АНАЛИЗ ФАКТОРОВ РИСКА ДЕКОМПЕНСАЦИИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТИЧЕСКИМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА

Калягин А.Н.

ГОУ ВПО "Иркутский государственный медицинский университет Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию"

Проблемы изучения причин прогрессирования хронической сердечной недостаточности (ХСН) и поиска путей их преодоления являются одними из центральных в современной кардиологии.

Целью нашего исследования стала оценка факторов риска (ФР) развития декомпенсации ХСН на фоне ревматических пороков сердца (РПС).

Материалы и методы. Обследовано 578 больных с РПС верифицированным по данным анамнеза, клиническим признакам и ЭхоКГ. Больные были в возрасте 25-72 лет. Критерии включения больных: наличие ХСН по Фремингемским критериям и/или критериям ОССН(2003), отсутствие активности ревматического процесса. Были выделены 2 группы: 1 – больные, у которых имеется компенсированная ХСН (I-IIа ст.) – 428 (74,0%), и 2 – больные, имеющие декомпенсированную ХСН (IIб-III ст.) – 150 (26,0%). Больные в группах сопоставимы по виду порока, возрасту.

Оценка ХСН проводилась по шкале В.Ю. Мареева (2000), тесту 6-минутной ходьбы. Среди ФР выделены биологические (пол, наследственность по анамнезу наличия у родственников пороков сердца, анемия), поведенческие и социальные (тяжёлый физический труд, низкий уровень жизни, злоупотребление алкоголем, курение, злоупотребление солью, гиподинамия), факторы окружающей среды (респираторные инфекции не реже 1 раза в год).

Вычислялись относительные (ОР) и атрибутивные (АР) риски. Статистическая обработка выполнялась критерию Мак-Нимара (разновидность критерия хи-квадрат) в программном пакете Statistica for Windows v.6.0 (StatSoft, USA). Критический уровень значимости при проверке статгипотез p=0,05.

Результаты и обсуждение. Среди больных, включенных в исследование преобладали женщины (90%). Нами не было установлено существенного значения пола для возникновения декомпенсации ХСН у больных РПС.

Наследственность, отягощённая наличием ревматизма у родственников, была достоверно зарегистрирована у 188 (32,5%) человек и преобладала в группе больных с декомпенсацией (ОР=1,5, АР=14,6%, p=0,001). Это может служить косвенным признаком, показывающим значимую роль активности ревматического процесса для прогрессирования ХСН.

Анемия была выявлена у 190 (32,9%) больных, в основном диагностировалась железодефицитная анемия, что подтверждалось данными феррокинетики. Установлено, что у декомпенсированных больных, этот показатель также значимо преобладал (ОР=1,9, АР=24,1%, p<0,001). Можно предположить, что ранняя коррекция этого биологического модифицируемого фактора послужит основой для предупреждения преждевременной декомпенсации ХСН, учитывая, что наиболее распространённой была ЖДА, то затраты на лечение окажутся относительно небольшими и эффективность его - высокой.

Тяжёлый физический труд продолжительностью не менее 5 лет в анамнезе был установлен у 96 (16,6%) больных. Показано, что этот фактор риска в группе декомпенсированных больных (ОР=2,2, p<0,001). С учётом этого необходимо уже на ранних этапах после диагностики порока сердца рекомендовать смену условий труда. Одновременно с этим и гиподинамия, которая заключалась прежде всего в предпочтении сидячего образа жизни, нежелание заниматься лечебной физкультурой или лёгкой подвижной работой до наступления декомпенсации (у больных с имеющейся декомпенсацией этот показатель выявлялся анамнестически), является важным фактором риска декомпенсации ХСН у больных с РПС (ОР=1,8, p<0,001). Необходимо проводить беседы с больными или занятия в Школах, посвящённые оптимальному двигательному режиму для данной категории больных.

Низкий уровень жизни выявлен у 119 (20,6%) больных. Этот показатель оказался незначимым для прогрессирования ХСН. По всей видимости, факторы риска накапливаются вне чёткой связи с этим показателем.

В тоже время вредные привычки – курение, злоупотребление алкоголем и солью вносят серьёзный вклад в декомпенсацию ХСН. Установлено, что курение даёт ОР=1,7 (p=0,017), алкоголь – ОР=2,4 (p=0,037), соль – ОР=1,7 (p=0,007). Представляется, что можно избрать эффективную стратегию борьбы с этими факторами среди больных.

Всего респираторные инфекции были зарегистрированы перед первичным осмотром больных нами у 179 (30,9%) человек (ОР=1,6, p=0,001). Этот показатель указывает на недостаточную работу первичного звена медико-санитарной помощи по вакцинопрофилактике, особенно среди диспансерных больных.

Таким образом, факторы риска (биологические, социальные и поведенческие, окружающей среды) играют существенную роль в развитии декомпенсации ХСН у больных с РПС.