

Е.Б. Бабанская, Л.В. Меньшикова, Л.С. Дац

**ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ
В ГОРОДЕ ИРКУТСКЕ****ГБОУ ДПО «Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования»
(Иркутск)**

Целью исследования явилось изучение распространенности хронической сердечной недостаточности в зависимости от пола и возраста на примере репрезентативной выборки взрослого населения г. Иркутска. Распространенность хронической сердечной недостаточности составила 9,7 %.

Ключевые слова: распространенность, хроническая сердечная недостаточность, пол, возраст

EPIDEMIOLOGY OF CHRONIC HEART FAILURE IN IRKUTSK

E.B. Babanskaya, L.V. Menshikova, L.S. Dats

Irkutsk State Medical Academy of Continuing Education, Irkutsk

The purpose of a study was the prevalence of chronic heart failure under the dependence on the sex and the age based on the example of the representative sample of adult population of Irkutsk. The prevalence of chronic heart insufficiency composed 9,7 %.

Key words: prevalence, chronic heart insufficiency, floor, age

Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) является одной из важных проблем современной медицины. Несмотря на определенные достижения в области изучения патогенеза, клиники и лечения, данная патология по-прежнему остается самым распространенным, тяжелым и прогностически неблагоприятным осложнением всех заболеваний сердечно-сосудистой системы [5, 12, 13].

Результаты зарубежных эпидемиологических исследований указывают на резкое увеличение встречаемости хронической сердечной недостаточности. Данные Фремингемского исследования показывают, что распространенность ХСН в течение трех декад жизни возрастает с 1 % в популяции лиц 50 – 59 лет до 10 % в группе 80 – 89-летних [14].

По данным Европейского общества кардиологов, среди проживающих 900 млн человек 10 млн страдают ХСН. Причем у многих пациентов отмечаются симптомы сердечной недостаточности при нормальной фракции выброса [5, 13, 15].

Данные эпидемиологических исследований по изучению распространенности хронической сердечной недостаточности отличаются вариабельностью полученных результатов, что во многом зависит от методов диагностики ХСН.

По результатам первого эпидемиологического исследования «ЭПОХА-ХСН» распространенность ХСН I – IV ФК в европейской части РФ составила 12,3 %, а «тяжелой» ХСН III – IV ФК – 2,3 %. При этом распространенность клинически выраженной ХСН II – IV ФК составила 5,5 %, что в два с половиной раза превысило европейские данные [10]. Согласно последним данным (ЭПОХА-ХСН, госпитальный этап) диагноз ХСН в РФ приблизительно имеет место у 7 % больных, причем ХСН II – IV ФК – у 4,5 %, ХСН III – IV ФК – 2,1 % [5].

В некоторой степени увеличение случаев развития ХСН является определенным успехом в профилактике и уменьшении смертности при острых коронарных синдромах. За последние годы значительно большее число больных стало выживать после острого инфаркта миокарда за счет достижений в интенсивной терапии и адекватной оперативной тактике лечения больных ИБС и пороков сердца. В современном обществе «эпидемия» сердечной недостаточности продолжает расти и за счет постарения населения [15].

Социальная значимость сердечной недостаточности определяется большими финансовыми затратами. Данные фармако-экономических анализов показали, что на ХСН в странах Европы и США тратится от 2 до 3 % всего бюджета здравоохранения, превышая затраты на лечение инфаркта миокарда и всех онкологических заболеваний вместе взятых. Причем 70 – 80 % средств приходится на оплату стационарного лечения больных сердечной недостаточностью.

Прогноз при сердечной недостаточности остается крайне неблагоприятным. По данным Фремингемского исследования средняя 5-летняя смертность во всей популяции больных ХСН (с учетом начальных и умеренных стадий) составляет 65 % у мужчин и 47 % у женщин, а 35 – 50 % больных тяжелой ХСН умирают в течение одного года. По тяжести прогноза сердечная недостаточность III – IV ФК не уступает раку легкого IIIb стадии [12]. За один год в РФ умирает от 880 до 986 тысяч больных ХСН [5].

Согласно современному реестру нозологических форм ХСН в нашей стране не является самостоятельным заболеванием и не учитывается в статистических отчетах, а рассматривается как осложнение и исход основного сердечно-сосудистого заболевания.

Поэтому изучение распространенности, факторов прогрессирования ХСН остается актуальным, что необходимо для оценки состояния проблемы и определения четких стратегических задач для разработки профилактических мероприятий.

Отсутствие сведений по распространенности ХСН в Восточной Сибири определило цель и задачи исследования.

Цель исследования: изучить распространенность хронической сердечной недостаточности на примере репрезентативной выборки взрослого населения г. Иркутска и факторы ее прогрессирования.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Согласно дизайну исследование проводилось в два этапа. На первом этапе проводился анкетный скрининг населения в возрасте старше 18 лет путем поквартирных обходов с последующим созданием репрезентативной выборки взрослого населения популяции г. Иркутска. Всего было выдано 5000 анкет, получено 4068 анкет, таким образом, отклик населения составил 81,4 %. Полученная полнота скрининга являлась достаточной и общепринятой для проведения эпидемиологических исследований неинфекционных заболеваний. Задачей первого этапа стало выявление лиц с «предполагаемой» ХСН. Для анкетного скрининга населения применялся разработанный нами вопросник, в основе которого была Форма 1, предложенная Обществом Специалистов по сердечной недостаточности (ОССН) и используемая в исследовании ЭПОХА-ХСН. На основании информации о численности населения в г. Иркутске и по возрастному распределению по данным областного Управления статистики Госкомстата РФ, была сформирована рандомизированная выборка из 3510 человек, состоящая из 1521 (43,3 %) мужчин и 1989 женщин (56,7 %) с сохранением удельного веса возрастных групп соответствующей генеральной совокупности.

На основании результатов скрининга были выделены 579 человек, имеющие характерные симптомы для «предполагаемой» сердечной недостаточности (наличие сердечно-сосудистого заболевания в сочетании с одышкой или комбинацию симптомов из одышки, утомляемости, сердцебиения и отеков). Данная группа больных была обследована на втором этапе с целью установления распространенности ХСН в популяции г. Иркутска. На каждого пациента заполнялась Форма 2, используемая в исследовании ЭПОХА-ХСН, целью которой являлось подтверждение диагноза ХСН.

Диагноз ХСН устанавливался согласно Национальным рекомендациям ВНОК (Всероссийское Научное Общество Кардиологов) и ОССН по диагностике и лечению ХСН (2003). Стадии и функциональные классы ХСН определялись в соответствии с действующей классификацией (ВНОК/ОССН, 2003). Статистическая обработка производилась с

помощью пакета программ «Statistica for Windows» (версия 6.0) и редактора электронных таблиц MS Excel 7.0.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Среди 579 обследованных больных, выявленных на скринирующем этапе исследования и предположительно имеющих ХСН, диагноз подтвердился у 339 человек. Таким образом, распространенность ХСН в г. Иркутске составила 9,7 %. Полученный показатель оказался ниже, чем в целом по России на первом этапе исследования ЭПОХА-ХСН – 12,3 %, но выше госпитального этапа – 7 %.

Полученные результаты сравнивались с данными распространенности ХСН по различным регионам России. Так, частота ХСН варьировала от 6,4 % в Республике Чувашии в популяции лиц старше 10 лет [4] и 10 % в популяции неорганизованного населения старше 15 лет [1]; Рязанской области – 8,5 % [11], а по данным госпитального этапа уже 7,9 % [8]; в Нижегородской области – 7,5 % [10]; до 18,2 % в репрезентативной выборке старше 18 лет в Тюмени [3]. Причем повторные исследования в Рязанской и Нижегородской областях за 5 лет наблюдения показали, что имеется увеличение распространенности ХСН I–IV ФК с 8,5 до 11,6 % и с 7,5 до 10,5 % соответственно. В Кировской области за 5 лет количество больных, имеющих ХСН, увеличилось с 9,8 до 10,7 % [6].

Наши данные оказались сопоставимы с результатами Нижегородской области – 9,7 % [7], Республики Татарстан – 9,9 % [9], Кировской области – 9,8 % [6] и Перми – 9,9 % [2].

При анализе частоты случаев ХСН в зависимости от возраста, в группе до 20 лет не было выявлено ни одного респондента с симптомами ХСН (рис. 1). В возрастной группе 20–29 лет было выявлено 0,2 % больных от общего числа респондентов. С возрастом частота случаев ХСН увеличивалась от 0,5 % в 30–39 лет и до 52,9 % в 70–79 лет, достигнув 68,9 % в возрастной группе старше 80 лет.

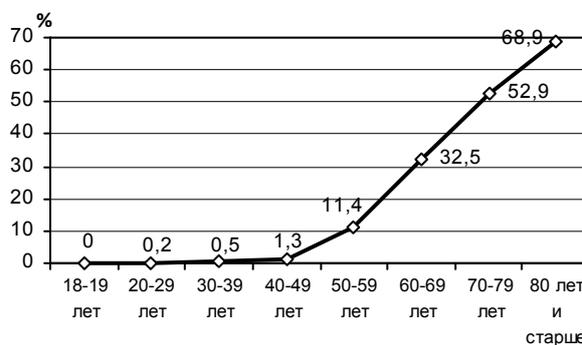


Рис. 1. Частота случаев ХСН в зависимости от возраста (n = 3510).

Анализ по возрастному составу среди 339 больных ХСН показал преобладание лиц в возрасте от 60 до 69 лет и от 70 до 79 лет, что составило 30,4 и 35,1 % соответственно (рис. 2).

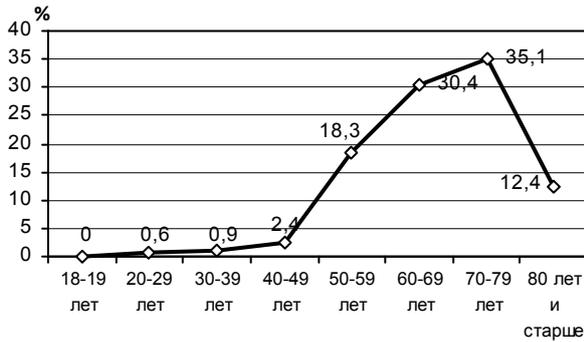


Рис. 2. Повозрастная структура в группе больных ХСН ($n = 339$).

Резкое снижение ХСН наблюдалось в возрасте старше 80 лет, в отличие от распространенности ХСН в странах Европы и США, которая становится максимальной именно в этой возрастной группе.

ХСН в 2 раза чаще встречалась среди женщин, чем среди мужчин, что определяется большей продолжительностью жизни женщин в Иркутске (и в целом по России). Так, женщин с ХСН было выявлено 12,3 % (245 чел.), а мужчин – 6,2 % (94 чел.).

Полученные данные оказались сопоставимы с результатами в других регионах, которые отличались друг от друга, но в целом указывали на преобладание женщин среди больных ХСН. Так, в Нижегородской области распространенность среди женщин была в 1,9 раз больше, чем мужчин, в Томске – в 1,7 раз, в Республике Чувашии – в 2,3 раза, в Перми – в 1,6 раз, в Республике Татарстан – в 1,3 раза, в исследовании ЭПОХА-ХСН – в 1,4 раза.

В целом Российские данные отличаются от результатов европейских исследований, где ХСН чаще встречается среди мужчин. А в США более половины пациентов с ХСН также составляют женщины в возрастной группе старше 70 лет.

При половозрастном анализе распространенности ХСН в репрезентативной выборке г. Иркутска, в возрастных группах старше 40 лет частота ХСН была выше среди женщин, но разница достигала статистической значимости только в возрастной группе от 70 до 79 лет – 60,1 против 35,8 % ($p = 0,0008$). В возрасте старше 80 лет, наблюдалось преобладание ХСН среди мужчин без статистической значимости (рис. 3).

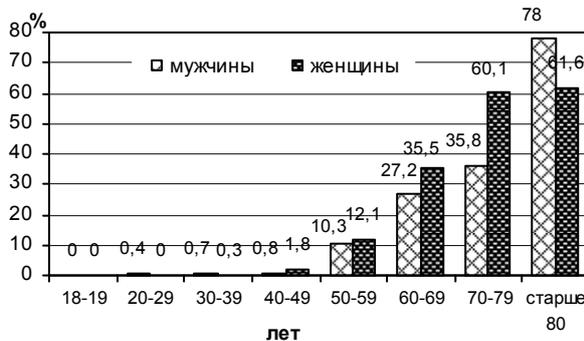


Рис. 3. Повозрастная распространенность ХСН в репрезентативной выборке в зависимости от пола ($n = 3510$); * – $p < 0,05$.

При анализе половозрастной структуры в группе больных ХСН выяснилось, что среди мужчин распространенность ХСН была выше в возрастных группах до 60 лет, чем среди женщин (рис. 4). Полученный результат подтверждает данные исследования ЭПОХА-ХСН, что вероятно ассоциируется с более ранней заболеваемостью АГ и ИБС у мужчин.

Среди больных ХСН не было выявлено женщин моложе 30 лет. В возрастной группе 30–39 лет женщины составили 0,4 %. С возрастом число женщин с ХСН увеличивалось, достигая максимальных значений в группе 70–79 лет – 38,8 %. В группе старше 80 лет количество женщин с ХСН уменьшалось до 13,1 %.

Увеличение количества мужчин с ХСН наблюдалось в старших возрастных группах, но в отличие от женщин, максимальное значение приходилось на возрастную группу 60–69 лет. У лиц старше 70 лет наблюдалось постепенное уменьшение количества мужчин с ХСН и достигало 10,6 % в возрасте старше 80 лет.

Таким образом, количество больных ХСН среди мужчин и женщин отличалось в различные возрастные периоды, причем пик встречаемости ХСН у мужчин на 10 лет раньше, чем у женщин и проходил на 60–69 лет. Обращал внимание тот факт, что частота больных мужчин была больше в группах от 20 до 29 лет и от 50 до 59 лет.

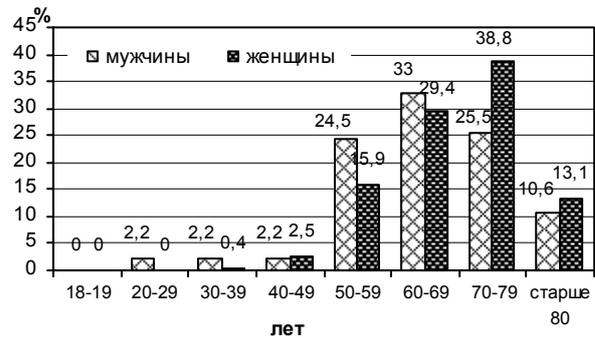


Рис. 4. Половозрастная структура в группе больных ХСН ($n = 339$); * – $p < 0,05$.

Средний возраст больных ХСН в нашем исследовании составил 69 лет (66,6–69,9), что соответствовало общероссийской тенденции, но отличало полученные результаты от европейских, где средний возраст больных составлял 75 лет [12]. Причем, средний возраст женщин был значимо больше, чем возраст мужчин – 70 лет (67,6–70,1) и 66,5 лет (62,6–67,6) соответственно ($p = 0,01$).

Согласно результатам нашего исследования среди больных преобладала ХСН I–II ФК – 8,6 %. Распространенность ХСН III–IV ФК составила 1,1 %. Сопоставимые показатели распространенности тяжелой ХСН III–IV ФК были получены в популяции Нижегородской области – 1,1 % и в Республике Чувашии – 1,6 %. В то же время более высокие значения были определены в Республике Татарстан – 2,8 % и г. Тюмени – 5,6 %.

Таким образом, впервые в Восточной Сибири, на примере популяции взрослого населения г. Иркутска, изучена распространенность хронической сердечной недостаточности в зависимости от пола и возраста. Полученные объективные данные о частоте ХСН позволят определить объемы необходимой лечебно-профилактической помощи в реальной клинической практике.

ЛИТЕРАТУРА

1. Богданова С.М., Макарова Н.В. Хроническая сердечная недостаточность в амбулаторной практике: вопросы этиологии // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. — 2008. — № 7 (4). — С. 7.
2. Вергазова Э.К., Козиолова Н.А. Сравнительная распространенность хронической сердечной недостаточности в зависимости от пола // От исследований к стандартам лечения : материалы Российского национального конгресса кардиологов 7–9 октября 2003 г. — М., 2003. — С. 64.
3. Зыбина Н.В., Заугольников О.Г., Клевцова Т.В. Распространенность хронической сердечной недостаточности в г. Тюмени // Тезисы докладов XV Всемирного конгресса международного кардиологического доплеровского общества совместно с Всероссийской научно-практической конференцией по сердечной ресинхронизирующей терапии и кардиоверсии — дефибрилляции. — Тюмень, 2006. — С. 74.
4. Маленкова В.Ю. Эпидемиологические аспекты хронической сердечной недостаточности в Чувашской республике // Кардиология : материалы X юбилейного научно-образовательного форума. — М., 2008. — С. 70–72.
5. Национальные рекомендации ВНОК и ОССН по диагностике и лечению ХСН (третий пересмотр) // Сердечная недостаточность. — 2010. — Т. 11, № 1 (57). — С. 3–62.
6. Порошина Е.А., Тарловская Е.И. Эпидемиология артериальной гипертензии и сердечной недостаточности в Кировской области: динамика 2002–2007 // Сердечная недостаточность 2008 :

тез. III конгр. Общерос. обществ. организации «Общество специалистов по сердечной недостаточности». — М., 2007. — С. 11.

7. Распространенность хронической сердечной недостаточности в Европейской части Российской Федерации — данные ЭПОХА-ХСН / И.В. Фомин [и др.] // Журнал сердечная недостаточность. — 2006. — № 7 (30). — С. 112–115.

8. Смирнова Е.А., Якушин С.С., Лиферов Р.А. Пятилетняя динамика распространенности хронической сердечной недостаточности в Рязанском регионе // Сердечная недостаточность. — 2010. — Т. 11, № 1 (57). — С. 63–68.

9. Шакирова Р.М. Клинические особенности и распространенность хронической сердечной недостаточности в республике Татарстан : автореф. ... канд. мед. наук. — Казань, 2006. — 24 с.

10. Щербинина Е.В. Распространенность сердечной недостаточности в Нижегородской области и эффективность ее терапии (2000 год): автореф. ... канд. мед. наук. — Н. Новгород, 2005. — 23 с.

11. Якушин С.С., Смирнова Е.А. Могут ли эпидемиологические исследования в России улучшить диагностику и лечение сердечно-сосудистых заболеваний // Кардиология. — 2007. — № 5. — С. 20–21.

12. ESC. Guidelines for the diagnosis and treatment of chronic heart failure: executive summary (update 2005). The Task Force for the Diagnosis and Treatment of Chronic Heart Failure of the European Society of Cardiology // Eur. Heart. J. — 2005. — Vol. 26. — P. 1115–1140.

13. McMurray J., Stewart S. Epidemiology, aetiology and prognosis of heart failure // Heart. — 2003. — Vol. 83. — P. 596–602.

14. Survival after the onset of congestive heart failure in Framingham Heart Study subjects / К.К. Ho [et al.] // Circulation. — Vol. 93, 88 (1). — P. 107–115.

15. The Euro Heart Failure survey programme — a survey on the quality of care among patients with heart failure in Europe / J.G. Cleland [et al.] // Eur. Heart J. — 2003. — Vol. 24. — P. 442–475.

Сведения об авторах

Бабанская Евгения Борисовна — ассистент кафедры семейной медицины ИГМАПО, к.м.н. (664079, г. Иркутск, м-н Юбилейный, 100, Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования; e-mail: hoart-forst@ya.ru)
Меньшикова Лариса Васильевна — заведующая кафедрой семейной медицины ИГМАПО, д.м.н., профессор (664079, г. Иркутск, м-н Юбилейный, 100, Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования)
Дац Людмила Сергеевна — ассистент кафедры семейной медицины ИГМАПО, к.м.н. (664079, г. Иркутск, м-н Юбилейный, 100, Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования)