

ОРГАНИЗАЦИЯ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Исмоилова Ю.А.

*Исмоилова Юлдуз Абдувохидовна -PhD,
Самаркандский государственный медицинский университет,
г. Самарканд, Республика Узбекистан*

Аннотация: с учетом патогенетических механизмов постоянного прогрессирования хронической сердечной недостаточности совершенствование организации медицинской помощи пациентам хронической сердечной недостаточностью путем открытия Центра контроля за пациентами на амбулаторном этапе.
Ключевые слова: хроническая сердечная недостаточность, артериальная гипертензия, инфаркт миокарда, фракция выброса.

Введение. Современный этап развития медицины подходит к тому, что число пациентов ХСН становится больше, риски формирования острой декомпенсации сердечной недостаточности (ОДСН) и повторных госпитализаций у данной категории высокие за счет коморбидности и увеличения продолжительности жизни [1]. Как показывает опыт Российских и европейских стран ученые установили, что пациенты с ХСН, которые после выписки из стационара не наблюдались специалистами в течение 6 месяцев имели 43% риск смертельного исхода в течение года [2,3]. ХСН является финалом сердечно-сосудистого континуума и характеризуется значительным увеличением рисков общей и сердечно-сосудистой смертности. Распространенность в странах Европы и США составляет от 2 до 3,3%, а экономическое бремя системы здравоохранения по поводу осложнений течения и госпитализаций составляет 70–80% от всей стоимости лечения СН [4].

В исследовании ШАНС (2003, Россия), в которое были включены 739 пациентов была проведена оценка влияния последовательного обучения и амбулаторного контроля за пациентами ХСН на этапах госпитализации и амбулаторном наблюдении [5,6]. Оценивалась первичная конечная точка, включавшая в себя: количество смертей, число повторных госпитализаций по поводу обострения СН необходимость усиления терапии на амбулаторном этапе; определение качества жизни; затраты на лечение [7]. Исследование DAPA-HF, которое проводилось на 4744 пациентах с клиникой сердечной недостаточности доказало, что применение иНГКТ2 дапаглифлазина позволяет достичь достоверного снижения частоты сердечно-сосудистой смерти и декомпенсации по сравнению с плацебо [8, 9].

В настоящее время одним из наиболее перспективных направлений вторичной профилактики у пациентов с ХСН являются образовательные программы амбулаторного ведения, направленные на обучение самих пациентов [10]. Эти программы включают в себя организацию специальных курсов для обучения пациентов, которое направлено на повышение уровня их знаний о собственном заболевании, настороженности о потенциальных рисках и привитию навыков «самоконтроля» и «самопомощи».

Решение этих вопросов служит повышению эффективности лечения пациентов сердечно-сосудистыми заболеваниями и профилактике инвалидности, что является одной из основных задач здравоохранения. На основании вышеизложенного необходимо проведение научных исследований, направленных на совершенствование принципов профилактики, диагностики и лечения хронической сердечной недостаточности.

Цель: с учетом патогенетических механизмов постоянного прогрессирования хронической сердечной недостаточности изучить возможность организации медицинской помощи пациентам путем открытия амбулаторного Центра контроля за пациентами.

Материалы и методы: исследование проводилось на базе Самаркандского областного филиала Республиканского специализированного кардиологического научно-практического медицинского центра. Обследовано 300 пациентов с диагнозом хроническая сердечная недостаточность II-IV ФС (по NYHA). Средний возраст пациентов, включенных в исследование, составил от 55 до 60 лет ($58,8 \pm 1,98$ года). Общий состав пациентов, включенных в исследование, следующий: 164 мужчины (54,7%), 136 женщин (45,3%). В 1-й группе в центре ХСН наблюдалось 150 пациентов, из них 84 (56%) мужчин, 66 (44%) женщин. 2-ю группу составили 150 пациентов, из них 80 (53,3%) мужчин и 70 (46,7%) женщин.

Первичное обследование в обеих группах проводилось перед выпиской из стационара. Изучались демографические характеристики, этиология и симптомы ХСН, ХСН ФК, ТШМХ, ШОКС, опросник KCCQ, шкала Мориски-Грина, фракции выброса (ФВ); гемодинамические показатели: систолическое артериальное давление (САД), диастолическое артериальное давление (ДАД), число сердечных сокращений (ЧСС). Оценивались инструментальные исследования, анализировались лабораторные показатели, фармакотерапия ХСН и сопутствующих заболеваний.

Всем пациентам после выписки было предложено амбулаторное наблюдение. В дальнейшем пациенты 1 группы в количестве 150 находились под наблюдением врача-кардиолога в центре ХСН, где по графику (не реже одного раза в три месяца при стабильном состоянии) бесплатно проводились консультации врачом-кардиологом, параллельный активный сестринский контроль (телефонные звонки) раз в месяц. В течение года наблюдения обязательными считались 4 посещения.

Повторная госпитализация пациентов в стационар, наблюдаемых в амбулаторном Центре ХСН осуществлялась в случае повторного развития ОДСН на машине скорой помощи или по направлению врача-кардиолога.

Пациенты, наблюдавшиеся в амбулаторно-поликлиническом учреждении (АПУ) по месту жительства, то есть пациенты 2 группы в количестве 150 при ухудшении состояния направлялись в стационар и далее наблюдались у врача первичного звена. Данные этих пациентов были изучены по амбулаторной карте.

Результаты

По встречаемости ХСН, АГ (96% в 1-й группе, 92% во 2-й группе), ИБС (84%, 88% во 2-й группе), постоянная форма фибрилляции (22% в 1-й группе, 24% во 2-й группе) занимали первое место.

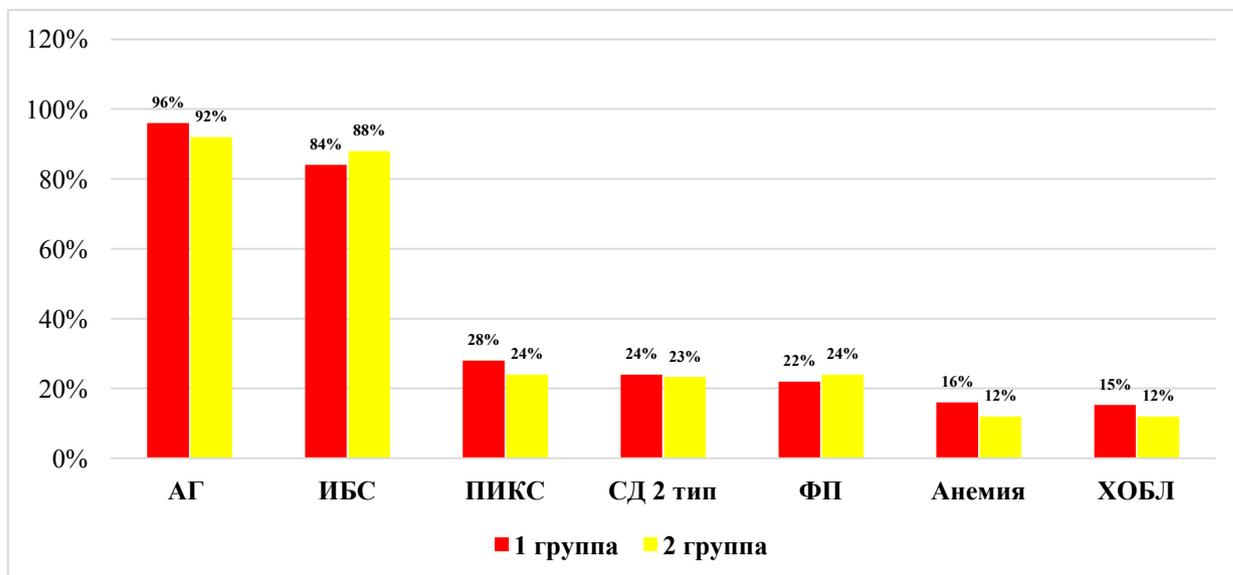


Рис. 1. Распределение причин, приводящих к ХСН, у пациентов, отобранных для исследования

Кроме того, ПИКС (28% в 1-й группе, 24% во 2-й группе), анемия (16% в 1-й группе, 12% во 2-й группе), ХОБЛ (15,3% в 1-й группе, 12% во 2-й группе) и 2-й тип. Следующее место занял сахарный диабет второго типа (24% в 1-й группе, 23,3% во 2-й группе).

Распределение пациентов ФК ХСН: II ФК составила 25,3% в 1-й группе, 26% во 2-й группе и ХСН IV ФК - 29,4% в 1-й группе, 32,0% во 2-й группе, что статистически значимо не отличалось.

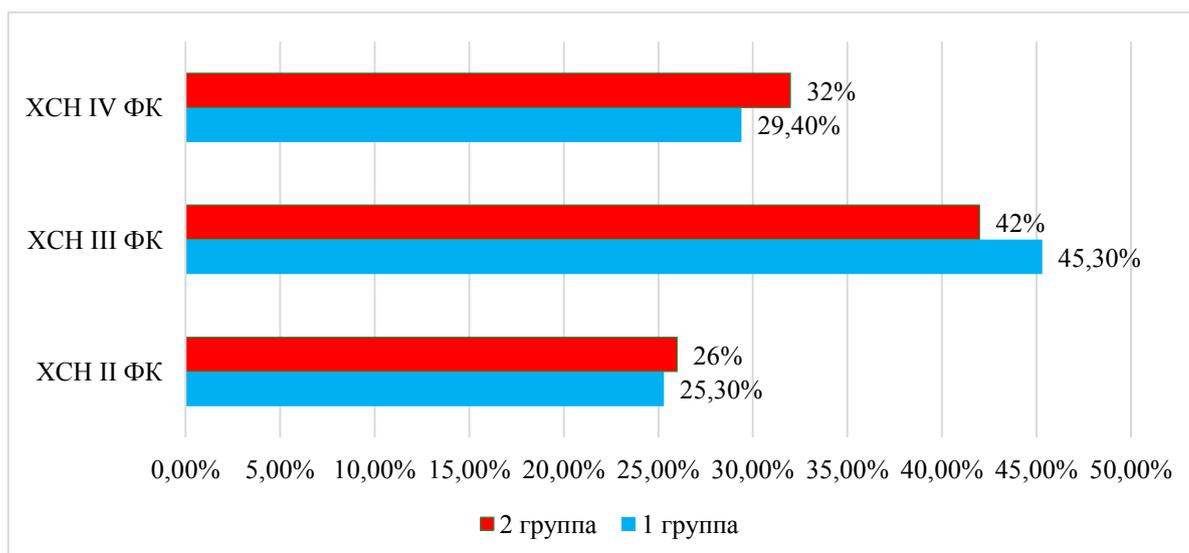


Рис. 2. Распределение больных в 1 и 2 группы по данным ХСН ФК.

Как видно из приведенного рисунка, при распределении пациентов по ФК ХСН в обеих группах, выбранных для исследования, ХСН III ФК преобладал в обеих группах: 45,3% в 1-й группе и 42% во 2-й группе.

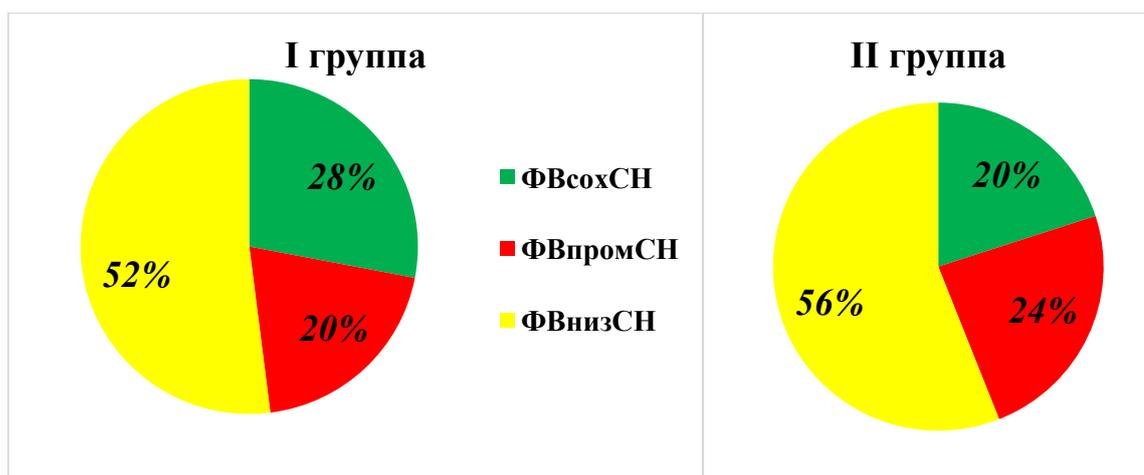


Рис. 3. Распределение пациентов 1-й и 2-й групп по ФВ исходно

При обследовании групп по ФВ у 52% больных СН_пФВ в 1-й группе, 56% во 2-й группе. Пациенты с СН_пФВ наблюдались чаще во 2-й группе (24,0%), чем в 1-й группе (20%). СН_сФВ составил 28,0% в 1-й группе и 20,0% во 2-й группе.

Приверженность наблюдению в центре ХСН считалась высокой при посещении пациентом четырех обязательных посещений в течение года. В 1-й группе максимальное количество посещений, зафиксированное у каждого пациента за год наблюдения, включая обязательные, в среднем составило 5-6 посещений. Показатели при наблюдении через шесть месяцев и отдаленные, через один год составили таким образом: из 150 пациентов 1-й группы, находившихся под наблюдением центра ХСН через 1 год составили (n=141), а находившиеся под строгим наблюдением АПУ составили 129 больных 2-й группы - через 1 год.

Через 6 месяцев наблюдения за пациентами центра ХСН II ФК 42,0% (χ^2 6,13; P0,13; ОШ 0,54; ДИ 0,33-0,88), III ФК- 38,7% (χ^2 2,71; P0,10; ОШ 1,47; ДИ 0,93-2,34) и IV ФК- 19,3% (χ^2 0,60; P0,437; ОШ 1,47; ДИ 0,93-2,34). Благодаря строгому контролю за состоянием здоровья пациентов были улучшены почти все контрольные параметры.

В то же время пациенты с ХСН, находившиеся на диспансерном наблюдении в семейной поликлинике по месту жительства II группы II ФК - 14,0% (χ^2 0,27; P0,604; ОШ 0,87; ДИ 0,53-1,45), III ФК - 43,3% (χ^2 0,12; P0,725; ОШ 1,09; ДИ 0,69-1,72), IV ФК-42,7% (χ^2 0,12; P0,901; ОШ 1,03; ДИ 0,63-1,68). По результатам наблюдения, в течение 6 месяцев у пациентов центра ХСН значительно улучшилось качество жизни, тогда как у больных ХСН, наблюдаемых в амбулатории по месту жительства, состояние оставалось практически на том же уровне и даже несколько ухудшалось.

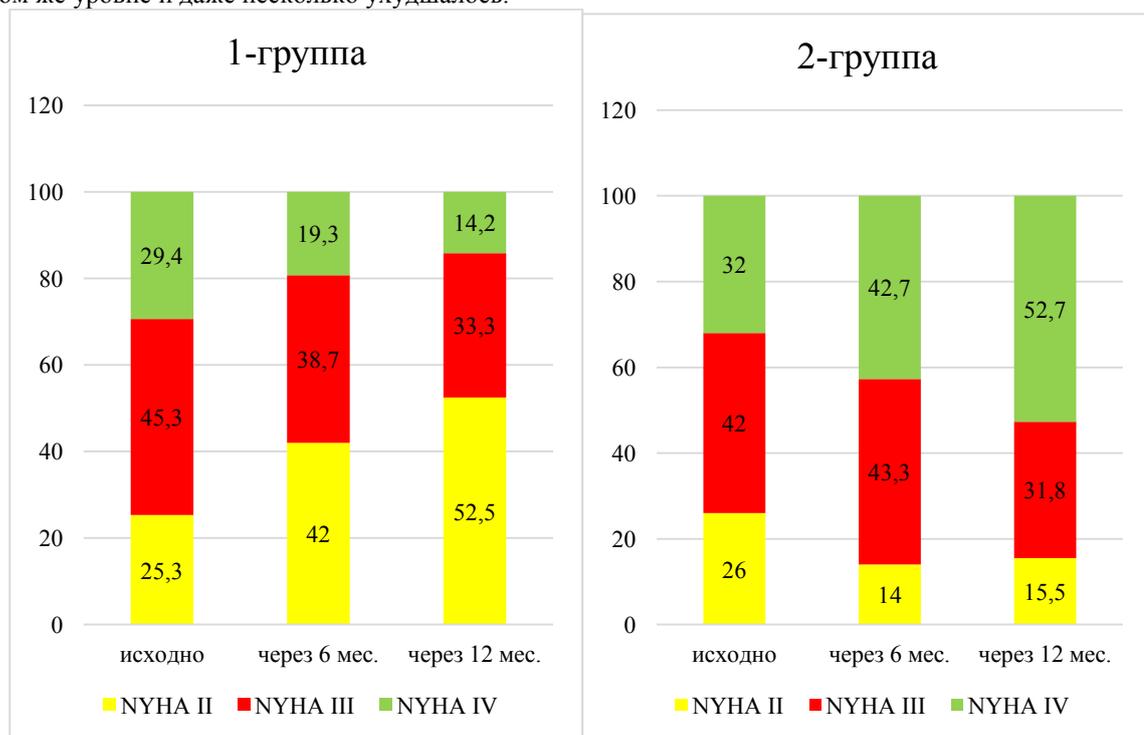


Рис. 4. Динамика распределение ХСН по функциональным классам (%)

Через год в I группе наблюдалась в центре ХСН, II ФК 52,5% (χ^2 12,02; P0,001; ОШ 0,44; ДИ 0,28-0,71), III ФК 33,3% (χ^2 3,51; P0,61; ОШ 1,60; ДИ 0,98-2), IV ФК 14,2% (χ^2 4,63; P0,031; ОШ 1,87; ДИ 1,05-3,34). Во II группе II ФК 15,5% (χ^2 0,56; P0,453; ОШ 0,83; ДИ 0,51-1,35), III ФК 31,8% (χ^2 0,13; P0,723; ОШ 1,09; ДИ 0,68-1,73), IV ФК 52,7% (χ^2 29,3%; P0,706; ОШ 1,10; ДИ 0,67-1,80).

Через 1 год наблюдения положительное течение заболевания составило 94,0% в 1-й группе и 86,0% во 2-й группе (ОШ=6,0; 95% ДИ 3,21-11,22; p1/2<0,001).

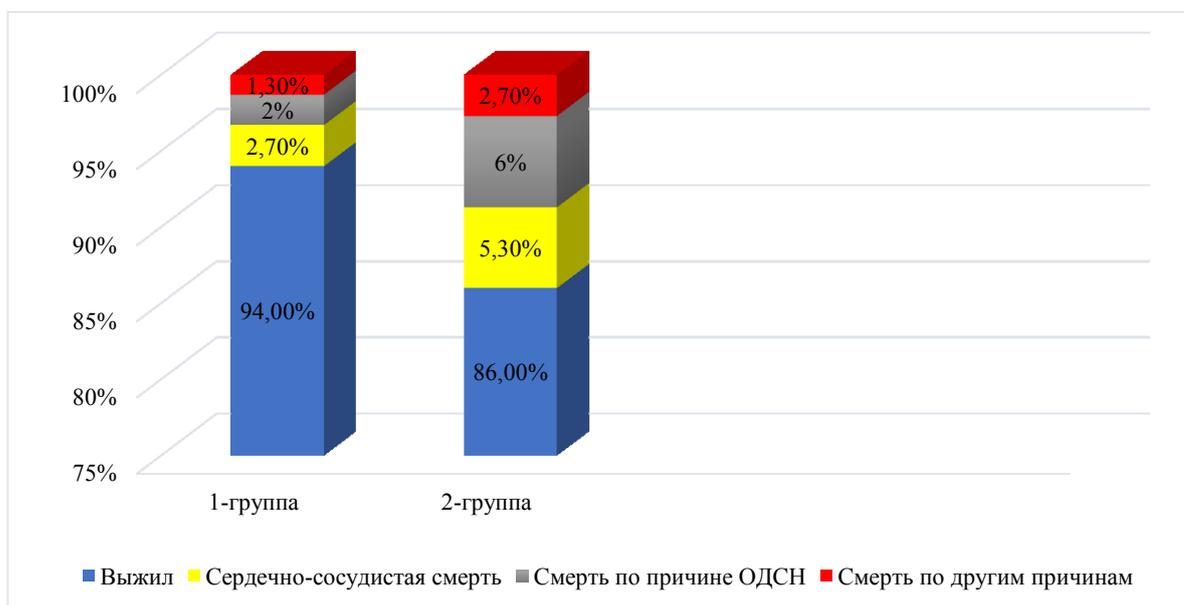


Рис. 5 Структура выживаемости и смертности в группах 1 и 2 в течение одного года наблюдения

Сердечно-сосудистая смертность была статистически значимо ниже в 1-й группе - 2,7% по сравнению со 2-й группой - 5,0% (ОШ=1,0; 95% ДИ 0,06-16,14; p1/2<0,001). При анализе смертность от ССЗ между группами были обнаружены статистически значимые различия в виде 9-кратного увеличения риска смертность от ССЗ во 2-й группе по сравнению с 1-й группой. Этот факт свидетельствует о том, что в 1 группе своевременно были приняты эффективные меры по профилактике сердечно-сосудистой смерти. Риск смерти от ОДСН во 2-й группе был выше, чем в 1-й: в 1-й группе – 2,0%, во 2-й группе – 6,0% (ОШ=1,63; 95% ДИ 0,52-5,11; p1/2 <0,395). Через 1 год наблюдения риск общей смертности (смерти от ССЗ и ССЗ) был выше во 2-й группе.

Закключение. По представленным нами данным открытие амбулаторного центра ХСН в городе Самарканде предполагает строгое наблюдение за пациентами в течение всего периода после выписки из стационара, периодические звонки и общение с обученной квалифицированной медицинской сестрой не реже 1 раза в 3 месяца при стабильном состоянии, а при необходимости значительно чаще с консультацией грамотного врача-кардиолога. Параллельно с этим пациенты ведут дневник по контролю за своим состоянием, измеряют регулярно артериальное давление и свой вес. Контроль гемодинамических показателей, измерение толерантности к физическим нагрузкам в динамике, индивидуальный подбор режима физической активности, бессолевой диеты, титрация назначаемых пациентам препаратов улучшает общий статус больных ХСН, значительно замедляет прогрессирование заболевания.

В настоящее время центр ХСН является необходимым рабочим органом, осуществляющим наблюдение за пациентами с целью продления их жизни и улучшения ее качества. Наше исследование показало, что частота госпитализаций сводится к минимуму, количество койко-дней сокращается на 1,5-2,0 дня, значительно уменьшаются затраты государства на лечение соответствующих пациентов, которые наблюдаются в амбулаторном Центре ХСН.

Список литературы

1. Агабабян И.Р., Исмоилова Ю.А. Эффективность амбулаторного контроля больных с хронической сердечной недостаточностью //Достижения науки и образования. – 2022. – №. 2 (82). – С. 99-103.
2. Agababyan, I., Yarasheva, Z., Nasretdinova, M. The Importance of Echocardiography in the Detection of Early Chronic Heart Failure in Elderly Patients. Kardiologija v Belarusi, 2022, 14(3), pp. 313–318.
3. Agababyan I.R., Kobilova N.A. Colchicine Effect on C-Reactive Protein Levels in Patients with Coronary Heart Disease after Myocardial Revascularization. Kardiologija v Belarusi, 2023, 15(3), pp. 355–361.
4. Aghababyan I., Ismoilova Y. Strategy for the Treatment of Chronic Heart Failure in a Specialized Hospital. Kardiologija v Belarusi, 2023, 15(5), pp. 618–627

5. *Khasan A., Agababayan I.R., Mareev Yu.V.* Changes in peripheral hemodynamics and platelet aggregation caused by captopril in patients with chronic congestive heart failure. *Terapevticheskii Arkhiv*, 1986, 58(11), pp. 58–61.
6. *Agababayan I.R., Ismoilova Yu.A.* Efficiency of outpatient monitoring of patients with chronic heart failure // *Achievements of science and education*. – 2022. – No. 2 (82). – pp. 99-103 (in Uzbek).
7. *Ageev F.T., Ovchinnikov A.G.* Heart failure with intermediate left ventricular ejection fraction: is there a clinical need to separate it into a separate subgroup? // *Cardiology*. – 2018. – T. 58. – No. 12S. – P. 4-10 (in Russ).
8. *Kurbanov R.D., Kurbanov N.A., Abdullaev T.A.* Polymorphism of angiotensin-converting enzyme genes, clinical course and structural and functional state of the heart in people of Uzbek nationality suffering from dilated cardiomyopathy // *Eurasian Journal of Cardiology*. – 2014. – No. 2. – pp. 63-70 (in Uzbek).
9. *Nagaeva G.A. and others.* Structure of cardiovascular pathology at the prehospital and inpatient stages (fragment of the ROKSIM-UZ study) // *Cardiology*. – 2016. – No. 1. – pp. 42-47 (in Uzbek).
10. *Okunev I.M., Kochergina A.M., Kashitalap V.V.* Chronic and acute decompensated heart failure: current issues // *Complex problems of cardiovascular diseases*. – 2022. – T. 11. – No. 2. – pp. 184-195(in Russ).