

Хроническая сердечная недостаточность в амбулаторной практике: вопросы этиологии

С.М. Богданова, Н.В.Макарова

Филиал Московского государственного социального университета. Чебоксары, Россия

Chronic heart failure in out-patient practice: aetiology issues

S.M. Bogdanova, N.V. Makarova

Moscow State Social University Branch. Cheboksary, Russia

Цель. Изучить этиологию сердечной недостаточности (СН) в Чувашской Республике.

Материал и методы. Исследование проведено в рамках многоцентровой, эпидемиологической программы ЭПОХА по изучению распространенности артериальной гипертензии (АГ) и СН в неорганизованной популяции Европейской части РФ. Обследована случайная, представительная выборка из неорганизованного населения республики в количестве 3090 человек в возрасте старше 15 лет. По результатам скринирующего обследования отобран 231 пациент с клиническими признаками хронической СН (ХСН), которые были обследованы в условиях стационара.

Результаты. Ведущим этиологическим фактором развития СН явилась АГ (88,8 %), особенно в сочетании с ишемической болезнью сердца (ИБС) (58 %), изолированная АГ отмечалась в анамнезе у 30,8 % больных. Только у 8 (3,5 %) пациентов среди причин развития ХСН оказалась изолированная ИБС. При этом изолированная АГ как фактор развития ХСН у женщин встречается чаще, чем у мужчин – 33,9 % vs 22,2 %, а изолированная ИБС приводит к развитию ХСН у мужчин в 4,4 раза чаще, чем у женщин.

Заключение. Высокая распространенность АГ в сочетании с ИБС в популяции (88,8 %) определяет их основной вклад в развитие ХСН среди населения республики.

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

Aim. To study the aetiology of chronic heart failure (CHF) in Chuvash Republic.

Material and methods. The study was a part of a multi-center epidemiological program (EPOCH) determining the prevalence of arterial hypertension (AH) and CHF in non-organised population of European part of the Russian Federation. A random representative sample included 3090 people aged over 15 years. After the screening, 231 patients with clinically manifested CHF were selected and examined at a hospital.

Results. The leading aetiological CHF factor was AH (88,8%), especially in combination with coronary heart disease (CHD) (58%); isolated AH was registered in 30.8% of the participants. Only in 8 subjects (3,5%), isolated CHD was the leading CHF cause. Isolated AH, as an aetiological CHF factor, was more frequent in women than in men (33,9% vs. 22,2%). In men, isolated CHD resulted in CHF 4.4 times more often than in women..

Conclusion. High population prevalence of AH and CHD combination (88,8%) explained their substantial impact into CHF aetiology.

Key words: Arterial hypertension, chronic heart failure, coronary heart disease.

Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) и в XXI веке остается актуальной проблемой кардиологии в связи с неуклонно прогрессирующим и прогностически неблагоприятным течением и высокими социально-экономическими потерями [1,2]. По данным эпидемиологических исследований распространенность ХСН в странах Европы и США варьирует от 0,4 % до 2,5 % [3,4] в зависимости от критериев и возраста пациентов. В Российской Федерации (РФ) частота распространения этой патологии по результатам эпидемиологического

исследования ЭПОХА-ХСН (Эпидемиологическое обследование больных с хронической сердечной недостаточностью в Европейской части России) в 2002г составила в среднем 5,5 % [5]. Несмотря на значительные достижения в вопросах диагностики и лечения таких больных, распространенность ХСН не только не снижается, но продолжает неуклонно расти, и по самым оптимистическим расчетам абсолютный прирост числа больных с ХСН к 2010г может достигнуть 20 % [6]. Это связано, во-первых, с ростом популяции пожилых людей, вследствие

© Коллектив авторов, 2008

Тел.: (905) 345–30–32

e-mail: svetlana20062008@rambler.ru

увеличения продолжительности жизни в развитых странах [6], что потенциально может привести к увеличению числа лиц с ХСН. Во-вторых, улучшение тактики лечения и внедрение новых медицинских технологий увеличивают продолжительность жизни больных сердечно-сосудистыми заболеваниями (ССЗ), наличие которых, в свою очередь, повышает вероятность развития ХСН [7,8].

По данным отечественных и зарубежных исследований основными этиологическими факторами развития ХСН в настоящее время являются ишемическая болезнь сердца (ИБС) и артериальная гипертензия (АГ) [9,10]. Если в Европе и США ведущей причиной ХСН признают ИБС (78 %) [11,12], то в РФ в 80 % случаев – это АГ (среди амбулаторных пациентов) [13].

Целью настоящей работы стало изучение этиологии СН у пациентов в Чувашской Республике.

Материал и методы

Исследование проводили в рамках многоцентровой, эпидемиологической программы ЭПОХА по изучению распространенности АГ и СН в неорганизованной популяции Европейской части РФ. На первом этапе работы была обследована случайная, представительная выборка из неорганизованного населения республики в количестве 3090 человек в возрасте > 15 лет. На каждого обследуемого заполнялась стандартная анкета, содержащая: паспортные данные, анамнез, наличие вредных привычек, а также блоки вопросов по выявлению АГ и ХСН, факторов риска (ФР) их развития. Оценивали клиническое состояние на момент осмотра, регистрируя антропометрические показатели, артериальное давление (АД) и частоту сердечных сокращений.

По результатам скринирующего обследования данной выборки был отобран 231 пациент с клиническими признаками ХСН (одышка, утомляемость, тахикардия, отеки), различной степени выраженности на фоне ССЗ. Эти пациенты прошли углубленное, стационарное, клинико-инструментальное обследование в условиях специализированного кардиологического учреждения. Больным проводили электрокардиографическое исследование (ЭКГ) в 12 стандартных отведениях, мониторинг ЭКГ по Холтеру, эхокардиографию на аппарате ACUSON 128 с секторальным датчиком 2,5–4 мГц, рентгенографию органов грудной клетки, исследование стандартных биохимических параметров, липидного, углеводного,

электролитного, пуринового обменов. Для определения функционального класса (ФК) ХСН по классификации Нью-Йоркской ассоциации сердца проводился тест 6-минутной ходьбы. Согласно национальным рекомендациям по диагностике и лечению ХСН, прохождение 150 м за 6 мин оценивали как IV ФК, 151–300 м – III ФК, 301–425 м – II ФК, 426–550 м – I ФК. Нулевой ФК составили пациенты, проходившие > 550 за 6 минут. Степень тяжести клинического состояния определяли в баллах по шкале оценки клинического состояния (ШОКС) в модификации В.Ю.Мареева 2002 г.

Статистическая обработка данных выполнена с использованием системы статистического анализа и извлечения информации – SAS (Statistical Analysis System) в лаборатории биостатистики ГНИЦ ПМ. Достоверным считали уровень статистической значимости $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение

Большинство обследованных с признаками ХСН составили женщины (73,2 %), средний возраст $67,1 \pm 0,1$ лет; 26,8 % – мужчины аналогичного среднего возраста ($66,2 \pm 0,8$ лет). В ходе проведенного исследования обнаружено, что у больных с ХСН в популяции Чувашии чаще всего в анамнезе регистрировали сочетание АГ и ИБС ($n=134$, 58 %), в т.ч. у 40 мужчин и 94 женщин. Изолированная АГ стала причиной ХСН у 71 пациента (30,7 %). ИБС как самостоятельное заболевание привела к развитию ХСН у 3,5 % обследованных. Другие ССЗ явились причиной развития ХСН у 14 (6,1 %) обследованных. У 4 (1,7 %) пациентов в анамнезе отсутствовали указания на какое-либо ССЗ (таблица 1).

Анализ результатов эпидемиологических исследований часто зависит от клинических критериев и методов обследования, используемых при постановке диагноза ХСН. Однако в настоящее время унифицированные критерии отсутствуют [14]. До сих пор, например, трудно определить, является ли АГ первичной причиной ХСН, или в основе ее развития также лежит ИБС, которая считается ведущей причиной ХСН в Западных странах. В исследовании SOLVD (Studies Of Left Ventricular Dysfunction) ИБС была зарегистрирована в качестве причины > чем в 70 % случаев ХСН [15], тогда как во Фремингемском исследовании только в 45 % случаев у мужчин и 27 % у женщин. В этом

Таблица 1

Распределение этиологических факторов развития ХСН у мужчин и женщин

Этиология	Мужчины n=62		Женщины n=169		Всего n=231	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
АГ + ИБС	39	62,9	95	56,2	134	58,0
АГ	14	22,6	57	33,7	71	30,7
ИБС	5	8,1	3	1,8	8	3,5
Другие ССЗ	4	6,4	10	5,9	14	6,1
Другие причины	0	0	4	2,4	4	1,7

Таблица 2

Распределение ФК ХСН в зависимости от этиологии

Этиология	ФК 0		ФК I		ФК II		ФК III		ФК IV	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
АГ + ИБС	1	4,2	22	39,3	48	62,3	60	84,5	3	100
АГ	16	66,7	29	51,8	20	26,0	6	8,5	0	0
ИБС	1	4,2	0	0	4	5,2	3	4,2	0	0
Другие ССЗ	6	25	4	7,1	2	2,6	2	2,6	0	0
Другие причины	0	0	1	1,8	3	3,9	0	0	0	0

исследовании у 90 % больных ХСН причинами являлись АГ, или ИБС, или оба заболевания [16], что практически совпадает с результатами настоящей работы, где 92,2 % пациентов имели в анамнезе АГ и/или ИБС. В то же время, другие авторы сообщают о меньшем проценте случаев АГ в качестве причины ХСН [17,18]. Действительно, по данным Фремингемского исследования, начиная с 1950-х годов, частота АГ как причины ХСН уменьшается в соответствии с нарастанием значимости ИБС и сахарного диабета [19]. В настоящее время есть сообщения даже о 10–20 % случаев АГ – причины ХСН, когда для оценки используются клинические критерии и диагностические методы. Однако для женщин и афро-американцев АГ все еще остается наиболее общей причиной ХСН.

В настоящей работе при изучении распределения этиологических факторов развития ХСН в зависимости от пола было отмечено, что сочетание АГ и ИБС (АГ + ИБС) является основной причиной развития ХСН как у мужчин (62,9 %), так и у женщин (56,2 %). Изолированная АГ встречается несколько чаще у женщин по сравнению с мужчинами; ИБС приводит к развитию ХСН у мужчин чаще (7,9 %), чем у женщин (1,8 %). Иными словами, для мужчин с ХСН более характерно наличие ИБС – 70,8 % vs 58,9 % у женщин, в том или ином сочетании,

у женщин в анамнезе чаще присутствует АГ. Другие ССЗ встречаются у мужчин и женщин практически одинаково (таблица 1).

Возраст – важная детерминанта развития ХСН. Большинство клинических исследований по изучению ХСН демонстрировали увеличение распространенности ХСН с возрастом [3,12,17,18]. При анализе распределения этиологических факторов в различных возрастных категориях среди больных, включенных в исследование, было отмечено, что АГ + ИБС регистрируют в анамнезе у 2,2 % пациентов в возрасте 35–44 лет и у 39,6 % в возрастной группе 65–74 года (рисунок 1). Изолированная АГ наблюдается у 4,2 % в возрастной группе 25–34 лет, увеличиваясь до 26,8 % в возрасте 55–64 лет и снижаясь до 14,1 % после 75 лет. ИБС диагностирована у четверти пациентов с признаками ХСН в возрастной категории 45–54 лет.

Этиологические факторы ХСН во многом определяли тяжесть состояния пациентов. Среди больных АГ + ИБС преобладали пациенты с II, III и IV ФК, тогда как больные с изолированной АГ имели преимущественно нулевой и I ФК ХСН (таблица 2). Это нашло свое подтверждение при оценке тяжести клинического состояния по ШОКС. Пациенты с АГ + ИБС в анамнезе, имели максимальное количество баллов – $2,9 \pm 0,2$;

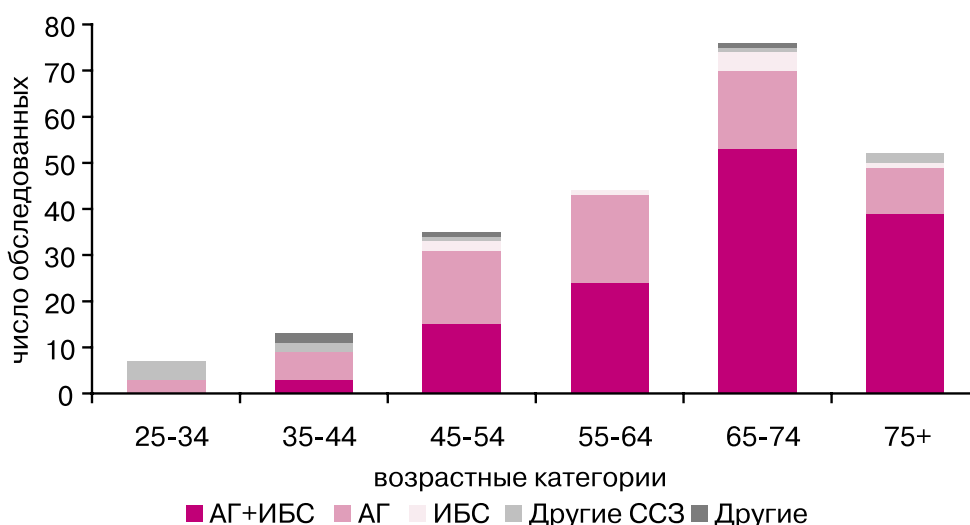


Рис. 1 Распределение ХСН по возрастным категориям.

больные ИБС — $2,7 \pm 0,7$ балла, что несколько выше, чем в группе с изолированной АГ — $2,2 \pm 0,2$ балла.

Таким образом, ведущим этиологическим фактором, определяющим развитие ХСН в неорганизованной популяции населения Чувашии, является сочетание АГ + ИБС (58 %). Изолированная АГ была выявлена — у 71 (30,7 %) обследуемых. И только у 8 (3,5 %) респондентов среди причин развития ХСН оказалась изолированная ИБС. Причем изолированная АГ как фактор развития ХСН у женщин встречается чаще, чем у мужчин — 33,9 % vs 22,2 %. А изолированная ИБС приводит к развитию ХСН у мужчин в 4,4 раза чаще, чем у женщин. Высокая распространенность АГ + ИБС

в популяции (88,8 %) определяет ее основной вклад в развитие ХСН среди населения. Полученные данные согласуются с результатами других исследований на территории РФ, где причиной развития ХСН в 80 % случаев является АГ.

Преобладание АГ в этиологии ХСН среди амбулаторных пациентов в популяции Чувашии, как и в целом по России, вероятно, отражает общую ситуацию с распространением и лечением этой патологии в стране. Сочетание АГ + ИБС сопровождается более высокими цифрами систолического и диастолического АД по сравнению с больными изолированной АГ ($p < 0,001$) и является неблагоприятным прогностическим фактором.

Литература

1. Беленков Ю.Н., Мареев В.Ю., Агеев Ф.Т. Эпидемиологические исследования сердечной недостаточности: состояние вопроса. Серд недостат 2002; 3(2): 57–60.
2. Оганов Р.Г., Масленникова Г.Я. Вклад сердечно-сосудистых и других неинфекционных заболеваний в здоровье населения России. Сердце 2003; 2: 58–61.
3. Ho KK, Pinsky J, Kannel WB, Levy B. The epidemiology of heart failure: Framingham study. JACC 1993; 4(Suppl.A): 6A-13.
4. Remme WJ, Swedberg K. Guidelines for the diagnosis and treatment of chronic heart failure. Task force for the diagnosis and treatment of chronic heart failure, European Society of Cardiology. Eur Heart J 2001; 17: 1527–60.
5. Мареев В.Ю., Беленков Ю.Н., Агеев Ф.Т. и др. Первые результаты Российского эпидемиологического исследования по ХСН (ЭПОХА-ХСН). Серд недостат 2003; 1: 17–8.
6. Bonneux L, Barendregt JJ, Meetr K, et al. Estimating clinical morbidity due to ischemic heart disease and congestive heart failure: future rise of heart failure. Am J Public Health 1994; 84: 20–8.
7. Armstrong PW, Moe GW. Medical advances in the treatment of congestive heart failure. Circulation 1993; 88: 2941–52.
8. Clark AL, Coats AJ. New evidence for improved survival in chronic heart failure. Clin Cardiol 1994; 17: 55–8.
9. Терешенко С.Н., Ускач Т.М., Акимова О.С., Кочетов А.Г. Хроническая сердечная недостаточность в реальной клинической практике. Серд недостат 2004; 1: 9–11.
10. Fox KF, Cowie MR, Wood D, et al. Coronary artery disease as the cause of incident heart failure in the population. Eur Heart J 2001; 22: 228–36.
11. Kalon KL, Ho KK, Keaven M, et al. Survival after the onset of congestive heart failure in Framingham Heart Study subjects. Circulation 1993; 88: 107–15.
12. Cleland J, Swedberg K, Follath F, et al. The EuroHeart Failure survey programme—a survey on the quality of care among patients with heart failure in Europe. Part 1: patient characteristics and diagnosis. for the Study Group on Diagnosis of the Working Group on Heart Failure of the European Society of Cardiology. Eur Heart J 2003; 24: 442–63.
13. Агеев Ф.Т., Даниелян М.О., Мареев В.Ю., Беленков Ю.Н. Больные с хронической сердечной недостаточностью в российской амбулаторной практике: особенности контингента, диагностики и лечения (по материалам исследования ЭПОХА-О-ХСН). Серд недостат 2004; 1: 4–7.
14. Denolin H, Kuhn, Kravenbuehl H, et al. The definition of heart failure. Eur Heart J 1983; 4: 445–8.
15. Bourassa MG, Gurne O, Bangdiwala SL, et al. Natural history and patterns of current practice in heart failure. The Studies of Left Ventricular Dysfunction (SOLVD) Investigators. JACC 1993; 22(4SupplA): 14A-9.
16. Kannel WB, Castelli WP, McNamara PM, et al. Role of blood pressure in the development of congestive heart failure. The Framingham Study. N Engl J Med 1972; 287: 782–7.
17. Parameshwar J, Shackell MM, Richardson A, et al. Prevalence of heart failure in three general practices in north west London. Br J Gen Pract 1992; 42: 287–9.
18. Remes J, Reunanen A, Aromaa A, Pyorala K. Incidence of heart failure in eastern Finland: a population-based surveillance study. Eur Heart J 1992; 13: 588–93.
19. Kannel WB, Ho KK, Thom T. Changing epidemiological features of cardiac failure. Br Heart J 1994; 72: S3–9.

Поступила 06/05–2008