

ОПРЕДЕЛЕНИЕ И ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Омана Суман Соман^{1,2}, Андрей Сергеевич Анкудинов², Алексей Николаевич Калягин²
 (1Керальский институт медицинских наук, Керала, Индия; 2Иркутский государственный медицинский университет, ректор — д.м.н., проф. И.В. Малов, кафедра пропедевтики внутренних болезней, зав. — д.м.н. А.Н. Калягин)

Резюме. В научном обзоре рассмотрены определения хронической сердечной недостаточности, приведены данные крупных эпидемиологических исследований по распространённости и этиологической структуре этого патологического состояния.

Ключевые слова: хроническая сердечная недостаточность, определение, эпидемиология.

DEFINITION AND EPIDEMIOLOGY CHRONIC HEART FAILURE

Omana Suman Soman^{1,2}, A.S. Ankudinov², A.N. Kalyagin²
 (1Kerala Institute Medical Science, Kerala, India; 2Irkutsk State Medical University, Russia)

Summary. Difficulties are presented to review in understanding by different researchers of definition of chronic heart failure, and also data of large epidemiological researches on prevalence and etiologic structure of this pathological condition.

Key words: chronic heart failure, definition, epidemiology.

Проблемы атеросклероза, ишемической болезни сердца и артериальных гипертензий являлись на протяжении многих десятилетий наиболее важными вопросами внутренних болезней и кардиологии, это обусловлено их высокой медико-социальной значимостью для общества [1, 5, 11, 12, 15, 30]. В последнее десятилетие существенное внимание уделяется и проблеме хронической сердечной недостаточности (ХСН) [1, 12]. Повсеместно отмечается рост числа больных, регистрируется плохой прогноз заболевания, нарастает количество госпитализаций из-за эпизодов обострений ХСН, типичным является увеличение экономических затрат на борьбу с данным патологическим состоянием [3-6, 11-12, 15, 18, 30].

В СССР и, позднее, в России длительное время использовался термин «недостаточность кровообращения», пришедший из классификации известных российских терапевтов и кардиологов В.Х. Василенко, Н.Д. Стражеско и Г.Ф. Ланга (1935), под которым зачастую подразумевалась ХСН. На самом же деле недостаточность кровообращения — это патологический синдром, возникающий вследствие поражения сердца и/или сосудов, характеризующийся неспособностью сердечно-сосудистой системы обеспечить органы и ткани необходимым для их функционирования количеством крови [8]. ХСН является лишь частным вариантом недостаточности кровообращения.

До настоящего времени не существует единого понятия о сущности ХСН. Кардиолог с мировым именем Е. Braunwald (1998) так характеризует ХСН: «это патологическое состояние, при котором дисфункция миокарда приводит к неспособности сердца перекачивать кровь со скоростью, необходимой для удовлетворения метаболических потребностей тканей, или же эти потребности обеспечиваются только за счёт повышения давления наполнения желудочков» [цит. 5]. Европейское общество кардиологов использует следующую дефиницию: ХСН — это такое нарушение структуры или функции сердца, в результате которого сердце не в состоянии удовлетворить потребности организма в кислороде при нормальном давлении наполнения сердца, и это возможно лишь ценой повышения давления наполнения сердца [34]. Национальные рекомендации по диагностике и лечению, утверждённые Национальным конгрессом кардиологов (2013) указывают, что ХСН — это синдром, для которого характерны определенные симптомы (одышка, отеки лодыжек, утомляемость) и клинические признаки (набухание шейных вен, мелкопузырчатые хрипы в легких, смещение верхушечного толчка влево), возникшие в результате нарушения структуры или функции сердца [13]. Стоит отметить, что разделение проявлений болезни на симптомы и

признаки выглядит искусственным, т.к. все они являются симптомами (от греч. *συμπτώμα* — проявление, признак болезни) — одни субъективными (жалобы), а другие — физикальными.

А.В. Шабров и соавт. предлагают следующую формулировку: ХСН — это заболевание, характеризующееся возникновением дисфункции миокарда и/или его хронической перегрузки, последующей закономерной гиперактивацией компенсаторных (нейрогуморальных) систем и дальнейшим возникновением клинической симптоматики в виде снижения толерантности к нагрузке, одышки, сердцебиения, повышенной утомляемости и избыточной задержки натрия и жидкости в организме [21].

На наш взгляд, ХСН наиболее удобно понимать, как клинический синдром, возникающий вследствие нарушения систолической и/или диастолической функций миокарда и обусловленных этим нейрогуморальных изменений, и характеризующийся появлением типичных симптомов (одышка, утомляемость и снижение физической активности, отёки, хрипы в лёгких и др.), которые связаны с неадекватной перфузией органов и тканей в покое или при нагрузке и часто с задержкой натрия и жидкости в организме [8].

Данные зарубежных (американских и европейских) эпидемиологических исследований однозначно свидетельствуют о том, что ХСН до сих пор остается одним из самых распространенных, прогностически неблагоприятных и прогрессирующих состояний сердечно-сосудистой системы. Известное Фремингемское исследование показывает, 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 значениях [5-6, 36]. Ежегодно это число пополняет еще 400-600 тыс. пациентов [30,44]. В Швейцарии насчитывается примерно 150 тыс. больных, что составляет 1/2 жителей Цюриха. В целом распространённость ХСН в США, Великобритании, Швеции и других европейских странах составляет от 2 до 20, а только в старшей возрастной группе — от 23 до 130 на 1000 населения [1, 18, 29, 32, 39, 41, 42, 44] (табл. 1). В Рекомендациях Европейского общества кардиологов по диагностике и лечению сердечной недостаточности, опубликованных в 2001 г., указывается, что распространённость симптоматической ХСН в европейской популяции колеблется от 0,4 до 2,0%. Это означает, что среди 900 млн. населения Европы, по меньшей мере, 10 млн. чел. имеют клинические признаки этого заболевания и еще столько же имеют дисфункцию миокарда без признаков ХСН [29].

Стоит подчеркнуть, что распространённость ХСН по данным эпидемиологического исследования «ЭПОХА

Частота встречаемости ХСН по данным разных авторов [10, 29, 42]

Исследование	Территория	Распространённость в общей популяции	Распространённость в популяции пожилого возраста
Обзор леченных больных			
RCGP, 1958	США, национальные данные	3/1000	-
Gibson <i>et al.</i> , 1966	США, сельская местность	9-10/1000	65/1000 (>65 лет)
RCGP, 1986	США, национальные данные	11/1000	-
Parameshwar <i>et al.</i> , 1992	Лондан, Англия	4/1000	28/1000 (> 65 лет)
Rodeheffer, 1993	Рочестер, Англия	3/1000 (< 75 лет)	-
Mair <i>et al.</i> , 1994	Ливерпуль, Англия	15/1000	80/1000 (> 65 лет)
RCGP, 1995	США, национальные данные	9/1000	74/1000 (65-74 лет)
Clarke <i>et al.</i> , 1995	Ноттингем, Англия	8-16/1000	40-60/1000 (> 70 лет)
Зыбина Н.В. и соавт., 2007	Тюмень, Россия	18,2% среди взрослого населения, случайная выборка	-
Популяционные исследования			
Droller and Pemberton, 1953	Шеффилд, Англия	-	30-50/1000 (> 62 лет)
Garrison <i>et al.</i> , 1966	Джорджия, США	21/1000 (45-74 лет)	35/1000 (65-74 лет)
Framingham, 1971	Фремингем, США	3/1000 (< 63 лет)	23/1000 (60-79 лет)
Landahl <i>et al.</i> , 1984	Швеция (только мужчины)	3/1000 (< 75 лет)	80-170/1000 (> 67 лет)
Eriksson <i>et al.</i> , 1989	Готенбург, Швеция	-	130/1000 (> 67 лет)
NHANES, 1992	США, национальные данные	20/1000	80/1000 (> 65 лет)
Cardiovascular health study, 1993	США, национальные данные	20/1000	80/1000 (> 65 лет)
RCGP, 1995	США, национальные данные	9/1000 (25-74 лет)	74/1000 (65-74 лет)
Euro Heart Survey, 2001	Европа (в т.ч. Россия)	20/1000	65/1000 (> 65 лет)
ЭПОХА ХСН, 2004	Россия	55/1000	70/1000 (70 лет)

ХСН» в России выше, чем во многих других странах и составляет 5,5%. Это обусловлено низкой кардиохирургической активностью при пороках сердца, поражении коронарных сосудов, а также недостаточно эффективной консервативной терапией гипертонии и ИБС. К примеру, в исследовании «ЭПОХА АГ» было установлено, что эффективное лечение гипертонии получают 7,2% больных [12].

Общим для всех эпидемиологических исследований является вывод о резком повышении встречаемости ХСН. Наиболее показательное подтверждение этому дается во Фремингемском исследовании: распространение ХСН в течение 3 декад жизни возрастает с 1% среди лиц 50-59 лет до 10% среди лиц 80-89 лет. Активные меры, предпринимаемые по воздействию на наиболее важные из факторов риска (гипертонии, курения, гиперхолестеринемии) способствовали снижению заболеваемости ИБС и её более доброкачественному течению; с другой стороны, повсеместное внедрение в конце XX века тромболитической терапии при инфаркте миокарда значительно улучшило прогноз этих пациентов. Больные ИБС выживают и достигают развития ХСН в более позднем периоде своего заболевания. Таким образом, общее постарение населения в целом и больных с ХСН, в частности, улучшение ранней диагностики и совершенствование методов лечения ИБС, дилатационной кардиомиопатии и клапанных пороков сердца являются объективными причинами роста распространенности ХСН. Самые оптимистичные расчеты Нидерландских исследователей позволяют надеяться, что к 2010 году абсолютный прирост числа больных ХСН (корригированный по возрасту) не превысит 20% [25]. Прогнозы исследователей показывают, что через 10-20 лет 30-50% больных, обратившихся на амбулаторный приём, будут иметь диагноз ХСН. Хотя по данным исследования «ЭПОХА-О-ХСН» уже в настоящее время до 40% больных, обратившихся в кардиологические и общетерапевтические учреждения, страдают ХСН [2].

Говоря об этиологической структуре ХСН необходимо обратиться к ретроспективному анализу исследований по этому вопросу. По итогам Фремингемского исследования, выполненного на стабильной когорте

Таблица 1

людей с 1949-го года, по данным W. Kannel и соавт. (1987, 1991) было показано, что среди больных с ХСН 76% мужчин и 79% женщин страдали артериальной гипертензией и нуждались в приёме гипотензивных средств. У 46% мужчин и 27% женщин в основе ХСН лежала ИБС. Клапанные пороки сердца рассматривались в качестве этиологических агентов ХСН только в 2-3% [37, 38]. Этот же автор, анализируя этиологическую структуру ХСН в 1980-х годах, отметил существенное уменьшение роли артериальной гипертонии. Это было объяснено улучшением каче-

ства гипотензивной терапии [37, 38].

Одновременно с последней публикацией W. Kannel и соавт. вышла работа J. Tearlink и соавт (1991), обобщившая данные о 1861 больном с ХСН, о которых имелись соответствующие сведения в 31 статье, опубликованной в ведущих кардиологических журналах США в 1980-1990-х годах. Большинство больных страдали ХСН III-IV функциональных классов по классификации Нью-Йоркской ассоциации сердца (средний возраст больных 54,2 года, 80% из них мужчины) [45]. Буквально через 2 года J. McMurray и соавт. (1993) опубликовали данные изучения причин ХСН в Шотландии, было выяснено, что удельный вес РПС составил уже 8% [41]. В последнее время серьёзную обеспокоенность вызывает и рост значимости клапанных пороков сердца в структуре причин ХСН, о чём говорит оконченное в 2001 г. Международное исследование Euro Heart Survey [29]. По его результатам клапанные пороки сердца занимают вторую позицию среди причин ХСН и составляют 14%, более ранние исследования (в частности DIG, SOLVD и вышеперечисленные) на эту тему говорили о другой расстановке мест и клапанные пороки сердца занимали 3-4 позицию в Европе и США, соответственно [4, 11, 37, 38, 41, 45]. То есть этиологические факторы ХСН имеют тенденцию к трансформации с течением времени (табл. 2).

Имеются гендерные различия этиологических агентов ХСН. В работе М.Г. Синициной и соавт. (2005), выполненной при исследовании 426 больных старше 60 лет, отмечается, что у подавляющего числа (83%) предстателей обоих полов причиной ХСН является ИБС. У женщин ХСН, как правило, протекает на фоне артериальной гипертонии, клапанных пороков сердца, анемии, сахарного диабета 2 типа, а у мужчин — на фоне перенесённого инфаркта миокарда, часто сочетается с хронической обструктивной болезнью лёгких и бронхиальной астмой [20]. По данным В.В. Щекотова и соавт. (2005), полученным при обследовании 199 больных разного возраста, основной причиной ХСН у женщин является ИБС (67%), а у мужчин — сочетание ИБС и ГБ (55%) [23]. Аналогичное распределение основных этиологических факторов по полу было получено и другими исследователями [19].

Этиологическая структура ХСН
по данным разных исследований [4, 12, 37,38,41,45], %

Причины	J. Tearlink и соавт., 1991 (n=1861)	J. McMurray и соавт., 1993 (n=5 млн.)	SOLVD, 1993 (n=6180)	DIG, 1996 (n=5699)	Euro Heart Survey, 2001 (n=46788)
ИБС	50,3	60,0	68,5	69,5	60,0
Клапанные пороки сердца	4,0	8,0	11,1	5,4	14,0
Идиопатические заболевания	18,2	18,0	12,5	14,1	11,0
Артериальная гипертензия	3,8	6,0	7,2	9,4	4,0
Иные причины	10,3	8,0	0,2	1,6	11,0

Социальная значимость ХСН определяется тем фактом, что всего за 1 год в стационарах США происходит до 900 тыс. госпитализаций больных с диагнозом ХСН (это 5-10% от всех госпитализаций), а через 2 месяца после выписки 30% больных вновь оказываются на больничной койке [31]. В Европе ХСН является непосредственной или сопутствующей причиной до 70% случаев стационарного лечения больных старше 70 лет [26,43,47]. Наконец, прямые затраты на лечение ХСН в одних только США превышают 10 млрд. долларов в год, а по данным Congestive Heart Failure in the United States (1996) достигают просто астрономических значений — 38 млрд. долларов [30]. По результатам исследований «ФАСОН» и «ЭПОХА-О-ХСН» экономические издержки в России составляют примерно 135 млрд. рублей в год, что намного меньше, чем в США, но для нашей страны существенно [3]. Важным показателем является экономическая значимость. Так, затраты развитых стран, прямо связанные с ХСН, составляют 2-3% всего бюджета здравоохранения; расходы на лечение больных ХСН превышают затраты на лечение инфаркта миокарда и всех онкологических заболеваний вместе взятых.

Львиную долю средств — 70-80% «съедает» оплата стационарного лечения декомпенсированных пациентов. Койко-день больного ХСН становится чрезвычайно дорогостоящим, поэтому неудивительно, что длительность госпитального лечения обострения ХСН в стационарах США предельно сжата и составляет всего 7,7 дней, а в Европе редко превышает 2 недели. Для сравнения, этот показатель для России некоторое время назад составлял 27 дней [2,8].

Серьёзной проблемой являются и повторные госпитализации. В течение двух недель после выписки госпитализируется 10-19% больных, а в течение 3 месяцев — до 50%. Причинами повторных госпитализаций являются: неточное выполнение рекомендаций врачей, неадекватность назначенной терапии, неконтролируемая артериальная гипертензия, у 15% причина повторной госпитализации остаётся не до конца понятной. В работе Л.Б. Лазебника (2005) анализировались причины повторных госпитализаций в России, среди них обострения основного заболевания отмечены у 34,2%, сопутствующие патологические состояния — у 55,1%, декомпенсация ХСН — у 10,7%. Установлено, что при ИБС наиболее частыми причинами были: повышение АД — 71,3%, стенокардия — 17,3%, нарушения ритма сердца — 11,4%; при клапанных пороках сердца: нарушения ритма сердца по типу пароксизма фибрилляции предсердий — 36,4%, экстрасистолии — 63,6%; причиной госпитализации при артериальной гипертензии был гипертонический криз [8].

Прогноз больных с ХСН по-прежнему остается одним из самых плохих, хотя это редко осознается практикующими врачами. Уже через год после развития декомпенсации ХСН в живых остаётся 50-70% больных

Таблица 2 (по некоторым данным до 84% [22]), и лишь небольшая их часть переживает 5-летний рубеж [24,27,28]. В 40-50% случаев смерть наступает внезапно [27, 33, 36, 40]. По данным Фремингемского исследования, средняя 5-летняя смертность во всей популяции больных ХСН (с учетом начальных и умеренных стадий) остается недопустимо высокой и составляет 62-65% для мужчин и 42-47% для женщин

[34]. Среди больных с тяжелыми стадиями ХСН смертность еще выше и колеблется в пределах 35-50% для одного года. Примерно половина больных с ХСН умирает в течение первых 4 лет с момента постановки диагноза, а в тяжелых случаях столько же пациентов умирает в течение первого года. По тяжести прогноза ХСН III-IV функционального класса не уступает раку лёгкого III стадии. Хотя в последнее десятилетие отмечается тенденция к снижению смертности и улучшению выживаемости больных ХСН, что связывается с внедрением в повседневную практику новых групп лекарственных средств — ингибиторов АПФ и β -блокаторов, отдельные исследования (Рочестерское, Фремингемское) так и не дали обнадеживающего результата относительно общего улучшения выживаемости таких больных [2].

Причинами смертности у мужчин, по данным годичного наблюдения 254 больных в возрасте 28-88 лет с различными стадиями и функциональными классами ХСН, являются прогрессирующее ХСН, острые нарушения мозгового кровообращения, инфаркт миокарда, а у женщин — расстановка мест иная: инфаркт миокарда, острые нарушения мозгового кровообращения, прогрессирующее ХСН [22].

Говоря о причинах смертности пациентов с РПС лобно-итино обратитесь к данным 5-летнего клинико-анатомического наблюдения, выполненного О.А. Обуховой и соавт. (2000-2003) в г. Москве. Среди 59 лиц с неактивным ревматизмом у 30 (51%) смерть наступила от ХСН, у 5 (9%) от острой сердечной недостаточности на фоне инфаркта миокарда, у 24 (40%) от тромбоэмболических осложнений [14,15]. Это демонстрирует нам, что ХСН — это не только основная причина снижения качества жизни больных с РПС, но главная причина их смертности.

Таким образом, ХСН представляет собой крупнейшую проблему современной медицины, которая ежегодно приобретает всё возрастающую значимость. Одними из важных и до сих пор нерешённых вопросов являются: поиск наиболее рациональной формулировки определения термина «ХСН», распространённость сердечной недостаточности, частота госпитализаций вследствие ХСН и прогноз жизни больных.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Прозрачность исследования. Исследование не имело спонсорской поддержки. Исследователи несут полную ответственность за предоставление окончательной версии рукописи в печать.

Декларация о финансовых и иных взаимодействиях. Все авторы принимали участие в разработке концепции и дизайна исследования и в написании рукописи. Окончательная версия рукописи была одобрена всеми авторами.

Работа поступила в редакцию: 23.02.2015 г.

ЛИТЕРАТУРА

1. Беленков Ю.Н., Мареев В.Ю., Агеев Ф.Т. Эпидемиологическое исследование сердечной недостаточности: состояние вопроса. // Журнал сердечная недостаточность. — 2002. — Т. 3. №2. — С. 57-58.

2. Беленков Ю.Н., Мареев В.Ю., Агеев Ф.Т. и др. Первые результаты национального эпидемиологического исследования — ЭПидемиологическое Обследование больных ХСН в реальной практике (по Обращаемости) — ЭПОХА-О-ХСН. //

Журнал сердечная недостаточность. — 2003. — Т.4. №3. — С. 116-120.

3. Горбачев В.В. Недостаточность кровообращения. — Мн.: Высшая школа, 1999. — 590 с.

4. Гуревич М.А. Хроническая сердечная недостаточность: Руководство для врачей. — 5-е изд., перераб. и доп. — М.: Практическая медицина, 2008. — 414 с.

5. Дзизинский А.А., Фукс А.Р. Хроническая сердечная недостаточность. — Иркутск, 1995. — 202 с.

6. Зиц С.В. Диагностика и лечение застойной сердечной недостаточности. — М.: Мед-пресс, 2000. — 128 с.

7. Зыбина Н.В., Заугольникова О.Г., Кулягина Н.В. Больные с хронической сердечной недостаточностью на амбулаторном этапе в г. Тюмени: гендерные различия. // Тезисы II конгресса Общества специалистов по сердечной недостаточности «Сердечная недостаточность'2007», Москва, 5-7 декабря 2007 года. — М., 2007. — С. 80-81.

8. Калягин А.Н. Хроническая сердечная недостаточность: современное понимание проблемы. Определение и эпидемиология (сообщение 1) // Сибирский медицинский журнал (Иркутск). — 2006. — Т. 61. №3. — С. 93-97.

9. Лазебник Л.Б., Дроздов В.Н., Русская Л.В., Гайнулин Ш.М. Причины повторных госпитализаций больных с хронической сердечной недостаточностью и их стоимостные характеристики. // Журнал сердечная недостаточность. — 2005. — Т.6. №1. — С. 19-22.

10. Латфуллина А.Ш., Камалов Г.М., Галаявич А.С. Гендерные и возрастные особенности хронической сердечной недостаточности у больных, госпитализированных в терапевтические отделения. // Тезисы II конгресса Общества специалистов по сердечной недостаточности «Сердечная недостаточность'2007», Москва, 5-7 декабря 2007 года. — М., 2007. — С. 68.

11. Малая Л.Т., Горб Ю.Г. Хроническая сердечная недостаточность. — М.: Эксмо, 2004. — 960 с.

12. Мареев В.Ю. Первые результаты эпидемиологического исследования по ХСН. // Журнал сердечная недостаточность. — 2003. — Т.4. №1. — С. 17-18.

13. Мареев В.Ю., Азеев Ф.Т., Арутюнов Г.П. и др. Национальные рекомендации ОССН, РКО и РНМОТ по диагностике и лечению ХСН (четвертый пересмотр). // Журнал сердечная недостаточность. — 2013. — Т. 14. №7. — С. 379-472

14. Махнов А. Дискуссия по вопросам рекомендаций по диагностике и лечению ХСН. // Журнал сердечная недостаточность. — 2003. — Т.4. №3. — С. 123-124.

15. Обрезан А.Г., Вологодина И.В. Хроническая сердечная недостаточность. — СПб.: Вита Нова, 2002. — 320 с.

16. Обухова О.А., Орехов О.О., Денисов И.М. и др. Структура летальности больных с ревматическими пороками сердца (по данным пятилетнего клинико-анатомического наблюдения). // Клиническая геронтология. — 2000. — №7-8. — С. 60.

17. Обухова О.А., Орехов О.О., Цурко В.В. и др. Летальные исходы у больных среднего и пожилого возраста с ревматическими пороками сердца. // Научно-практическая ревматология. — 2003. — №1. — С. 33-35.

18. Ольбинская Л.И., Сизова Ж.М. Хроническая сердечная недостаточность. — М.: Реафарм, 2001. — 344 с.

19. Савина Н.М., Байдина О.И., Гладких А.С. и др. Особенности течения ХСН у женщин. // Тезисы VI ежегодной конференции Общества специалистов по сердечной недостаточности «Сердечная недостаточность' 2005», 7-9 декабря 2005 г., Москва. — М., 2005. — С. 50-51.

20. Синицина М.Г., Преображенский Д.В., Давыдова И.С. и др. Хроническая сердечная недостаточность у пожилых женщин: есть ли особенности в этиологии, патогенезе и течении? // Тезисы VI ежегодной конференции Общества специалистов по сердечной недостаточности «Сердечная недостаточность' 2005», 7-9 декабря 2005 г., Москва. — М., 2005. — С. 25-26.

21. Шабров А.В., Махнов А.П., Сердюков С.В. К вопросу об определении понятия хронической сердечной недостаточности. // Тезисы I Общероссийского Съезда V ежегодной Всероссийской конференции Общества специалистов по сердечной недостаточности «Сердечная недостаточность'2004». — М., 2004. — С. 31-32.

22. Шакирова Р.М., Галаявич А.С., Камалов Г.М., Галиулин А.Н. Вживаемость больных хронической сердечной недостаточностью. // Тезисы VI ежегодной конференции Общества

специалистов по сердечной недостаточности «Сердечная недостаточность' 2005», 7-9 декабря 2005 г., Москва. — М., 2005. — С. 29.

23. Щёколов В.В., Козилова Н.А., Ильченко А.М., Вергазова Э.К. Гендерные особенности течения хронической сердечной недостаточности. // Тезисы VI ежегодной конференции Общества специалистов по сердечной недостаточности «Сердечная недостаточность' 2005», 7-9 декабря 2005 г., Москва. — М., 2005. — С. 17.

24. Anker S.D., Ponicsowski P., Varney S., et al. Wasting as independent risk factor for mortality in chronic heart failure. // Lancet. — 1997. — Vol. 349. — P. 1050-1053.

25. Bonneux L., Barendregt J., Meetr K., et al. Estimating clinical morbidity due to ischemic heart disease and congestive heart failure: future rise of heart failure. // Am. J. Public Health. — 1994. — Vol. 84. — P. 20-28.

26. Brutsaert D.L., Sys S.U. Diastolic dysfunction in heart failure. // J. Cardiac Failure. — 1997. — Vol. 3. — P. 225-232.

27. Carlier J. Changes in the drug treatment of chronic congestive heart failure. // Acta Cardiol. (Brux). — 1988. — Vol. 43., N5. — P. 545-567.

28. Chatterjee K., Stern L. Vasodilatation agents in chronic heart failure. // Dan. Med. Bull. — 1983. — Vol. 30., suppl. — P. 1-9.

29. Cleland J.G.F., Swedberg K., Follath F., et al. The EuroHeart survey programme—a survey on the quality of care among patients with heart failure in Europe. Part 1: patient characteristics and diagnosis. // Eur. Heart J. — 2003. — Vol.24. — P. 442-463.

30. Congestive Heart Failure in the United States: A new epidemic, 1996. — Bethesda: U.S. Department of Health and Human Services — 1999.

31. Consensus recommendations for the management of chronic heart failure. / Packer M., Cohn J.N., Abacham W.T. et al. // Am. J. Card. — 1999. — Vol. 83. — P. 1A-38A.

32. Cowie M.R., Mosterd A., Wood D.A., et al. The epidemiology of heart failure. // Eur. Heart J. — 1997. — Vol.18. — P. 208-223.

33. Dollery C.T., Corr L. Drug treatment of heart failure. // Br. Heart J. — 1985. — Vol. 54. N3. — P. 234-242.

34. ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2008. The Task Force for the Diagnosis and Treatment of Acute and Chronic Heart Failure 2008 of the European Society of Cardiology. Developed in collaboration with the Heart Failure Association of the ESC (HFA) and endorsed by the European Society on Intensive Care Medicine (ESICM). // Eur J Heart Fail. — 2008. — Vol. 10 (10). — P. 933-989.

35. Francis G.S., Kubo S.H. Prognostic factors affecting diagnosis and treatment of congestive heart failure. // Curr. Probl. Cardiol. — 1989. — Vol. 14. N11. — P. 631-671.

36. Ho K.K., Pinsky J.L., Kannel W.B., et al. The epidemiology of heart failure. The Framingham Study. // J. Am. Coll. Cardiol. — 1993. — Vol.22. Suppl. A. — P. 6-13.

37. Kannel W. Epidemiology and prevention of cardiac failure: Framingham Study insights. // Evr. Heart J. — 1987. — Vol. 8. Suppl. F. — P. 23-26.

38. Kannel W., Belanger A. Epidemiology of heart failure. // Am. Heart J. — 1991. — Vol. 121. N1. — P. 951-957.

39. Komajda M., Follath F., Swedberg K., et al. The EuroHeart survey programme—a survey on the quality of care among patients with heart failure in Europe. Part 2: treatment. // Eur. Heart J. — 2003. — Vol.24. — P. 464-475.

40. Lindroom M., Kupari M., Titvis R. Heart failure in the aged: systolic or diastolic left ventricular dysfunction. // Eur. Heart J. — 1995. — Vol. 16., Abstr. Suppl. — P. 190.

41. McMurray J., McDonagh T., Morrison C.E., et al. Trends in hospitalization for the heart failure in Scotland 1980-1990. // Eur. Heart J. — 1993. — Vol. 14. №9. — P. 1158-1162.

42. McMurray J., Stewart S. Epidemiology, aetiology, and prognosis of heart failure. // Heart. — 2000. — Vol. 83. — P. 596-602.

43. Rettsma J.B., Mosterd A., De Craen A.J.M., et al. Increase in hospital admission rates for heart failure in the Netherlands 1980-1993. // Heart. — 1996. — Vol.76. — P.388-392.

44. Tavazzi L. Epidemiological burden of heart failure. // Heart. — 1998. — Vol.79. Suppl. S. — P.6-9.

45. Tearlink J., Goldchaber S.Z., Pfeiffer M.A. An overview of contemporary etiologies of congestive heart failure. // Am. Heart J. — 1991. — Vol. 121. №6. — P. 1852-1853.

46. Vinson J.M., Rich M.W., Sperry J.C., et al. Early readmission of elderly patients with congestive heart failure. // J. Am. Geriatr. Soc. — 1990. — Vol. 38. — P.1290-1295.

REFERENCES

1. Belenkov Y.N., Mareev V.Y., Ageev F.T. An epidemiological study of heart failure: a state issue. // Zhurnal Serdechnaya Nedostatochnost. — 2002. — Vol. 3. №2. — P. 57-58. (in Russian)
2. Belenkov Y.N., Mareev V.Y., Ageev F.T., et al. The first results of a national epidemiological study — epidemiological studies of patients with CHF in actual practice (for uptake) — AGE-O-CHF // Zhurnal Serdechnaya Nedostatochnost. — 2003. — Vol. 4. №3. — P. 116-120. (in Russian)
3. Gorbachev V.V. Circulatory failure. — Minsk: Higher School, 1999. — 590 p. (in Russian)
4. Gurevich M.A. Chronic heart failure: A Guide for Physicians. — 5th ed., Rev. and add. — Moscow: Practical Medicine, 2008. — 414 p. (in Russian)
5. Dzizinsky A.A., Fuks A.R. Congestive heart failure. — Irkutsk, 1995. — 202 p. (in Russian)
6. Zits S.V. Diagnosis and treatment of congestive heart failure. — Moscow: Honey Press, 2000. — 128 p. (in Russian)
7. Zybina N.V., Zaugolnikova O.G., Kulyagina N.V. Patients with chronic heart failure outpatient in Tyumen: gender differences. // Abstracts of the II Congress of Society for Heart Failure "Heart nedostatochnost'2007", Moscow, 5-7 December 2007. — Moscow, 2007. — P. 80-81. (in Russian)
8. Kalyagin A.N. Chronic heart failure: modern understanding of the problem. Definition and epidemiology (the message 1) // Sibirskij Medicinskij Zhurnal (Irkutsk). — 2006. — Vol. 61. №3. — P. 93-97. (in Russian)
9. Lazebnyk L.B., Drozdov V.N., Russian L.V., Gaynulin Sh.M. The reasons for readmissions of patients with chronic heart failure and cost characteristics. // Zhurnal Serdechnaya Nedostatochnost. — 2005 — V. 6. №1. — S. 19-22. (in Russian)
10. Latfullin A.S., Kamalov G.M., Galyavich A.S. Gender and age characteristics of chronic heart failure in patients who were hospitalized in therapeutic departments. // Abstracts of the II Congress of Society for Heart Failure "Heart nedostatochnost'2007", Moscow, 5-7 December 2007. — M., 2007. — P. 68. (in Russian)
11. Malaya L.T., Gorb Y.G. Congestive heart failure. — Moscow: Eksmo, 2004. — 960 p. (in Russian)
12. Mareev V.Y. The first results of epidemiological studies on heart failure. // Zhurnal Serdechnaya Nedostatochnost. — 2003. — Vol. 4. №1. — P. 17-18. (in Russian)
13. Mareev V.Y., Ageev F.T., Arutyunov G.P., et al. National guidelines PRAs, RKO and RNMOT for diagnosis and treatment of chronic heart failure (fourth revision). // Zhurnal Serdechnaya Nedostatochnost. — 2013. — Vol. 14. №7. — P. 379-472. (in Russian)
14. Makhno A. Discussion on recommendations for diagnosis and treatment of heart failure. // Zhurnal Serdechnaya Nedostatochnost. — 2003. — Vol. 4. №3. — P. 123-124. (in Russian)
15. Circumcized A.G., Vologdina I.V. Congestive heart failure. — St. Petersburg: Vita Nova, 2002. — 320 p. (in Russian)
16. Obukhova O.A., Orekhov O.O., Denisov I.M., et al. The structure of mortality of patients with rheumatic heart disease (according to a five-year clinical and anatomical observations). // Clinicheskaya Gerontologiya. — 2000. — №7-8. — P. 60. (in Russian)
17. Obukhova O.A., Orekhov O.O., Tsurko V.V., et al. Death in patients with middle and old age with rheumatic heart diseases. // Nauchno-prakticheskaya reumatologiya. — 2003. — №1. — P. 33-35. (in Russian)
18. Olbinskaya L.I., Sizova J.M. Congestive heart failure. — Moscow: Reafarm, 2001. — 344 p. (in Russian)
19. Savina N.M., Baidina O.I., Smooth A.S., et al. The course of chronic heart failure in women. // Abstracts of the VI Annual Conference of the Society of specialists in heart failure, "Heart failure" 2005, December 7-9, 2005, Moscow. — Moscow, 2005. — P. 50-51. (in Russian)
20. Sinitin M.G., Transfiguration D.V., Davydov I.S., et al. Chronic heart failure in older women: are there particular in the etiology, pathogenesis and progression? // Abstracts of the VI Annual Conference of the Society of specialists in heart failure, "Heart failure" 2005, December 7-9, 2005, Moscow. — Moscow, 2005. — P. 25-26. (in Russian)
21. Shabrov A.V., Makhno A.P., Serdyukov S.V. On the question of the definition of chronic heart failure. // I All-Russian Congress of Abstracts. V Annual Conference of the All-Russian Society for Heart Failure "Heart nedostatochnost'2004" — Moscow, 2004. — P. 31-32. (in Russian)
22. Shakirov R.M., Galyavich A.S., Kamalov G.M., Galiulin A.N. The survival rate of patients with chronic heart failure. // Abstracts of the VI Annual Conference of the Society of specialists in heart failure, "Heart failure" 2005, December 7-9, 2005, Moscow. — Moscow, 2005. — P. 17. (in Russian)
23. Schekotov V.V., Koziolova N.A., Ilchenko A.M., Vergazova E.K. Gender features of chronic heart failure. // Abstracts of the VI Annual Conference of the Society of specialists in heart failure, "Heart failure" 2005, December 7-9, 2005, Moscow. — Moscow, 2005. — P. 17. (in Russian)
24. Anker S.D., Ponicsowski P., Varney S., et al. Wasting as independent risk factor for mortality in chronic heart failure. // Lancet. — 1997. — Vol. 349. — P. 1050-1053.
25. Bonneux L., Barendregt J., Meetr K., et al. Estimating clinical morbidity due to ischemic heart disease and congestive heart failure: future rise of heart failure. // Am. J. Public. Health. — 1994. — Vol. 84. — P. 20-28.
26. Brutsaert D.L., Sys S.U. Diastolic dysfunction in heart failure. // J. Cardiac. Failure. — 1997. — Vol. 3. — P. 225-232.
27. Carlier J. Changes in the drug treatment of chronic congestive heart failure. // Acta Cardiol. (Brux). — 1988. — Vol. 43. N5. — P. 545-567.
28. Chatterjee K., Stern L. Vasodilatation agents in chronic heart failure. // Dan. Med. Bull. — 1983. — Vol. 30. Suppl. — P. 1-9.
29. Clealand J.G.F., Swedberg K., Follath F., et al. The EuroHeart survey programme—a survey on the quality of care among patients with heart failure in Europe. Part 1: patient characteristics and diagnosis. // Eur. Heart J. — 2003. — Vol. 24. — P. 442-463.
30. Congestive Heart Failure in the United States: A new epidemic, 1996. — Bethesda: U.S. Department of Health and Human Services — 1999.
31. Consensus recommendations for the management of chronic heart failure. / Packer M., Cohn J.N., Abacham W.T. et al. // Am. J. Card. — 1999. — Vol. 83. — P. 1A-38A.
32. Cowie M.R., Mosterd A., Wood D.A., et al. The epidemiology of heart failure. // Eur. Heart J. — 1997. — Vol. 18. — P. 208-223.
33. Dollery C.T., Corr L. Drug treatment of heart failure. // Br. Heart J. — 1985. — Vol. 54. N3. — P. 234-242.
34. ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2008. The Task Force for the Diagnosis and Treatment of Acute and Chronic Heart Failure 2008 of the European Society of Cardiology. Developed in collaboration with the Heart Failure Association of the ESC (HFA) and endorsed by the European Society on Intensive Care Medicine (ESICM). // Eur J Heart Fail. — 2008. — Vol. 10 (10). — P. 933-989.
35. Francis G.S., Kubo S.H. Prognostic factors affecting diagnosis and treatment of congestive heart failure. // Curr. Probl. Cardiol. — 1989. — Vol. 14. N11. — P. 631-671.
36. Ho K.K., Pinsky J.L., Kannel W.B., et al. The epidemiology of heart failure. The Framingham Study. // J. Am. Coll. Cardiol. — 1993. — Vol. 22. Suppl. A. — P. 6-13.
37. Kannel W. Epidemiology and prevention of cardiac failure: Framingham Study insights. // Eur. Heart J. — 1987. — Vol. 8. Suppl. F. — P. 23-26.
38. Kannel W., Belanger A. Epidemiology of heart failure. // Am. Heart J. — 1991. — Vol. 121. N1. — P. 951-957.
39. Komajda M., Follath E., Swedberg K., et al. The EuroHeart survey programme—a survey on the quality of care among patients with heart failure in Europe. Part 2: treatment. // Eur. Heart J. — 2003. — Vol. 24. — P. 464-475.
40. Lindroom M., Kupari M., Titvis R. Heart failure in the aged: systolic or diastolic left ventricular dysfunction. // Eur. Heart J. — 1995. — Vol. 16. Abstr. Suppl. — P. 190.
41. McMurray J., McDonagh T., Morrison C.E., et al. Trends in hospitalization for the heart failure in Scotland 1980-1990. // Eur. Heart J. — 1993. — Vol. 14. №9. — P. 1158-1162.
42. McMurray J., Stewart S. Epidemiology, aetiology, and prognosis of heart failure. // Heart. — 2000. — Vol. 83. — P. 596-602.
43. Rettsma J.B., Mosterd A., De Craen A.J.M., et al. Increase in hospital admission rates for heart failure in the Netherlands 1980-1993. // Heart. — 1996. — Vol. 76. — P. 388-392.
44. Tavazzi L. Epidemiological burden of heart failure. // Heart. — 1998. — Vol. 79. Suppl. S. — P. 6-9.
45. Tearlink J., Goldchaber S.Z., Pfeiffer M.A. An overview of contemporary etiologies of congestive heart failure. // Am. Heart J. — 1991. — Vol. 121. №6. — P. 1852-1853.
46. Vinson J.M., Rich M.W., Sperry J.C., et al. Early readmission of elderly patients with congestive heart failure. // J. Am. Geriatr. Soc. — 1990. — Vol. 38. — P. 1290-1295.

Информация об авторах: Соман Суман — аспирант, e-mail: suman_os@yahoo.com; Анкудинов Андрей Сергеевич — аспирант; Калягин Алексей Николаевич — заведующий кафедрой, д.м.н., 664046, Иркутск, а/я 62, e-mail: akalagin@mail.ru.

Information About the Authors: Soman Suman — graduate student, e-mail: suman_os@yahoo.com; Ankudinov Andrew S. — graduate student; Kalyagin Alexei — Head of Department, MD, PhD, DSc (Medicine), MBA, 664046, Russia, Irkutsk, post box 62, e-mail: akalagin@mail.ru.