только основными триггерами формирования ХСН, но и подтверждают диагноз сердечной недостаточности у этих больных.

Как и в целом по России, в лечении ХСН в Рязанском регионе первое место занимают иАПФ [2], их получает около половины больных, но наиболее современные, пролонгированные и оригинальные препараты назначаются крайне редко (5,8%). Если бета-адреноблокаторы в Европе получают 36,9% больных ХСН [10], то в России препараты этой группы принимают только 8,1% пациентов [3]. В Рязанской области бета-адреноблокаторы реально получает 23% пациентов сердечной недостаточностью, однако предпочтение отдается атенололу, который не показан при данном заболевании. Препараты с доказанной эффективностью, такие как бисопролол, карведилол, метопролол замедленного высвобождения, в реальной клинической практике больные ХСН не принимали. Достаточно высокий процент назначения вспомогательных препаратов в лечении ХСН (нитраты, антагонисты кальция, дезагреганты) связано с тем, что основными

этиологическими факторами развития ХСН являются АГ и ИБС. К сожалению, 24,6% больных ХСН не получают никакой медикаментозной терапии и в высоком проценте случаев (30,9%) назначаются не рекомендованные лекарственные средства.

По предварительным данным второго этапа исследования диагноз ХСН подтвержден у 69,6% пациентов. Следует обратить внимание, что среди пациентов с установленным диагнозом ХСН в 30,4% случаев этот диагноз в амбулаторной карте до нашего исследования отсутствовал и целенаправленного лечения такие больные не получали. Проведенное исследование позволило установить не только распространенность и социально-экономическую значимость ХСН, но и выявить сердечную недостаточность на более ранних стадиях ее возникновения и раньше назначить адекватную терапию.

Выводы

Таким образом, обследование репрезентативной выборки позволило выявить 12% лиц с предполагаемым диагнозом ХСН. Распространенность ХСН II-IV ФК составила 2,4%, у 1,5% обследованных имеются признаки тяжелой ХСН III-IV ФК. Анализ медикаментозной терапии показал недостаточно частое использование основных групп лекарственных средств, рекомендованных для терапии ХСН. Диагноз ХСН подтвержден кардиологами у 69,6% пациентов, выявленных при скрининговом обследовании. По данным ЭхоКГ у большинства больных нарушена диастолическая функция левого желудочка.

ЛИТЕРАТУРА

1. Беленков Ю.Н., Мареев В.Ю., Агеев Ф.Т. Эпидемиологические исследования сердечной недостаточности: состояние вопроса / Беленков Ю.Н.// Журн. Сердечная недостаточность.-2002.-Т.3, № 2 (12).-С.57-60.
2. Мареев В.Ю. Первые результаты Российского эпидемиологического исследования по ХСН / Мареев В.Ю.// Журн. Сердечная недостаточность.-2003.-Т.4, № 1.-С. 17-18.
3. Терещенко С.Н. Исследование COMET / Терещенко С.Н.// Журн. Сердечная недостаточность.-2003.-Т.4.- № 6.-С. 298-299.
4. Распространенность хронической сердечной недостаточности в Европейской части Российской Федерации – данные ЭПОХА-ХСН / И.В. Фомин [и др.]// Журнал Сердечная недостаточность.-2006.- Т. 7.- № 3.-С.112-115.
5. Cowie M.R., Mosterd A., Wood DA. The epidemiology of heart failure. / Cowie M.R.// Eur Heart J .- 1997.-Vol.18.-P.208-223.
6. Kannel WB. Epidemiology and prevention of cardiac failure: Framingham Study insights / Kannel WB. // Eur Heart J .-1987.- Suppl F.- P. 23-26.
7. The natural history of congestive heart failure: the Framingham study / P.A. McKee [et al.] // N Engl J Med.- 1971.- 285.- p. 1441-1446.
8. National Heart, Lung, and Blood Institute. National Institute of Health. Congestive Heart Failure in the United States: A new epidemic,1996./ Bethesda U.S. Department of Health and Human Services - 1999.
9. The Task Force of the Working Group on Heart Failure of the European Society of Cardiology. Guidelines for the treatment of heart failure. //Eur Heart J. – 2001.- . Vol. 22. - P.1527-1560.
10. Woods K.F, Ketley D, Lowy A Beta-blockers and antithrombotic treatment for secondary prevention after acute myocardial infarction. Towards an understanding of

factors influencing clinical practice / Woods K.F. // Eur Heart J .-1998.- Vol. 19.- P. 74-79.

**SPREADING, PECULIARITIES IN DIAGNOSTIC AND TREATMENT OF
PATIENTS WITH CHRONIC CARDIAC INSUFFICIENCY.**

E. A. SMIRNOVA

Representative sampling in Ryazan region is taken – 2098 people at the average age $44,8 \pm 0,01$ years. Patients, hypothetically diseased with CCI revealed inquirer. It was revealed 12% people with hypothetic CCI diagnosis, 1,5% -have signs of severe cardiac insufficiency III-IV Φ K. Main groups of remedy for treatment of CCI, recommended for disease is not used properly. Cardiologists proved diagnosis at 69,6% of patients with hypothetic CCI.