



Проблема сердечной недостаточности в мире и РФ

Академик РАН Бойцов С.А.

Генеральный директор ФГБУ «НМИЦ кардиологии» Минздрава России

ESC 2021: определение сердечной недостаточности

Сердечная недостаточность – это не отдельный диагноз, а клинический синдром, включающий основные жалобы/симптомы (одышку, отеки лодыжек, усталость), которые могут сопровождаться также другими клиническими признаками (повышенным давлением в яремных венах, хрипами в легких, выраженными периферическими отеками и др.).

Данные проявления являются следствием структурных и/или функциональных изменений сердца, которые приводят к повышенному внутрисердечному давлению и/или неадекватному сердечному выбросу в покое и/или во время нагрузки

Сердечная недостаточность – это не отдельный диагноз, а клинический синдром

как следствие:

- неполная и противоречивая информация в МКБ-10
- различия в подходах к кодированию ХСН в клинических и патологоанатомических диагнозах

как результат:

- мы точно знаем, что ХСН очень значимая причина смерти, но мы не знаем каков точный масштаб этой проблемы
- кодируем, как правило, ИБС, деньги получаем за лечение ИБС, а фактически лечим ХСН, что не позволяет правильно планировать оказание медицинской помощи и неприемлемо в условиях внедрения КР

Дифференциация ХСН по величине ФВ в науке и на практике с 90-х годов. В МКБ-11 - с начала 2020 г.

МКБ-10

I50 Застойная сердечная недостаточность

Болезнь сердца застойного характера
Правожелудочковая недостаточность (вторичная по отношению к левожелудочковой сердечной недостаточности)

I50.1 Левожелудочковая недостаточность

Сердечная астма
Левосторонняя сердечная недостаточность
Отек легкого
Легочный отек с упоминанием болезни сердца или сердечной недостаточности

I50.9 Сердечная недостаточность неуточненная

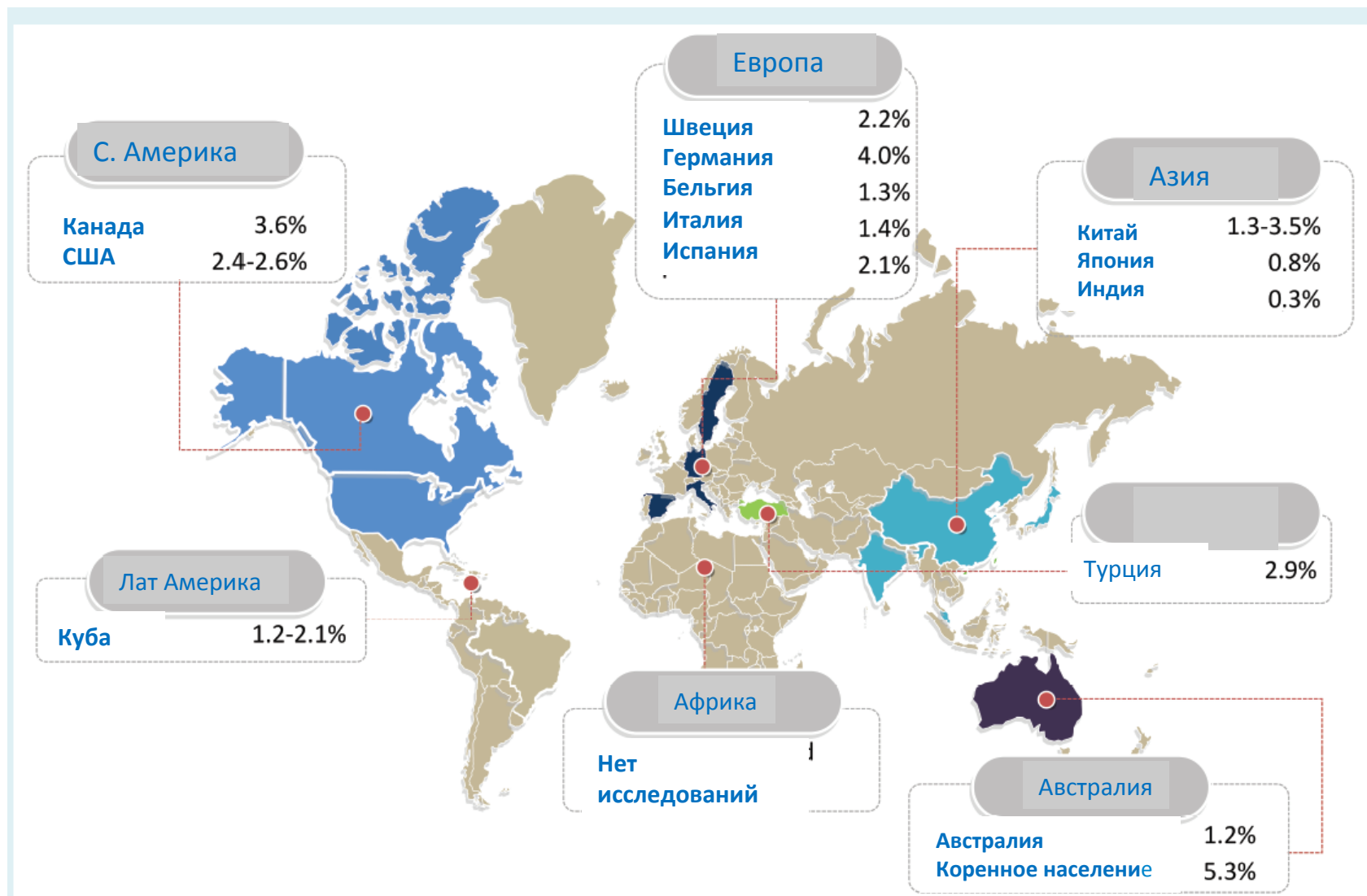
МКБ-11

BB80 Congestive heart failure
BB80.1 Biventricular failure
BB80.Y Other specified congestive heart failure
BB80.Z Congestive heart failure, unspecified

BB81 Left ventricular failure
BB81.1 Left ventricular failure with preserved ejection fraction
BB81.2 Left ventricular failure with reduced ejection fraction

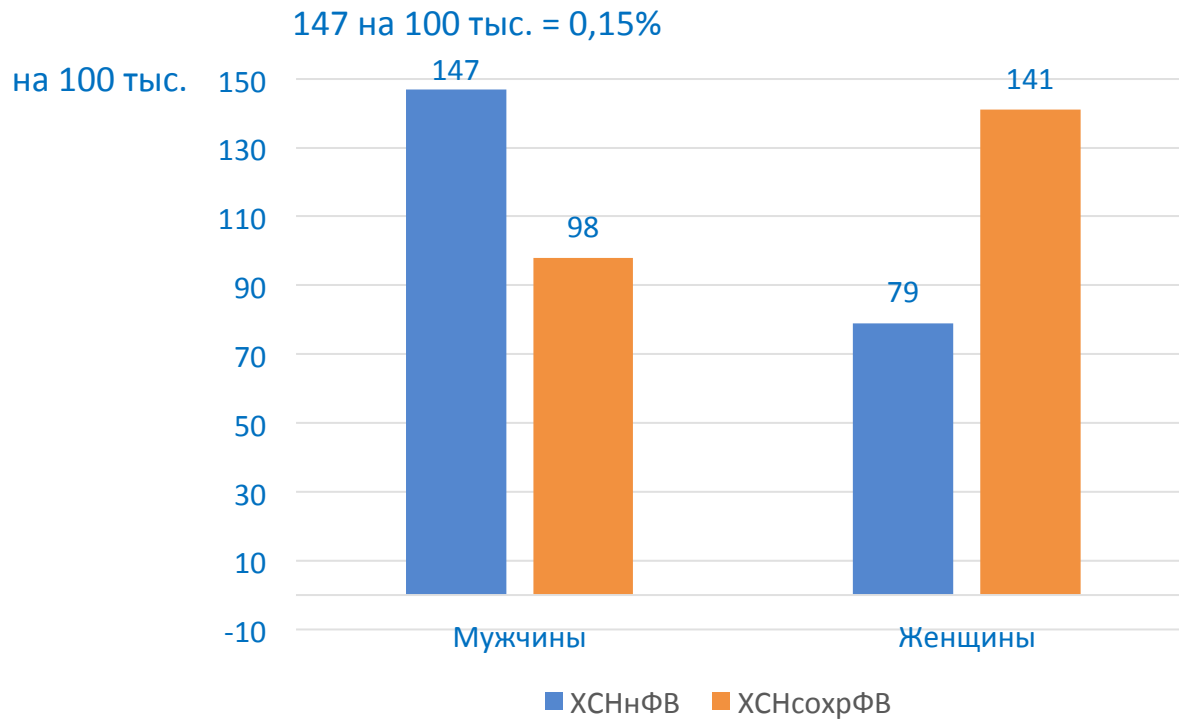
BB81.Z Left ventricular failure, unspecified
BB82 High output syndromes
BB83 Right ventricular failure
BB8Y Other specified heart failure

Распространенность ХСН по данным популяционных исследований в странах мира варьирует от 0,3% до 5,3%



Обратное соотношение частоты ХСНнФВ и ХСНсохрФВ у мужчин и женщин

США, Миннесота, Графство Ольмстед
(население 140,000; больных с ХСН 2762 человека; 2000-2010 гг.)

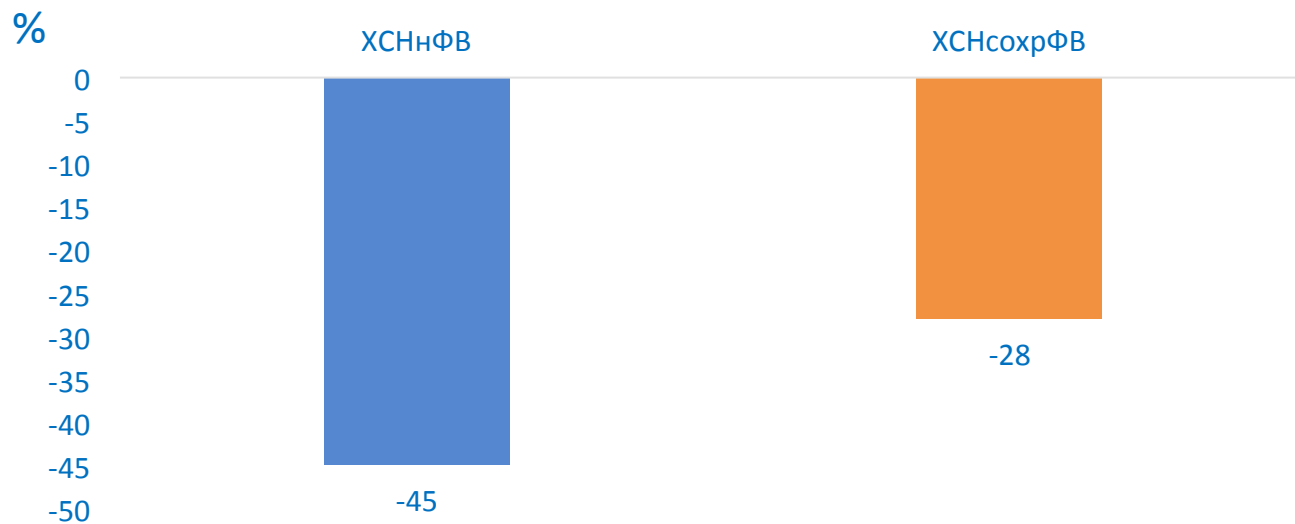


Возможные причины различий:

- в отношении ХСНнФВ - большая частота ПИКС у мужчин
- в отношении ХСНсохрФВ - большая продолжительность жизни у женщин (АГ, СД, ХБП)

Более выраженное снижение распространенности ХСНнФВ в течение 10 лет

США, Миннесота, Графство Ольмстед
(население 140,000; больных с ХСН 2762 человека; 2000-2010 гг.)

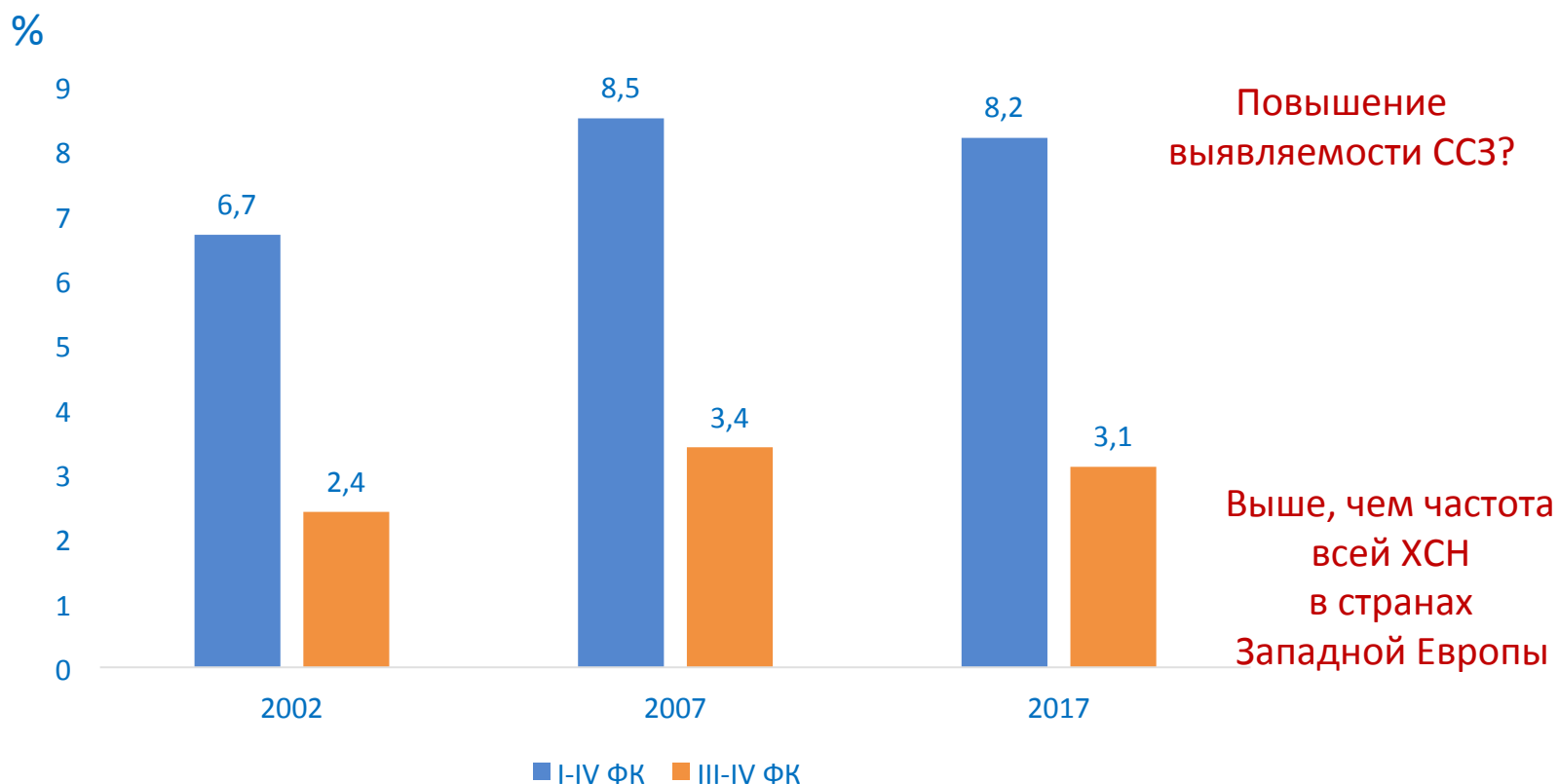


Разница в степени снижения обусловлена:

- большей эффективностью профилактики причинных заболеваний в отношении ХСНнФВ
- ростом распространенности факторов риска и увеличением продолжительности жизни у больных с ХСНсФВ

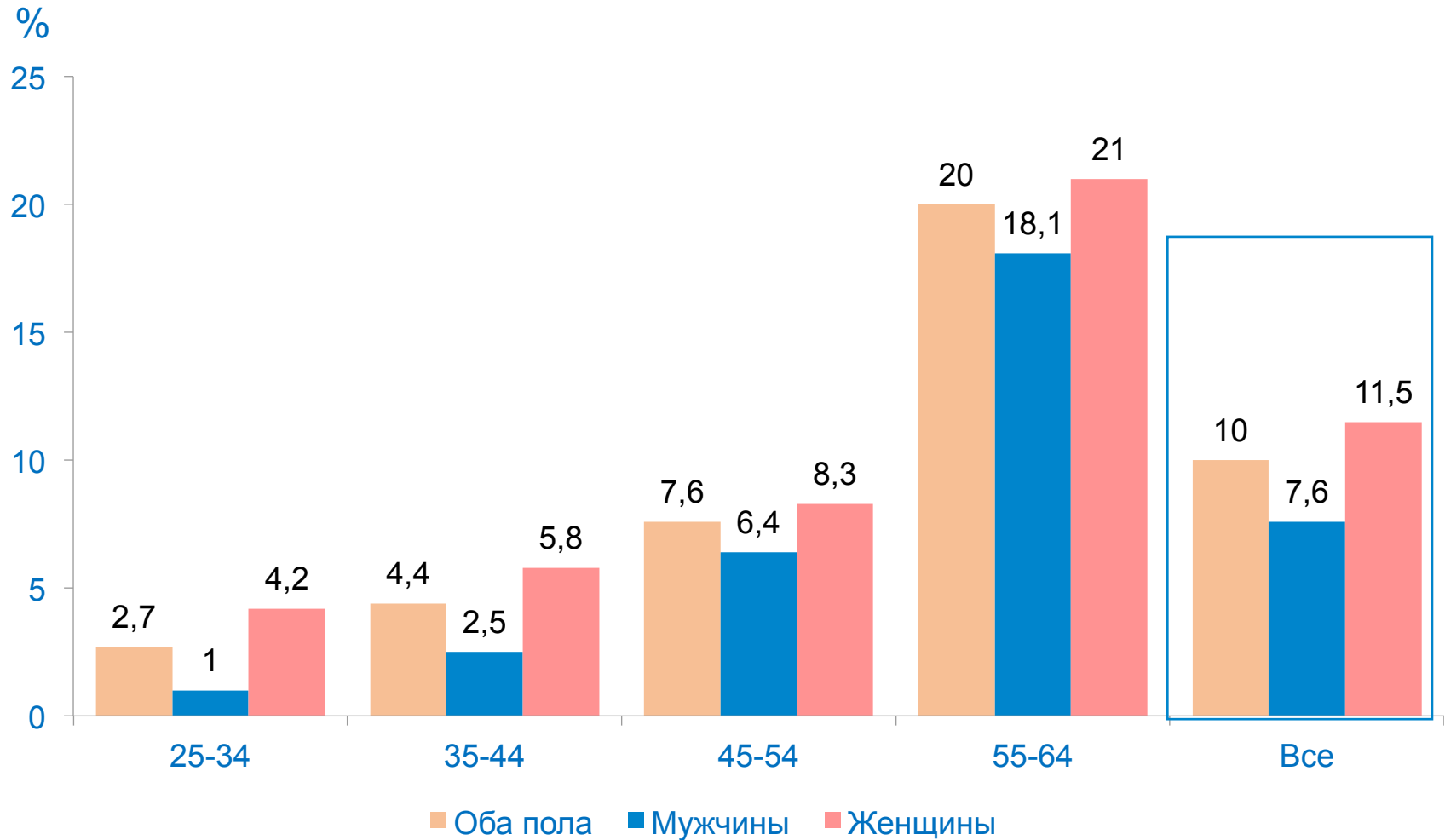
Высокая распространенность ХСН в РФ с ростом на 22 % (от 6,7% до 8,2%)

(по данным ЭПОХА- ХСН в период с 2002 по 2017 гг.)



- наличие I-IV ФК определялось по критериям «ССЗ + одышка при быстрой ходьбе»
- наличие III-IV ФК определялось по критериям «ССЗ + одышка при спокойной ходьбе + ЧСС>80 + слабость + отеки любой выраженности»

**Частота повышенного уровня NT-proBNP ≥ 125 пг/мл в
русской популяции лиц в возрасте 25-64 лет составляет
10% и подтверждает данные ЭПОХА.
Частота повышенного уровня NT-proBNP больше у женщин
(по данным ЭССЕ-РФ)**



Высокая доля пациентов с ХСНсФВ

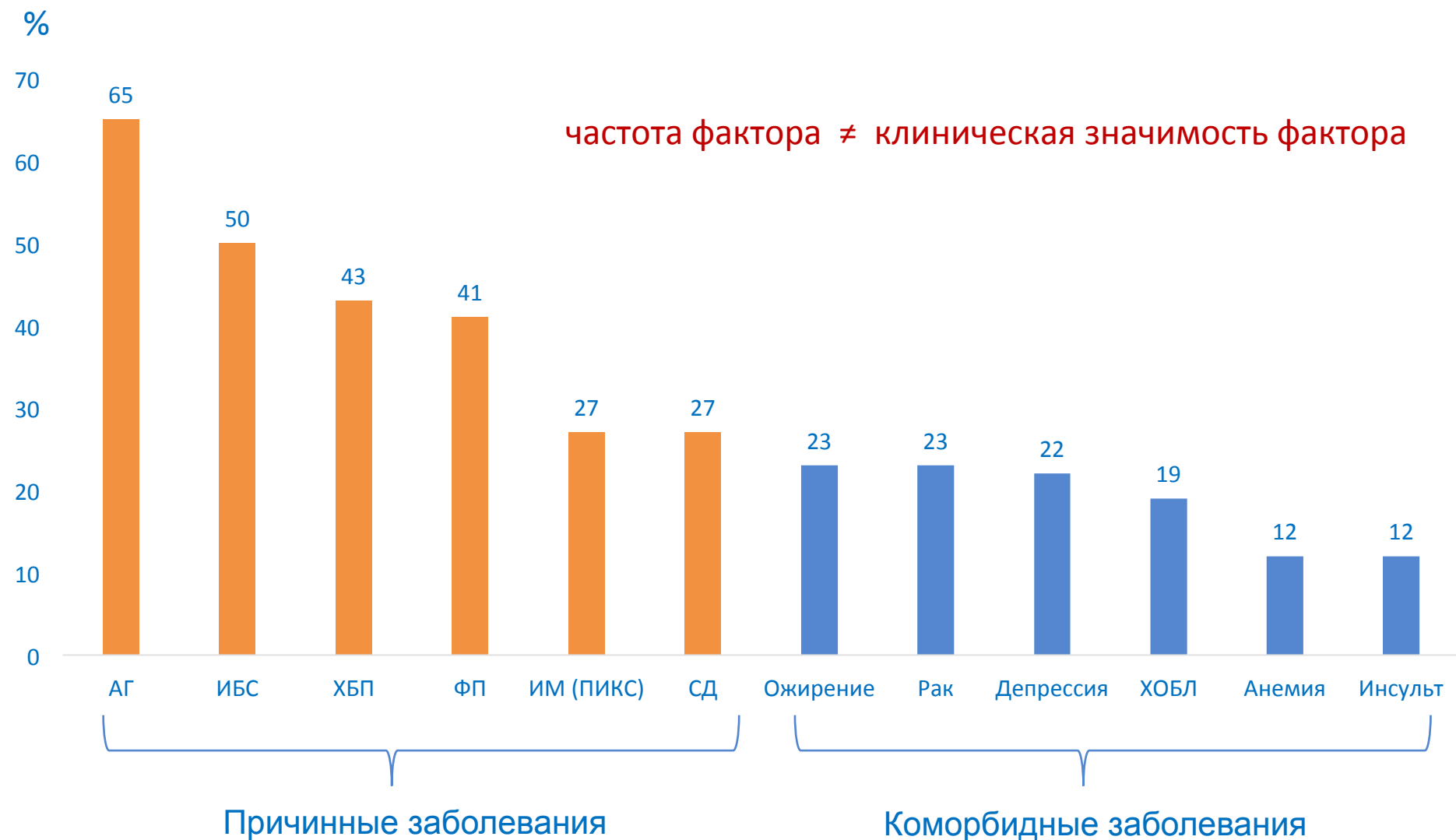
По данным исследования популяционного проекта ЭПОХА у 71% больных с ХСН величина ФВ > 60%

Фомин ИВ, 2006

По данным амбулаторных регистров ССЗ (РЕКВАЗА-Рязань, РЕГИОН-ЛД Рязань) ФВ > 60% встречается у 64%

Лукьянов ММ, Якушин СС, Марцевич СЮ ... Бойцов СА

Частота причинных и коморбидных заболеваний в популяции больных с ХСН

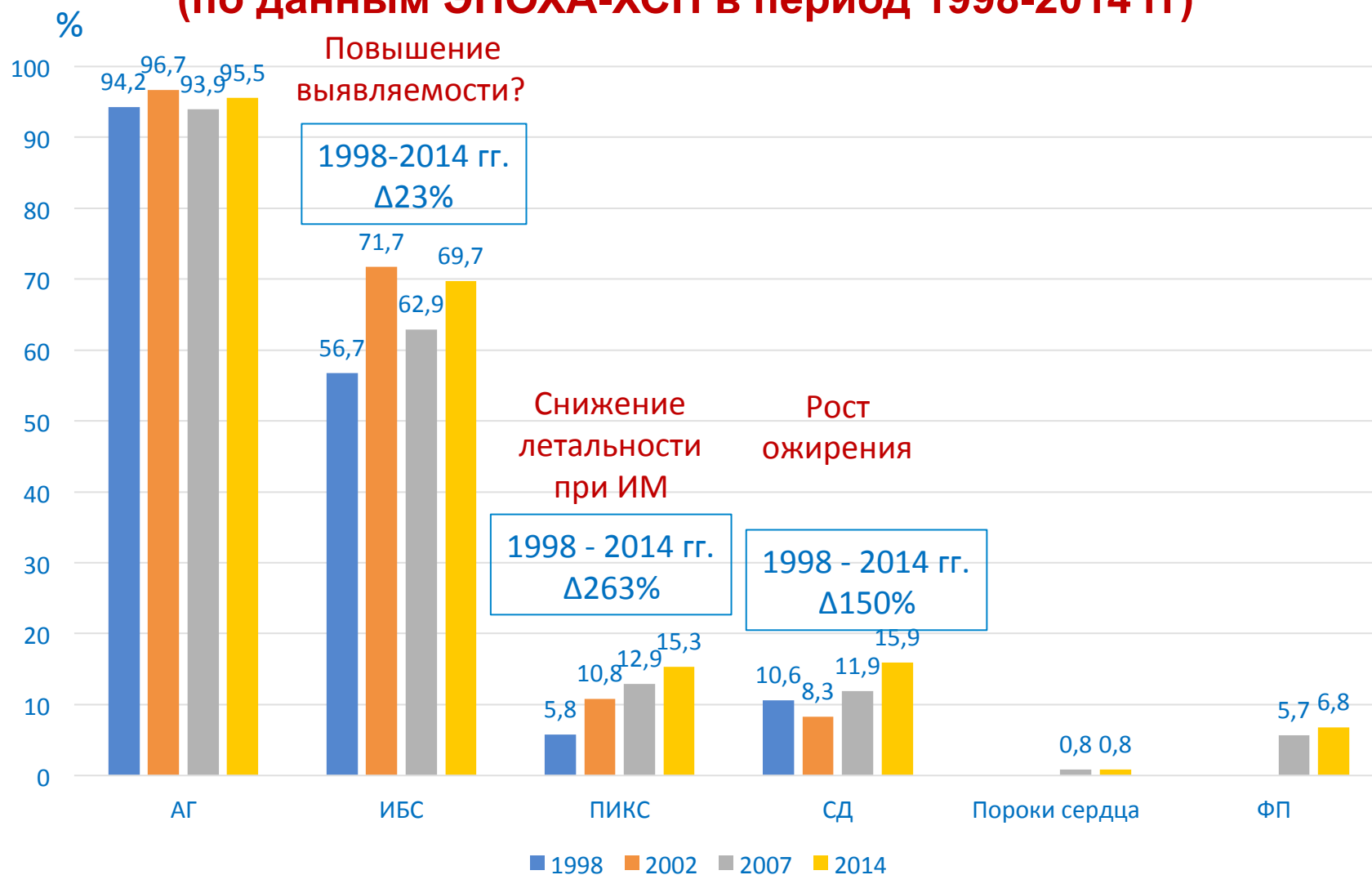


Клиническая значимость этиологических факторов в плане влияния на исходы ХСН

Патология	Связь с госпитализацией и смертью от ХСН	Доказательства КИ на изменения исходов ХСН при влиянии на соответствующую патологию
ИБС	Сильная	Сильная
Аортальный стеноз	Сильная	Сильная
Сахарный диабет	Сильная	Сильная
ХПН	Сильная	Сильная
ФП	Сильная	Средняя
Митральная недостаточность	Сильная	Средняя
Нарушение дыхания во сне	Сильная	Средняя
ХОБЛ	Сильная	Слабая
ЦВБ	Средняя	Слабая
Ожирение	Средняя	Слабая
Анемия	Средняя	Слабая
Атеросклероз периферических сосудов	Средняя	Нет
АГ	Неопределенная	Сильная для профилактики
Дислипидемия	Неопределенная	Сильная для профилактики

Выраженный рост частоты ПИКС и СД среди больных с ХСН в РФ

(по данным ЭПОХА-ХСН в период 1998-2014 гг)



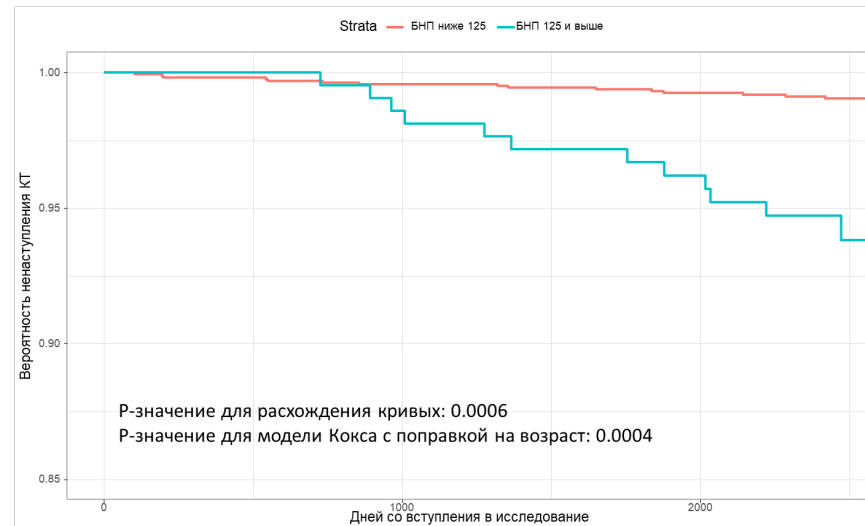
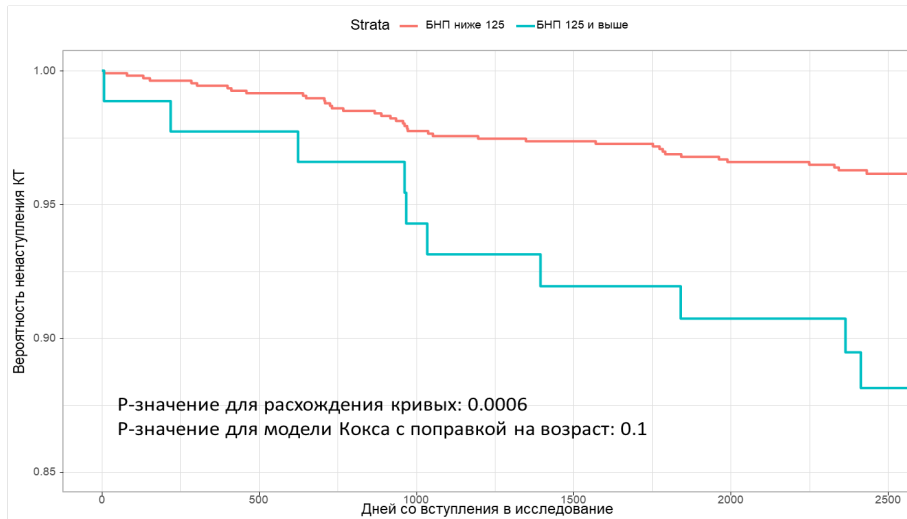
NT-proBNP

(≥ 125 пг/мл) в российской популяции мужчин и женщин 25-64 лет

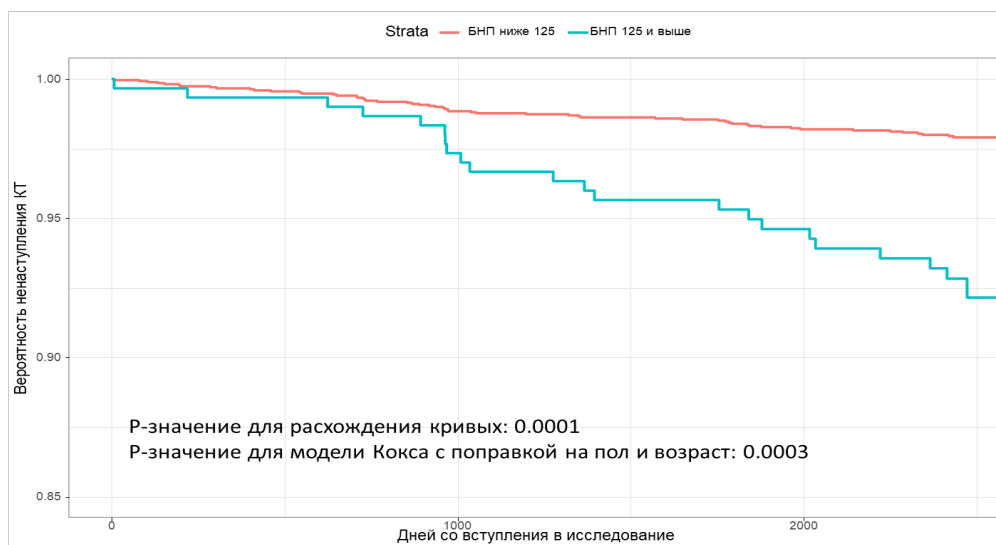
(кривые Каплана-Мейера, по данным ЭССЕ-РФ)

Мужчины

Женщины

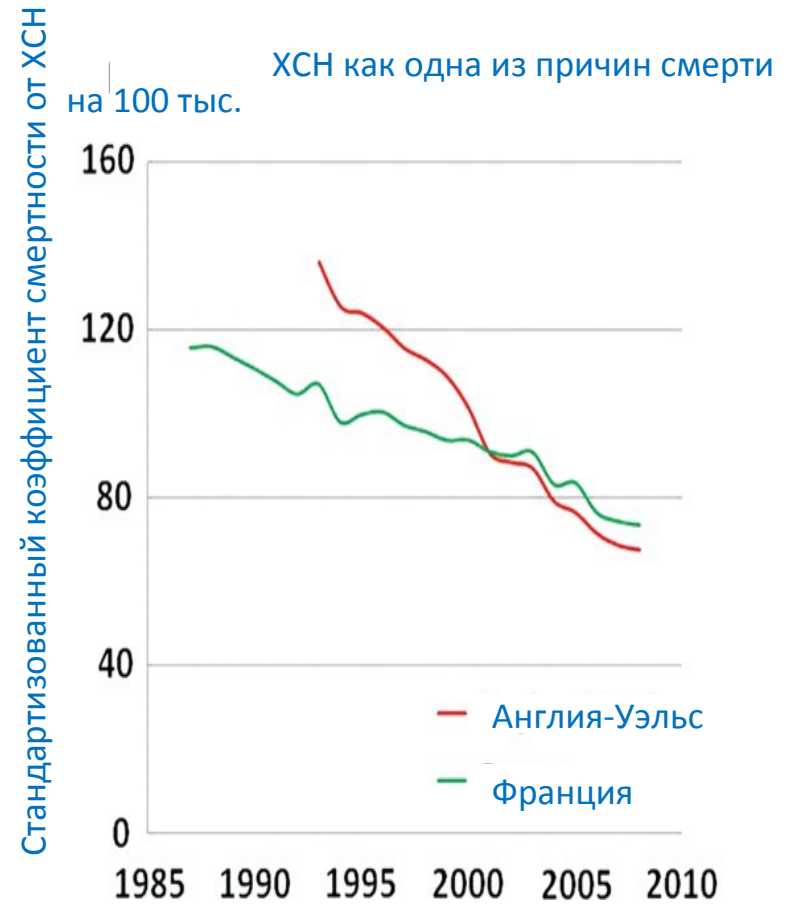
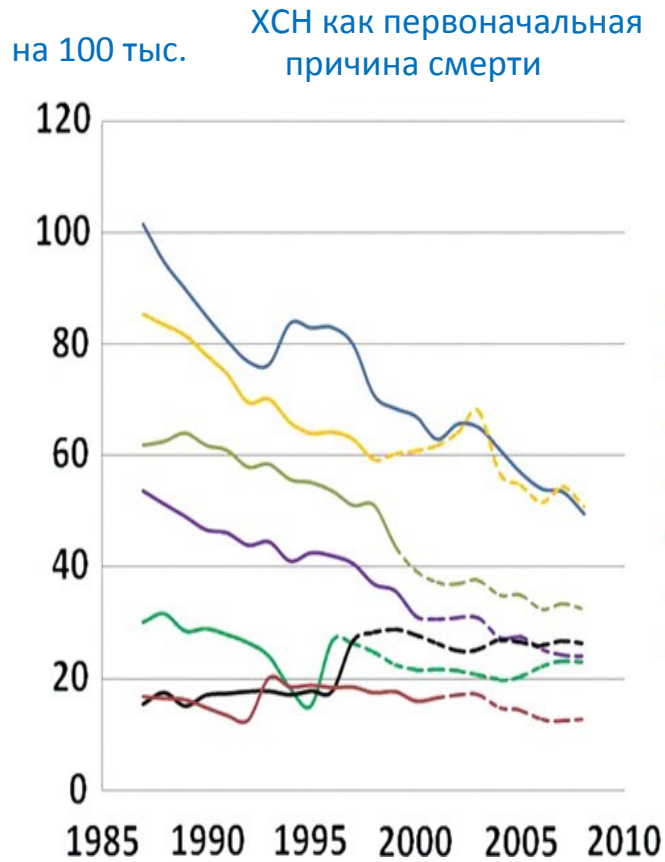


Вся выборка

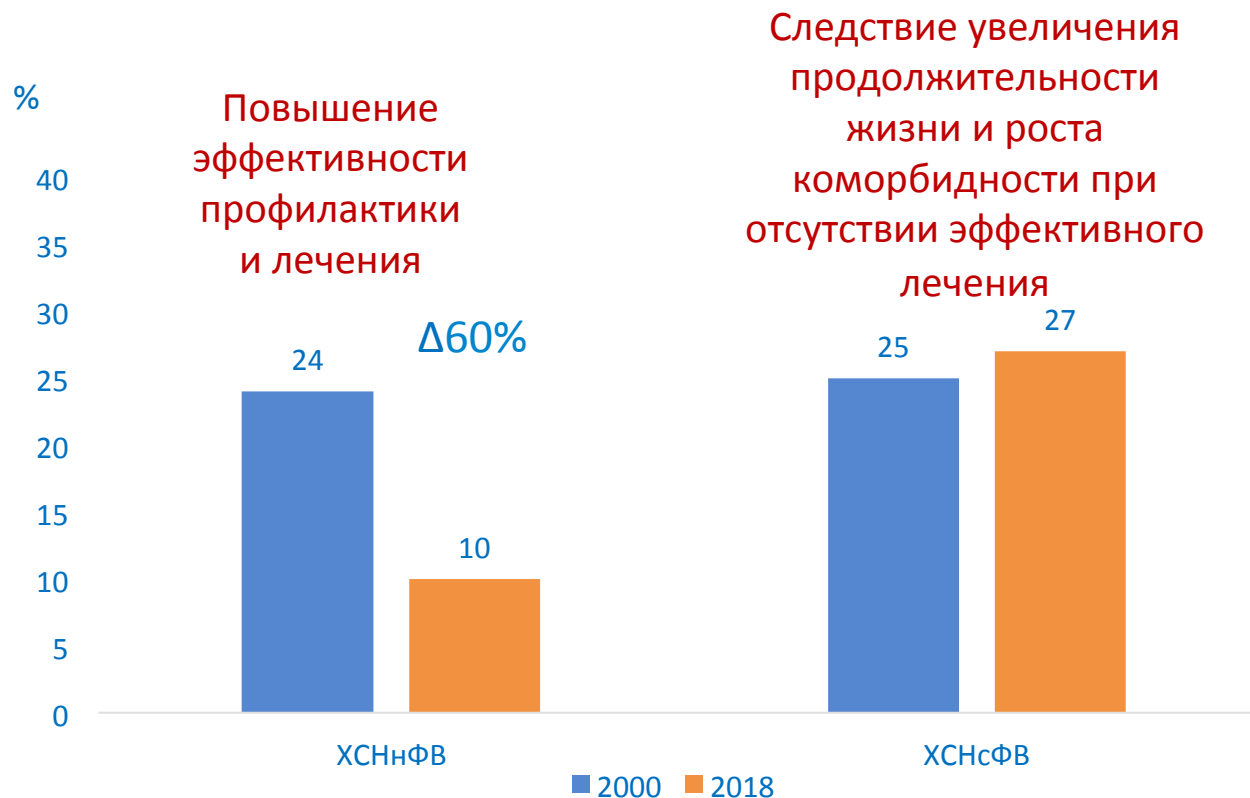


Положительная в течение 25 лет динамика показателя смертности от ХСН, несмотря на страновые различия

Стандартизованный коэффициент смертности от ХСН

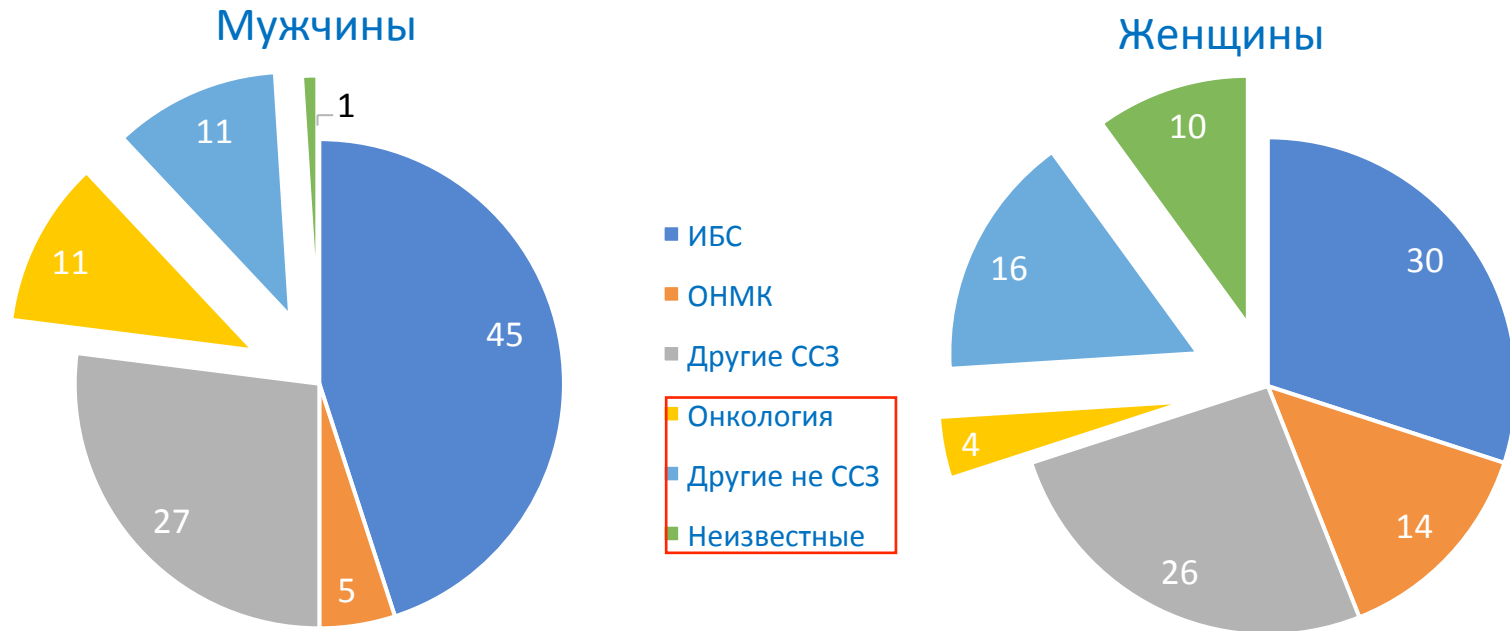


Снижение сердечно-сосудистой смертности на 60% только у пациентов с ХСНнФВ (Испания, 2000 - 2018 гг., 2638 пациентов)



У больных с ХСНнФВ 22% у мужчин и 30% у женщин первоначальных причин смерти прямо не связаны с ССЗ

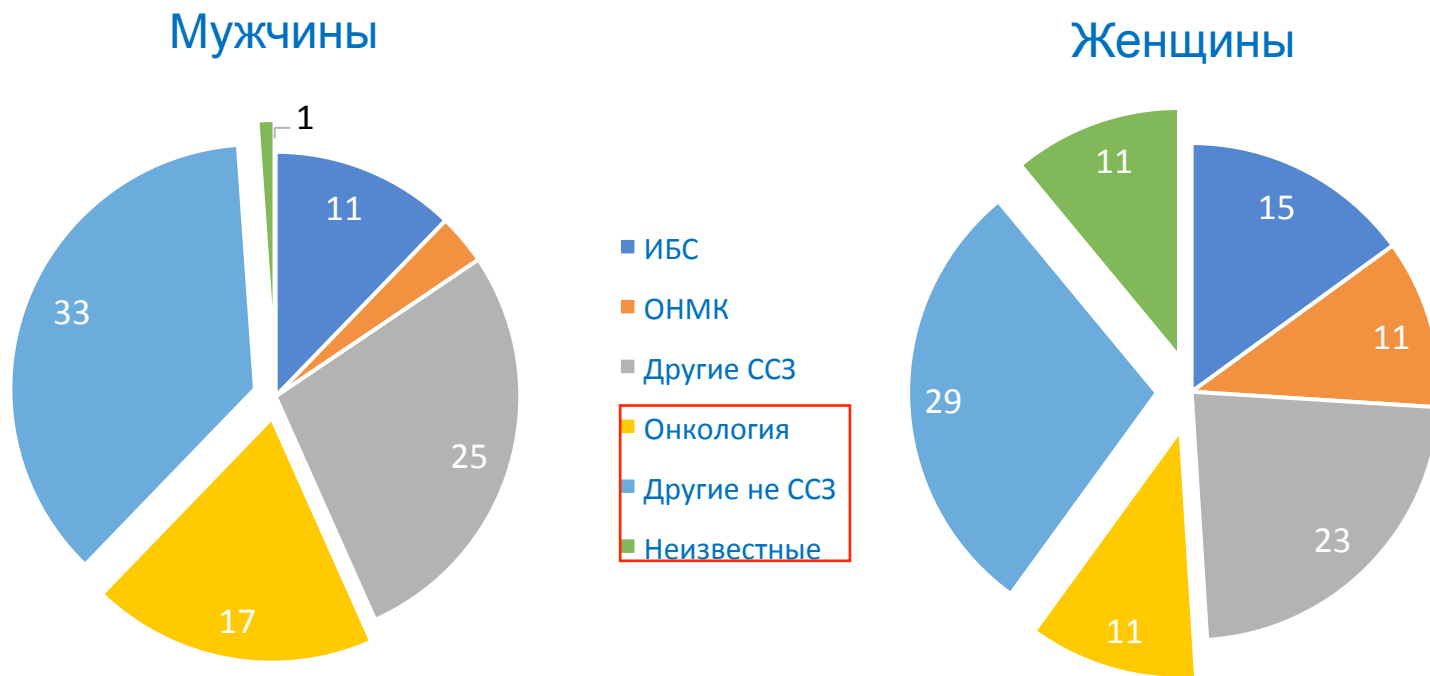
(в рамках 33-летнего периода Фрамингемского наблюдения 1971-2004 гг.)



Больные с ХСНнФВ умирают не обязательно от ХСН

50% первоначальных причин смерти у мужчин и женщин не связаны с ССЗ

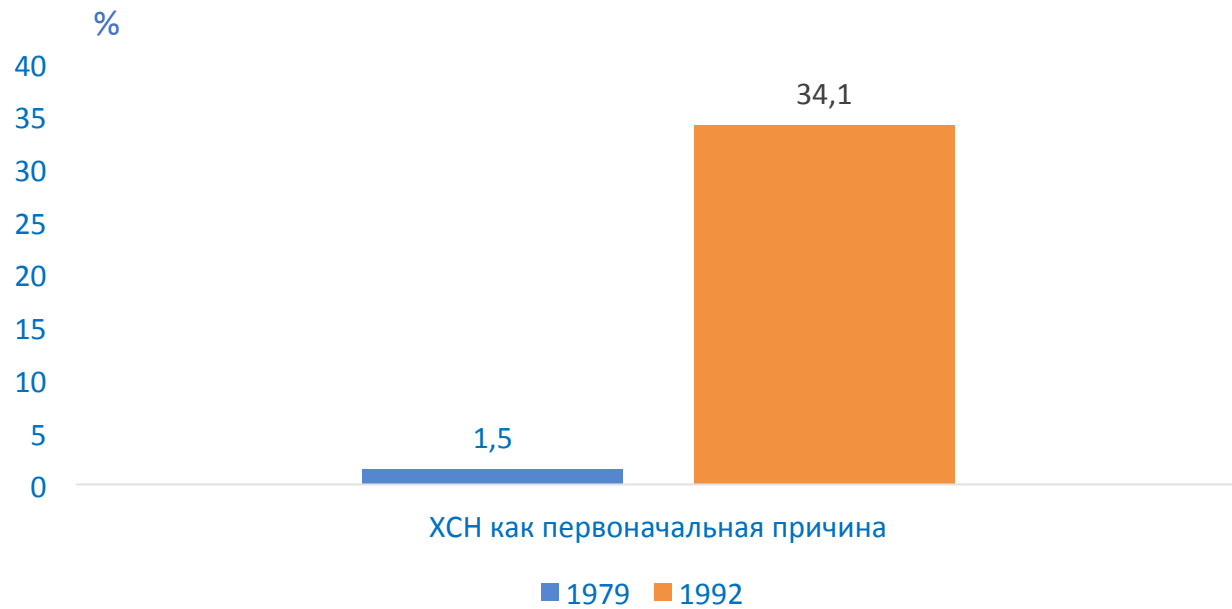
(в рамках 33-летнего периода Фрамингемского наблюдения 1971-2004 гг.)



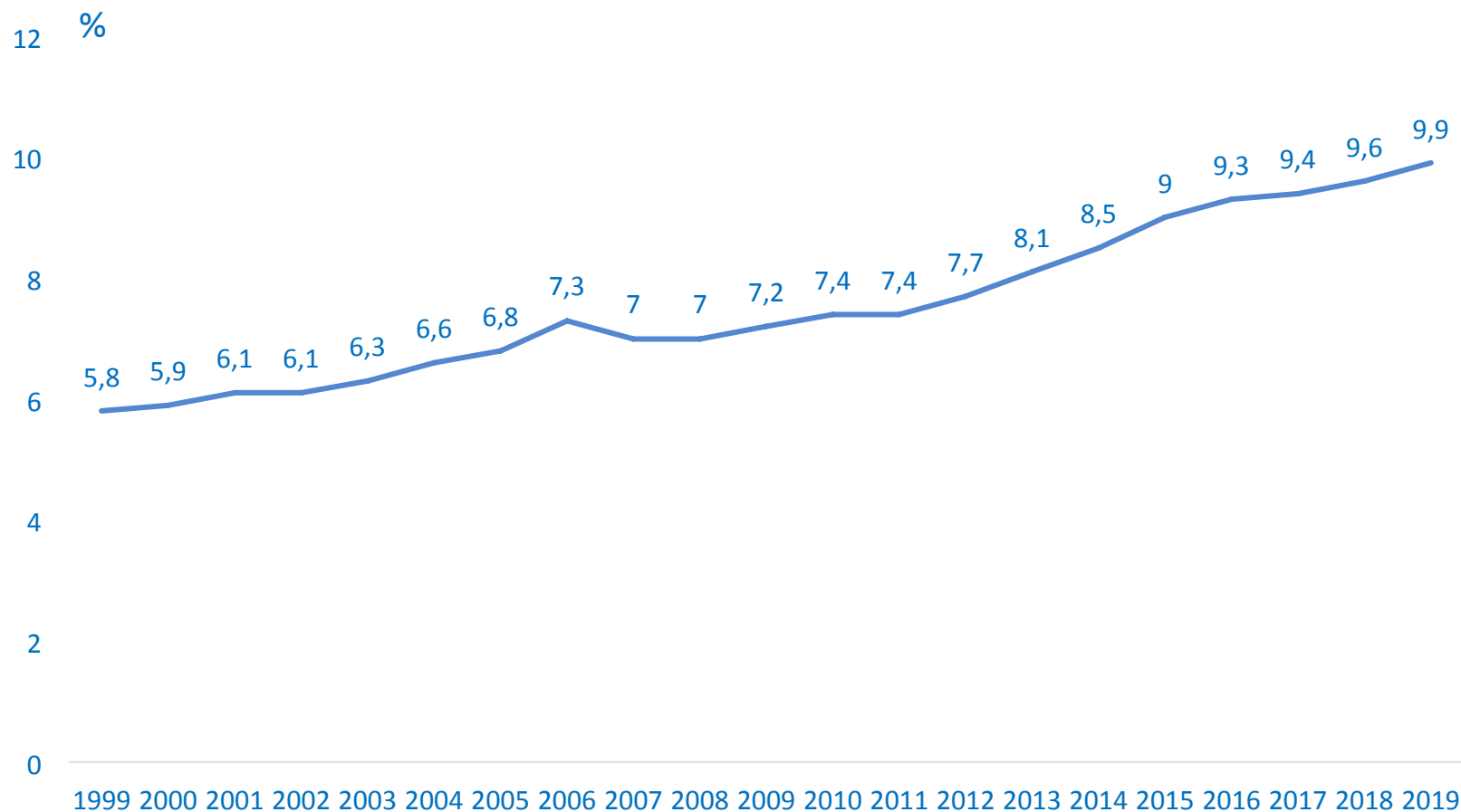
Больные с ХСНсФВ умирают не обязательно от ХСН

Выраженный рост обозначения ХСН как причины смерти, особенно как первоначальной причины смерти в Шотландии в 1979-1992 гг.

833 622 случая смерти амбулаторных пациентов с ХСН

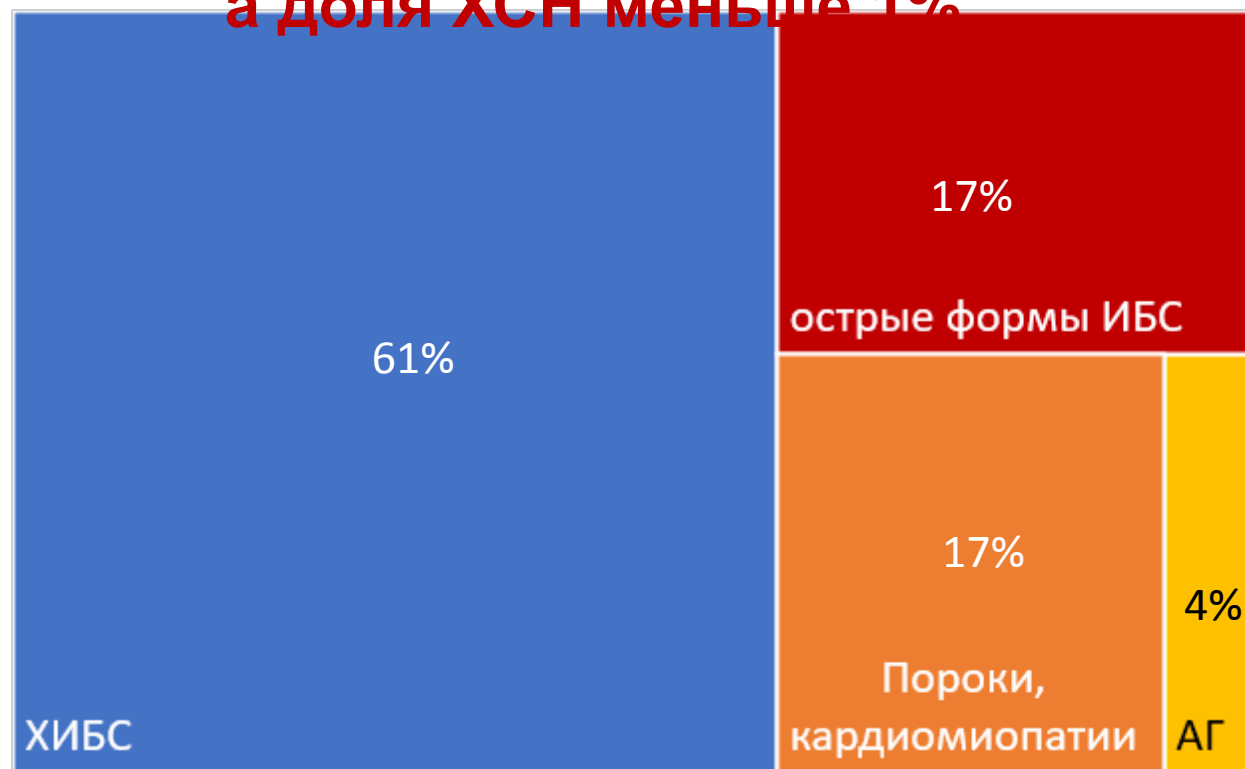


Рост в США доли смертей с указанием кода I50 в качестве первоначальной причины в классе БСК от 5,8 до 9,9% за 20 лет



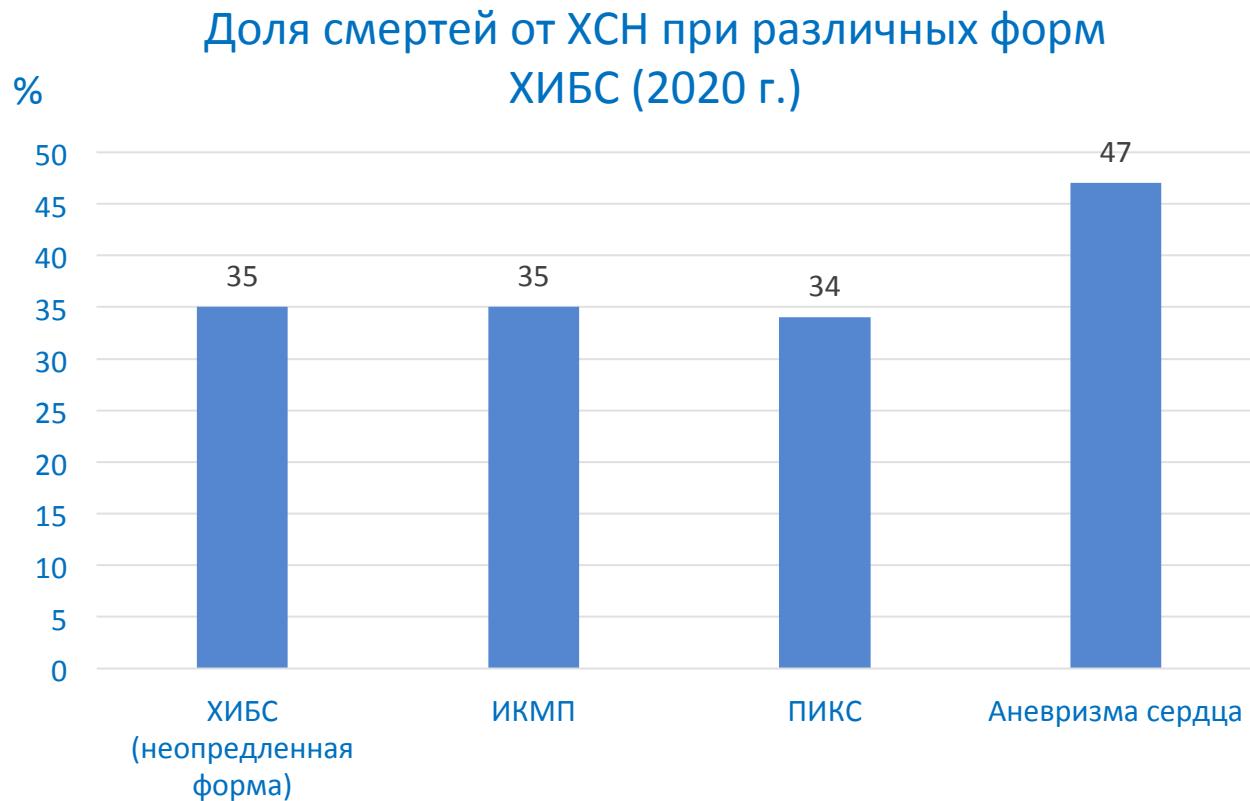
Повышение внимания к проблеме ХСН как к причине смерти

По данным анализа справок о первоначальной причине смерти в РФ в структуре кардиальных смертей доля ХИБС составляет 61%, а доля ХСН меньше 1%



- Доля кардиальных (не всего класса БСК!) причин смерти составляет 31% от всех причин смерти

По данным углубленного анализа медицинских свидетельств о смерти суммарная доля смертей от ХСН среди смертей при различных формах ХИБС составляет 35%



Т.о. доля ХСН среди смертей от ССЗ составляет около 21% (35% от 61%)

Кодирование ХСН в качестве причины госпитализации как способ решения проблемы учета и адекватной оплаты диагностики и лечения ХСН

- ИБС. Постинфарктный кардиосклероз (I25.2)

ХСН 4 ФК, декомпенсация (I50.0)

(кодируется и учитывается ХСН как причина госпитализации;
оплачивается как

предмет диагностики и лечения ХСН)

- ИБС. Стенокардия 3-4 ФК, (I20.8). Постинфарктный кардиосклероз (I25.2).

ХСН 3 ФК (I50.0)

(требуется проведение КАГ и решение вопроса о тактике ведения;
причина

госпитализации ИБС оплачивается как предмет диагностики и лечения ИБС)
оплата необходима ИБС оплачивается как предмет диагностики и лечения ИБС)

Необходимые меры совершенствования оказания медицинской помощи для пациентов с сердечной недостаточностью

- Учет больных с ХСН (кодирование причин госпитализации и амбулаторного обращения)
- Полноценный тариф в системе ОМС
- Льготное лекарственное обеспечение в рамках диспансерного наблюдения
- Специализированные кабинеты в первичном звене (первый уровень)
- Специализированные центры лечения ХСН на базе городских и центральных районных больниц (второй уровень)
- Междисциплинарные центры лечения ХСН на базе областных, краевых, республиканских медицинских организаций (третий уровень)
- Преемственность медицинской помощи между уровнями («бесшовный» механизм) в рамках РМИС
- Региональные регистры в рамках РМИС на основе ЭМК и единого ТЗ с аналитической системой и СППР
- Федеральный регистр с аналитической системой в рамках ВИМИС
- Непрерывное образование врачей и средних медицинских работников

В силу большого вклада в смертность от сердечно-сосудистых заболеваний решение проблемы хронической сердечной недостаточности требует создания системы **специализированного лечения** в рамках трехуровневой модели оказания медицинской помощи

Благодарю за внимание!