

Влияние прогностических маркеров, оцениваемых в рутинной клинической практике, на 5-летнюю выживаемость больных хронической сердечной недостаточностью и сопутствующей хронической обструктивной болезнью легких

М.Ю. Ситникова, Т.А. Лелявина, П.А. Федотов, М.А. Трукшина, В.В. Дорофейков, Е.В. Шляхто
ФГУ «Федеральный Центр сердца, крови и эндокринологии им. В.А. Алмазова Росмедтехнологий», Санкт-Петербург, Россия

Ситникова М.Ю. — д.м.н., профессор, руководитель научно-клинического отдела сердечной недостаточности (НКО СН); Лелявина Т.А. — к.м.н., старший научный сотрудник НКО СН; Федотов П.А. — старший научный сотрудник НКО СН; Трукшина М.А. — научный сотрудник НКО СН; Дорофейков В.В. — д.м.н., заведующий научно-исследовательской лабораторией атеросклероза; Шляхто Е.В. — д.м.н., профессор, член-корр. РАМН, директор ФГУ «Федеральный Центр сердца, крови и эндокринологии им. В.А. Алмазова Росмедтехнологий».

Контактная информация: 197341 Россия, Санкт-Петербург, ул. Акkuratова, д. 2, ФГУ «Федеральный Центр сердца, крови и эндокринологии им. В.А. Алмазова Росмедтехнологий». E-mail: tatianalelyavina@mail.ru (Лелявина Татьяна Александровна).

Резюме

Цели исследования. Оценить влияние на выживаемость в течение 5 лет рутинных маркеров прогноза, в том числе методов диагностики тяжести хронической сердечной недостаточности (ХСН), содержания мозгового натрийуретического пептида (МНП) в плазме крови, интенсивности амбулаторного наблюдения у больных ХСН с сопутствующей хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ). **Материалы и методы.** Проспективное исследование 98 пациентов в возрасте 45–65 лет с ХСН и ХОБЛ, наблюдавшихся в специализированном отделении сердечной недостаточности. Оценка данных общепринятых клинико-лабораторных исследований, содержания МНП в плазме крови, толерантности к физической нагрузке, определенной с помощью теста 6-минутной ходьбы (ТШХ), клинического состояния пациентов. Все показатели вносились в базу данных, насчитывающую в конечном итоге более 450 переменных для каждого пациента. Оценка прогностической значимости исследуемых параметров осуществлялась посредством анализа корреляционных связей между выживаемостью больных и стандартными маркерами прогноза. **Результаты.** Обследовано 98 пациентов с признаками ХСН II–IV функционального класса (ФК), средний ФК — 2,6, в возрасте 45–65 ($61,0 \pm 0,8$) лет. Выживаемость за 5 лет в исследуемой группе пациентов составила 81 %. Статистический анализ не выявил каких-либо предикторов летального исхода из 450 переменных базы данных в исследуемой группе пациентов. Такие прогностические факторы, как старший возраст (в пределах 45–65 лет), пол, наличие ишемической болезни сердца (ИБС), сахарного диабета, терапия ингибиторами ангиотензин-превращающего фермента, бета-адреноблокаторами, наличие тахикардии, гипотонии, потеря в весе, повышение содержания в крови МНП, креатинина, билирубина, снижение концентрации в крови натрия и гемоглобина, а также снижение фракции выброса левого желудочка, нарушение диастолической функции левого желудочка на 5-летнюю выживаемость больных среднего возраста с ХСН и ХОБЛ влияния не оказали. **Вывод.** На фоне адекватной, индивидуально подобранной в соответствии с современными стандартами терапии, в условиях активного регулярного наблюдения кардиологом-специалистом по сердечной недостаточности за больными ХСН и ХОБЛ прогностические маркеры, оцениваемые в рутинной клинической практике, на выживаемость пациентов в течение 5 лет влияния не оказывают.

Ключевые слова: прогноз, хроническая сердечная недостаточность, хроническая обструктивная болезнь легких, амбулаторное наблюдение, кардиолог-специалист по сердечной недостаточности.

Risk stratification in ambulatory patients with heart failure and chronic obstructive pulmonary disease: evaluation of predictive value of standard prognostic markers for 5-years survival

M.Y. Sitnikova, T.A. Lelyavina, P.A. Fedotov, M.A. Trukshina, V.V. Dorofeykov, E.V. Shlyakhto

Corresponding author: 197341 Russia, St Petersburg, 2 Akkuratova st., Almazov Federal Heart, Blood and Endocrinology Centre. E-mail: tatianalelyavina@mail.ru (Lelyavina Tatiana, senior researcher at the research department of heart failure).

Abstract

The purpose of the study was to assess the predictive value of standard prognostic markers in ambulatory patients with heart failure (HF) and chronic obstructive pulmonary disease (COPD) discharged after heart failure hospitalization. We used prospectively collected information, including medical history, physical examination, 6-minute walking test, chest X-ray, electrocardiogram, echocardiography, blood test (including brain natriuretic peptide (BNP)) (totally 450 variables) in 98 hospitalized patients 45–65 years old (mean age $61 \pm 0,8$ years), 75 men with NYHA class HF II–IV, COPD 2–4 stage. After hospital discharge all patients were followed up by cardiologists specialized in HF for a mean period of 5 years. Correlation analysis was used to assess the predictive value of standard prognostic markers. 5-year survival was 81 %. Prognostic markers including older age, ischemic aetiology of HF, diabetes mellitus, angiotensine converting enzyme-inhibitors and β -blockers therapy, tachycardia, low blood pressure, low body mass index, marked elevation of BNP, creatinine, bilirubin, anemia, hyponatremia, low left ventricular ejection fraction, restrictive mitral filling pattern had no influence on 5-year survival in HF patients with COPD.

Key words: prognosis, heart failure, chronic obstructive pulmonary disease, out-patient monitoring, cardiologist specialized in heart failure.

Статья поступила в редакцию: 04.04.09. и принята к печати: 17.04.09.

Введение

Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) характеризуется широкой распространенностью и неблагоприятным прогнозом. Согласно результатам Фремингемского исследования частота впервые установленных диагнозов ХСН составила 2,5–2,7 на 1000 всех обращений в год [1]. Сердечная недостаточность (СН) встречается у 1 % населения в возрасте 50–59 лет; с увеличением возраста ее распространенность растет, достигая 10 % среди населения в возрасте 80–89 лет [2]. По результатам национального эпидемиологического исследования ЭПОХА–О–ХСН в России имеется не менее 6 млн. больных ХСН и ежегодно развивается около 0,5 млн. новых ее случаев.

Приблизительные показатели годичной смертности составляют 10–12 % при ХСН I функционального класса (ФК), 20–25 % — II ФК, до 40 % — III ФК, 66 % — IV ФК [3].

Основными направлениями лечения ХСН являются многокомпонентная лекарственная терапия и поддержка адекватной гемодинамики с помощью технических средств или пересадки сердца. На ранних этапах заболевания тактика основана на своевременном назначении адекватных доз рекомендованных препаратов, соблюдении режима физической активности, обучении пациентов и их родственников. У больных с III–IV ФК ХСН лечащий врач должен регулярно оценивать возможность имплантации ресинхронизирующих устройств, кардиовертеров, а у пациентов, стоящих на грани терминальной стадии заболевания, — оценивать показания для пересадки сердца или имплантации искусственного левого желудочка. Знание четких прогностических критериев при данной патологии необходимо для своевременного и правильного выбора терапевтической тактики.

Признанные в настоящее время стандартные прогностические маркеры представлены в табл. 1 [4].

Таблица 1

ФАКТОРЫ РИСКА НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ИСХОДА У ПАЦИЕНТОВ С ХСН

Демография/ анамнез	Клиника	ЭКГ	ТФН	Лабораторные данные	Гемодинамика
- Старший возраст - ИБС - После ВС - Низкий комплайнс - СД - Анемия - ХОБЛ - Депрессия - Дисфункция почек	- Постоянно низкое АД - ФК III–IV - Недавняя госпитализация в связи с ХСН - Стеноз клапана Ао - Тахикардия - Хрипы в легких - Нарушения дыхания во время сна - Низкий ИМТ	- Широкий QRS - Высокая ЧСС - Зубцы Q - ГЛЖ - ЖТ - ФП - Альтерация зубца Т - Низкая ВСР	- VO2 max < 10-14 мл/кг мин - Малая дистанция ТШХ - Высокое VE/VC02 - Периодическое дыхание	- Значимое повышение МНП или NT-proMNP - ↓ натрия - ↑ тропонина, ↑ биомаркеров - нейрогуморальная активация ↑ Креатинина, ↑ билирубина, ↑ МК, Hb < 120,	- ФВ ЛЖ ↑ объема ЛЖ - Низкий СИ - Высокое давление заполнения ЛЖ - Рестриктивный тип трансмитрального кровотока, - легочная гипертензия, - дисфункция ПЖ

Примечания: ИБС — ишемическая болезнь сердца; ВС — внезапная смерть; СД — сахарный диабет; ХОБЛ — хроническая обструктивная болезнь легких; АД — артериальное давление; ФК — функциональный класс; ХСН — хроническая сердечная недостаточность; Ао — аорта; ИМТ — индекс массы тела; ЧСС — частота сердечных сокращений; ГЛЖ — гипертрофия левого желудочка; ЖТ — желудочковая тахикардия; ФП — фибрилляция предсердий; ВСР — варибельность сердечного ритма; ТШХ — тест с шестиминутной ходьбой; ЛЖ — левый желудочек; МНП — мозговой натрийуретический пептид; Hb — гемоглобин; МК — мочевая кислота; ФВЛж — фракция выброса левого желудочка; СИ — минутный индекс; ПЖ — правый желудочек.

Сочетание ХСН и ХОБЛ является прогностически неблагоприятным вследствие взаимного патогенетического отягощения [5]. Важность рассмотрения вопросов, связанных с совместным течением ХСН и ХОБЛ, обусловлена высокой распространенностью этих патологических состояний в общей популяции. Так, по данным отечественных и зарубежных авторов [6–8], при исследовании функции внешнего дыхания (ФВД) встречаемость ХОБЛ у пациентов с ХСН составляет 40–65 % в группе риска развития ХОБЛ. Наличие у пациента с ХСН сопутствующей ХОБЛ является независимым фактором риска сердечно-сосудистых событий [9].

В дополнение к показателям, перечисленным в табл. 1, в качестве прогностических маркеров можно назвать содержание мозгового натрийуретического пептида (МНП) в плазме крови и интенсивность амбулаторного наблюдения за пациентами с ХСН [10–12]. Исходя из нашего опыта и по данным литературы, обучение больных ХСН основам терапии сердечной недостаточности и элементарным навыкам самоконтроля играет немаловажную роль в улучшении прогноза пациентов [13–14]. В отношении наблюдения больных ХСН медицинскими сестрами литературные данные разноречивы [15–17]: по результатам некоторых исследований наблюдение и обучение больных средним медицинским персоналом способствует снижению числа повторных госпитализаций [15], в большинстве случаев подобный контроль работниками среднего звена не приводит к снижению частоты повторных госпитализаций и улучшению выживаемости [16–18]. По данным зарубежных исследователей [15] и по результатам российской программы ШАНС [19] регулярное врачебное наблюдение за больными ХСН позволяет снизить частоту госпитализаций и летальность пациентов. По нашему мнению [12–14], а также по данным других исследователей [15, 18], обучение и контроль состояния пациентов с ХСН должен осуществлять кардиолог-специалист по сердечной недостаточности.

Исходя из этого, настоящее исследование принято с целью оценки значимости вышеуказанных маркеров прогноза на фоне активного интенсивного наблюдения кардиологом-специалистом по сердечной недостаточности больных среднего возраста с ХСН и ХОБЛ в течение 5 лет.

Цели исследования

Оценить влияние на выживаемость в течение 5 лет стандартных маркеров прогноза у больных ХСН и сопутствующей ХОБЛ.

Материалы и методы

Проведено проспективное исследование с участием 98 больных среднего возраста с ХСН II–IV ФК и ХОБЛ 2–4 стадии, пролечившихся в кардиологическом отделении ФГУ ФЦСКЭ, наблюдавшихся после выписки из стационара кардиологом-специалистом по сердечной недостаточности. *Критериями включения* в исследование были: средний возраст 45–65 лет, ХСН II–IV ФК, добровольное согласие пациентов на исследование,

наличие сопутствующей ХОБЛ, способность выполнять тест 6-минутной ходьбы (ТШХ). *Критерии исключения* из исследования: инфаркт миокарда, перенесенный в течение последних 3 месяцев, острое нарушение мозгового кровообращения в течение последних 6 месяцев, гемодинамически значимые клапанные пороки, выраженные интеллектуально-мнестические нарушения, клинически выраженные онкологические заболевания. *Ход исследования.* Пациенты в течение 2-х недель в условиях стационара в соответствии со стандартами получали: базовую терапию ХСН, включающую ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента (АПФ), антагонисты рецепторов к ангиотензину II (АРА), β -адреноблокаторы (β -АБ), антагонисты альдостерона, диуретики, сердечные гликозиды, и базовую терапию ХОБЛ, включающую бронхолитические препараты (тиотропиума бромид) и ингаляционные глюкокортикостероиды (беклометазона дипропионат) по показаниям. После стабилизации состояния (накануне выписки) проводились запланированные исследования. После выписки больные наблюдались кардиологом-специалистом по сердечной недостаточности, которым осуществлялся активный регулярный (один раз в две–четыре недели, при необходимости чаще) контроль состояния и терапии пациентов. Наблюдение с регистрацией летальных исходов осуществлялось в течение 5 лет (55 ± 8 месяцев в среднем). В течение времени наблюдения хирургическое, в том числе электрофизиологическое, лечение заболеваний сердца больным не проводилось. По окончании 5-летнего периода проводили оценку прогностической значимости исследуемых показателей. *Методы исследования.* Клинический метод: оценивали жалобы, анамнез, наследственность по сердечно-сосудистым заболеваниям (ССЗ), данные физикального обследования. Стадию ХСН и ФК в соответствии с классификацией Общества специалистов по сердечной недостаточности ОССН (2007) [20]. Клиническое состояние больных оценивали при помощи шкалы R. Cody, модифицированной В.Ю. Мареевым (ШОКС) [21]. Эхокардиографическое исследование проводили на приборе «VING MED-CFM 800» (Норвегия): оценивали размеры полостей, толщину стенок и ФВлж. Толерантность к физической нагрузке оценивали при помощи ТШХ. Концентрацию МНП в плазме крови определяли иммунохемилюминисцентным методом. Результаты обследований вносили в базу данных, насчитывающую 450 переменных для каждого пациента. Первичные данные подвергали обработке на PC Pentium IV при помощи пакета программ Statistica ver. 7. Прогностическую значимость переменных оценивали путем анализа корреляционной зависимости продолжительности жизни больных и стандартных прогностических маркеров, входящих в вышеуказанную базу данных. Клинико-лабораторные показатели представлены в виде средних значений и стандартной ошибки среднего ($M \pm m$).

Результаты

Обследовано 98 пациентов с признаками ХСН II–IV ФК и сопутствующей ХОБЛ 2–4 стадии, наблюдавшихся

Таблица 2

ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОВ
ИССЛЕДУЕМОЙ ГРУППЫ

Показатель	Характеристика
Количество больных, n	98
Возраст, лет	61 ± 0,8 (45–65)
Мужчины, n (%)	75
Время наблюдения, месяцы	55 ± 8
Кем осуществлялось наблюдение на амбулаторном этапе	Кардиолог-специалист по сердечной недостаточности
Интенсивность амбулаторного наблюдения	Активный контакт каждые 2–4 недели
Выживаемость за период наблюдения, %	81
Показатели, характеризующие выраженность ХСН	
ФК ХСН (NYHA), M ± m	2,6 ± 0,5
Фракция выброса левого желудочка (ФВлж), M ± m, (%)	40,8 ± 0,3
Дистанция ТШХ, M ± m (min — max), метры	356 ± 3 (110–577)
Результат оценки клинического состояния, баллы	3,9 ± 0,3
Фоновая патология сердечно-сосудистой системы	
Гипертоническая болезнь, n (%)	91 (92)
ИБС, n (%)	81 (82)
ИМ в анамнезе, n (%)	63 (63)
Фибрилляция предсердий, n (%)	28 (28)
Сопутствующая патология	
Сахарный диабет, n (%)	7 (7)
Цереброваскулярная болезнь, n (%)	50 (50)
Заболевания суставов, n (%)	21 (21)
ХОБЛ, n (%)	98 (100)
Выраженность ХОБЛ, стадия	2,1 ± 0,5
Хроническая болезнь почек, n (%)	25 (25)
Заболевания желудочно-кишечного тракта, n (%)	20 (20)
Анемия, n (%)	1 (1)
Курение, n (%)	73 (73)
Лабораторные показатели	
Концентрация МНП в плазме, M ± m (min — max), пг/мл	413,0 ± 3,7 (53–4000)
Гемоглобин, (min — max), г/дл	145 ± 3 (112–153)
Креатинин, (min — max), мг/дл	99,9 ± 2,0 (67–170)
Натрий сыворотки крови, (min — max), мг/л	143 ± 1 (137–160)
Медикаментозная терапия больных при выписке из стационара	
иАПФ, n (%)	93 (94)
β-блокаторы, n (%)	88 (89)
Диуретики, n (%)	81 (82)
Спиронолактон, n (%)	62 (62)
Антагонисты рецепторов к ангиотензину II, n (%)	7 (7)
Нитраты, n (%)	55 (55)
Блокаторы медленных кальциевых каналов, n (%)	25 (25)
Медикаментозная терапия больных на амбулаторном этапе	
иАПФ, n (%)	93 (94)
β-блокаторы, n (%)	88 (89)
Диуретики, n (%)	81 (82)
Спиронолактон, n (%)	62 (62)
Антагонисты рецепторов к ангиотензину II, n (%)	7 (7)

Примечания: ХСН — хроническая сердечная недостаточность; ФК ХСН — функциональный класс ХСН; ИБС — ишемическая болезнь сердца; ИМ — инфаркт миокарда; ФВлж — фракция выброса левого желудочка; ТШХ — тест шестиминутной ходьбы; МНП — мозговой натриуретический пептид; ХОБЛ — хроническая обструктивная болезнь легких; иАПФ — ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента.

в ФГУ «Федеральный Центр сердца, крови и эндокринологии имени В.А. Алмазова Росмедтехнологий» в 2004–2008 гг.

Возраст больных составил в среднем 61,0 ± 0,8 года. Основные клинические и демографические характеристики исследуемых больных представлены в табл. 2.

Все пациенты, участвующие в настоящем исследовании, прошли обучение в госпитальной школе для больных с ХСН кардиологом-специалистом по сердечной недостаточности, неоднократно в индивидуальном порядке проводились беседы с пациентами о важности самоконтроля при ХСН.

В течение 5 лет в исследуемой группе скончалось 19 пациентов. Структура летальности представлена в табл. 3.

Таблица 3

СТРУКТУРА ЛЕТАЛЬНОСТИ В ИССЛЕДУЕМОЙ
ГРУППЕ БОЛЬНЫХ

Причины летальности	ХСН + ХОБЛ, n = 98
ИМ, n (%)	5 (5%)
ЖТ, n (%)	3 (3%)
ХСН, n (%)	5 (5%)
Внезапная коронарная смерть, n (%)	3 (3%)
Причина не известна, n (%)	3 (3%)
Общее число, n (%)	19 (19%)

Примечания: ХСН — хроническая сердечная недостаточность; ХОБЛ — хроническая обструктивная болезнь легких; ИМ — инфаркт миокарда; ЖТ — желудочковая тахикардия.

Для оценки связи изучаемых переменных с продолжительностью жизни был проведен корреляционный анализ, который не выявил каких-либо предикторов летального исхода в исследуемой группе пациентов ($r_{\min} - r_{\max} = 0,01 - 0,41$, $p < 0,05$). Стандартные прогностические факторы, такие как старший возраст (в пределах 45–65 лет), пол, наличие ИБС, сахарного диабета, терапия иАПФ, β-АБ, наличие тахикардии, более низкое артериальное давление, потеря в весе, повышение содержания в крови МНП, креатинина, билирубина, более низкая концентрация в крови натрия и гемоглобина, а также снижение фракции выброса левого желудочка (ФВлж), изменение показателей времени изоволюметрического расслабления и соотношения скоростных показателей трансмитрального кровотока (Е/А) на 5-летнюю выживаемость больных среднего возраста с ХСН и ХОБЛ влияния не оказали.

Обсуждение

Настоящее исследование длилось с 2004 по 2008 год, в период, когда уже были доказаны и стандартизованы методы лечения как ХСН, так и ХОБЛ [4, 22–24]. Вследствие этого все пациенты получали максимально адекватную, индивидуально подобранную терапию данных патологических состояний в соответствии с современными стандартами и рекомендациями.

Выживаемость в течение 5 лет больных среднего возраста с клинически выраженной ХСН (средний ФК ХСН — 2,6) и сопутствующей ХОБЛ (средняя степень

тяжести — 2,1) составила 81 %. В сравнении с данными о продолжительности жизни пациентов с ХСН, полученными другими исследователями, этот показатель достаточно высок [3, 4, 22, 25].

Ранее [12] нами были получены подобные данные о 5-летней выживаемости больных с ХСН. Сотрудниками НКО в 1998–2005 гг. наблюдалось 158 пациентов с ХСН II–IV ФК СН, (в среднем — 2,8); ФВлж в среднем составила 36 %, ХОБЛ диагностирована лишь у 20 % больных, выживаемость за 5 лет составила 75 %. Все пациенты также интенсивно наблюдались специалистами по сердечной недостаточности и получали соответствующую стандартам и рекомендациям терапию.

Как уже упоминалось ранее, по данным Фремингемского исследования 5-летняя выживаемость мужчин в среднем составляла 38 %, а женщин — 58 % [3]. По данным Л.Г. Воронкова и соавт. (2003), доля выживших среди 390 пациентов в возрасте от 20 до 75 лет (в среднем — $52,0 \pm 0,5$ года) с ХСН (средний ФК ХСН — 2,9) составила за 5 лет 48 %. Средний возраст пациентов в нашем исследовании был выше ($61,0 \pm 0,8$ года), но продолжительность жизни больных была несравненно больше. Чем можно объяснить данное несоответствие? Возможно, интенсивностью амбулаторного наблюдения, а также тем, что наблюдение за больными, участвующими в настоящем исследовании, вел кардиолог-специалист по сердечной недостаточности. В исследовании Л.Г. Воронкова наблюдение за 390 больными с ХСН на амбулаторном этапе осуществлялось терапевтами поликлиник. Амбулаторная терапия этих больных была неизвестна, посредством телефонного опроса проводилась лишь оценка продолжительности жизни с момента выписки из стационара. Пациенты были выписаны из стационара на 10–14 день после стабилизации ХСН под наблюдение участковых врачей районных поликлиник, аналогом которых в мировой медицине является служба врачей общей практики. Уровень помощи, оказываемый врачами общей практики пациентам с ХСН, остается невысоким и в Европе, и в Северной Америке [26]. Такие факторы, как многокомпонентная терапия, требующая титрации доз β -АБ, иАПФ и диуретиков, необходимость многократных биохимических тестов в организационном плане представляют определенную сложность для амбулаторной службы.

В нашем исследовании не было выявлено достоверной корреляционной связи между продолжительностью жизни пациентов и терапией иАПФ и β -АБ. Это объясняется тем, что состояние и самочувствие пациентов регулярно контролировалось, все пациенты получали индивидуально подобранное адекватное лечение, при появлении начальных признаков декомпенсации сердечной недостаточности терапия корректировалась незамедлительно. Все пациенты были обучены в госпитальной школе для больных с ХСН, имели высокую приверженность к лечению и обладали необходимыми навыками самоконтроля, что повышало качество наблюдения и лечения данных пациентов.

В этой статье мы не анализировали связь между продолжительностью жизни пациентов и показателями ФВД, газового состава крови, тяжести ХОБЛ. Это планируется в будущем.

Ограничения исследования

У больных исследуемой группы не проводился скрининг на наличие депрессивных состояний, анемия была диагностирована у одного пациента, индекс массы тела (ИМТ) ниже 20 зарегистрирован у трех человек. Сравнительно малое количество больных с анемией и снижением массы тела могло отразиться на результатах анализа прогностической значимости переменных. В рутинной клинической практике показатели поглощения кислорода, вентиляторный эквивалент по углекислому газу, как правило, не оцениваются. В связи с этим мы не проводили эргоспирометрические исследования. Также у обследованных больных не оценивались содержание тропонина в крови, показатели вариабельности сердечного ритма.

Таким образом, на фоне адекватной, индивидуально подобранной в соответствии с современными стандартами терапии, в условиях активного регулярного наблюдения кардиологом-специалистом по сердечной недостаточности за больными ХСН и ХОБЛ общепринятые доказанные прогностические маркеры на выживаемость пациентов в течение 5 лет влияния не оказывают. Один из основных выводов данной работы заключается в следующем: за больными с ХСН, их состоянием и текущей медикаментозной терапией, независимо от их возраста и характера сопутствующей патологии, необходимо постоянное, регулярное, тщательное наблюдение, которое должно осуществляться кардиологом-специалистом по сердечной недостаточности. Это способствует увеличению продолжительности жизни больных. Возможно, о необходимости постоянного, регулярного врачебного контроля состояния и терапии пациентов с ХСН целесообразно упомянуть в существующих стандартах и рекомендациях по диагностике и лечению данного патологического состояния.

Выводы

На фоне адекватной, индивидуально подобранной в соответствии с современными стандартами терапии, в условиях активного регулярного наблюдения кардиологом-специалистом по сердечной недостаточности за больными ХСН и ХОБЛ прогностические маркеры, оцениваемые в рутинной клинической практике, на выживаемость пациентов в течение 5 лет влияния не оказывают.

Литература

1. Kannel W.B. Epidemiology and prevention of cardiac failure: Framingham Study insights // *Eur. Heart J.* — 1987. — Vol. 8, № 23 (Suppl F). — P. 6.
2. Congestive Heart Failure in the United States: A new epidemic. Data Facts Sheets. Bethesda, Md. National Heart, Lung and Blood Institute.
3. Cowie M.R. The epidemiology of heart failure // *Eur. Heart J.* — 1997. — Vol. 18, № 2. — P. 208–223.
4. Guidelines for diagnosis and treatment of Acute and Chronic heart failure 2008 // *Eur. Heart J.* — 2008. doi: 10.1093/eurheartj/ehl309.

5. Curkendall S.M., deLuise C., Jones J.K., Lanes S. et al. Cardiovascular Disease in Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease, Saskatchewan Canada: Cardiovascular Disease in COPD Patients // *Ann. Epidemiol.* — 2006. — Vol. 16, Issue 1. — P. 63–70.
6. Федотов П.А. Динамика клинических проявлений сердечной недостаточности у больных с сопутствующим хроническим бронхитом в ходе стандартной терапии // *Бюлл. ННИК.* — 2005. — Т. 3, № 1. — С. 167–170.
7. Оптимальное применение ингибиторов ангиотензин-превращающего фермента и бета-адреноблокаторов при лечении больных хронической сердечной недостаточностью. Пособие для врачей. СПб, 2005. — С. 35.
8. Kjølner E., Køber L., Iversen K., Torp-Pedersen. C. on behalf of the Trace Study Group. Importance of chronic obstructive pulmonary disease for prognosis and diagnosis of congestive heart failure in patients with acute myocardial infarction. European Society of Cardiology // *Eur. J. Heart Fail.* — 2004. — Vol. 6, Issue 1. — P. 71–77.
9. Sin D.D., Man S.F.P. Are Patients With Chronic Obstructive Pulmonary Disease at Increased Risk of Cardiovascular Morbidity and Mortality? // *Cardiovasc. Rev. Rep.* — 2004. — Vol. 25, № 4. — P. 168–170.
10. Ситникова М.Ю., Лелявина Т.А., Дорофейков В.В. Способ прогнозирования выживаемости пациентов старческого возраста с хронической сердечной недостаточностью. Приоритетная справка Роспатента от 09.07.2007, пер. №2007126115.2.
11. Shlyakhto E., Sitnikova M., Lelyavina T. The Age-BNP Survival Model: Prediction of survival in old (>75 years) patients with heart failure // *Circulation.* — 2008. — Vol. 117, № 19. — P. 486.
12. Sitnikova M., Ivanov S., Krasnova O., Shlyakhto E. Interaction between the ACE polymorphism genes (insertion/deletion) and the particular clinical features of congestive heart failure, structural and functional indexes of the heart and mortality. // *Circulation.* — 2008. — Vol. 117, № 19. — P. 487.
13. Sitnikova M.Yu., Lelyavina T.A., Shlyakhto E.W. et al. Diagnosis and prognosis of hospitalized elderly heart failure patients // *J. Heart Fail.* — 2006. — Vol. 7, № 2. — P. 85–87.
14. Ситникова М.Ю., Лелявина Т.А., Шляхто Е.В. и др. Эффективность и прогностическая ценность методов диагностики тяжести хронической сердечной недостаточности у пациентов разного возраста // *Артериальная гипертензия.* — 2008. — Т. 14, № 1. — С. 5–11.
15. Rumsfeld J.M. Heart failure disease management works, but will it succeed? // *Eur. Heart J.* — 2004. — Vol. 25, № 18. — P. 1565–1567.
16. Gonseth J. The effectiveness of disease management programmes in reducing hospital readmission in older patient with heart failure: a systematic review and meta-analysis of published reports // *Eur. Heart J.* — 2004. — Vol. 25, № 18. — P. 1570–1595.
17. Cline C.M. A cost effective management programme for heart failure reduced hospitalization // *Heart.* — 1998. — Vol. 80, № 9. — P. 442–446.
18. Gustafsson F. Heart failure clinics and outpatient management: review of evidence and call for quality assurance // *Eur. Heart J.* — 2004. — Vol. 25, № 18. — P. 1596–1604.
19. Агеев Ф.Т., Мареев В.Ю., Середенина Е.М. Перспективы внедрения специализированных форм активного амбулаторного ведения больных с сердечной недостаточностью: структура, методика и предварительные результаты российской программы «Шанс».
20. Мареев В.Ю., Агеев Ф.Т., Арутюнов Г.П. и др. Национальные рекомендации по диагностике и лечению ХСН (второй пересмотр) // *Журн. Сердечная Недостаточность.* — 2007. — Т. 8, № 2. — С. 1–35.
21. Cody R.J. Clinical trials of diuretic therapy in heart failure: research direction and clinical considerations // *J. Am. Coll. Cardiol.* — 1993. — Vol. 22. — P. 165A–171A.
22. Guidelines for the diagnosis and treatment of Chronic Heart Failure: full text (update 2005). European Society Of Cardiology.
23. Standards for the diagnosis and treatment of patients with COPD // *Eur. Respir. J.* — 2004. — Vol. 23. — P. 932–946.
24. Standards for the diagnosis and treatment of patients with COPD // *Eur. Respir. J.* 2006.
25. Воронков Л.Г., Яновский Г.В., Устищенко Е.В. и др. Предикторы 5-летней выживаемости больной и индивидуальное прогнозирование течения клинически манифестированной сердечной недостаточности // *Украинская медицина.* — 2003. — Vol. 38, № 6. — С. 106–109.
26. Remme W.J., McMurray J.J.V., Hobbs F.D.R. et al. Awareness and perception of heart failure among European cardiologists, internists, geriatricians and primary care physicians // *Eur. Heart J.* — 2008. doi:10.1093/eurheartj/ehn196.
27. Mahjoub H., Rusinaru D., Souliere V. et al. Long-term survival in patients elderly than 80 years hospitalized for heart failure. A 5-year prospective study // *Eur. J. Heart Fail.* — 2008. — Vol. 10. — P. 78–84.