

ЧАСТОТА ВЫЯВЛЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ ГОРОДА КРАСНОЯРСКА

Петрова М.М., Штегман О.А., Черных П.В., Ковальцова К.А.

ГОУ ВПО Красноярский государственный медицинский университет им. В.Ф. Войно-Ясенецкого, Красноярск. Красноярск, Россия, e-mail: stk99@yandex.ru

В данном исследовании впервые оценена частота выявления хронической сердечной недостаточности в городе Красноярске на большой выборке, включающей 1346 мужчин (средний возраст $39,92 \pm 16,55$ лет) и 1654 женщин (средний возраст $43,92 \pm 18,34$ лет). Выявлены основные факторы риска развития ХСН у пациентов на амбулаторном приеме. Из 381 человека с положительным эпидемиологическим опросником после проведения клинических и инструментальных методов исследования диагноз ХСН был подтвержден у 219 пациентов, следовательно, т.е. частота ХСН на амбулаторно-терапевтическом приеме составила 7,3 %. Неподтвержденная ХСН наблюдалась в 5,4 % случаев. Более высокая распространенность ХСН, по данным анкеты, разработанной обществом специалистов по сердечной недостаточности, достоверно чаще наблюдалась у женщин в сравнении с мужчинами (22,8 % против 12,3 %), при $p < 0,001$.

Ключевые слова: хроническая сердечная недостаточность, частота ХСН, основные факторы риска, амбулаторная сеть.

PREVALENCE OF CHRONIC HEART FAILURE IN AMBULATORY PRACTICE IN KRASNOYARSK

Petrova M.M., Shtegman O.A., Chernykh P.V., Kovaltsova K.A.

Krasnoyarsk State Medical University named after Prof. V.F.Voino-Yasenytsky, Krasnoyarsk., Russia, e - mail: stk99@yandex.ru

In the present study the prevalence of chronic heart failure has been estimated for the first time in the Krasnoyarsk city in a big cohort including 1,346 males (average 39.92 ± 16.55 y.o.) and 1,654 females (average 43.92 ± 18.34 y.o.). We found main risk factors for development of chronic heart failure in patients examined at the out-patient clinic. Diagnosis of chronic heart failure was confirmed in 219 patients out of 381 persons with positive epidemiological questionnaire which have been further tested with clinical and instrumental methods. Thus, the prevalence of chronic heart failure was found to be 7.3% in the out-patient clinic. Using of the questionnaire developed by the Society of specialists on heart failure allowed detecting significantly higher level of chronic heart failure in females comparing to males (22.8 % and 12.3 %, respectively, $p < 0.001$).

Keywords: Chronic heart failure, prevalence of chronic heart failure, main risk factors, outpatient network.

Введение:

Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) является наиболее частым осложнением практически всех сердечно-сосудистых заболеваний, а также остается одной из самых распространенных, прогрессирующих и прогностически неблагоприятных проблем кардиологии в нашей стране [2, 3, 5]. Несмотря на значительные достижения в области лечения таких больных, распространенность ХСН не снижается и продолжает увеличиваться [6, 8]. Поэтому большое значение имеет изучение различных факторов, определяющих особенности течения ХСН, развитие декомпенсации, риск неблагоприятного исхода и в итоге – прогноз выживаемости таких пациентов.

Целью нашего исследования явилось выявление причин развития ХСН среди пациентов амбулаторно-терапевтического приема.

Материалы и методы

В исследовании приняли участие 3000 человек. Из них – 1346 мужчин (средний возраст $39,92 \pm 16,55$) и 1654 (средний возраст $43,92 \pm 18,34$) женщины. Всем пациентам была предложена анкета, разработанная обществом специалистов по сердечной недостаточности (ОССН) и анкета по основным факторам риска развития ХСН [4]. Пациентам с положительной анкетой ОССН было предложено пройти полное клинико-функциональное исследование для исключения или подтверждения диагноза ХСН. Диагноз ХСН подтверждался с помощью клинического осмотра и ЭХОКГ. Ультразвуковое исследование сердца осуществлялось на акустической системе GE Vivid 7 Dimension, с использованием рекомендаций Американского эхокардиографического общества (1978) [10]. Оценка диастолической функции ЛЖ проводилась методом доплер-эхокардиографии в импульсном режиме по показателям трансмитрального диастолического потока и методом тканевой миокардиальной доплер-эхокардиографии. При наличии систолической или диастолической дисфункции выставлялся диагноз ХСН [7, 9].

Статистическая обработка проводилась с помощью программы Statistica 6,0. Для сравнения параметрических (количественно нормально распределенных) признаков в группах наблюдения применяли t-критерий Стьюдента. Различия считались достоверными при $t \geq 2$, статистически значимыми при $p \leq 0,05$. Межгрупповое сравнение значимости клинических и параклинических параметров при равном количестве наблюдений проводили с помощью парного критерия Уилкоксона, а при неравном количестве наблюдений – критерия Манна-Уитни. Оценка достоверности отличий относительных величин проводилась с помощью критерия Хи-квадрат. Отличия между группами при $P < 0,05$ признавались как достоверные.

Полученные результаты

По данным эпидемиологической анкеты установлено, что доля больных с ХСН увеличивается с возрастом как у мужчин, так и у женщин (рис. 1 и таблица 1).

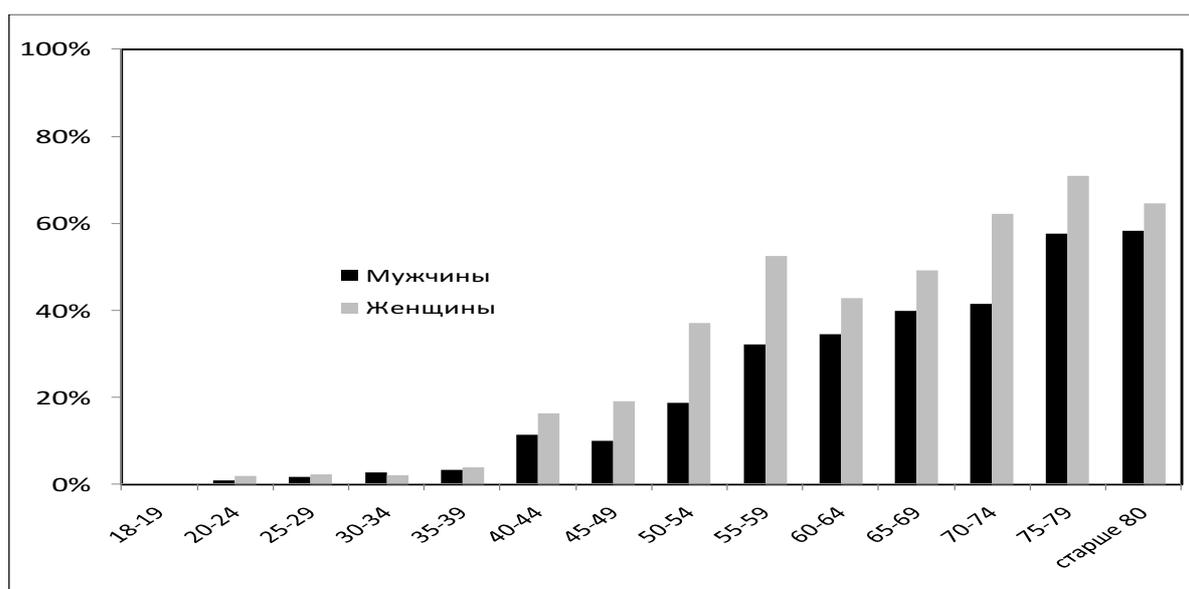


Рис. 1. Частота выявления признаков сердечной недостаточности в разных возрастных группах в зависимости от пола.

Таблица 1

Частота выявления симптомов ХСН, по данным опросника, в разных возрастных группах (у женщин и мужчин)

	Женщины			Мужчины		
	До 40 лет	После 40 лет	Всего в выборке	До 40 лет	После 40 лет	Всего в выборке
Кол-во в группе	739	915	1654	713	633	1346
Количество больных с положительным опросником	15	363	378	13	152	165
Доля больных с ХСН	2,02%	39,67%*	22,85%	1,82%	24,01%* [#]	12,25% [#]

Примечание: * - отличия достоверны в сравнении с возрастной группой до 40 лет при $P < 0,001$; [#] – отличия достоверны в сравнении с женщинами соответствующей возрастной группы при $P < 0,001$.

Более высокая распространённость ХСН, по данным анкеты, наблюдалась у женщин в сравнении с мужчинами (22,85 % против 12,25 %) (Таблица 1).

По данным анкетирования выявлено, что из 3000 анкетированных пациентов 543 пациента (18 %) имели положительную анкету ОССН. Из них 5,5 % составили мужчины и 12,6 % – женщины.

Анализ частоты выявления факторов риска ХСН в разных возрастных группах у женщин (табл. 2) показал, что сахарный диабет (СД) чаще всего встречался в группе 65–69 лет – 30 человек (25,8 % случаев). Страдали артериальной гипертензией (АГ) чаще всего в возрастной группе 75–79 лет – 61 (88,4 % случаев) человек. Перенесли инфаркт миокарда (ИМ) больше всего людей в возрастной группе 75–79 лет – 19 пациентов (27,5 % случаев). Больше всего курильщиков выявлено в группе 25–29 лет – 58 (33,9 % случаев) человек. Злоупотребляли алкоголем чаще лица возрастной группы 20–24 лет – 18 (8,49 % случаев) человек.

Встречаемость факторов риска развития ХСН среди опрошенных мужчин (табл. 3) была следующей: СД чаще всего встречался в группе 65–69 лет – 10 больных (14,2 % случаев). Страдали АГ чаще всего в возрастной группе 65–69 лет – 70 человек (100 % случаев). Переносили ранее ИМ чаще всего люди в возрастной группе 75–79 лет – 6 пациентов (23 % случаев). Курящие лица чаще встречались в группе 25–29 лет – 110 человек (67 % случаев). Злоупотребляли алкоголем чаще всего в возрастной группе 50–54 года – 39 человек (34,8 %).

Такие факторы риска развития ХСН, как СД (10,6 % против 0,9 %, при $p < 0,05$), АГ (62,5 % против 12,9 %, при $p < 0,05$) и ИМ (8,9 % против 0 %, при $p < 0,05$) встречались чаще в возрастной группе после 40 лет, а курение (45,6 % против 25 %, при $p < 0,05$) и злоупотребление алкоголем (15,5 % против 9,6 %, при $p < 0,05$) – до 40 лет (Табл. 4, 5, 6, 7 и 8). СД (7,8 % против 3,57 %, при $p < 0,05$) и АГ (42,62 % против 33,43 %, при $p < 0,05$) чаще встречались среди женщин, а ИМ (5,5 % против 3,87%), курение (51,31 % против 19,35 %, при $p < 0,05$) и злоупотребление алкоголем (22,51 % против 4,23 %, при $p < 0,05$) – среди мужчин.

Таблица 2

Частота СД среди пациентов амбулаторно-терапевтического приема в разных возрастных группах в зависимости от пола

Возраст	Мужчины (абс./отн.)	Женщины (абс./отн.)
18–19	-	-

20–24	3 (1,5 %)	2 (0,9 %)
25–29	1 (0,6 %)	-
30–34	-	-
35–39	4 (3,2 %)	3 (2,3 %)
40–44	4 (2,8 %)	8 (5,1 %)
45–49	7 (5,4 %)	10 (6,5 %)
50–54	9 (8,0 %)	13 (9,3 %)
55–59	1 (3,6 %)	2 (5,2 %)
60–64	2 (2,6 %)	23 (20,5 %)
65–69	10 (14,2 %)	30 (25,8 %)
70–74	5 (12,2 %)	11 (13,4 %)
75–79	2 (7,7 %)	16 (23,2%)
Старше 80	-	11 (22 %)
До 40 лет	8 (1,1 %)	5 (0,7 %)
После 40 лет	40 (6,3 %)	124 (13,5%)
Всего в выборке	48 (3,6 %)	129 (7,8 %*)

Примечание: * – отличия достоверны в сравнении с мужчинами при $P < 0,042$.

Таблица 3

Частота АГ среди пациентов амбулаторно-терапевтического приема в разных возрастных группах в зависимости от пола

Возраст	Мужчины (абс./отн.)	Женщин (абс./отн.)
18–19	9 (11 %)	4 (4,8 %)
20–24	33 (16,3 %)	15 (7,1 %)
25–29	15 (9,1 %)	16 (9,3 %)
30–34	22 (15,5 %)	22 (15,2 %)
35–39	28 (23 %)	23 (17,9 %)
40–44	45 (31,9 %)	68 (43 %)
45–49	45 (35,1 %)	81 (53,2 %)
50–54	58 (51,7 %)	89 (63,6 %)
55–59	16 (57,1 %)	30 (79 %)
60–64	50 (66,6 %)	90 (80,3%)
65–69	70 (100 %)	96 (82,7 %*)
70–74	32 (78 %)	70 (85,4 %)
75–79	20 (77 %)	61 (88,4 %)
Старше 80	7 (58,3 %)	40 (83 %)
До 40 лет	107 (15,0 %)	80 (10,8 %)
После 40 лет	343 (54,2 %)	625 (68,3 %*)
Всего в выборке	450 (33,4 %)	705 (42,6 %*)

Примечание: * – отличия достоверны в сравнении с мужчинами при $P < 0,038$.

Таблица 4

Частота курения среди пациентов амбулаторно-терапевтического приема в разных возрастных группах в зависимости от пола

Возраст	Мужчины (абс./отн.)	Женщины (абс./отн.)
18–19	44 (53,6 %)	23 (27,4 %*)
20–24	111 (54,6 %)	70 (33 %*)
25–29	110 (67 %)	58 (34 %*)
30–34	93 (65,5 %)	43 (29,8 %*)
35–39	79 (64,7 %)	32 (25 %*)
40–44	73 (51,7 %)	26 (16,4 %*)
45–49	71 (55,4 %)	30 (19,7 %*)
50–54	64 (57,1 %)	15 (10,7 %*)
55–59	16 (57,1 %)	4 (10,5 %)
60–64	39 (52 %)	12 (10,7 %*)
65–69	16 (22,8 %)	6 (5,2 %)
70–74	9 (22 %)	-
75–79	5 (19,2)	1 (1,4 %)

Старше 80	1 (8,3 %)	-
До 40 лет	437 (61,3 %)	226 (30,6 %*)
После 40 лет	294 (46,4 %)	94 (10,3 %*)
Всего в выборке	731 (54,3 %)	320 (19,4 %*)

Примечание: * – отличия достоверны в сравнении с мужчинами при $P < 0,023$.

Таблица 5

Частота злоупотребления алкоголем среди пациентов амбулаторно-терапевтического приема в разных возрастных группах в зависимости от пола

Возраст	Мужчины (абс./отн.)	Женщин (абс./отн.)
18–19	19 (23,2 %)	7 (8,3 %)
20–24	47 (23,2 %)	18 (8,5 %)
25–29	41 (25 %)	11 (6,4 %)
30–34	33 (23,2 %)	4 (2,7 %)
35–39	35 (28,7 %)	10 (7,8 %)
40–44	32 (22,7 %)	5 (3,2 %)
45–49	31 (24,2 %)	11 (7,2 %)
50–54	39 (34,8 %)	2 (1,4 %)
55–59	4 (14,2 %)	-
60–64	10 (13,3%)	1 (0,9 %)
65–69	6 (8,6 %)	1 (0,9 %)
70–74	4 (9,7 %)	-
75–79	2 (7,7 %)	-
Старше 80	-	-
До 40 лет	175 (24,5 %)	50 (6,8 %)
После 40 лет	128 (20,2 %)	20 (2,2 %)
Всего в выборке	303 (22,5 %)	70 (4,2 %*)

Примечание: * – отличия достоверны в сравнении с мужчинами при $P < 0,033$.

Таблица 6

Частота ИМ среди пациентов амбулаторно-терапевтического приема в разных возрастных группах в зависимости от пола

Возраст	Мужчины (абс./отн.)	Женщин (абс./отн.)
18–19	-	-
20–24	-	-
25–29	-	-
30–34	-	-
35–39	-	-
40–44	5(3,5 %)	3(1,9 %)
45–49	11 (8,6 %)	1 (0,6 %)
50–54	9 (8 %)	5 (3,6 %)
55–59	5 (17,8 %)	2 (5,3 %)
60–64	15 (20 %)	12 (10,7 %)
65–69	14 (20 %)	11(9,5 %)
70–74	8 (19,5 %)	8(9,7 %)
75–79	6 (23 %)	19 (27,5 %)
Старше 80	1 (8,3 %)	3 (6 %)
До 40 лет	-	-
После 40 лет	74 (11,7 %)	64 (7 %)
Всего в выборке	74 (5,5 %)	64 (3,9 %)

Примечание: отличия недостоверны.

Из 381 человека с положительным эпидемиологическим опросником после проведения клинических и инструментальных методов исследования диагноз ХСН был подтверждён у 219 пациентов, следовательно,

частота ХСН на амбулаторно-терапевтическом приеме составляет 7,3 % (от 3000 обследованных). Неподтвержденная ХСН наблюдалась в 5,4 % случаев.

Обсуждение:

В России было проведено исследование по распространенности ХСН, в котором было охвачено 10 центров [5], Восточные территории нашей страны не вошли в данное исследование. До сегодняшнего времени не было данных о частоте ХСН в Красноярском крае в целом и, в частности, в городе Красноярске, поэтому данное исследование было актуальным. Согласно полученным данным, частота ХСН увеличивается с возрастом, достигая максимальных значений к периоду 75–79 лет (67,3 %) как у мужчин, так и у женщин. Снижение частоты ХСН в возрастных группах старше 80 лет определяется низким фактором дожития. Более высокая распространенность ХСН, по данным анкеты, достоверно чаще наблюдалась у женщин в сравнении с мужчинами (22,8 % против 12,3 %), при $p < 0,001$. Аналогичные тенденции выявлены в международных эпидемиологических исследованиях (Framingham Study, 1993 г), а также в отечественном исследовании ЭПОХА-ХСН (Фомин И.В., 2006).

Выводы

1. Частота ХСН на амбулаторном терапевтическом приеме составляет 7,3 %. Гипердиагностика ХСН наблюдается у 5,4 % амбулаторных пациентов. Большая распространённость ХСН наблюдается среди женщин в сравнении с мужчинами (22,8 % против 12,3 %) и увеличивается с возрастом.
2. Такие факторы риска развития ХСН, как СД, АГ и ИМ, встречаются чаще в возрастной группе после 40 лет, а курение и злоупотребление алкоголем – до 40 лет. СД и АГ чаще встречаются среди женщин, а ИМ, курение и злоупотребление алкоголем – среди мужчин.

Список литературы

1. Беленков, Ю. Н. Как мы диагностируем и лечим сердечную недостаточность в реальной клинической практике в начале XXI века? Результаты исследования IMPROVEMENT HF / Ю. Н. Беленков, В. Ю. Мареев // Consilium Medicum. - 2001. - № 2. - С. 65-72.
2. Беленков, Ю. Н. Эпидемиологические исследования сердечной недостаточности: состояние вопроса / Ю. Н. Беленков, В. Ю. Мареев, Ф. Т. Агеев // Consilium Medicum. - 2002. - № 3. - С. 112-114.
3. Оганов, Р. Г. Эпидемиология артериальной гипертонии в России и возможности профилактики / Р. Г. Оганов // Терапевт. арх. - 1997. - № 8. - С. 66-69.
4. Первые результаты национального эпидемиологического исследования – эпидемиологическое обследование больных ХСН в реальной клинической практике (по обращаемости) – ЭПОХА-О-ХСН / Ю. Н. Беленков, В. Ю. Мареев, Ф. Т. Агеев и др. // Журн. Серд. недостаточность. - 2003. - №3. - С. 116-121.
5. Распространенность хронической сердечной недостаточности в Европейской части Российской Федерации – данные ЭПОХА-ХСН (Ч. 2) / Ю. Н. Беленков, И. В. Фомин, В. Ю. Мареев и др. // Журн. Серд. недостаточность. - 2006. - № 3. - С. 3-7.
6. Современные подходы к диагностике и лечению хронической сердечной недостаточности (изложение Рекомендаций Американской коллегии кардиологов и Американской ассоциации сердца 2001 г.) // Кардиология. – 2002. – № 6. – С. 65-78.

7. Abnormal diastolic filling patterns in chronic heart failure – relationship to exercise capacity / S. W. Davies, A. L. Fussel, S. L. Jordan et al. // Eur. Heart J. - 1992. - V. 13. - P. 749-757.
8. Development and evaluation of the Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire: a new health status measure for heart failure / C. P. Green, C. B. Porter, D. R. Brewnahan et al. // J. Am. Coll. Cardiol. - 2000. - V. 35. – P. 1245-1255.
9. How to diagnose diastolic heart failure. European Study Group on Diastolic Heart Failure // Eur. Heart J. - 1998. – V. 19. - P. 990–1003.
10. Recommendations regarding quantitation in M-mode echocardiography: results of a survey of echocardiographic measurements / D. J. Sahn, A. De Maria, J. Kisslo et al. // Circulation. - 1978. - V. 58, № 6. - P. 1072-1083.

Рецензенты:

Гарганеева Н.П., д.м.н., профессор кафедры поликлинической терапии ГОУ ВПО СибГМУ Минздравсоцразвития России, г. Томск.

Эверт Л.С., д.м.н., зав. клиническим отделением нарушений сердечного ритма и синкопальных состояний НИИМПС СО РАМН, г. Красноярск.

Работа получена 11.07.2011.