

НЕВЫЯВЛЕННЫЕ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ ОСТРЫЕ ФОРМЫ ИБС: ЧАСТОТА, ЗАКОНОМЕРНОСТИ, ВЛИЯНИЕ НА ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКУЮ СИТУАЦИЮ

Н.Н.Никулина, С.С.Якушин

Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова

от лица рабочей группы Российского многоцентрового эпидемиологического исследования Заболеваемости, смертности, качества диагностики и лечения острых форм ИБС (РЕЗОНАНС)

Цель данной работы - провести анализ частоты невыявленных и/или незарегистрированных случаев острой ИБС, как фатальных, так и нефатальных, и их влияния на показатели заболеваемости и смертности населения от острых форм ИБС. Материал и методы: среди репрезентативной выборки 285 736 человек по разработанному алгоритму активно выявлялись незарегистрированные в медицинской документации случаи заболеваний, относящихся к острым формам ИБС. Доля незарегистрированных случаев острой ИБС в структуре уточненной заболеваемости острой ИБС составила 20,78% у мужчин и 24,48% у женщин, причем 89,43% незарегистрированных случаев закончились летальным исходом. Выявление незарегистрированных случаев привело к увеличению показателей заболеваемости острой ИБС на 26,24% у мужчин и на 32,41% у женщин, а показателей смертности - в 2,13 и 2,28 раза соответственно. Результаты проведенного анализа свидетельствуют о низкой выявляемости острой ИБС в клинической практике и недооценке острых форм ИБС в качестве причины смерти пациентов.

Ключевые слова: ИБС, заболеваемость, смертность, летальность.

По данным ряда международных популяционных исследований, даже при высоком уровне диагностики в лечебно-медицинских учреждениях до 44% инфаркта миокарда (ИМ) остается невыявленным, причем нераспознанные случаи ИМ не означают более легкого течения и лучшего прогноза заболевания [10,11,13]. Состояние подобной проблемы в Российской Федерации изучено недостаточно, что объясняет актуальность анализа частоты нераспознанных и/или незарегистрированных случаев острых форм ИБС в рамках эпидемиологического исследования РЕЗОНАНС для уточнения реальной заболеваемости и смертности от данной патологии.

В связи с тем, что с диагностической точки зрения граница между отдельными нозологическими единицами, относящимися к острым формам ишемической болезни сердца (ИБС): внезапной сердечной смертью (ВСС), ИМ, нестабильной стенокардией, - достаточно размыта и определяется чувствительностью и специфичностью используемых диагностических методов, своевременностью их применения; учитывая также единые патогенетические механизмы развития и принципы оказания медицинской помощи при этих заболеваниях, анализу были подвергнуты все случаи острой ИБС.

Материал и методы

В исследование была включена выборка населения численностью 285 736 человек, из которых 76,4% составляет взрослое население. Период наблюдения составил 12 месяцев. Официально зарегистрированная заболеваемость и смертность рассчитывалась на основании диагнозов, вынесенных в истории болезни, амбулаторные карты и медицинские свидетельства о смерти. Уточненные показатели заболеваемости и смертности рассчитывались с учетом незарегистрированных случаев острой ИБС, как нефатальных, так и фатальных. С целью выявления незарегистрированных нефатальных случаев были проанализированы документы скорой медицинской помощи, истории болезни, электрокардиограммы и амбулаторные карты населения, включенного в исследование. Для выявления незарегистрированных фатальных случаев острой ИБС в каждом случае смерти независимо от заключительного (посмертного)

диагноза были подвергнуты анализу данные амбулаторной карты, истории болезни (в случае стационарного лечения), документация скорой медицинской помощи, протокол аутопсии (в случае проведения вскрытия), а также информация, полученная от лечащего врача, родственников умершего и/или свидетелей смерти.

К незарегистрированным летальным случаям острой ИБС были отнесены следующие:

- 1) Если посмертное морфологическое исследование (вскрытие) выявило признаки ИМ, в том числе его ишемической стадии, или острой коронарной недостаточности, а шифр первоначальной причины смерти в медицинском свидетельстве о смерти не соответствовал ни одному из заболеваний, относящихся к острым формам ИБС.
- 2) Если лечащим врачом или врачом/фельдшером скорой медицинской помощи были описаны признаки острого коронарного синдрома накануне или в день смерти, эту информацию подтвердили родственники умершего или свидетели смерти, но в медицинском свидетельстве о смерти в качестве первоначальной причины смерти указано хроническое заболевание, например, хроническая ИБС.
- 3) Если имела место ВСС больного, страдающего ИБС, а в качестве первоначальной причины смерти было указано хроническое заболевание. Данный критерий был введен на основании Информационно-методического письма Минздрава РФ от 01.01.2002 [1]. Согласно этому документу несмотря на то, что для случаев ВСС в Международной классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, 10-го пересмотра (МКБ-10) [4,5] предусмотрен собственный шифр – I46.1, в случаях ВСС больного, страдающего ИБС, первоначальной причине смерти должен присваиваться шифр I24.8 (другие формы острой ИБС).

Статистическую обработку результатов осуществляли с помощью пакета статистических программ STATISTICA 6.0 и Microsoft Excel 2007.

Результаты и их обсуждение

Официально зарегистрированная заболеваемость острыми формами ИБС составила 286,86 случаев на 100 000 населения в год, из них летальных случаев - 67,36 на 100 000 населения в год, что соответствует 23,48% летальности. Помимо зарегистрированных случаев острой ИБС, было выявлено 227 незарегистрированных случаев, из них 24 (10,57%) - нефатальных и 203 (89,43%) - фатальных.

Если учитывать только официально зарегистрированные диагнозы, смертность от острых форм ИБС составляет среди мужчин 93,18 случаев на 100 000 мужского населения и среди женщин 48,65 случаев на 100 000 женского населения (соотношение 2:1). При этом пик смертности наблюдается у мужчин 50-59 лет (рис. 1) и у женщин - 70-79 лет (рис. 2).

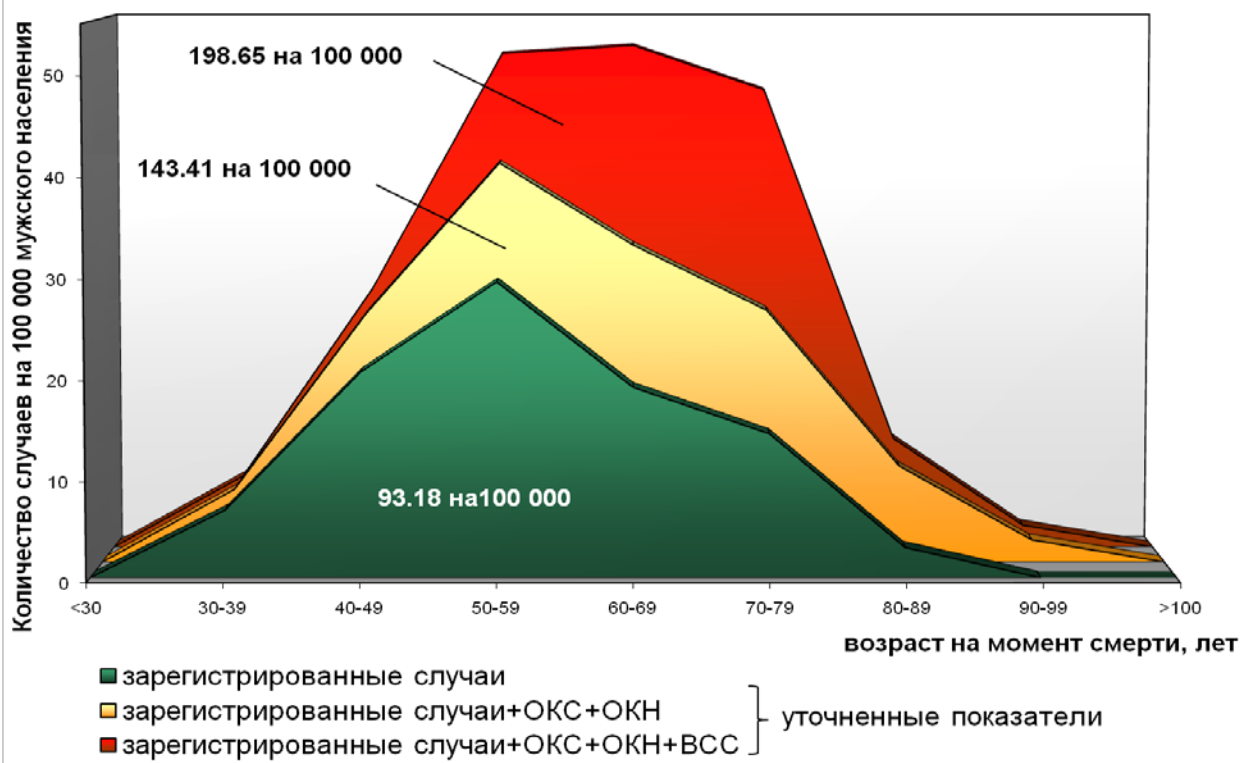


Рисунок 1. Сопоставление показателей зарегистрированной и уточненной смертности у мужчин.

Обращают на себя внимание низкие показатели смертности среди пациентов старческого возраста: среди мужчин 80 лет и старше смертность составила всего 3,04 случая на 100 000 мужского населения, среди женщин того же возраста - 8,40 случая на 100 000 женского населения (в 2,76 раза выше, $p>0,05$).

Когда в расчет были включены незарегистрированные случаи острой ИБС, но за исключением неучтенных случаев ВСС, показатель смертности возрос у мужчин до 143,41 случая на 100 000 мужского населения (в 1,54 раза, $p>0,05$, рис.1), у женщин – до 73,99 случаев на 100 000 женского населения (в 1,52 раза, $p>0,05$, рис.2). Если же в расчет уровня смертности от острой ИБС включить и случаи ВСС лиц, страдающих ИБС, уровень смертности достигает у мужчин 198,65 случаев на 100 000 (в 2,13 раза, $p>0,05$, рис.1) и у женщин - 110,95 на 100 000 (2,28 раза, $p>0,05$, рис.2).

Таким образом, по нашим данным, среди незарегистрированных летальных случаев острой ИБС на долю ВСС пришлось более половины случаев (52,38% у мужчин и 59,33% у женщин), а в структуре уточненной смертности от острой ИБС на ВСС приходится каждый четвертый случай смерти у мужчин (26,37%) и каждый третий – у женщин и (33,31%).

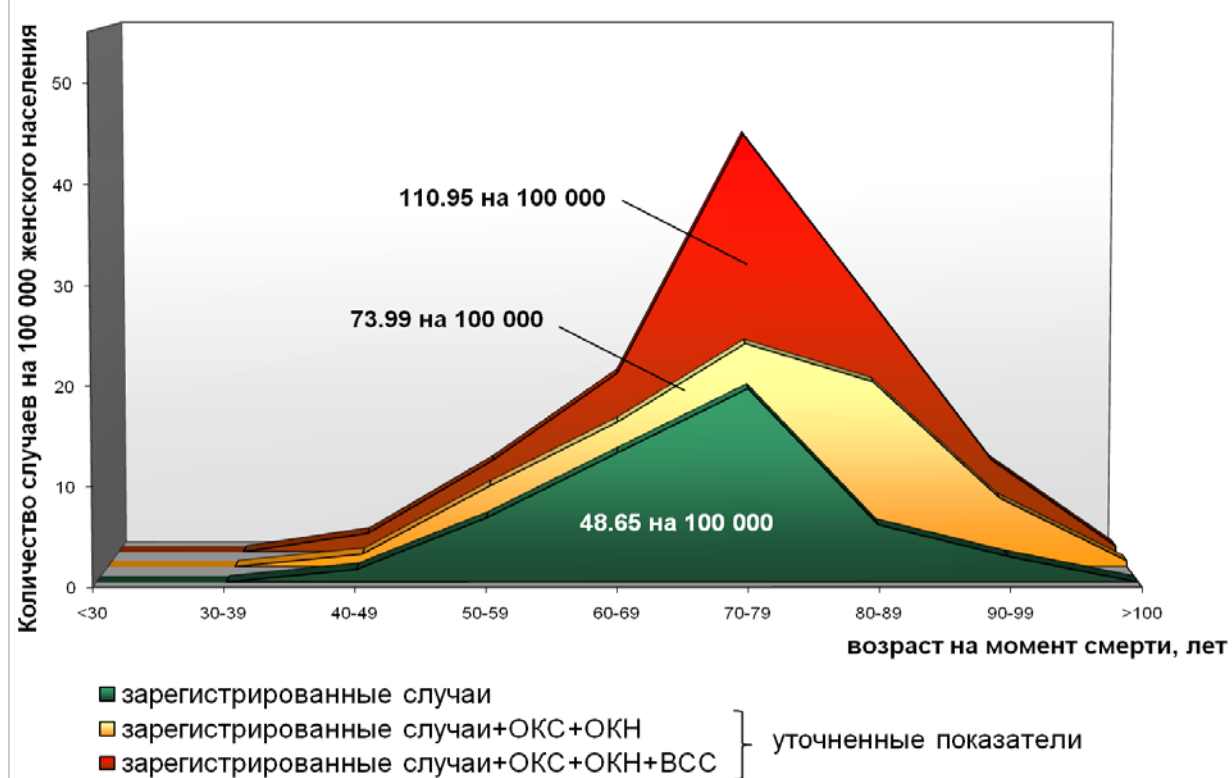


Рисунок 2. Сопоставление показателей зарегистрированной и уточненной смертности у женщин.

Выявление незарегистрированных случаев привело не только к количественным изменениям уровня смертности от острых форм ИБС, но и вскрыло ряд важных закономерностей смертности нашего населения от острых форм ИБС. Так, согласно официально регистрируемым диагнозам, начиная с 60-летнего возраста у мужчин наблюдается четко выраженная благоприятная тенденция к снижению смертности от острой ИБС (рис. 1). Однако, по уточненным данным, уровень смертности мужчин 60-79 лет не ниже, чем у 50-59-летних, т.е. о благоприятной динамике в этом возрасте говорить не приходится (рис. 1). При этом если смерть мужчины 50-59 лет – это чаще (2/3) летальный исход стационарного лечения острой ИБС, т.е. не представляющий существенных трудностей для диагностики, то среди умерших мужчин 60-79 лет в 2/3 случаев смерть наступила вне лечебно-профилактических учреждений, т.е. это случаи затрудненной диагностики ввиду дефицита достоверной информации. Поэтому не удивительно, что среди умерших мужчин 50-59 лет доля незарегистрированной острой ИБС составляет менее половины случаев (42,47%), тогда как среди 60-69-летних - возрастает до 63,48%, а среди мужчин 70-79 лет -

достигает 69,71%. Особенно недооценивается роль острой ИБС как причины летального исхода среди мужчин старческого возраста: уточненный уровень смертности мужчин 80 лет и старше от острой ИБС превысил официально зарегистрированный уровень в 4,48 раза.

Для женщин наиболее опасным с точки зрения ближайшего прогноза при острых формах ИБС является возраст 70-79 лет, т.к. именно в этом возрасте наблюдается пик смертности от данных заболеваний. Этот вывод следует как из официально зарегистрированных, так и из уточненных данных (рис. 2). Причем в этом возрасте (70-79 лет), по нашим данным, каждый второй фатальный случай (55,44%) острой ИБС у женщин не регистрируется. В более старших возрастных группах ситуация только ухудшается: среди умерших женщин 80-89 лет в 78,32% случаев смерти от острой ИБС данное заболевание не было выявлено и/или зарегистрировано, а среди женщин 90 лет и старше доля незарегистрированных случаев острой ИБС возросла до 73,06%.

По результатам проведенного анализа по выявлению незарегистрированных случаев существенные изменения коснулись и показателей заболеваемости острыми формами ИБС. Если официально зарегистрированная заболеваемость в исследуемой популяции составила у мужчин 402,02 случая на 100 000 мужского населения, у женщин – 192,20 случая на 100 000 женского населения, и из них каждый четвертый случай (23,18% у мужчин и 25,31% у женщин) заканчивался летальным исходом (рис. 3), то по уточненным данным, уровень заболеваемости у мужчин и женщин достигает 507,49 и 254,50 случаев на 100 000 населения соответствующего пола в год, т.е. превышает официально зарегистрированный показатель на 26,24% и 32,41% соответственно, а доля летальных случаев достигает 39,14% у мужчин и 43,60% у женщин (рис. 3).

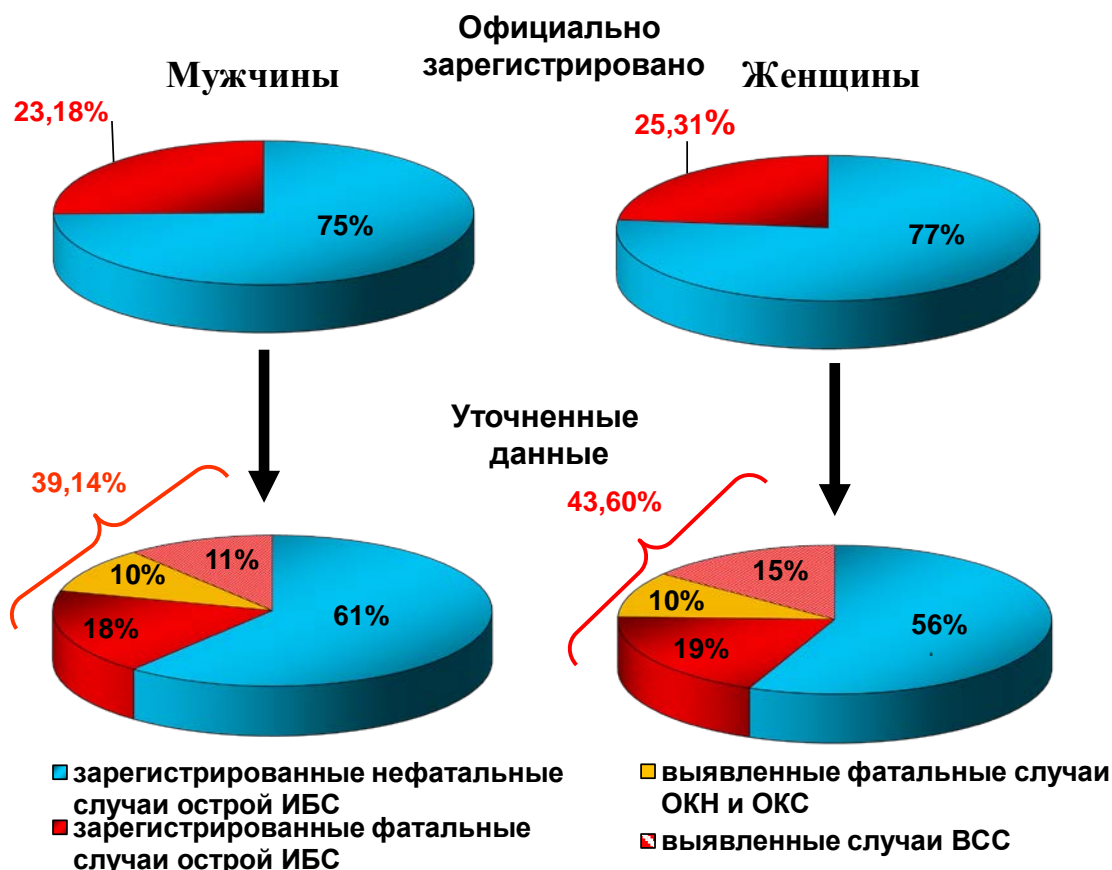


Рисунок 3. Сопоставление уровня летальности от острых форм ИБС по официально зарегистрированным данным и по результатам активного выявления острых форм ИБС (уточненные данные).

Суммируя результаты проведенного анализа, необходимо указать, что каждый пятый случай (20,78%) острой ИБС у мужчин и каждый четвертый (24,48%) случай у женщин не был выявлен, а если рассматривать пациентов старше 55 лет, то доля невыявленных случаев достигает 28,93% и 29,23% соответственно.

Проведенный анализ по выявлению незарегистрированных случаев острой ИБС выявил ряд фактов, требующих внимания врачей клиницистов и организаторов здравоохранения, а также дальнейшего изучения данной проблемы.

Во-первых, по нашим данным, уточненная заболеваемость острыми формами ИБС превышает официально зарегистрированный уровень на 26,24% у мужчин и 32,41% у женщин, а уточненная смертность от острых форм ИБС - в 2,13 раза у мужчин и в 2,28 раза у женщин.

Во-вторых, особенно значимой является проблема выявляемости острой ИБС у пациентов пожилого и старческого возраста, а также у лиц женского пола. По нашим данным, не выявляется каждый пятый случай (20,78%) острой ИБС у мужчин и каждый четвертый (24,48%) случай у женщин, а если рассматривать пациентов старше 55 лет, то доля невыявленных случаев достигает 28,93% и 29,23% соответственно.

В-третьих, показательно, что среди незарегистрированных случаев острой ИБС фатальных оказалось в 8,46 раза больше, чем нефатальных. В связи с этим особого внимания заслуживает проблема ВСС среди пациентов ИБС, т.к. чаще всего ВСС развивается именно на фоне ИБС - от 60-80% [8] до 80-90% [2,3]. При этом основной причиной ВСС является острая ишемия миокарда [6], тогда как хронические формы ИБС и обусловленная ими электрическая нестабильность миокарда занимают всего лишь второе место среди причин ВСС [7,9,12]. Именно по этой причине случаи ВСС у пациентов с диагностированной при жизни ИБС следует относить к острым формам ИБС - I24.8 по МКБ-10 [1].

К сожалению, в клинической практике до настоящего времени важность регистрации факта ВСС лечащими врачами нередко не учитывается, и в качестве причины смерти регистрируются хронические заболевания, чаще хронические формы ИБС, что искажает представление о патологических процессах, приведшем к наступлению летального исхода, и их остром характере.

Выводы

Результаты проведенного анализа продемонстрировали низкую выявляемость в клинической практике острых форм ИБС: ИМ, нестабильной стенокардии, острой коронарной недостаточности, а также ВСС, - что может приводить к искажению статистических показателей эпидемиологической ситуации по ИБС в целом и ее острым формам в частности. В первую очередь это относится к пациентам пожилого, старческого возраста и женского пола. Данная ситуация требует проведения ряда организационных и методических мероприятий по оптимизации качества регистрации случаев заболеваемости и смертности от острых форм ИБС.

ЛИТЕРАТУРА

1. Информационно-методическое письмо Минздрава РФ от 01.01.2002 «Использование Международной статистической классификации болезней и систем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра (МКБ-10) в практике отечественной медицины».
2. Кактурский Л.В. Внезапная сердечная смерть (клиническая морфология) / Кактурский Л.В. // М.: Медицина для всех, 2000. – 127с.
3. Кактурский Л.В. Внезапная сердечная смерть: современное состояние проблемы / Кактурский Л.В. // Архив патологии. - 2005. - №3. – С.8-11.
4. Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем. 10-й пересмотр. Т.1 (ч.1). – Женева: ВОЗ, 1995. – 698с.
5. Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем. 10-й пересмотр. Т.1 (ч.2). – Женева: ВОЗ, 1995. – 633с.
6. Метелица В.И. Эпидемиология и профилактика ишемической болезни сердца / Метелица В.И., Мазур Н.А. // М., «Медицина», 1976. - 168с.
7. Estes N.A.M. Sudden cardiac arrest from primary electrical diseases. Provoking concealed arrhythmogenic Syndromes / Estes N.A.M. // Circulation. - 2005. - №112. – P.2220-2221.
8. Lopshire J.C. Sudden cardiac death. Better understanding of risk, mechanisms, and treatment / Lopshire J.C., Zipes D.P. // Circulation. – 2006. - №114. – P.1134-1136.
9. Priori S. Concealed arrhythmogenic syndromes: the hidden substrate of idiopathic ventricular fibrillation / Priori S., Napolitano C., Grillo M. // Cardiovasc. Res. – 2001. - №50(2). – P.218-223.
10. Sheifer S.E. Prevalence, predisposing factors, and prognosis of clinically unrecognized myocardial infarction in the elderly / Sheifer S.E, Gersh B.J., Yanez N.D. III, et al. // J. Am. Coll. Cardiol. - 2000. - №35. – P.19-129.

11. Sheifer S.E. Unrecognized myocardial infarction / Sheifer S.E., Manolio T.A., Gersh B.J. // Ann. Intern. Med. – 2001. - №135. – P.801-811.
12. Wever E.F. Unfavorable outcome in patient with primary electrical disease who survived an episode of ventricular fibrillation / Wever E.F., Hauer R.N., Oomen A., et al. // Circulation. – 1993. - №88. – P.1021-1029.
13. Yano K. The incidence and prognosis of unrecognized myocardial infarction in the Honolulu, Hawaii, Heart Program / Yano K., MacLean C.J. // Arch. Intern. Med. – 1989. - №149. – P.1528-1532

**UNREVEALED IN CLINICAL PRACTICE, ACUTE FORM OF ISCHEMIC HEART DISEASE:
FREQUENCY, LAWS, IMPACT ON EPIDEMIOLOGY**

N.N. Nikulina, S.S. Yakushin

To analyse the frequency of unrecognized and/or unregistered fatal and nonfatal cases of acute coronary heart disease (CHD) and to estimate the unrecognized / unregistered cases influence on the acute CHD morbidity and mortality rate. Materials and methods. The unrecognized in medical documents acute CHD cases were actively revealed among 285 736 population according to the Study Design. Results. The portion of unrecognized cases in qualified acute CHD morbidity rate was 20.78% among males and 24.48% - among females, and 89.43% unrecognized cases had fatal outcome. In the issue of unrecognized cases revealing the acute CHD morbidity rate was increased by 26.24% among males and by 32.41% - among females, and the acute CHD mortality rate was increased in 2.13 and 2.28 times accordingly. Conclusion. The study results indicated the low acute CHD detectability in clinical practice and underestimate of acute CHD as cause of death.

Key words: CHD, morbidity, mortality, lethality.

Проф. С.С.Якушин, д.м.н., заведующий кафедрой госпитальной терапии, E-mail: Yakushin@kafedra.ryazan.ru
Н.Н.Никulina кандидат медицинских наук, ассистент кафедры госпитальной терапии, E-mail: Natalia.Nikulina@mail.ru