

Работа выполнена в Центральной клинической больнице Медицинского центра Управления делами Президента Российской Федерации

Научный руководитель:

доктор медицинских наук, профессор Сидоренко Борис Алексеевич

Официальные оппоненты:

доктор медицинских наук, профессор Ивлева Алла Яковлевна

доктор медицинских наук, профессор Терещенко Сергей Николаевич

Ведущая организация:

Российский Государственный Медицинский Университет

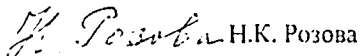
Защита диссертации состоится 21 октября 2002 г. в 14 часов на заседании диссертационного совета Д 121.001.01 в Учебно-научном центре Медицинского центра Управления делами Президента Российской Федерации по адресу: 103875 Москва, ул. Воздвиженка, д. 6

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке Медицинского центра Управления делами Президента Российской Федерации по адресу: Москва, ул. Маршала Тимошенко, 21.

Автореферат разослан 19 сентября 2002 г.

Ученый секретарь диссертационного совета.

доктор медицинских наук

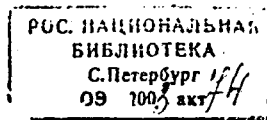
 Н.К. Розова

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность темы

Несмотря на очевидные достижения последних двух десятилетий в области изучения патогенеза, клиники и лечения сердечно-сосудистых заболеваний, хроническая сердечная недостаточность (ХСН), по-прежнему, остается одним из самых распространенных, прогрессирующих и прогностически неблагоприятных осложнений, сопровождающихся высокой летальностью (Ghali et al, 1990; Graves, 1995; Massie et al, 1997). Согласно экспертным оценкам, распространенность клинически выраженной ХСН в европейской популяции составляет от 2 до 10 млн. случаев на 500 млн. человек (Ю.Н. Беленков, 2002; Ю.Н. Беленков, В.Ю. Мареев, Ф.Т. Агеев, 2002). В США в популяции лиц старше 65 лет распространенность ХСН достигает 6-10%. Количество госпитализаций в связи с ХСН за последние 15 лет возросло втрое, что влечет за собой громадные экономические потери. В развитых странах затраты, связанные с лечением больных с ХСН, составляют 2-3% всего бюджетного здравоохранения, при этом значительную часть - оплата стационарного лечения декомпенсированных пациентов. Наряду с большой распространенностью ХСН характеризуется неблагоприятным прогнозом. По данным Фремингемского исследования, средняя 5-летняя смертность во всей популяции больных ХСН (с учетом начальных и умеренных стадий) составляет 65% для мужчин и 47% для женщин. Около половины больных ХСН умирает в течение первых 4 лет с момента постановки диагноза, а в тяжелых случаях столько же пациентов умирает в течение первого года (Ю.Н. Беленков, В.Ю. Мареев, Ф.Т. Агеев, 2002). Риск внезапной смерти у больных с ХСН в 5 раз больше, чем в обычной популяции.

Достижением последних десятилетий является создание и внедрение препаратов, подавляющих нейрогуморальную активность, доказавших в



крупных многоцентровых исследованиях свою способность улучшать прогноз ХСН, снижать частоту госпитализаций и уменьшать затраты на стационарное лечение.

В России до недавнего времени практически не было данных по эпидемиологии ХСН, которая не выделялась в качестве нозологической единицы, в связи с чем отсутствуют статистические данные. Однако, в последнее время стали проводиться отечественные исследования, посвященные этой проблеме, наиболее крупным из которых является недавно стартовавшее популяционное исследование распространенности ХСН с использованием репрезентативной выборки, организованное под эгидой Общества специалистов по сердечной недостаточности и Всероссийского научного общества кардиологов (Ю.Н. Беленков, В.Ю. Мареев, Ф.Т. Агеев, 2002). Анализ собственных данных о российской популяции стационарных больных с ХСН представляет несомненный научный интерес.

Цель исследования

Оценить структуру основных заболеваний сердечно-сосудистой системы, приводящих к развитию ХСН, выявить особенности клинических, инструментальных, лабораторных проявлений и характер терапии хронической сердечной недостаточности у больных различных возрастных групп.

Задачи исследования

1. Оценить возрастной состав больных с хронической сердечной недостаточностью.
2. Изучить причины, частоту и продолжительность госпитализации больных различных возрастных групп.
3. Изучить распространенность различных нозологических форм, приводящих к развитию ХСН; в зависимости от пола и возраста больных.
4. Изучить клинические проявления и течение хронической сердечной недостаточности у больных различного возраста.

5. Сопоставить инструментальные и лабораторные показатели с клиническими проявлениями хронической сердечной недостаточности у больных различного возраста.
6. Проанализировать характер медикаментозной терапии хронической сердечной недостаточности.

Научная новизна

Впервые показано, что среди контингента, обеспеченного адекватным диспансерным наблюдением и амбулаторным лечением в системе медицинских учреждений Медицинского центра УД Президента РФ, средний возраст больных с ХСН не отличается от статистических данных стран Западной Европы. Среди больных с ХСН преобладали больные старших возрастных групп (средний возраст составлял $74,5 \pm 0,4$ лет); 87,8% составляли пациенты старше 65 лет.

Установлены существенные структурные изменения в нозологии ХСН, где доминирует ИБС (у 94,3% больных, в том числе в 58,6% случаев – постинфарктный кардиосклероз) и гипертоническая болезнь (у 78,9% пациентов). Таким образом, в исследованной нами популяции частота гипертонической болезни в среднем в 2 раза превышает показатель в Европейской популяции, зарегистрированный в эпидемиологических исследованиях.

Установлено, что несмотря на преобладание больных с II-III функциональным классом (ФК) ХСН (91,3%), 3/4 из них имели сохраненную систолическую функцию левого желудочка.

В настоящее время в структуре медикаментозной терапии больных с ХСН на первом месте стоят диуретики (70,3%). Ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (АПФ) используются в 59,5% случаев, бета-адреноблокаторы – у 59,0% больных. Обращает внимание невысокая частота применения сердечных гликозидов (28,4%). Частое применение

продолжительных нитратов (68%) объясняется, вероятнее всего, большим удельным весом пациентов с ИБС.

Практическая значимость

Выявленные в работе данные о значительном преобладании среди больных с ХСН лиц старших возрастных групп позволяют более рационально организовать обследование и лечение этих больных.

При оценке степени тяжести больных с ХСН необходимо одновременно применять две классификации: Н.Д. Стражеско и В.Х. Василенко для оценки выраженности застойных явлений в организме и классификацию Нью-Йоркской Ассоциации сердца для оценки толерантности к физической нагрузке.

В работе установлено, что в лечении больных с ХСН еще недостаточно используются нейрогуморальные модуляторы – ингибиторы АПФ и бета-адреноблокаторы.

Апробация диссертации состоялась на научной конференции кафедры кардиологии и общей терапии Учебно-научного центра МЦ УД Президента РФ при участии сотрудников кафедры и врачей Центральной клинической больницы 05 июня 2002 года.

Публикации

По теме диссертации опубликовано 7 научных работ.

Структура диссертации

Диссертация состоит из введения, обзора литературы, главы с описанием материала и методов исследования, результатов собственных исследований и их обсуждения, выводов, практических рекомендаций и списка литературы. Работа изложена на ... страницах машинописного текста, содержит ... таблиц и 22 рисунка. Библиография включает 39 отечественных и 113 зарубежных источников.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В работе проведен ретроспективный анализ 459 историй болезни пациентов с ХСН, которые госпитализировались в кардиологические и терапевтические отделения Центральной клинической больницы Медицинского центра Управления делами Президента РФ в течение 1998 года.

В исследование включались больные с сердечно-сосудистыми заболеваниями, осложненными развитием ХСН, достоверность наличия которой можно было подтвердить при изучении истории болезни. В исследование не включались больные с ХСН, имеющие выраженную дыхательную недостаточность, тяжелую почечную и печеночную недостаточность, злокачественные новообразования, острые психоневрологические и хирургические заболевания; больные, страдающие алкогольной, лекарственной зависимостью, а также беременные и женщины в период лактации.

Для решения поставленных задач была разработана индивидуальная клинико-статистическая карта. Первый раздел карты включает анамнестические данные о пациенте, причины данной госпитализации, продолжительность госпитализации, количество повторных госпитализаций, связанных с ХСН; за последний год, этиологию и длительность ХСН. Второй раздел включает результаты физикальных (врачебных), инструментальных и лабораторных методов исследования на момент госпитализации, а также данные по предшествующему медикаментозному лечению. Третий раздел содержит результаты клинических, инструментальных и лабораторных методов обследования после проведенного стационарного лечения.

В карте фиксировалась стадия ХСН по классификации Н.Д. Стражеско и В.Х. Василенко и функциональный класс ХСН в соответствии с критериями NYHA. К сожалению, до настоящего времени в России классификация NYHA не стала неотъемлемой частью врачебной оценки больных, страдающих ХСН. В связи с этим, при наличии необходимых сведений в истории болезни

оценка функционального класса проводилась ретроспективно. Среди пациентов значительную часть (52%) составили больные, которые госпитализировались в стационар в течение 1998 года повторно. На этих пациентов заполнялись отдельные карты, поскольку в момент повторной госпитализации показатели одного и того же больного по очень многим параметрам могли существенно различаться. В исследовательской карте подробно регистрировались результаты инструментальных методов обследований больного (табл.1).

Таблица 1

Исследования, выполненные у больных с ХСН в период госпитализации

Показатель	Абс. число	%
ЭКГ	459	100
ЭхоКГ	162	35,3
Суточное мониторирование ЭКГ	144	31,4
Тредмил-тест	5	1,1
Велозргометрия	12	2,6
Компьютерная томография	17	3,7
Рентгенологическое исследование легких	229	49,9

Статистическая обработка полученных результатов проводилась при помощи стандартного пакета программ "SPSS 10.0". При сравнении средних значений использовался метод дисперсионного анализа. Взаимосвязь между количественными показателями определялась методом корреляционного анализа. Для оценки динамики количественных показателей применялся t-критерий Стьюдента для парных выборок. Сравнение распределения признаков в группах проводилось методом χ^2 Пирсона. Статистически значимыми считались различия при $p \leq 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ СОБСТВЕННЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Общая характеристика госпитализированных больных с ХСН

В исследование были включены 459 больных с ХСН, среди них было 269 (58,6%) мужчин и 190 (41,4%) женщин. Более 80% больных были старше 65 лет. Средний возраст больных составил $74,5 \pm 0,4$ года (от 39 до 95 лет).

Около половины больных лечились в стационаре повторно в течение года. Количество повторных госпитализаций составило 58,0% среди мужчин и 45,3% среди женщин. В период госпитализации умерли 17 (3,7%) больных, среди них – 11 мужчин и 6 женщин (табл.2).

Таблица 2

Характеристика больных с ХСН

Признак	Всего	Мужчины	Женщины
Число больных	459	269 (58,6%)	190 (41,4%)
Возраст, лет	74,5±0,4	74,1±0,5	75,2±0,6
Больные старше 65 лет. %	87,8	56,8	43,2
Продолжительность госпитализации, сут	17,0±0,5	16,3±0,6	18,0±0,7
Длительность ХСН, лет	6,8±0,9	6,4±1,2	7,6±1,2
Количество повторных госпитализаций	242 (52,7%)	156 (58,0%)	86 (45,3%)
Умершие больные	17 (3,7%)	11 (4,1%)	6 (3,2%)

По нашим данным, наибольшее число больных с ХСН относятся к старшим возрастным группам. В возрастных группах больных до 60 лет и 70-74 лет достоверно преобладали мужчины (рис.1).

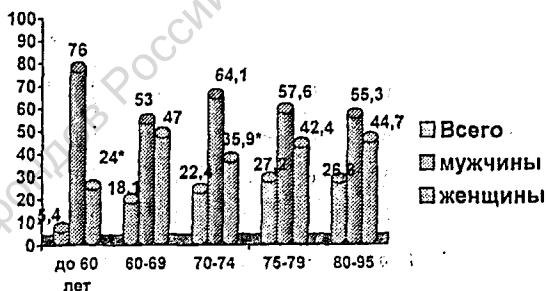


Рис.1. Распределение больных по возрастным группам (%).

Длительность ХСН у госпитализированных больных составила в среднем 6,8 лет. В группе лиц до 60 лет отмечалось достоверное увеличение продолжительности ХСН среди женщин по сравнению с мужчинами. Продолжительность госпитализации в исследуемой группе больных составила

в среднем $17,0 \pm 0,5$ суток. У женщин в возрастной группе до 60 лет длительность госпитализации была больше, чем среди женщин других возрастных групп и достоверно выше, чем у мужчин в той же возрастной группе. Максимальное число повторных госпитализаций в течение года – 6. В старших возрастных группах у мужчин отмечено достоверно большее количество госпитализаций.

Самой частой причиной госпитализации в изучаемой группе у мужчин и у женщин было обострение ИБС - в 48,4% случаев (достоверно чаще - у мужчин в возрасте до 60 лет и у женщин в возрасте 75-79 лет). Второй по частоте причиной оказались нарушения ритма сердца, которые были выявлены у 28,3% больных (достоверно чаще у женщин в возрасте 70-74 лет). В связи с прогрессированием ХСН были госпитализированы 24,9 % больных. Обострение гипертонической болезни как причина госпитализации отмечено в 6,8% случаев (достоверно чаще у женщин в возрасте 60-69 лет и 80-95 лет).

Почти у 8% больных с ХСН госпитализации предшествовали нарушение режима приема препаратов или их отмена, у 7,6% больных - респираторные инфекции. У 4,8% больных перед госпитализацией отмечалось психоэмоциональное напряжение, у 2,2% пациентов – физические перегрузки, которые достоверно чаще отмечены у мужчин в возрастной группе 60-69 лет.

В таблице 3 представлено распределение основных этиологических факторов ХСН в зависимости от пола и возраста больных.

Таблица 3

Характеристика больных с ХСН по важнейшим этиологическим факторам (n=459)

Признак	Число больных,%	М/Ж	Возраст,ср (мужчины)	Возраст,ср (женщины)
Постинфарктный кардиосклероз	269 (58,6)	189/80*	74,8±0,5	75,3±0,6
ГБ	362 (78,9)	201/161	75,4±0,5	75,7±0,6
ИБС+ГБ	349 (76,0)	195/154*	75,8±0,5	75,8±0,6
ДКМП	15 (3,5)	11/4	73,9±4,0	69,5±7,4
Ревматические пороки сердца	37 (8,1)	20/17	74,8±2,7	72,9±1,6

Примечание: * - $p \leq 0,05$

Следует отметить высокий уровень заболеваемости ИБС (94,3%), который достоверно чаще наблюдался у мужчин. Около 10% больных с ИБС имели хроническую аневризму левого желудочка. У 3,5% пациентов проводилось хирургическое лечение ИБС. В этих группах больных достоверно преобладали мужчины (табл.4).

Таблица 4

Характеристика других сердечно-сосудистых заболеваний у госпитализированных больных с ХСН (n=459)

Признак	Всего	%	мужчины	женщины
ИБС	433	94,3	259	174*
Хр. аневризма левого желудочка	45	9,8	38	7*
АКШ	16	3,5	15	1*
ГКМП	3	0,7	1	2
Ревматизм	3	0,7	2	1
Комиссуротомия	5	1,1	0	5
Врожденные пороки сердца	2	0,4	0	2
Симптоматическая АГ	20	4,4	15	5
Миокардиты	3	0,7	0	3
ТЭЛА	32	7,0	26	6*

Примечание: * - $p \leq 0,05$

У больных с ХСН часто встречались нарушения ритма сердца: мерцательная аритмия у 42,5% пациентов, желудочковая экстрасистолия - у 29,8% больных, суправентрикулярная аритмия - у 20,9% пациентов. При этом достоверных различий по полу выявлено не было. У значительной части больных выявлены нарушения проводимости: атрио-вентрикулярная (А-В) блокада I степени - у 20,5% больных, а-в блокада III степени - у 2,2% больных (достоверно чаще у мужчин); блокада левой ножки пучка Гисса встречалась у 31,3% пациентов, также достоверно чаще у мужчин.

В таблице 5 представлена характеристика больных с ХСН различных возрастных групп по полу и этиологии.

Таблица 5

Характеристика больных с ХСН различных возрастных групп по полу и этиологии (n=459)

Признак	До 60 лет		60-69 лет		70-74 лет		75-79 лет		80-95 лет	
	Всего, %	м/ж	Всего, %	м/ж	Всего, %	м/ж	Всего, %	м/ж	Всего, %	м/ж
НБС	16 (64,0)	15/1*	71 (85,5)	39/32	101 (98,1)	65/36	124 (99,2)	72/52	121 (98,4)	68/53
Постинфарктный кардиосклероз	12 (48,0)	12/0*	37 (44,6)	28/9*	66 (64,1)	51/15*	91 (72,3)	58/33*	63 (51,2)	40/23*
Гипертоническая болезнь	8 (32,0)	7/1	60 (62,3)	25/37*	87 (84,5)	56/31	111 (88,8)	62/49	96 (78,0)	51/45
НБС Гипертоническая болезнь	6 (24,0)	5/1	52 (62,7)	22/30	87 (84,5)	55/32	110 (88,0)	62/48	94 (76,4)	51/43
ДКМП	2 (8,0)	1/1	4 (4,8)	3/1	1 (1,0)	1/0	4 (3,2)	3/1	4 (3,3)	3/1
Ревматические пороки сердца	1 (4,0)	1/0	24 (28,9)	14/10	4 (3,9)	2/2	13 (10,4)	7/6	9 (7,3)	6/3
Мерцательная аритмия	6 (24,0)	5/1	28 (33,8)	14/14	39 (37,9)	25/14	58 (46,4)	40/18*	66 (53,6)	30/36
Желудочковая экстрасистолия	10 (40,0)	5/5	32 (38,6)	19/13	32 (31,1)	22/10	27 (21,6)	13/14	36 (29,3)	24/12
Суправентрикулярная аритмия	6 (24,0)	4/2	19 (22,9)	10/9	20 (19,4)	13/7	28 (22,4)	11/17*	23 (18,7)	19/4*
А-В блокады	6 (24,0)	5/1	23 (27,7)	20/3*	13 (12,7)	11/2	36 (28,8)	22/14	33 (26,9)	22/11
БЛНПГ	6 (24,0)	3/3	36 (43,3)	26/10*	18 (17,5)	13/5	35 (28,0)	22/13	49 (39,9)	30/19

Примечание: * - $p \leq 0,05$

Из сопутствующих заболеваний у больных с ХСН преобладали хронические заболевания органов желудочно-кишечного тракта (49,5%), хронические заболевания почек (47,5%), в том числе ХПН (23,1%). ХНЗЛ встречались в 41,6% случаев (достоверно чаще среди мужчин). Хронические заболевания печени имели 36,2% больных. У наших больных часто отмечались заболевания щитовидной железы (34,2%) и ожирение (30,9%).

Клинические проявления ХСН у госпитализированных больных

При поступлении жалобы больных на усталость и одышку при физической нагрузке встречались в 58,2% и в 49,9% случаев, одышка в покое отмечалась у 17,0% больных, периферические отеки (у 44%), влажные хрипы в легких и гепатомегалия (у 34,0% и 25,9% больных соответственно). У мужчин достоверно чаще отмечались кашель и гепатомегалия, у женщин – периферические отеки. После лечения также преобладали жалобы на усталость (52,9%), одышку при нагрузке (46,6%) и в покое (14,4%), хотя имело место снижение абсолютного числа этих показателей (табл.6).

Таблица 6

Динамика клинических проявлений ХСН (n=459)

Признаки	При поступлении		После лечения	
	Абс. число	%	Абс. число	%
Жалобы				
Усталость	267	58,2	243	52,9
Ортопноэ	6	1,3	4	0,9
Одышка в покое	78	17,0	66	14,4
Одышка при нагрузке	229	49,9	214	46,6
Удушье	28	6,1	25	5,4
Кашель	24	5,2	21	4,6
Осмотр				
Набухание вен	7	1,5	6	1,3
Влажные хрипы в легких	156	34,0	20	4,4*
Гепатомегалия	119	25,9	112	24,4
Отеки н/к	201	44,0	93	20,3*

Примечание: * - $p \leq 0.05$

Таким образом, на фоне проводимой терапии отмечена положительная динамика застойных явлений как по малому, так и по большому кругам кровообращения.

Характеристика клинической выраженности ХСН и функционального статуса больных

ХСН I стадии по классификации Н.Д. Стражеско и В.Х. Василенко, отмечена у 56 (12,2%) больных, IIА - у 191 (41,6%), IIБ - у 190 (41,4%) пациентов, III стадия заболевания имела место у 23 (5%) больных. Не выявлено различий по полу среди больных с ХСН I, IIА, IIБ стадиями. Среди больных с ХСН III стадии достоверно преобладали мужчины.

Таблица 7

Длительность ХСН, продолжительность и количество госпитализаций в зависимости от клинической выраженности ХСН

Стадии ХСН по Стражеско-Василенко	Длительность ХСН, лет	Продолжительность госпитализации, сут	Количество госпитализаций
I	4,0±0,5	15,8±1,0	1,3±0,1
IIА	5,3±1,1	16,7±0,7	1,5±0,1
IIБ	6,3±0,9	17,1±0,7	1,6±0,1
III	5,3±0,9	21,2±2,6*	2,4±0,3*

Примечание: * - $p < 0.05$

В таблице 7 показано, что между частотой госпитализаций за год и их продолжительностью отмечена положительная корреляция ($r=0,48$) со стадией ХСН. У больных с ХСН III стадией ХСН отмечены наибольшая продолжительность госпитализации и их число в течение года.

ХСН I стадии наиболее часто отмечалась у лиц 60-69 лет (в 18,1% случаев). В возрастных группах до 60 лет и 60-69 лет наиболее часто встречалась IIА стадия (в 48% и 49,4% случаев соответственно). Наибольшее число больных с ХСН IIБ стадии отмечено у лиц старческого возраста и в группе долгожителей (45,6% и 47,2% соответственно); достоверных различий по полу выявлено не было (рис.2).

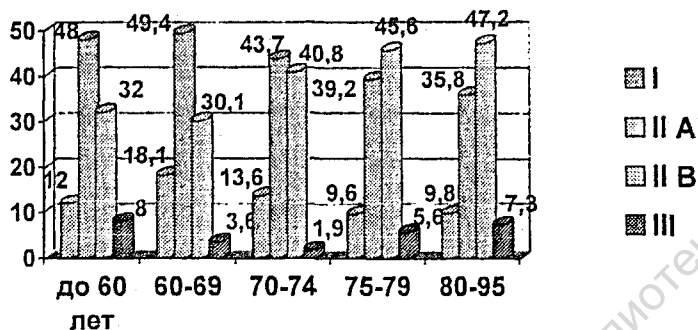


Рис.2. Стадии ХСН по Н.Д. Стражеско - В.Х. Василенко у больных различных возрастных групп (%).

Оценка функционального статуса больных по NYHA показала, что у 13 (2,8%) больных был I ФК, у 227 (49,5%) – II ФК, у 192 (41,8%) – III ФК и у 29 (6,3%) – IV ФК; достоверных различий по полу выявлено не было.

При анализе функционального статуса больных различных возрастных групп выявлено, что практически во всех возрастных группах преобладали больные с ХСН II ФК. Анализ частоты встречаемости тяжелой ХСН в различных возрастных группах показал, что чаще ХСН III-IV ФК имели пациенты в группе 80-95 лет – в 60,1% случаев.

Уровни АД и ЧСС и их динамика у больных с ХСН. На фоне лечения у больных с ХСН выявлены статистически значимое снижение систолического АД от $136 \pm 1,2$ мм.рт.ст., до $128 \pm 0,7$ мм.рт.ст ($p \leq 0,05$), а диастолического АД – от $82 \pm 0,6$ мм рт.ст., до $77 \pm 0,3$ мм рт.ст. ЧСС снизилась от 79 до 68 ударов в 1 минуту. Сравнительная характеристика уровней АД и ЧСС у мужчин и женщин до и после лечения представлена в таблицах 8, 9.

Таблица 8

САД, ДАД и ЧСС у больных различных возрастных групп до лечения

Показатель	До 60 лет		60-69 лет		70-74 лет		75-79 лет		80-95лет	
	мужчины	женщины	мужчины	женщины	мужчины	женщины	мужчины	женщины	мужчины	женщины
САД, мм рт.ст.	130±5,5	153±8,4*	132±3,5	143±3,6*	135±2,5	148±3,8*	133±2,3	142±3,4*	139±2,6	146±3,6
ДАД, мм рт.ст.	79±2,9	93±4,9*	80±1,9	86±1,8*	81±1,5	85±1,6	79±1,0	84±1,7*	80±1,2	84±1,6
ЧСС, уд/мин	85±6,8	84±13,3	78±2,8	80±2,7	80±2,3	78±3,2	75±1,8	79±2,3	76±1,8	82±3,1

Примечание: * - $p \leq 0,05$

Таблица 9

САД, ДАД и ЧСС у больных различных возрастных групп после лечения

Показатель	До 60 лет		60-69 лет		70-74 лет		75-79 лет		80-95лет	
	мужчины	женщины	мужчины	женщины	мужчины	женщины	мужчины	женщины	мужчины	женщины
САД, мм рт.ст.	117±6,0	123±4,8	123±1,7	134±2,5*	130±1,9	131±2,2	126±1,6	130±1,7	128±1,7	132±2,0
ДАД, мм рт.ст.	76±1,9	77±3,3	75±1,1	80±0,9*	77±0,8	78±1,1	75±0,9	79±0,9*	77±0,9	76±0,8
ЧСС, уд/мин	70±1,7	72±3,9	68±1,5	69±1,4	68±0,9	67±1,0	69±0,7	69±0,8	68±0,9	69±1,0

Примечание: * - $p \leq 0,05$

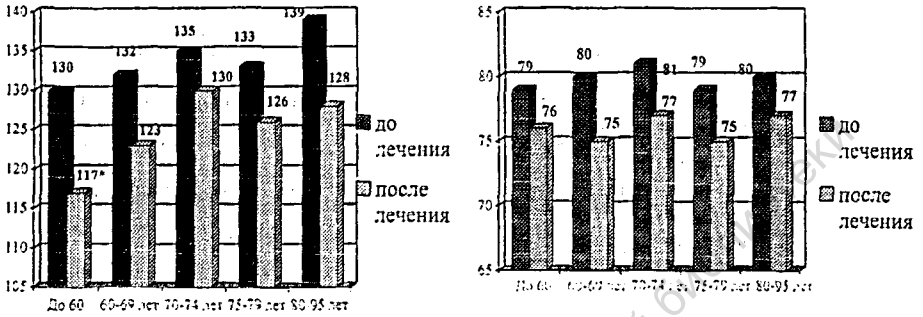


Рис. 3. Динамика уровня САД и ДАД (мм рт.ст.) у мужчин различного возраста

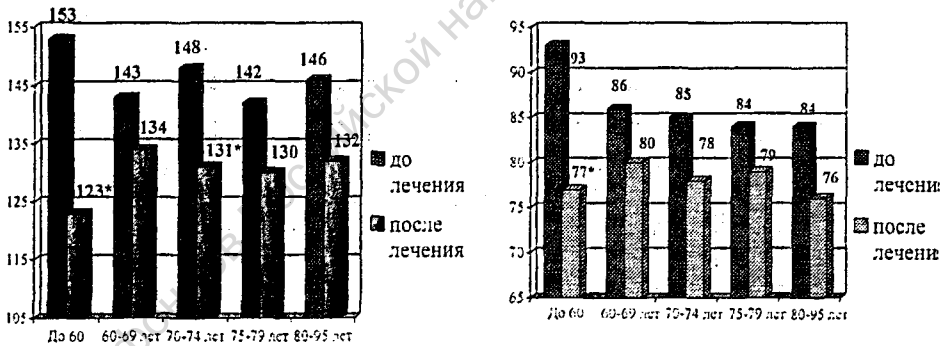


Рис. 4. Динамика уровня САД и ДАД (мм рт.ст.) у женщин различного возраста.

При оценке уровня САД и ДАД до лечения и на фоне терапии у мужчин различных возрастных групп отмечалось достоверное снижение уровня САД у больных до 60 лет. У женщин отмечено достоверное снижение уровня САД в возрастной группе до 60 лет и 70-74 лет, а также достоверное снижение уровня ДАД в группе до 60 лет (рис.3, 4).

В результате терапии больных с ХСН выявлялась тенденция к снижению ЧСС в динамике во всех возрастных группах.

Динамика показателей ЭКГ. При анализе данных ЭКГ в результате проведенной терапии отмечено уменьшение встречаемости нарушений сердечного ритма и проводимости. ЧСС после лечения достоверно снизилась, уменьшилось число случаев мерцательной аритмии и желудочковой экстрасистолии ($p \leq 0,05$). При поступлении различные нарушения проводимости отмечались у 60,8% пациентов, после лечения – у 54,9% больных. Нарушения ритма, проводимости и увеличение различных камер сердца чаще всего имели место у пациентов с IIБ стадией ХСН.

Состояние внутрисердечной гемодинамики по данным ЭхоКГ.

Величина ФВ левого желудочка является одной из важнейших гемодинамических характеристик больных с ХСН. В нашем исследовании она определялась у 155 (33,8%) пациентов (табл.10).

Таблица 10

Характеристика ФВ ЛЖ и КДР у больных с ХСН (n=155)

Показатель	Абс. число	%	Мужчины %	Женщины %
ФВ >45%	116	74,8	67,7	86,4
ФВ < 45%	39	25,2	32,3	13,6**
в т.ч. <30%	14	9,0	12,5	3,4
в т.ч. <25%	7	4,5	6,3	1,7
КДР ЛЖ ≥7,0см	12	7,4	12,6	0*

Примечание: * - $p \leq 0,05$; ** - $p \leq 0,01$

В 25,2% случаев обнаружена ФВ менее 45%. Мужчины достоверно чаще имели признаки систолической дисфункции миокарда. Неожиданной находкой при оценке систолической функции левого желудочка явилось значительное преобладание числа больных с ФВ >45% (рис.5).

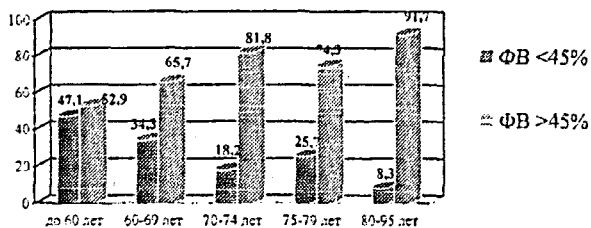


Рис. 5. Частота выявления ФВ ЛЖ (%) у больных различных возрастных групп.

Во всех возрастных группах преобладали больные с сохраненной ФВ, причем в группах больных до 60 лет и 80-95 лет имелись статистически значимые различия. Среди больных со сниженной фракцией выброса левого желудочка в возрастной группе 60-69 лет достоверно больше было мужчин. Таким образом, с увеличением возраста число больных с сохраненной ФВ возрастало.

Средние значения ФВ у женщин были достоверно выше по сравнению с ФВ у мужчин ($57,2 \pm 1,3$ % и $50,4 \pm 1,4$ % соответственно). Средний возраст больных с ФВ левого желудочка $>45\%$ был достоверно выше, чем средний возраст пациентов, с ФВ $\leq 45\%$ ($72,7 \pm 0,8$ и $67,9 \pm 1,7$ лет соответственно).

Таблица 11

Характеристика длительности ХСН, продолжительности госпитализации и числа госпитализаций в зависимости от исходной ФВ ЛЖ

Показатель	Число больных	Длительность ХСН, лет	Продолжительность госпитализации, сут	Количество госпитализаций
Всего	155	$4,1 \pm 0,5$	$17,4 \pm 0,5$	$1,8 \pm 0,1$
ФВ ЛЖ $>45\%$	116	$4,7 \pm 1,1$	$16,8 \pm 1,1$	$1,8 \pm 0,2$
$\leq 45\%$	39	$3,7 \pm 0,6^*$	$17,7 \pm 0,6$	$1,8 \pm 0,1$
$\leq 30\%$	14	$3,9 \pm 0,6^*$	$17,8 \pm 0,6$	$1,8 \pm 0,1$
$<25\%$	7	$3,7 \pm 0,5^*$	$17,7 \pm 0,5$	$1,8 \pm 0,1$

Примечание: * - $p \leq 0,05$

Нами были отмечены достоверные различия в продолжительности ХСН у пациентов с сохраненной и нарушенной ФВ левого желудочка (табл.11).

Динамика лабораторных показателей у больных с ХСН. Проводилась оценка результатов клинического и биохимического анализов крови больных с ХСН в разных возрастных группах. Из биохимических

показателей основное внимание уделялось динамике уровней калия, креатинина, мочевины и холестерина (табл.12).

Таблица 12

Характеристика уровней калия, креатинина, мочевины и холестерина в крови по возрастным группам (%)

Показатель	Всего	До 60 лет	60-69 лет	70-74 лет	75-79 лет	80-95 лет
Калий, >5,5 ммоль/л	4,7	10,5	21,1	10,5	31,6	26,3
Креатинин, >140 мкмоль/л	17,7	1,3	14,5	18,4	32,9	32,9
Мочевина, >8,3 ммоль/л	43,6	3,6	12,5	20,8	28,1	34,9
Холестерин, >5,2 ммоль/л	50,5	7,2	27,7	24,1	24,1	16,9

В нашем исследовании выявлена высокая частота гиперхолестеринемии - у 50,5% больных с ХСН. Наиболее часто (27,7% случаев) повышенный уровень холестерина имели пациенты в возрастной группе 60-69 лет. Уровень калия >5,5 ммоль/л был отмечен у 4,7% пациентов. Наиболее часто гиперкалиемия имела место у больных 75-79 лет (в 31,6% случаев). Креатинин выше 140 мкмоль/л определялся у 17,7% больных. При оценке этого показателя в возрастных группах выявлено, что чаще увеличение креатинина отмечалось в группе пациентов 75-79 и 80-95 лет (в 32,9% случаев). Наибольшая частота увеличения уровня мочевины отмечена в группе больных старческого возраста и долгожителей (в 34,9% случаев). Таким образом, нами была отмечена четкая тенденция нарастания уровня азотемии в зависимости от возраста больных ХСН.

Характер медикаментозной терапии у больных с ХСН. При анализе лекарственной терапии больных с ХСН выявлено, что самой назначаемой группой препаратов оказались диуретики (у 70,3% больных). В 44,3% случаев пациенты получали фуросемид, в 6,3% случаев – альдактон. При редком назначении комбинации альдактона и гипотиозида (1,5% больных), обращает

на себя внимание частое использование триампура у 27,2% больных. На втором месте оказались пролонгированные нитраты (у 68% больных). В основном, эти препараты назначались пациентам с наличием диагноза ИБС, хотя нередко – без эпизодов стенокардии.

Обращает на себя внимание недостаточно частое назначение ингибиторов АПФ, которые по частоте применения в нашем исследовании заняли третье место. Их использовали 59,5% больных. Применение препаратов группы ингибиторов АПФ представлено на рисунке 6.

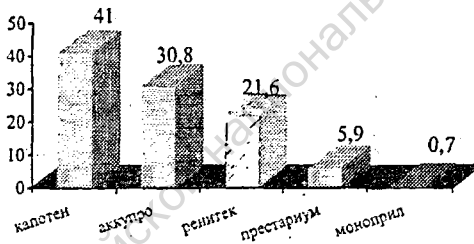


Рис. 6. Применение препаратов группы ингибиторов АПФ (%).

При анализе доз, в которых назначались препараты этой группы, отмечено, что капотен применялся в средней дозе $29,4 \pm 1,9$ мг/сут., (менее чем в половинной дозе), ренитек - $13,9 \pm 0,9$ мг/сут., аккупро - $13,2 \pm 0,6$ мг/сут., (менее 2/3 от среднетерапевтических). Только доза престариума назначалась в пределах рекомендуемой – $3,9 \pm 0,3$ мг/сут.

На четвертом месте по частоте назначения находились бета-адреноблокаторы (у 59% больных). Чаще всего пациенты принимали атенолол – 77,7% случаев.

Сердечные гликозиды принимали 28,4% пациентов, из них 45% были с мерцательной аритмией. Антагонисты кальция принимали 22,9% больных. Антикоагулянты в нашем исследовании получали 3% больных.

Частота использования препаратов основных групп у больных с ХСН при различной клинической выраженности ХСН представлена в таблице 13.

Таблица 13

Лечение больных с различной клинической выраженностью ХСН (%)

Группа препаратов	Стадии ХСН			
	I	IIА	IIБ	III
Ингибиторы АПФ	59,6	59,3	58,9	65,1
Диуретики	40,4	58,2	100*	100*
Бета-адреноблокаторы	72,0	59,2	58,0	52,1
Сердечные гликозиды	17,5	25,4	34,2	30,4

Примечание: * - $p \leq 0,05$

Ингибиторы АПФ при различных стадиях ХСН назначались приблизительно с одинаковой частотой (в 58,9% - 65,1% случаев). Диуретики в 100% случаев назначались при IIБ и III стадиях ХСН. При IIА их использовали 58,2% больных. Требуется специального обсуждения факт назначения диуретиков больным с ХСН I стадии. Бета-адреноблокаторы наиболее часто принимали пациенты с I стадией ХСН (72,0% случаев).

Сердечные гликозиды чаще всего назначались пациентам, имеющим ХСН IIБ стадии и больным с III стадией ХСН (в 34,2% и 30,4% случаев соответственно).

При анализе основных типов лечения ХСН у больных с сохраненной и сниженной функцией левого желудочка отмечено, что больные с ФВ $>45\%$ чаще всего принимали бета-адреноблокаторы (в 75,9% случаев). Несколько реже они использовали диуретики (69,0%) и ингибиторы АПФ (62,1%). Пациенты с ФВ $\leq 45\%$ наиболее часто применяли диуретики (в 97,4% случаев, данные достоверны). Ингибиторы АПФ и бета-адреноблокаторы этим больным назначались с одинаковой частотой (66,7%). Сердечные гликозиды пациенты обеих групп принимали одинаково редко.

Таким образом, лечение больных с ХСН в условиях стационара проводилось согласно современным рекомендациям. Однако следует

отметить частое необоснованное применение нитратов и неоправданное использование антагонистов кальция, а также – низкие дозы ингибиторов АПФ и недостаточную частоту назначения бета-адреноблокаторов.

ВЫВОДЫ

1. Среди больных с ХСН преобладали пациенты старших возрастных групп. 87,8% больных были в возрасте старше 65 лет. Средний возраст пациентов с ХСН составлял $74,5 \pm 0,4$ лет.
2. Продолжительность ХСН в среднем составляла $6,8 \pm 0,9$ лет. В возрастной группе до 60 лет отмечалось достоверное увеличение длительности ХСН среди женщин по сравнению с мужчинами.
3. Среди непосредственных причин госпитализации больных с ХСН самыми частыми были обострение ИБС – в 48,4% случаев и нарушения ритма сердца – в 28,3% случаев. Нарастание тяжести ХСН как причина госпитализации отмечалось в 24,9 % случаев.
4. Основной нозологией ХСН являлась ИБС (у 94,3% больных, из них в 58,6% случаев отмечался постинфарктный кардиосклероз). У 78,9% пациентов с ХСН имела место гипертоническая болезнь, в 76% случаев - сочетание ИБС и гипертонической болезни. У больных с ХСН в каждой возрастной группе постинфарктный кардиосклероз достоверно преобладал у мужчин по сравнению с женщинами.
5. У больных с ХСН наиболее часто встречались такие клинические проявления как утомляемость – 58,2%, одышка при нагрузке – 49,9% и отеки нижних конечностей – 44%. В процессе лечения наибольшая динамика клинических проявлений ХСН касалась выраженности застойных явлений.
6. Среди больных преобладали пациенты со средними и тяжелыми проявлениями ХСН: у 46,4% пациентов была II и III стадии ХСН (по Н. Д. Стражеско, В. Х. Василенко), что соответствовало по классификации NYHA II и III ФК (91,3% случаев). При этом число больных с

тяжелыми формами ХСН достоверно возрастало в старших возрастных группах. У этих больных частота и продолжительность госпитализаций была наибольшей.

7. Изучение фракции выброса левого желудочка в различных возрастных группах больных с ХСН показало, что с увеличением возраста пациентов возрастает число больных с сохраненной фракцией выброса. Снижение систолической функции миокарда имели только 25% больных. Средний возраст больных с сохраненной систолической функцией левого желудочка был достоверно выше ($72,7 \pm 0,8$ лет), чем средний возраст пациентов, у которых фракция выброса менее 45% ($67,9 \pm 1,7$ лет).

8. При лечении больных с ХСН на первом месте по частоте назначения стояли диуретики (70,3%), на втором месте - пролонгированные нитраты (68%). Ингибиторы АПФ и бета-адреноблокаторы назначались практически с одинаковой частотой (59,5% и 59,0%, соответственно). Сердечные гликозиды использовали 28,4% пациентов, (из них 45% имели мерцательную аритмию).

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. При стационарном лечении больных с ХСН, как мужчин так и женщин, необходимо учитывать высокий удельный вес лиц старших возрастных групп.
2. При лечении больных с ХСН необходимо принимать во внимание, что нарастание симптомов ХСН как причина госпитализации имеет место только у 24,9% пациентов, в то время как у большинства больных причиной госпитализации является обострение ИБС (в 48,4%) и нарушения ритма сердца (28,3%).
3. При оценке клинической картины ХСН надо учитывать, что такие симптомы, как утомляемость и одышка встречаются чаще, чем проявления застойной сердечной недостаточности.
4. Оценку степени тяжести ХСН необходимо производить с использованием двух классификаций Н.Д. Стражеско и В.Х. Василенко как показатель задержки натрия и воды в организме и по классификации NYHA как

количественное выражение переносимости нагрузок, так как выявление I ФК (по NYHA) позволит начать более раннее лечение и тем самым улучшить прогноз больного.

5. С учетом высокой частоты артериальной гипертонии в генезе ХСН в исследованной нами российской популяции и наличия данных рандомизированных клинических исследований о благоприятном влиянии нейрогуморальных модуляторов – ингибиторов АПФ и бета-адреноблокаторов на прогноз пациентов с ХСН, при назначении медикаментозного лечения больных с ХСН необходимо шире использовать препараты указанных фармакологических групп.

Список работ, опубликованных по теме диссертации

1. Сидоренко Б.А., Преображенский Д.В., Байдина О.И., Полубоярова Н.М., Алексеева Л.А., Александрова А.Ю. Сердечная недостаточность у больных старших возрастных групп с сохраненной систолической функцией левого желудочка // Тезисы конференции по восстановительному лечению. Москва 2000. – с.15.
2. Преображенский Д.В., Сидоренко Б.А., Алексеева Л.А., Полубоярова Н.М., Байдина О.И., Александрова А.Ю. Хроническая сердечная недостаточность с нормальной систолической функцией левого желудочка: распространенность, диагностика, прогноз и лечение (лекция) // В книге: Сибирская кардиология. Лекции и тезисы докладов V Сибирской научно-практической конференции кардиологов. Красноярск 2000. - с. 133-150.
3. Сидоренко Б.А., Преображенский Д.В., Байдина О.И., Полубоярова Н.М., Алексеева Л.А., Александрова А.Ю. Распространенность, течение и прогноз хронической сердечной недостаточности у больных старших возрастных групп с сохраненной систолической функцией левого желудочка (тезисы) // В книге: Сибирская кардиология. Лекции и тезисы докладов V Сибирской научно-практической конференции кардиологов. Красноярск 2000. - с. 396-400.

4. Преображенский Д.В., Сидоренко Б.А., Байдина О.И., Александрова А.Ю., Полубоярова Н.М., Алексеева Л.А. Распространенность и особенности течения хронической сердечной недостаточности у больных старших возрастных групп с сохраненной систолической функцией левого желудочка. Актуальные вопросы сердечной недостаточности // Первая ежегодная конференция общества специалистов по сердечной недостаточности. Тезисы докладов. Москва 14-15 декабря 2000. - с.5.
5. Сидоренко Б.А., Савина Н.М., Байдина О.И. Опыт применения карведилола у больных с хронической сердечной недостаточностью. Актуальные вопросы сердечной недостаточности // Первая ежегодная конференция общества специалистов по сердечной недостаточности. Тезисы докладов. Москва 14-15 декабря 2000. - с.40.
6. Сидоренко Б.А., Преображенский Д.В., Алексеева Л.А., Полубоярова Н.М., Байдина О.И. Хроническая сердечная недостаточность с нормальной систолической функцией левого желудочка: распространенность, этиология, течение и прогноз (обзор литературы и результаты собственных исследований) // Международный медицинский журнал. Харьков 2001.- №6. - с. 52-60.
7. Преображенский Д.В., Байдина О.И., Савина Н.М., Алексеева Л.А., Сидоренко Б.А. Этиологические факторы хронической сердечной недостаточности и особенности внутрисердечной гемодинамики у больных пожилого и старческого возраста // Клиническая геронтология. - 2001. - №7-8. - с. 62.

Из фондов Российской национальной библиотеки

КОПИ – ЦЕНТР св. 77:07:10429 Тираж 100 экз.
тел. 185-79-54
г. Москва м. Бабушкинская ул. Енисейская 36 комната №1
(Экспериментально-производственный комбинат)

Подписано в печать 04.09.2002 г.

2003-A

1833

№-1833

Из фондов Российской национальной библиотеки