

эмоциональное благополучие, чем влияющими на физическое функционирование, а качество жизни пациентов с болезнями системы кровообращения больше зависит от факторов, влияющих на физическое функционирование, нежели от факторов, обуславливающих эмоциональное благополучие. Предоставленные факты рекомендуется учитывать при разработке комплексных лечебно-диагностических и реабилитационных программ для этих групп больных.

СТРУКТУРА ХСН В ПЕРВИЧНОМ ЗВЕНЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ г. БЕЛГОРОДА С УЧЕТОМ ПРЕОБЛАДАНИЯ ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ИЛИ СИСТОЛИЧЕСКОЙ ДИСФУНКЦИИ

Л.А.Камышникова

Научный руководитель – д.м.н., проф. О.А.Ефремова
Белгородский государственный университет
Кафедра внутренних болезней № 2

Результаты Фрамингемского исследования показали, что в США в популяции лиц старше 45 лет число больных с клинически выраженной ХСН составляет примерно 2,5% или 5 млн. человек, в абсолютных цифрах и ежегодно их число увеличивается на 400000 пациентов. В Европейском сообществе зарегистрировано от 2 до 10 млн. случаев СН на 500 млн. популяции, что составляет от 0,4 до 2%.

Согласно последним данным ЭПОХА-ХСН распространенность ХСН в популяции Европейской части России по «мягким» критериям (ХСН I-IV ФК) составила 12,3%, а распространенность «тяжелой» ХСН (ХСН III-IV) по «жестким» критериям составила 2,3% (Фомин И. В., 2006).

По данным исследования ЭПОХА-О-ХСН, в РФ 56,8% пациентов с очевидной ХСН имеют практически нормальную сократимость миокарда (ФВ ЛЖ > 50%). Исследования, проводившиеся в США, продемонстрировали постоянное увеличение числа таких

больных, что позволило определить проблему ХСН с сохранной систолической функцией сердца (ХСН–ССФ), как одну из неинфекционных эпидемий XXI века.

В связи с вышеизложенным, была поставлена цель работы - провести анализ структуры заболеваемости ХСН в первичном звене г. Белгорода с учетом преобладания диастолической или систолической дисфункции.

Материалы и методы исследования. Для реализации поставленной цели исследования было обследовано 150 больных ХСН, проходивших лечение в МУЗ «Городская поликлиника №2» г. Белгород, в период с 2009 по 2010 года.

Объектом исследования явились больные преимущественно пожилого возраста, с различными функциональными классами ХСН в сочетании с другими сопутствующими патологическими состояниями. На каждого исследуемого была заполнена стандартизированная скрининг-карта.

При измерении ФВ ЛЖ мы сделали следующие отсечки: для систолической ХСН ФВ ЛЖ < 45%; для ХСН с сохраненной систолической функцией сердца ФВ ЛЖ > 45%. Были сформированы две группы больных. В 1-ю группу с систолической ХСН вошли 64 пациента, тогда как во 2-ю группу больных ХСН с сохраненной систолической функцией сердца – 86 больных.

Для расчета распространенности ХСН населения г. Белгорода, проводилось одномоментное исследование среди лиц старше 18 лет, проживающих по обслуживанию участка №2, МУЗ «Городская поликлиника №2» г. Белгород - 100 семей (201 человек). Сбор материала осуществлялся в течение 25 дней в сентябре 2010 г.

Всем респондентам проводилось стандартное обследование: тщательный опрос и осмотр для выявления заболеваний сердечно-сосудистой системы, наличия наиболее специфичных симптомов

сердечной недостаточности (одышки 1-4 степени тяжести, тахикардии - при ЧСС более 80 в мин, слабости 1-4 градаций и отеков).

Критериями постановки диагноза ХСН являлись: наличие одышки, слабости, отеков и тахикардии на фоне заболевания сердечно-сосудистой системы. В 1 группу включались больные с ХСН, имеющие одышку 2 степени выраженности и какое-либо сердечно-сосудистое заболевание в анамнезе («мягкие» критерии ХСН). Больные, относящиеся к первой группе, (таких оказалось 32 человек из числа всех обследованных), имели I-IV ФК ХСН.

В группу больных с «тяжелой» ХСН вошли больные, имеющие одновременно четыре критерия ХСН, включая одышку, слабость, отеки и сердцебиение. Пациенты третьей группы относились к III и IV ФК ХСН (5 человек).

В исследование не включались больные ХСН на фоне активного воспалительного процесса в сердце (миокардит, ревмокардит, инфекционный эндокардит, перикардит), с тяжёлыми нарушениями ритма и проводимости сердца, инфарктом миокарда или инсультом, развившихся в течение последних 6 мес., больные с гемодинамически значимым первичным клапанным поражением, а также с сопутствующей патологией внутренних органов, которая могла существенным образом повлиять на прогноз пациентов: онкологические заболевания, тяжелая почечная недостаточность, бронхиальная астма, декомпенсированный сахарный диабет и др.

Статистическую обработку материала проводили с помощью пакета программ «Statistica 6. 0». При создании базы данных использовался редактор электронных таблиц Microsoft Excel, 2007. Результаты выражались как среднее (M) и его стандартное отклонение (σ) для непрерывных величин, коэффициент достоверности (p) и как доля (процентное отношение) для категориальных переменных (т.е. переменных, описывающих качественные признаки). Отличия считали

достоверными при $p < 0,05$. Сравнительный статистический анализ проводили параметрическими (множественное сравнение по Стьюденту с использованием поправки Бонферони, обычный корреляционный анализ, регрессионный анализ).

Результаты исследования и обсуждение. Распространенность ХСН по «мягким» критериям в нашей выборке (201 человек) составила 15,9% (32 человек). Распространенность тяжелой ХСН (одышка 3-4 степени + утомляемость 3-4 степени + сердцебиение + отеки) достигла 2,5% (5 человек).

По сравнению с исследованием ЭПОХА-ХСН (Европейская часть РФ), распространенность ХСН в г. Белгороде оказалась выше на 3,6% по критериям ХСН I-IV ФК и на 0,2% по критериям ХСН III-IV ФК. Анализ ситуации по распространенности ХСН в г. Белгороде показал, что полученные нами данные сопоставимы с результатами исследований в европейской части РФ и в отдельных регионах РФ, согласно которым разброс показателей распространенности ХСН по мягким критериям составил от 7% до 17% в разных регионах (Мареев В. Ю., 2003).

Анализ структуры заболеваний сердечно-сосудистой системы, явившихся причиной развития ХСН, показал, что первое место занимает АГ, которой страдали 82,3% больных ХСН с ФВ > 45% и 88,8% больных с ФВ < 45%. Наши данные согласуются с результатами исследований ЭПОХА-ХСН и ЭПОХА-О-ХСН, согласно которым АГ занимает лидирующую позицию в структуре причин ХСН. Подтверждается важная отличительная особенность российской популяции: вне зависимости от того, лечится больной в стационаре или в поликлинике, почти в 80% случаев причиной развития ХСН или ассоциированным с ХСН заболеванием у него является АГ. Для сравнения в Европе аналогичный показатель составляет 53% (Агеев Ф. Т. и др., 2004 г).

В нашем исследовании ишемический генез установлен в 73,5% случаев ХСН с ФВ>45% и у 55,5% больных с ФВ<45%. Сахарный диабет 2 типа, как причина ХСН, находился на третьем месте, чаще встречаясь у женщин. В группе больных с ХСН страдали СД 29,4% больных с ФВ>45% и 11,1% больных с ФВ<45%.

Выявлено несколько различий в этиологии ХСН в г. Белгороде по сравнению с данными последних эпидемиологических исследований. По результатам исследования ЭПОХА-ХСН и ЭПОХА-О-ХСН (Мареев В. Ю., 2003; Агеев Ф. Т., 2004), в которых показано, что АГ является причиной ХСН почти в 88% случаев, ИБС – в 78% и СД в 11% случаев. По нашим данным в группе с диастолической ХСН ИБС, как причина ХСН встречалась на 22,5% реже, чем в эпидемиологическом исследовании. При систолической ХСН на 19,4% чаще встречался СД, в остальном показатели сходны.

В нашем исследовании инфаркт в анамнезе почти в 2 раза чаще встречался именно при систолической ХСН и у мужчин, перенесших инфаркт миокарда (ИМ), больше, чем у женщин.

Частота ожирения в нашем исследовании колебалась от 43% до 50%. По мнению Мареева В. Ю. число больных с ожирением в России нарастает параллельно увеличению ФК ХСН.

По нашим данным в группе больных с систолической дисфункцией (СД) в 2,2 раза чаще встречались блокады ножек пучка Гиса ($p<0,05$). Это подтверждается данными Лариной В. Н. и Барт Б. Я., которые в своем исследовании показали, что у больных с блокадой левой ножки пучка Гиса (БЛНПГ) развитие ХСН сопровождалось изменением геометрии ЛЖ. Наиболее частой причиной летального исхода в таких случаях являлась внезапная смерть. Кроме того, БЛНПГ говорит в пользу утяжеления состояния и является независимым предиктором внезапной смерти у больных ХСН.

Таким образом, при сравнении группы с систолической и диастолической ХСН достоверных отличий по длительности сердечно-сосудистых заболеваний, таких как АГ, ИБС в анамнезе не выявлено. Также нет отличий по частоте встречаемости у этих больных АГ и ожирения. СД 2 типа достоверно чаще был в основной группе пациентов с систолической СН. Также в этой группе в 2,2 раза чаще встречался острый инфаркт в анамнезе и фибрилляция предсердий и блокады ножек пучка Гиса ($p < 0,05$). Пациенты с сохраненной систолической функцией сердца в отличие от систолической ХСН были на 4,2 года старше ($p < 0,05$) в основной группе, в контрольной отличия не достоверны.

Анализ распространенности ХСН в зависимости от возраста показал, что число больных нарастает до 80 лет, затем начинает снижаться из-за естественной убыли населения. Аналогичные тенденции выявлены в международных эпидемиологических исследованиях (Framingham Study, 1993 г), а также в отечественном исследовании ЭПОХА-ХСН.

Однако в литературе недостаточно рассмотрены вопросы связи возраста, ФК и ФВ. В нашем исследовании мы провели сравнительный анализ среднего возраста в зависимости от ФВ, оказалось, что пациенты с сохраненной систолической функцией сердца в отличие от систолической ХСН были на 4,2 года старше ($p < 0,05$) в основной группе. По данным корреляционного анализа, хочется отметить, что возраст имеет связь с ФК главным образом при систолической ХСН. Проведенные результаты показали, что функциональный класс ХСН имел сильную корреляцию с возрастом (-0,63) в первой группе больных (с систолической ХСН) и слабую - во второй (-0,05) (больные с диастолической ХСН).

Анализируя все крупные исследования по ХСН видно, что процент женщин с диастолической ХСН выше, чем в группе с

систолической ХСН. При этом, процент женщин в общей популяции тоже выше, чем процент мужчин. Так по результатам исследования ЭПОХА-ХСН, распространенность ХСН у женщин в 1,44 раза выше, чем у мужчин. Однако в нашем исследовании процент мужчин и женщин с ХСН оказался одинаков, видимо, это связано с тем что искусственно добирались пациенты для систолической группы.

В нашем исследовании ХСН–ССФ встречалось у 76,6%, что в целом сопоставимо с литературными данными. Данные исследования ЭПОХА-О-ХСН показывают, что доля больных ХСН с сохраненной ФВ ЛЖ (систолической функцией > 40%) превысила 80% для амбулаторных пациентов [Напалков Д. А. и соавт., 2008].

Выводы. 1. Распространенность ХСН по «мягким» критериям в г. Белгороде составила 15,9%. Распространенность тяжелой ХСН (одышка 3-4 степени + утомляемость 3-4 степени + сердцебиение + отеки) достигла 2,5%. По сравнению с исследованием ЭПОХА-ХСН (Европейская часть РФ), распространенность ХСН в г. Белгороде оказалась выше на 3,6% по критериям ХСН I-IV ФК и на 0,2% по критериям ХСН III-IV ФК.

2. Анализ структуры заболеваний сердечно-сосудистой системы, явившихся причиной развития ХСН, показал, что первое место занимает АГ, страдали которой 82,3% больных ХСН с ФВ>45% и 88,8% больных с ФВ<45%. Ишемический генез установлен в 73,5% случаев ХСН с ФВ>45% и 55,5% больных с ФВ<45%. Сахарный диабет 2 типа, как причина ХСН, находился на третьем месте, чаще встречаясь у женщин. В группе больных с ХСН страдали СД 29,4% больных с ФВ>45% и 11,1% больных с ФВ<45%.

3. Выявлено несколько различий в этиологии ХСН в г. Белгороде по сравнению с данными последних эпидемиологических исследований. По результатам исследования ЭПОХА-ХСН и ЭПОХА-О-ХСН (Мареев В. Ю., 2003; Агеев Ф. Т., 2004), в которых показано,

что АГ является причиной ХСН почти в 88% случаев, ИБС – в 78% и СД в 11% случаев. По нашим данным в группе с диастолической ХСН ИБС, как причина ХСН встречалась на 22,5% реже, чем в эпидемиологическом исследовании. При систолической ХСН на 19,4% чаще встречался СД, в остальном показатели сходны.

4. В нашем исследовании инфаркт в анамнезе почти в 2 раза чаще встречался именно при систолической ХСН и у мужчин, перенесших инфаркт миокарда (ИМ), больше, чем у женщин. Частота ожирения в нашем исследовании колебалась от 43% до 50%. По мнению Мареева В. Ю. число больных с ожирением в России нарастает параллельно увеличению ФК ХСН. По нашим данным в группе больных с систолической дисфункцией (СД) в 2,2 раза чаще встречались блокады ножек пучка Гиса ($p < 0,05$)

5. По данным корреляционного анализа, хочется отметить, что возраст имел связь с ФК главным образом при систолической ХСН. Проведенные результаты показали, что функциональный класс ХСН имел сильную корреляцию с возрастом (-0,63) в первой группе больных (с систолической ХСН) и слабую - во второй (-0,05) (больные с диастолической ХСН).

6. В нашем исследовании ХСН–ССФ встречалось у 76,6%, что в целом сопоставимо с литературными данными. Данные исследования ЭПОХА-О-ХСН показывают, что доля больных ХСН с сохраненной ФВ ЛЖ (систолической функцией $> 40\%$) превысила 80% для амбулаторных пациентов [Напалков Д. А. и соавт., 2008].