



УДК: 616.12 -008.46

Хусинова Шоира Акбаровна
заведующая кафедрой общей практики/семейной
медицины факультета последиplomного образования
Самаркандского государственного медицинского
института, г.Самарканд, Узбекистан

КАЧЕСТВО ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ В ПЕРВИЧНОМ ЗВЕНЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

For citation: Khusinova Shoir Akbarovna. Quality of management of patient with heart failure in primary health care. Journal of cardiorespiratory research. 2020, vol. 1, issue 1, pp. 99-102



<http://dx.doi.org/10.26739/2181-0974-2020-1-16>

АННОТАЦИЯ

В статье представлен анализ качества медикаментозной терапии больных хронической сердечной недостаточностью различной степени тяжести, наблюдавшихся у врачей общей практики, и выполнение больными назначенного лечения. Проведена оценка качества и эффективности медикаментозного лечения больных ХСН врачами общей практики, и факторов, влияющих на соблюдение больными врачебных рекомендаций. Проводилось ретроспективное исследование в четырех семейный поликлиниках г.Самарканда. В исследование было включено 78 мужчин и 63 женщины с диагнозом ХСН I-IV функционального класса (ФК) в возрасте от 47 до 83 лет (в среднем $66,4 \pm 7,8$ лет). Больных с I ФК было 19,3%, со II ФК — 35,7%, с III ФК — 37,9% и с IV ФК — 7,1%. Как показали результаты исследования медикаментозное лечение, назначенное врачами общей практики, соответствовало современным стандартам у 38,6% больных: 54,5% среди больных ХСН I-II ФК и 19% больных III-IV ФК. Наиболее частыми недостатками лечения были недостаточное назначение ИАПФ, БАБ, мочегонных. Выполнение медикаментозных рекомендаций больными ХСН было недостаточно полным.

Ключевые слова: хроническая сердечная недостаточность, медикаментозное лечение, приверженность к лечению, врач общей практики.

Xusinova Shoir Akbarovna
Samarqand davlat tibbiyot institutining diplomdan
keying talim fakulteti umumiy amaliyot/oilaviy
meditsina kafedrasini mudiri, Samarqand sh., O'zbekiston.

SURUNKALI YURAK YETISHMOVCHILIGI BILAN O'GRIGAN BEMORLARDA BIRLAMCHI TIBBIY YORDAM OLIB BORISH SIFATI

ANNOTATSIIYA

Maqolada umumiy amaliyot shifokorlari tomonidan kuzatiladigan turli xil og'irlikdagi surunkali yurak yetishmovchiligi bilan og'rigan bemorlar uchun dori terapiyasining sifati va bemorlarning mo'ljallangan davolash usullari tahlili berilgan. Umumiy amaliyot shifokorlari tomonidan yurak yetishmovchiligi bo'lgan bemorlarni dori vositalari bilan davolashning sifati va samaradorligini va bemorlarning tibbiy tavsiyalarga muvofiqligini ta'sir qiluvchi omillar baholanadi. Samarqanddagi to'rtta oilaviy poliklinikada retrospektiv tadqiqot o'tkazildi. Tadqiqotda 47 yoshdan 83 yoshgacha (o'rtacha $66,4 \pm 7,8$ yosh) I-IV funktsional sinfidagi (FS) yurak yetishmovchiligi tashxisi qo'yilgan 78 erkak va 63 ayol ishtirok etdi. I FS bilan og'rigan bemorlarning 19,3%, II FS bilan 35,7%, FS III bilan 37,9% va IV FS bilan 7,1% bo'lgan. Tadqiqot natijalari shuni ko'rsatdiki, umumiy amaliyot shifokorlari tomonidan buyurilgan dorilar bemorlarning 38,6% da zamonaviy standartlarga mos keladi: SYY I-II FS bilan og'rigan bemorlarning 54,5% va III-IV FS bemorlarining 19%. Davolashning eng ko'p uchraydigan yetishmovchiligi APF ingibitorlari, BAB va diuretiklarni yetishmovchiligi edi. Yurak yetishmovchiligi bo'lgan bemorlarning tibbiy tavsiyalarini bajarish to'liq emas edi.

Kalit so'zlar: surunkali yurak yetishmovchiligi, giyohvand moddalarni davolash, davolanishga rioya qilish, umumiy amaliyot shifokori

Khusinova Shoir Akbarovna.,
M.D, PhD, Head of Department of General Practice/Family
Medicine Faculty of Postgraduate Education,
Samarkand state Medicine institute, Uzbekistan

QUALITY OF PRIMARY MEDICAL CARE IN PATIENTS WITH CHRONIC HEART FAILURE

ANNOTATION

The article presents the analysis of the quality of medication therapy for patients with chronic heart failure of various degrees of severity, observed at general practitioners, and the performance of the prescribed treatment by patients. The evaluation of quality and efficiency of medication treatment of CNS patients by general practitioners and factors influencing the observance of patients' medical recommendations has been carried out. The retrospective research was conducted in four family polyclinics of Samarkand. The study included 78 men and 63 women diagnosed with CNS of I-IV functional class (FC) at the age of 47 to 83 years (average 66.4 ± 7.8 years). There were 19.3% of patients with I FC, 35.7% with II FC, 37.9% with III FC and 7.1% with IV FC. As shown by the results of the study, medication treatment prescribed by general practitioners, met modern standards in 38.6% of patients: 54.5% of patients with CNS I-II FC and 19% of patients with III-IV FC. The most frequent drawbacks of treatment were insufficient prescription of IAPF, BAB, diuretics. Implementation of medication recommendations by CNS patients was not complete enough.

Keywords: chronic heart failure, quality, compliance, general practitioner.

Актуальность. Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) – это синдром, развивающийся в результате нарушения способности сердца к наполнению и/или опорожнению, протекающий в условиях нарушения баланса вазоконстрикторных и вазодилатирующих нейрогормональных систем; сопровождающийся неадекватной перфузией органов и тканей организма и проявляющийся комплексом симптомов: одышкой, слабостью, сердцебиением, повышенной утомляемостью и задержкой жидкости в организме (отечным синдромом).

Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) представляет собой не только медицинскую, но и социальную проблему из-за значительной распространенности, высокого уровня смертности и больших затрат на лечение больных. ХСН резко ухудшает качество жизни больных и в 4 раза повышает риск летального исхода. Распространенность ХСН продолжает неуклонно возрастать, т.к. ХСН – является исходом, так называемого сердечно-сосудистого континуума и является одной из главных проблем клинической кардиологии и в последнее десятилетие привлекает к себе повышенное внимание кардиологов. Несмотря на определенные достижения в области изучения патогенеза, клиники и лечения, данная патология по-прежнему остается самым распространенным, тяжелым и прогностически неблагоприятным осложнением всех заболеваний сердечно-сосудистой системы.

Классически ХСН является финалом практически всех заболеваний сердечно-сосудистой системы или ее поражения при других патологических процессах в организме. Основными причинами развития ХСН являются АГ (95,5%), ИБС (69,7%) и СД (15,9%) [1]. Комбинация ИБС и АГ встречается у большинства больных ХСН, при этом перенесенные ИМ или ОКС приводят к развитию СН у 15,3% [11]. Отмечается увеличение числа пациентов с пороками сердца (4,3%) с преобладанием дегенеративного порока аортального клапана при снижении числа ревматических пороков. Менее распространенными причинами формирования ХСН являются перенесенные миокардиты (3,6%), кардиомиопатии [1], токсические поражения миокарда различной этиологии, в том числе ятрогенные (химиотерапия, лучевые поражения миокарда и др.), анемии (12,3%) [15]. К числу частых причин ХСН также относятся ХОБЛ (13%), хроническая и пароксизмальная ФП (12,8%), перенесенное острое нарушение мозгового кровообращения (10,3%) [6].

Несмотря на успехи в лечении хронической сердечной недостаточности (ХСН), она до сих пор остается одним из наиболее неблагоприятных в плане прогноза заболеваний сердечно-сосудистой системы [1, 2]. В последние годы пересмотрены наши представления о ХСН: существуют отечественные стандартизованные алгоритмы лечения [3], в 2003 г. опубликованы национальные рекомендации по диагностике и лечению ХСН [4]. Однако, как показали исследования, разрыв между достижениями современной кардиологии, клинической фармакологии и ис-

пользованием этих знаний в практической медицине еще достаточно велик [5, 6].

Еще одна важная проблема — приверженность (комплаенс) рекомендациям врача [7]. Проведенные за рубежом исследования показали, что недостаточно точное выполнение назначений врача в отношении медикаментозной терапии и диеты явилось наиболее частой причиной декомпенсации ХСН и отмечено у 50-64% больных, госпитализированных в стационар [8-11]. Кроме того, такие нарушения приводили к ухудшению сократительной функции левого желудочка и ассоциировались с повышенной летальностью [2], а у 15-26% больных являлись причиной повторной госпитализации [9, 13]. В странах Западной Европы и США неполная приверженность лечению отмечена у 18-27% больных ХСН, а по некоторым данным — у 90% [1, 6]. В подобных исследованиях в Узбекистане крайне мало. По данным некоторых авторов [7, 8], постоянно принимали назначенные препараты 27,6% больных, лечились курсами 10,4%, а принимали лекарства только при ухудшении самочувствия 26,4%. Неполная приверженность лечению сопряжена с ростом расходов на лечение [7] и с более продолжительным пребыванием в стационаре [2]. Данных об особенностях ведения пациентов с ХСН врачом общей практики в доступной литературе найти не удалось.

Целью нашего исследования была оценка качества и эффективности медикаментозного лечения больных ХСН врачами общей практики, и факторов, влияющих на соблюдение больными врачебных рекомендаций.

Материалы и методы исследования.

Проводилось ретроспективное исследование в четырех семейных поликлиниках г.Самарканда. В исследование было включено 78 мужчин и 63 женщины с диагнозом ХСН I-IV функционального класса (ФК) в возрасте от 47 до 83 лет (в среднем $66,4 \pm 7,8$ лет). Больных с I ФК было 19,3%, со II ФК — 35,7%, с III ФК — 37,9% и с IV ФК — 7,1%.

Отбор пациентов с ХСН проводили по картам диспансерного наблюдения (ф.030/у). Критериями включения в исследование были: 1) наличие объективных данных ХСН и ФК; 2) возраст старше 18 лет; 3) согласие больного; 4) проживание на территории участка врача общей практики в г. Самарканде. Критериями исключения из исследования служили: 1) сопутствующие заболевания, которые в период наблюдения могли оказать выраженное влияние на качество жизни пациента, течение заболевания и риск смерти; 2) наличие психических заболеваний, 3) неспособность заполнять анкеты и опросники, выполнять нагрузочный тест, предусмотренные протоколом исследования. Диагноз ХСН у больных устанавливали на основании рекомендаций Нью-Йоркской Ассоциации Сердца «Функциональная классификация тяжести ХСН, согласно критериям NYHA».

Этиологическая структура ХСН обследованных: ишемическая болезнь сердца (ИБС) — у 88,7%, артериальная гипертензия (АГ) — у 70,8%, сочетание АГ и ИБС — у 79,7%,

пороки сердца — у 8,3%, дилатационная кардиомиопатия — у 3,8%.

Длительность ХСН со времени установления диагноза составила $4,3 \pm 3,5$ года. У 9,3% больных в анамнезе было острое нарушение мозгового кровообращения. Сахарный диабет 2 типа был у 7,1% больных. Инфаркт миокарда перенесли 23%.

Почти треть больных имела среднее специальное образование, 27% — высшее.

Качество медикаментозного лечения больных ХСН оценивали по данным медицинских карт амбулаторного больного (ф.025/у) как степень соответствия терапии стандартизованным алгоритмам [3]; частота назначений и достижение «целевых» доз ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента (ИАПФ) и бета-адреноблокаторов (БАБ);

обоснованность назначения нитратов и антагонистов кальция; достижение «целевых» показателей артериального давления (АД) (не более 140/90 мм рт. ст., для больных с сахарным диабетом — не более 130/80 мм рт. ст.). Для определения уровня знаний больных о ХСН, уровне самоконтроля и степени выполнения рекомендаций медикаментозной терапии использован клинический метод исследования — распрос.

Статистическую обработку материала проводили с помощью программы «БИОСТАТ» и программы Microsoft Excel 2000.

Результаты исследования

Анализ полученных результатов показал, что медикаментозное лечение было назначено всем больным ХСН, наблюдавшимся у врачей общей практики. Чаще других назначались ИАПФ, причем их доля соответствует современным представлениям о лечении ХСН и выше, чем у терапевтов поликлиник [5] (87,1% против 75%). В назначениях преобладали эналаприл и каптоприл. На долю фозиноприла, лизиноприла и периндоприла пришлось лишь 5% всех назначений. Только у 16,9% больных с I—II ФК и у 26,9% с III—IV ФК врачам общей практики удалось достичь «целевых» доз ИАПФ. Дозы каптоприла и эналаприла в среднем составляли 44,2% и 60,4% от «целевой», а у фозиноприла, лизиноприла и периндоприла были «целевыми» или максимальными.

На втором месте по частоте назначения были мочегонные, на третьем — БАБ, что на 11,4% меньше, чем у терапевтов поликлиник [5]. Чаще других назначался ателолол, хотя эффективность его не доказана в лечении больных с данной патологией (терапевты первичного звена чаще назначали метопролол [5]). Возможно, такое частое использование врачами общей практики ателолола связано с широким применением препарата в лечении ведущих этиологических заболеваний (ИБС и АГ). Пролонгированные БАБ не были назначены никому. Как и терапевты [6], врачи общей практики назначали верошпирон крайне редко, несмотря на то, что показания имелись у 45% больных. Из препаратов, относящихся к дополнительным, чаще других, как и терапевты [5], врачи общей практики назначали нитраты, причем в тяжелых случаях на 20% чаще, в то время как у трети пациентов показания к нитратам отсутствовали. Из тех, кому они были показаны, у 10,8% назначение нитратов влияло на достижение «целевой» дозы ИАПФ. Так же часто, как и нитраты, врачи назначали аспирин.

На 17% чаще, чем терапевты, врачи общей практики назначали антагонисты кальция. Чаще всех из этой группы назначали верапамил, в большинстве случаев в комбинации с дигоксидом, для контроля частоты сокращения желудочков при мерцательной аритмии. Его применяли, как правило, у больных с «тяжелой» ХСН. Кроме того, производные дигидропиридинов I-го поколения короткого действия, как и его пролонгированные формы, были назначены 24,5% больным с «тяжелой» ХСН.

В группу под названием «прочие» вошли препараты, большинство из которых не показано больным ХСН (клофелин, эуфиллин, нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП), рибоксин, курантил, циннаризин), их назначали 12,1% больных, как для «легкой» ХСН — 9,1% больных, так и при «тяжелой» — 15,9%.

Достоверные различия между частотой назначенных врачами общей практики и фактически принимаемыми больными ХСН препаратами основных групп были установлены для ИАПФ, (как среди больных с «легкой» ($p < 0,005$), так и «тяжелой» ХСН ($p < 0,001$)), а также для мочегонных — среди всех больных (на 20,7%) ($p < 0,001$), преимущественно за счет больных с «легкой» ХСН ($p < 0,01$), в частности, гипотиазида ($p < 0,01$).

Из препаратов, относящихся к дополнительным при ХСН, достоверные различия были выявлены по отношению к нитратам, больные их принимали на 22,1% меньше, чем они были назначены ($p < 0,05$), а также по аспирину, как для всех больных (на 17,8%) ($p < 0,005$), так и для больных с «тяжелой» ХСН (на 25,4%) ($p < 0,005$). Кроме того, достоверно большее число больных ХСН принимали «прочие» препараты, особенно среди больных с «тяжелой» ХСН.

«Целевого» уровня АД врачам общей практики удалось достичь у 42,8% больных ХСН, причем этот показатель не зависел от тяжести заболевания.

Медикаментозные назначения врачей общей практики соответствовали стандартизованным алгоритмам лечения больных ХСН только у 38,6% больных.

Наиболее частыми причинами несоответствия стандартам у больных с I—II ФК было: отсутствие назначения ИАПФ — у 45,7%, БАБ — у 48,6%, мочегонных — у 5,7% больных. Среди больных с III—IV ФК — отсутствие назначения верошпирона — у 78,4%, БАБ — у 19,6%, ИАПФ — у 7,8%, мочегонных — у 7,8%.

Согласно стандартам, больным с начальными стадиями ХСН следует назначать минимум два, а с более тяжелой декомпенсацией — минимум четыре препарата из основной группы [6]. В нашем исследовании на каждого больного ХСН было выписано врачами общей практики 1,9 препарата из основной группы (по данным ЭПОХА- ХСН [9] отечественные терапевты назначали в среднем на 1 больного ХСН 2,2 препарата), в среднем реально принимал каждый больной 1,5 препарата, что достоверно меньше, чем было назначено ($p < 0,001$). Больные с «легкой» ХСН принимали достоверно меньшее количество препаратов на 1 человека (1,14 препарата против 1,59, выписанных врачом) ($p < 0,05$) (терапевты в среднем на 1 больного ХСН назначали 1,69 препарата), в группе с «тяжелой» ХСН эта разница также была достоверна — 1,97 принимаемых препарата против 2,31 назначенных ($p < 0,001$) (терапевты больным с «тяжелой» ХСН назначали 2,16 препарата на 1 больного). Таким образом, наши данные подтверждают мнение отечественных ученых о том, что больные ХСН получают недостаточное количество медикаментов [6]. Хотя, если учитывать все препараты, выписываемые врачами общей практики, которые используются в лечении сердечно-сосудистых заболеваний, то на 1 больного приходилось 4,12 препарата (3,65 препарата — на 1 больного с «легкой» ХСН и 4,64 препарата — на 1 больного с «тяжелой» ХСН).

При интервьюировании большинство больных заявили, что соблюдают все рекомендации врача по медикаментозной терапии (89,3%), хотя все препараты принимали только 35% больных. Отметили, что имеют возможность выкупать лекарства, назначенные врачом, 68,6% больных. Не могли выкупать все назначенные врачом лекарства 31,4% больных, из них 79,5% не делали этого по причине их высокой стоимости, 18,2% больных — полагая,

что «лекарство все равно не поможет» и 2,3% анкетированных — из-за недоверия лечащему врачу.

Механизм принимаемых лекарств знали только 10,7% опрошенных, вообще не знали его 60% больных ХСН. Самостоятельно могли изменить дозировку принимаемых препаратов при ухудшении самочувствия 26,4% больных, знали время приема лекарств (до или после еды) 51,4% больных, о побочном действии лекарств были информированы 53,6% больных.

Выводы:

1. Медикаментозное лечение, назначенное врачами общей практики, соответствовало современным стандартам у 38,6% больных: 54,5% среди больных ХСН I-II ФК и 19% больных III-IV ФК.
2. Наиболее частыми недостатками лечения были недостаточное назначение ИАПФ, БАБ, мочегонных.
3. Выполнение медикаментозных рекомендаций больными ХСН было недостаточно полным.

Список литературы/Iqtiboslar/References

1. Беленков Ю.Н., Мареев В.Ю., Агеев Ф.Т., Даниелян М.О. Первые результаты национального эпидемиологического исследования. Эпидемиологическое Обследование больных ХСН в реальной практике (по обращаемости) (ЭПОХА-ХСН) // Сердечная недостаточность.— 2003.— Т. 4.— № 3 (19).— С. 116-120.
2. Джакубекова А.У., Казымбеков К.Р. Современное состояние проблемы приверженности пациента лечению (обзор). Вестник КГМА им. И.К. Ахунбаева, 2012;4: 42-47.
3. Койчуев А.А. Приверженность в лечении: методики оценки, технологии коррекции недостаточной приверженности терапии. Медицинский вестник Северного Кавказа, 2013;8(3):65-69.
4. Мартынов А.А., Спиридонова Е.В., Бутарева М.М. Повышение приверженности пациентов стационаров и амбулаторно-поликлинических подразделений к лечебно-реабилитационным программам и факторы, оказывающие влияние на комплаентность. Вестник дерматологии и венерологии, 2012;1:21-27.
5. Мареев В.Ю., Фомин И.В., Агеев Ф.Т. и др. КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ОССН - РКО - РНМОТ. СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ: ХРОНИЧЕСКАЯ (ХСН) И ОСТРАЯ ДЕКОМПЕНСИРОВАННАЯ (ОДСН). ДИАГНОСТИКА, ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ. Кардиология. 2018;58(6S):8-158. <https://doi.org/10.18087/cardio.2475>
6. Сыркин А.Л., Полтавская М.Г., Дзантиева А.И., Добровольский А.В., Дробижев М.Ю. К проблеме реабилитации больных сердечной недостаточностью (аспект низкой приверженности лечению) // Сердце— 2003.— Т. — № 2.— С. 72-77.
7. Хусинова Ш.А., Холбаев С.Б., Юлдашова Н.Э., Сулайманова Н.Э. Оценка информированности врачей о хронической сердечной недостаточности для ведения больных в условиях первичного звена. «Актуальные вопросы современной медицинской науки и здравоохранения», Сборник статей, Екатеринбург (Россия), 2016г. 13-15 апреля, том 1, стр.497-503
8. Хусинова Ш.А., Холбаев С.Б., Валиева М.Х. Информированность ВОП о ХСН для повышения качества ведения больных в условиях первичного звена Информированность ВОП о ХСН для повышения качества ведения больных в условиях первичного звена. Ж: Кардиология Узбекистана, Т., 2015г., №2 (36), стр.87.
9. Miura T, Kojima R, Mizutani M. Effect of digoxin noncompliance on hospitalization and mortality in patients with heart failure in long-term therapy: a prospective cohort study // Eur J Clin Pharmacol.— 2001.— Vol. 57.— № 1.— P. 77-83.
10. Chan M., Nicklason F, Vial J.H. Adverse drug events as a cause of hospital admission in the elderly // Intern Med J.— 2001.— Vol. 31.— № 4.— P. 199-205.
11. Miura T, Kojima R, Mizutani M. Effect of digoxin noncompliance on hospitalization and mortality in patients with heart failure in long-term therapy: a prospective cohort study // Eur J Clin Pharmacol.— 2001.— Vol. 57.— № 1.— P. 77-83.