

Сърдечната недостатъчност – 2012

Доц. Жанета Георгиева,¹ г-р Бранимир Каназирев,¹ г-р Катерина Витлянова²

¹Катедра по пропедевтика на Вътрешните болести, УМБАЛ „Света Марина“, Медицински университет, Варна

²Катедра по пропедевтика на Вътрешните болести, Александровска болница, Медицински университет, София

На Европейския континент с население от 900 милиона души има около 15 милиона пациенти със сърдечна недостатъчност.¹⁴ Сърдечната недостатъчност засяга над 5 милиона души в САЩ и е причина за над 1 милион хоспитализации и над 300 000 смъртни случая годишно. Крайните годишни суми, изразходвани по този повод в Европа и в САЩ, надхвърлят няколко десетки милиарда и се предполага, че разпространението на сърдечната недостатъчност и финансовата ѝ тежест върху здравеопазването ще продължават да нарастват.^{12, 13} В България през 2009 година по данни на националната статистика от сърдечна недостатъчност са починали общо 20 801 души (10 115 мъже и 10 686 жени).⁴

Прогнозата на пациентите със сърдечна недостатъчност и увредена помпена и сегментна функция е важен елемент от общата преценка на стратификация на риска и вида на предприеманото лечение. През последните десетилетия се постигна значителен напредък в подобряването на преживяемостта на пациентите със сърдечна недостатъчност както с медикаментозни средства, така и с електронно-механични устройства. Като основни причини за настъпване на смърт при пациентите със сърдечна недостатъчност понастоящем се приемат нарушение в ритъма – ритъмната смърт, и нарушение в помпената функция – циркулаторна недостатъчност. Установени са множество и различни фактори, намаляващи преживяемостта на пациентите със сърдечна недостатъчност, и са създадени множество

модели за оценка на прогнозата на сърдечната недостатъчност.

Епидемиология на сърдечната недостатъчност

Дългосрочните тенденции – епидемия с неясни пропорции и бъдеще

Сърдечната недостатъчност е един от основните проблеми на общественото здравеопазване поради високата си честота и смъртност. Преживяемостта след диагностицирането ѝ и дългосрочните тенденции в промяната на заболяемостта от сърдечна недостатъчност са обект на постоянно уточняване. Противоречивите данни за честотата на сърдечната недостатъчност я превръщат в епидемия с неясни пропорции и бъдеще. При анализ на данните от Фрамингамското сърдечно проучване – Framingham Heart Study, Levy и сътр.¹⁵ установяват, че през последните 50 години заболяемостта от сърдечна недостатъчност намалява при жените, но не и при мъжете. Други проучвания обаче не установяват промяна в честотата на новопоявилата се сърдечна недостатъчност и то при значително по-голям брой пациенти. McColough и сътр.¹⁶ не намират промяна на честотата на сърдечната недостатъчност за периода 1989–1999 при кохорта от 30 000 пациенти.

Може ли да се очаква намаляване на честотата на новите случаи от сърдечна недостатъчност? Ако приемем намаляване на разпростране-

нието на артериалната хипертония и нейното подобро, макар и субоптимално лечение, може да се очаква намаляване и на честотата на сърдечната недостатъчност. Подобреното лечение на артериалната хипертония обаче би довело до намаляване на честотата и на инсултите и инфарктите и до по-голям брой пациенти с риск да развият сърдечна недостатъчност. Подобна е ситуацията и с коронарната болест, където е отбелязана тенденция за намаляване на смъртността, но дали това се дължи на по-доброто лечение на коронарната болест или на намаляващата честота на миокардния инфаркт също е обект на противоречиви публикации. Ако причината е по-доброто лечение, тогава честотата на сърдечна недостатъчност би се увеличила, както е в случая с артериалната хипертония. Увеличаването на заболяемостта и болестността от затлъстяване и диабет също не предвещават намаляване на честотата на новопоявилата се сърдечна недостатъчност. Известно е, че заболяемостта от сърдечна недостатъчност расте дори геометрично с напредването на възрастта. Увеличената преживяемост и очакваният демографски бум от застаряване на населението също увеличават рисковете за поява на сърдечна недостатъчност. Намаляване на честотата на сърдечната недостатъчност би се получило само, ако срещу този проектиран прираст на възрастно население, известно с високия си процент сърдечна недостатъчност, се постигне такава мощна редукция на всички рискове за поява на сърдечна недостатъчност, съизмерима с увеличаването на възрастното население.

В България

Хроничната сърдечна недостатъчност със систолна дисфункция е водеща причина за смъртност и заболяемост у нас. Поради липсата на национален регистър за сърдечна недостатъчност липсват данни за клинично-епидемиологичния профил на тези пациенти. На базата на данните при рандомизацията на 391 българските пациенти, включени в проучването CORONA, все пак има направен анализ на профила на тези болни. Средната възраст на рандомизираните у нас пациенти е 69.5 години, близо 90% са в III функционален клас. Средната фракция на изтласкване е 34.6%, с анамнеза за преживян миокарден инфаркт са 58% и приблизително по една трета са с анамнеза за захарен диабет и предсърдна аритмия.⁸ В друго проучване на 145 пациенти със систолна и сегментна дисфункция от

2000 година средната възраст е 60 години, средната фракция на изтласкване е $27 \pm 9\%$, над 90% от пациентите са в III функционален клас, с анамнеза за миокарден инфаркт са 55.7%, с дилатативна кардиомиопатия – 21.4%, с ляв бегрен блок – 28%, с нарушена вътрекамерна проводимост – 37%, с десен бегрен блок – 4%, с предсърдно мъждене – 36%, удължен QRS над 120 ms – 43%.⁹ По данни на здравната каса за амбулаторни пациенти се смята, че честотата е 0.98% от населението или 934 болни/100 000 население,¹ а при проучване на честотата на предсърдното мъждене през 2010 година в България се установява, че 45% от пациентите с предсърдно мъждене, които са 3.14% от населението над 18 години, имат и сърдечна недостатъчност, което изчислено съставлява около 1.5% от възрастното население на страната.² За сравнение данните от Великобритания са 1.9% при тези над 65 години, в Швеция – 4.3% над 60-годишна възраст, в Португалия – 4.3% за цялото население и в Холандия – 3.9% всички възрастови групи, в Испания – 6.9% за всички възрасти над 14 години.¹⁷⁻²¹ Веднага трябва да се направи уточнението, че често става дума за различни критерии при поставяне на диагнозата, различни периоди при извършване на проучванията и различни възрастови групи. Обобщено все пак тези изчисления означават, че в страната има над 150 000 болни със сърдечна недостатъчност. В България също така по данни на здравната каса броят на хоспитализациите по повод на сърдечна недостатъчност се е увеличил многократно, като сърдечната недостатъчност е най-честата диагноза при дехоспитализациите.⁶

Прогноза на сърдечната недостатъчност с нарушена левокамерна функция: по-„злокачествена“ от раковите заболявания

През 1991 в Шотландия²² е започнато проучване на смъртността от сърдечна недостатъчност в сравнение с тази по „високите етажи“ – четирите най-често срещани видове рак при мъжете и жените. Сравнението на петгодишната преживяемост и загубата на очакваните години живот показва, че от 16 224 мъже с първоначална хоспитализация за сърдечна недостатъчност, инфаркт на миокарда или рак на белия дроб, дебелото черво, простатата и никочния мехур, сърдечната недостатъчност е показала най-лошата преживяемост след рака на белия дроб. По същия начин от 14 842 жени, хоспитализирани за сърдечна недостатъчност,

инфаркт на миокарда или рак на гърдата, белия дроб, дебелото черво и яйчниците, само ракът на белия дроб е бил с по-лоша преживяемост от тази при сърдечна недостатъчност. Преживяемостта и при двата пола на 5 година е била само 25%, а очакваните години живот, изгубени в резултат на сърдечна недостатъчност, при мъжете са 6.7/1000, а при жените 5.1/1000, като сърдечната недостатъчност е с по-лошо дългосрочно оцеляване от рак на дебелото черво при мъжете (рисково съотношение – 0.89, 95% CI, 0.82–0.97; $p \leq 0.01$) и рак на гърдата при жените (рисково съотношение – 0.59, 95% CI, 0.55–0.64; $p \leq 0.001$).

Сърдечната недостатъчност е по-„злокачествена“ от най-честите видове рак при мъжете и жените, като единствено изключение с по-лоша прогноза и по-кратка преживяемост прави ракът на белия дроб и при двата пола.

За оценка на преживяемостта след появата на сърдечна недостатъчност между 1948–1988 г. сред 652 пациенти (51% мъже, средна възраст 70.0 ± 10.8) от Framingham Heart Study са използвани статистически модели за оценка на тенденции в честотата на сърдечната недостатъчност и Кокс регресионен анализ за оценка на пропорционалния риск. Случаите на сърдечна недостатъчност са класифицирани в зависимост от годината на поставяне на диагнозата: 1950–1969, 1970–1979, 1980–1989 и 1990–1999. Пациентите са били по-възрастни при поставяне на диагнозата през последните изследвани периоди – средната им възраст е била 57.3 ± 7.6 през 50-те години, 65.9 ± 7.9 през 60-те, 71.6 ± 9.4 през 70-те и 76.4 ± 10.0 през 80-те години ($p < 0.001$). Средната преживяемост след появата на сърдечна недостатъчност е 1.7 години при мъжете и 3.2 години при жените. Като цяло 1-годишната и 5-годишната преживяемост била 57% (смъртност 43%) и 25% (смъртност 75%) при мъжете и 64% (смъртност 36%) и 38% (смъртност 62%) съответно при жените. Преживяемостта е била по-добра при жените, отколкото при мъжете (възрастово-коригиран пропорционален риск 0.64, 95% CI, 0.54–0.77). Смъртността се увеличава с напредването на възрастта и при двата пола [(пропорционалния риск на календарна декада за мъжете – 1.27 (95% CI 1.09–1.47) и съответно 1.61 (95% CI 1.37–1.90) за жените]. След възрастова корекция не е имало значителна промяна в прогнозата на сърдечната недостатъчност през 40-те години на наблюдение (пропорционален риск за мъжете – 1.08 на календарно десети-

летие (95% CI, 0.92–1.27) и 1.02 съответно за жените (95% CI, 0.83–1.26).²³

В европейското проучване EuroHeart Failure Survey с участие на няколко от най-големите европейски икономики от общо 10 434 пациенти, проследени за три месеца, починалите са 13.5%,¹¹ а в Шведския регистър за сърдечна недостатъчност от 2009 г. едногодишната смъртност е 21%.²⁴

В заключение, сърдечната недостатъчност остава заболяване с висок леталитет, с по-добра прогноза при жените и при по-млади лица. Напредъкът в лечението на хипертония, исхемична болест на сърцето и клапни пороци по време на четирите десетилетия на наблюдение не се трансформира в значително подобряване на общата преживяемост.

В друго проучване, отново на пациенти от Framingham Heart Study в годините от 1950 до 1999 г., е изчислена смъртността по декади, а също така и 30-дневната, едногодишната и 5-годишната възрастово-коригирана смъртност за всеки период. Сърдечна недостатъчност е настъпила в 1 075 лица (51 на сто от които са жени). В сравнение с началния период 1950–1969 честотата на сърдечна недостатъчност остава почти непроменена при мъжете, но при жените намалява с 31 до 40% – пропорционална честота 0.69 за периода от 1990–1999 г. (95% CI 0.51 до 0.93). Възрастово-коригираната смъртност на 30 ден, 1 година и 5 година сред мъжете е намаляла от съответно 12%, 30% и 70% в периода от 1950 до 1969 г. на 11%, 28% и 59% съответно за периода от 1990 до 1999 година. Съответните проценти при жените са 18%, 28% и 57% за периода от 1950 до 1969 г. и 10%, 24% и 45% за периода от 1990 до 1999 година. Като цяло има подобрене на преживяемостта след поставяне на диагнозата от 12% на декада ($p = 0.01$ за мъже и $p = 0.02$ за жени).¹⁵

През последните 50 години честотата на сърдечна недостатъчност намалява сред жените, но не и сред мъжете, докато преживяемостта след появата на сърдечна недостатъчност се е подобрила и при двата пола през последното десетилетие на миналия век. Факторите, които допринасят за тези тенденции се нуждаят от допълнително изясняване. Промяната в преживяемостта между двете проучвания се дължи на последното десетилетие от 1990–1999, което е включено във второто проучване и през което има значителен напредък в лечението на сърдечната недостатъчност.

В проучване от 2008 г., базирано на Шведския регистър за смъртността от сърдечна недостатъчност, за периода от 1987 до 2003 г. се отчита, че смъртността се понижала най-вече през 1987–95, но няма допълнително намаляване след 2001 г. През 1987–89 година тригодишната смъртност при 65–84-годишните мъже с исхемична етиология на сърдечната недостатъчност е била 65%, а при жените съответно 61%. Преживяемостта при мъжете се е подобрила повече, отколкото при жените ($P \geq 0.0003$), особено при тези под 65-годишна възраст ($P \geq 0.0003$) и повече при пациенти с исхемична етиология в сравнение с неисхемична ($P < 0.0001$). При мъжете под 65 години пропорционалният риск за 3-годишна смъртност след изписване през 1999–2001 г. е бил 0.40 (95% CI 0.36–0.45) в сравнение с 1987–89. Съответният пропорционален риск при жени е бил 0.58 (0.48–0.69). През 1999–2001 смъртността за 35–64 годишните за 3 години е била 20%, а за 65–84-годишните – 40%.²⁴ **Смъртността от сърдечна недостатъчност в Швеция за периода 1999–2001 спрямо 1987–89 е намаляла и за двата пола, повече при мъжете и повече при пациентите с исхемична етиология. Не е наблюдавана допълнителна редукция на смъртността след 2001 година. Дългосрочната преживяемост след изписване продължава да бъде ниска.**

България

У нас не е провеждано проучване за прогнозата на пациентите със сърдечна недостатъчност. При над 150 000 болни със сърдечна недостатъчност през 2009 година в страната по данни на националната статистика от сърдечна недостатъчност са починали общо 20 801 души (10 115 мъже и 10 686 жени).⁴ В проспективно проучване от 2000–2010 г. на 145 пациенти с левокамерна дисфункция и сърдечна недостатъчност III функционален клас в България за периода 2000–2010 година общата едногодишна смъртност е била 14.9%, двегодишната смъртност – 32.1%, за петата година – 71%, и 92% за осмата година.³ Проведено през 2008 проучване за прогнозата на сърдечната недостатъчност при проспективно проследя-

ване за 6–24 месеца на 168 пациенти (94 жени) на средна възраст 64 години показва средна преживяемост 14 месеца и обща смъртност 11.9%. Повторните хоспитализации и смъртността са били по-ниски при жените, отколкото при мъжете.⁵ При 112 пациенти с исхемична и дилатативна кардиомиопатия и ресинхронизираща сърдечна терапия при петгодишно проследяване е установена смъртност 19.6% и значително подобряване на всички проследявани ехокардиографски показатели и качеството на живот.⁶ Профилът на хоспитализираните болни с хронична обострена сърдечна недостатъчност при проследяване на 172 души с хронична изострена сърдечна недостатъчност от III/IV функционален клас е средна възраст 70 ± 10 години, средна фракция на изтласкване – $38 \pm 12\%$, 30% пациенти със запазена фракция на изтласкване – 71 (41%) с исхемична болест на сърцето, 46 (27%) с хипертонична болест, 28 (16%) – с клапен сърдечен порок и 12 (7%) с дилатативна кардиомиопатия. Коморбидността е значителна – 68% с анемия, 58% – с хронична бъбречна недостатъчност, 46% – с ХОББ, 42% – захарен диабет и множество коморбидни състояния при 12% от болните, като рехоспитализациите са при почти 60% от болните.^{7, 10}

В заключение, появата на нови случаи на сърдечна недостатъчност вероятно отбелязва тенденция към намаляване при женския пол, но общото разпространение на сърдечната недостатъчност нараства главно поради застаряването на населението. Смъртността от сърдечна недостатъчност също така отбелязва тенденция към намаляване и при двата пола, особено при по-младите и при женския пол. Тенденциите се наблюдават през последното десетилетие на миналия век, вероятно поради масовото, макар и субоптимално медикаментозно лечение. В България, въпреки липсата на достатъчно данни, характеристиките на пациентите със сърдечна недостатъчност и левокамерна дисфункция, болестността, смъртността и хоспитализациите са близки или съизмерими с данните от чуждестранните проучвания. Смъртността от сърдечна недостатъчност остава тревожно висока, независимо от усилията и новостите в лечението.

Книгопис

1. Веков Т, Джамбазов С. Епидемиология на сърдечната недостатъчност в България. Лекарствени терапии, надеждност и качество на терапевтичните подходи. *Съвременна Медицина* 2008; 59, 5, 11–15.

Пълната библиографска справка е на разположение в издателството и може да бъде представена при поискване.