

УДК 616.12-008.46-039.57-053.9-085:001.894.2

НОВАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ТЕХНОЛОГИЯ ЛЕЧЕНИЯ АМБУЛАТОРНЫХ ПАЦИЕНТОВ СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Темникова Е. А., Нечаева Г. И.

ГОУ ВПО Омская государственная медицинская академия Минздравсоцразвития Российской Федерации, e-mail: temnikovaomsk@mail.ru.

Рост численности населения старческого возраста и увеличение распространённости хронической сердечной недостаточности (ХСН) при старении делают актуальными поиск более эффективных схем лечения гериатрических пациентов с ХСН. Результаты применения новой медицинской технологии «Терапия хронической сердечной недостаточности у лиц старческого возраста в условиях первичного звена здравоохранения», основанной на многопрофильном подходе к лечению (совместное ведение больного лечащим врачом и обученным социальным работником) оценены в сравнительном открытом параллельном проспективном клиническом наблюдении случайной выборки 130 лиц, наблюдавшихся с диагнозом ХСН, в районных поликлиниках. Показано, что новая технология позволяет улучшить функциональное состояние больных, уменьшить потребности в госпитализациях, обусловленных усилением симптомов ХСН, и число дней стационарного лечения, повысить качество жизни больных.

Ключевые слова: старческий возраст, хроническая сердечная недостаточность, социальный работник, новая медицинская технология.

A NEW TECHNOLOGY FOR MEDICAL TREATMENT OF SENILE OUTPATIENTS WITH CHRONIC HEART FAILURE

Temnikova E. A., Nechaeva G. I.

GOU VPO "Omsk State Medical Academy," the Health Ministry of Russian Federation, e-mail: temnikovaomsk@mail.ru.

Omsk State Medical Academy Ministry of Public Health of the Russian Federation

The population of elderly is known to grow all over the world. It leads to the need increasing volume of improving the quality of care provided to them. Prevalence of chronic heart failure (CHF) increases significantly with aging, but the treatment results are unsatisfactory. It is necessary to find more effective treatment regimens for elderly patients with CHF. Developing of multidisciplinary approach for treatment is considered to be more advanced. The multidisciplinary approach suggests that different specialist including social workers take part disease management. There were not such a joint program of patient management in Russia. The purpose of the study is to evaluate the results of new medical technology, "Treatment of chronic heart failure of elderly patients in primary care", which is based on a multidisciplinary approach to care involving specially trained social workers. A comparative prospective open parallel clinical study was undertaken. A random sample of 130 individuals (mean age 80,7±3,74 years, women 78.5%, men 21.5%) was considered, patients with a diagnosis of chronic heart failure outpatients were divided into two groups. The effectiveness of treatment is shown is higher in the group observed with past therapeutic education social workers. New technology give the opportunity to improve the functional status of patients, reduce the need for hospitalization due to increased symptoms of heart failure, and the number of days of hospitalization, improve quality of life of patients.

Keywords: elderly age, chronic heart failure, a social worker, a new medical technology.

Увеличение численности лиц старческого возраста в структуре населения большинства стран мира требует расширения объёма медицинской помощи, ориентированной на потребности гериатрических пациентов [2, 5]. Обеспечение «высококачественных, доступных и стабильных услуг в области здравоохранения и ухода» в случае хронических заболеваний у пожилых остаётся сложной задачей, так как «современные системы медицинского обслуживания не всегда располагают всем необходимым для оказания услуг все возрастающему количеству стареющего населения» [4]. Решающее значение для

укрепления здоровья, профилактики болезней и терапии хронических заболеваний в этой группе, по мнению специалистов Всемирной организации здравоохранения, имеет эффективная первичная медицинская помощь, использующая специальные образовательные программы и технологии в области гериатрии [3]. Хроническая сердечная недостаточность является одной из наиболее значимых проблем у лиц старческого возраста из-за высокой распространённости, неблагоприятного прогноза и высоких затрат на лечение. Результаты её терапии даже при использовании современных рекомендованных средств остаются неудовлетворительными. Причинами этого считаются не только сложности выбора схем лечения больным старческого возраста, но и вопросы организации амбулаторного наблюдения. Так как эффективность лечения в значительной степени зависит от социальных, психологических, экономических и других условий жизни пациентов [3, 6], для успеха терапии необходима комплексная помощь, то есть многопрофильный подход. За рубежом в его реализации участвует команда специалистов. Хотя состав команды, содержание и объём программ значительно различаются в зависимости от региональных стандартов здравоохранения, национальных, культурных и других особенностей, мета-анализ 36 исследований (8341 пациент в 13 странах) выявил значимые статистические преимущества многопрофильного подхода при ХСН по снижению общего риска смерти и частоте повторных госпитализаций перед традиционным [7]. В России опыт использования подобных программ с включением в команду специалистов, оказывающих медико-социальную поддержку пациентам с ХСН, по литературным данным, отсутствовал, хотя система социальной помощи на дому существует длительное время и предполагает медико-социальную работу. Основными препятствиями для эффективной совместной работы были низкая информированность социальных работников по проблемам ведения лиц с ХСН и отсутствие механизмов совместной деятельности. Нами разработана новая медицинская технология «Терапия хронической сердечной недостаточности у лиц старческого возраста в условиях первичного звена здравоохранения», предусматривающая наблюдение амбулаторных пациентов старческого возраста с ХСН на дому совместно участковым врачом и обученным социальным работником.

Цель исследования. Оценить эффективность применения новой медицинской технологии «Терапия хронической сердечной недостаточности у лиц старческого возраста в условиях первичного звена здравоохранения» в сравнении с типичной (наиболее распространённой) практикой ведения амбулаторных пациентов старческого возраста с ХСН.

Материалы и методы. Для оценки эффективности новой медицинской технологии амбулаторной терапии лиц старческого возраста с ХСН проведено сравнительное открытое

параллельное проспективное клиническое наблюдение случайной выборки 130 лиц, наблюдавшихся с диагнозом ХСН, в районных поликлиниках г. Омска (средний возраст составил $80,7 \pm 3,74$ лет, преобладали женщины (женщин – 102 человека, $78,5 \pm 3,61\%$; мужчин – 28 человек, $21,5 \pm 3,61\%$), сформированной методом случайных чисел с помощью программы Excel, путем отбора по амбулаторным картам. Критериями исключения были: наличие факторов, затрудняющих адекватное наблюдение (злоупотребление алкоголем, психические и интеллектуальные нарушения), наличие другого заболевания в терминальной стадии, которое могло оказывать выраженное влияние на риск летальности, болезненность и КЖ пациента, неспособность заполнять опросники, предусмотренные протоколом исследования. Все отобранные пациенты до начала исследования обслуживались сотрудниками комплексного центра социального обслуживания населения. После рандомизации были выделены контрольная группа (ГК) и группа вмешательства (ГВ) (по 65 чел.). Всех пациентов постоянно наблюдала участковая служба. Осмотр кардиолога для уточнения диагноза и коррекции медикаментозной терапии был проведен в начале исследования, через 6 месяцев и через год, при необходимости по назначению участкового врача осуществлялись дополнительные консультации кардиолога. Анализу подлежали: непосредственные клинические эффекты (функциональный класс (ФК) ХСН по классификации New York Heart Association (NYHA), наличие и выраженность жалоб (по данным опросника выраженности симптомов сердечной недостаточности, основанного на самооценке больными тяжести своих симптомов по четырёхбалльной системе) [1], качественная характеристика симптомов ХСН (есть/нет) по данным клинического исследования и результатам имевшегося в медицинских документах лабораторно-инструментального обследования), изменения КЖ, связанного со здоровьем (опросники: Medical Outcomes Study – Short Form (SF-36), Duke Activity Status Index – DASI (Индекс активности Дьюка), 6 dimensional multi-level classification (SF-6D)), частота и длительность госпитализаций, связанных с декомпенсацией ХСН.

Использованная в ГВ новая медицинская технология «Терапия хронической сердечной недостаточности у лиц старческого возраста в условиях первичного звена здравоохранения» включала в себя терапевтическое обучение социальных работников и дальнейшее совместное ведение с ними пациентов. Курс терапевтического обучения проводился подготовленным врачом учреждения первичной медико-санитарной помощи на базе комплексного центра социального обслуживания. В дальнейшем контроль и помощь в освоении практических навыков социальным работником (измерение АД, контроль частоты пульса, определение наличия периферических отёков и т. д.) осуществлялся лечащим врачом пациента (участковым, общеврачебной практики, семейным) и/или участковой медицинской

сестрой. Программа терапевтического обучения состояла из цикла структурированных занятий в группах социальных работников по 10–15 человек длительностью 60 минут, включавших теоретические вопросы, обучение практическим навыкам и их совместное обсуждение. После окончания обучения совместно социальным работником под руководством специалиста по социальной работе и лечащим врачом пациента разрабатывался индивидуальный план медико-социальной работы с больным. Соцработник, прошедший подготовку, мог контролировать симптомы заболевания, уровень АД и частоту пульса для определения эффективности терапии и выявления симптомов ухудшения состояния опекаемого лица, организовывал своевременное получение и приём медикаментов, помогал соблюдению врачебных рекомендаций по диете, физическим нагрузкам, санитарно-гигиеническим мероприятиям, обеспечивал своевременный вызов врача для коррекции лечения.

В статистическом анализе с компьютерной программой SPSSStatistics 17.0 применены тест Колмогорова – Смирнова (проверка нормальности распределения), критерий Манна – Уитни (анализ качественных данных и показателей с распределением, отличающимся от нормального) и критерий Уилкоксона (для оценки опытных данных повторных измерений при альтернативном варьировании) с определением критерия значимости (p). Цифровые данные в абсолютных величинах описаны в виде $M \pm \sigma$, где M – среднее выборочное, σ – стандартное отклонение, статистические данные, выраженные в относительных величинах, представлены в виде $M \pm t \times m$ (M – доля (процент), $t \times m$ – доверительный интервал, где t – величина нормализованного отклонения, соответствующая вероятности безошибочного прогноза 95 %, m – ошибка репрезентативности для относительной величины).

Результаты и их обсуждение. Достоверных статистически различий полученных групп по возрасту ($80,8 \pm 3,74$ лет в группе контроля и $80,7 \pm 3,74$ года в группе вмешательства, $p=0,9$), полу ($p=0,2$), тяжести ХСН (количество лиц с определёнными стадиями ($p=0,07$) и ФК ($p=0,2$) ХСН) не выявлено. При последующем наблюдении из групп было исключено по пять человек. Причинами послужили переезд на другое место жительства, замена в период наблюдения социального работника, прошедшего терапевтическое обучение, отказ от социального обслуживания на дому, выявление при наблюдении факторов, затрудняющих адекватное наблюдение (злоупотребление алкоголем, психические нарушения). Одна пациентка 81 года ГВ ($1,5 \pm 2,99$ % от численности группы) умерла дома. Патологоанатомическое исследование не проводилось, со слов окружающих, смерть произошла внезапно. Таким образом, полнота наблюдения составила 92 %, а конечный анализ включал данные 120 лиц. Полученные при окончательном анализе группы не различались достоверно статистически по возрасту (ГВ – $80,6 \pm 3,62$, ГК – $80,6 \pm 3,86$ лет,

$p=0,8$), полу (женщины в ГВ – $71,7\pm 11,40\%$ (43 человека), в ГК – $85,0\pm 9,04\%$ (51 человек), $p=0,08$), тяжести сердечной недостаточности (рис. 1), частоте заболеваний, которые можно рассматривать как этиологические факторы ХСН, сопутствующей патологии и частоте характерных симптомов (табл. 1).

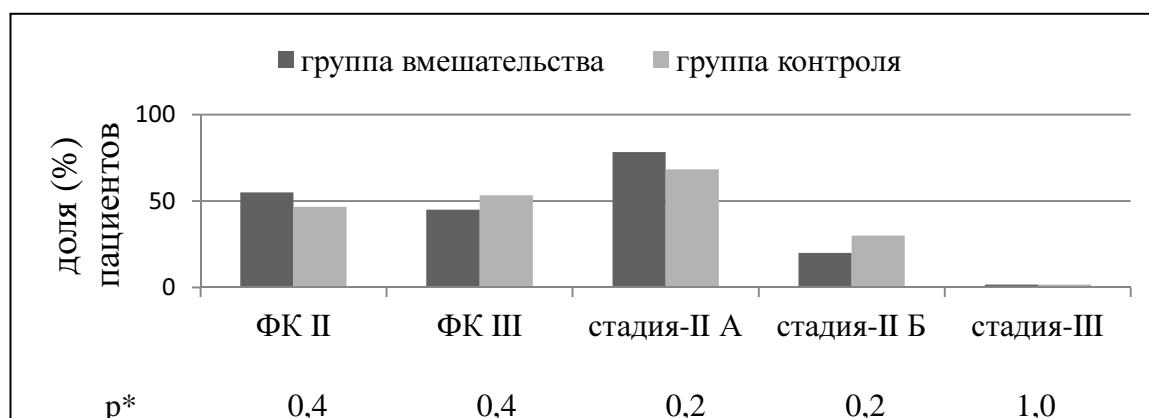


Рис. 1. Распределение пациентов в группах по стадии и ФК ХСН

p^* – достоверность различий по критерию Манна – Уитни.

Сравнение с использованием опросника оценки выраженности симптомов показало, что у тех лиц, которые жаловались на сердцебиение в контрольной группе, оно возникало чаще и при меньших нагрузках (средний бал $3,2\pm 1,09$ против $2,8\pm 1,09$, $p=0,046$), а при наличии жалоб на отеки ног их выраженность была больше в группе вмешательства ($2,0\pm 0,78$ против $1,8\pm 0,59$, $p=0,049$). При этом частота определённых по ЭКГ нарушений ритма в группах сравнения статистически достоверно не отличалась (табл. 1).

Таблица 1

Клинические проявления ХСН в сравниваемых группах больных

Показатель	процент $M\pm t \times m$		Критерий Манна – Уитни (p)
	Группа вмешательства (число лиц)	Контрольная группа (число лиц)	
Жалобы			
Одышка	$98,3\pm 3,24$ (59)	$91,7\pm 6,70$ (55)	$p=0,1$
Быстрая утомляемость	100 (60)	$96,7\pm 4,54$ (58)	$p=0,2$
Сердцебиение	$60,0\pm 6,32$ (36)	$58,3\pm 12,47$ (35)	$p=0,9$
Отеки	$55,0\pm 12,59$ (33)	$53,3\pm 12,62$ (32)	$p=0,9$
Кашель	$46,7\pm 12,62$ (28)	$36,7\pm 12,19$ (22)	$p=0,3$
Ортопное	$31,7\pm 11,77$ (19)	$26,7\pm 11,19$ (16)	$p=0,5$
Данные обследования			
Застой в легких	$15,0\pm 9,04$ (9)	$15,0\pm 9,04$ (9)	$p=1,0$
Периферические отеки	$76,7\pm 10,70$ (46)	$81,7\pm 9,79$ (49)	$p=0,5$

Тахикардия	50,0±12,65 (30)	63,6±12,19 (38)	p=0,1
Набухшие яремные вены	21,7±10,42 (14)	18,3±9,79 (11)	p=0,6
Гепатомегалия	28,3±11,40 (17)	21,7±10,42 (13)	p=0,4
Кардиомегалия	58,3±12,47 (35)	43,3±12,54 (26)	p=0,1
Ритм сердца			
- синусовый ритм	78,3±10,42 (47)	80,0±10,12 (48)	p=0,8
- фибрилляция предсердий	20,0±10,12 (12)	18,3±9,79 (11)	p=0,8
- ритм кардиостимулятора	1,7±3,24 (1)	1,7±3,24 (1)	p=1,0
ЭХОКГ			
Выполнена ЭХОКГ	28,3±11,40 (17)	13,3±8,60 (8)	p=0,1
ФВ ЛЖ	8,3±6,99 (5)	1,7±3,24 (1)	p=0,04

ЭХОКГ в ГВ выявила большее число случаев со снижением ФВ, однако, ультразвуковое исследование на момент начала наблюдения в ней было выполнено чаще, чем в ГК, поэтому с учётом достоверной корреляционной связи между частотой выполнения ЭХОКГ и выявлением сниженной ФВ ($p=0,35$, $p<0,000$) эти данные нельзя трактовать однозначно как большее количество пациентов со снижением сократительной способности миокарда в группе. Пациенты в сравниваемых группах получали препараты всех рекомендованных на момент проведения исследования классов лекарственных средств, объём назначенной медикаментозной терапии в группах достоверно статистически не отличался (рис. 2).

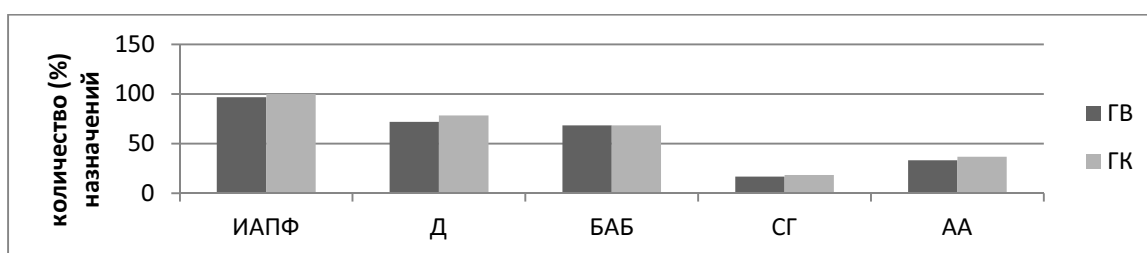


Рис. 2. Назначенная участковыми врачами медикаментозная терапия

ИАПФ – ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента ($p=0,2$), Д – диуретики ($p=0,4$), БАБ – бета-адреноблокаторы ($p=1,0$), СГ – сердечные гликозиды ($p=0,8$), АА – антагонисты альдостерона ($p=0,8$).

Частота госпитализаций, рассчитанных за период в течение года до начала наблюдения, была сопоставима в группах (табл. 2).

Частота и длительность госпитализаций в сравниваемых группах

госпитализации в течение года	группа вмешательства			группа контроля		
	I	II	p*	I	II	p*
госпитализации, связанные с ХСН	13	5	0,02	9	12	0,4
количество пациентов с повторными госпитализациями	3	1	0,2	2	3	0,3
число койко-дней госпитализации по поводу ХСН	270	102	0,03	171	238	0,4

Примечание. I – исходно, II – через год, p* – сравнение в связанных выборках (исходно, через год) по критерию Уилкоксона.

КЖ в начале наблюдения у больных сравниваемых групп статистически значимо не отличалось (рис. 4).

При обследовании через год в ГВ ухудшения функционального состояния не отмечалось; у 6 из 60 больных (10 %) выявлено достоверное статистически ($p=0,01$) повышение толерантности к физическим нагрузкам (снижение ФК на один класс). В ГК имелась недостоверная статистически ($p=1,0$) тенденция к ухудшению: у 7 из 60 больных (11,7 %) ФК снизился на один класс, ещё у одного пациента (1,7 %) – на 2 класса. Индекс DASI в ГВ повысился (с $7,4\pm 5,04$ до $8,5\pm 4,76$, $p=0,001$), что проявилось расширением объёма выполняемых пациентами физических нагрузок, в ГК он не изменился ($9,2\pm 5,15$, $9,2\pm 4,47$, $p=0,9$). При сравнении в динамике выраженность жалоб пациентов в ГК значимо не изменилась, но имелись признаки нарастания застойных явлений при объективном обследовании (недостоверное увеличение доли лиц с явлениями застоя в лёгких и достоверное статистически увеличение количества пациентов с гепатомегалией (от $21,7\pm 10,42$ % (13 человек) до $43,3\pm 12,54$ % (26 человек), $p<0,001$), в то же время в ГВ имелись достоверные статистически снижение выраженности жалоб больных и уменьшение количества лиц с клиническими проявлениями некомпенсированной ХСН (рис. 3). Анализ показателей КЖ, изученных по опросникам SF-36 и SF-6D, в динамике выявил увеличение интегрального показателя качества жизни в группе вмешательства (с $0,48\pm 0,092$ до $0,52\pm 0,107$, $p<0,001$) и достоверное статистически улучшение КЖ по шкалам: физическое функционирование ($p<0,001$), жизнеспособность ($p=0,03$), социальное функционирование ($p=0,02$), ролевое эмоциональное функционирование ($p=0,005$), психологическое здоровье ($p=0,001$), а также психологического компонента здоровья (с $19,8\pm 10,80$ до $23,7\pm 13,17$, $p=0,003$) (рис. 4). В то же время в ГК при визуальном незначительном улучшении по шкале ролевое эмоциональное функционирование достоверного изменения показателей опросника SF-36 не получено (рис. 4), интегральный показатель КЖ также значимо не изменился (исходно $0,48\pm 0,089$, в динамике $0,50\pm 0,079$). Число случаев стационарного лечения по

поводу ХСН и общее количество койко-дней, связанных с ними, вГВ достоверно статистически снизились, и имелась тенденция (статистически недостоверная) к уменьшению числа повторных госпитализаций по этому поводу (табл. 2). В ГК имелась статистически не достоверная тенденция к увеличению количества госпитализаций, связанных с декомпенсацией ХСН и частоты повторных госпитализаций.

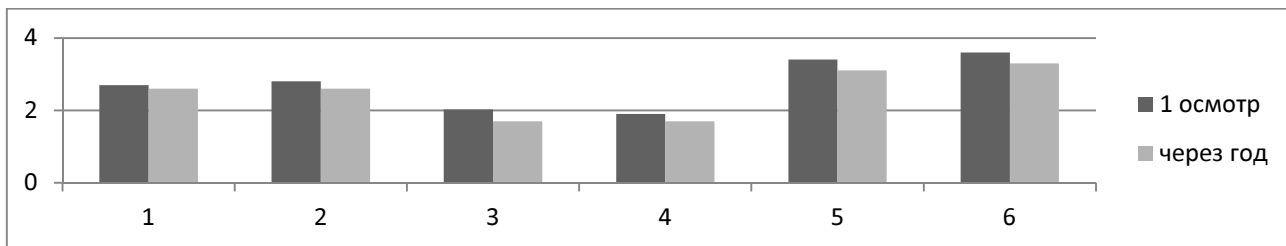


Рис. 3. Выраженность симптомов ХСН по данным опросника в группе вмешательства в баллах (от 1 до 4)

1 – одышка ($p < 0,001$), 2 – сердцебиение ($p = 0,01$), 3 – отёки ($p = 0,002$), 4 – боль в правом подреберье ($p = 0,009$), 5 – слабость ($p = 0,004$), 6 – физические возможности ($p = 0,001$).

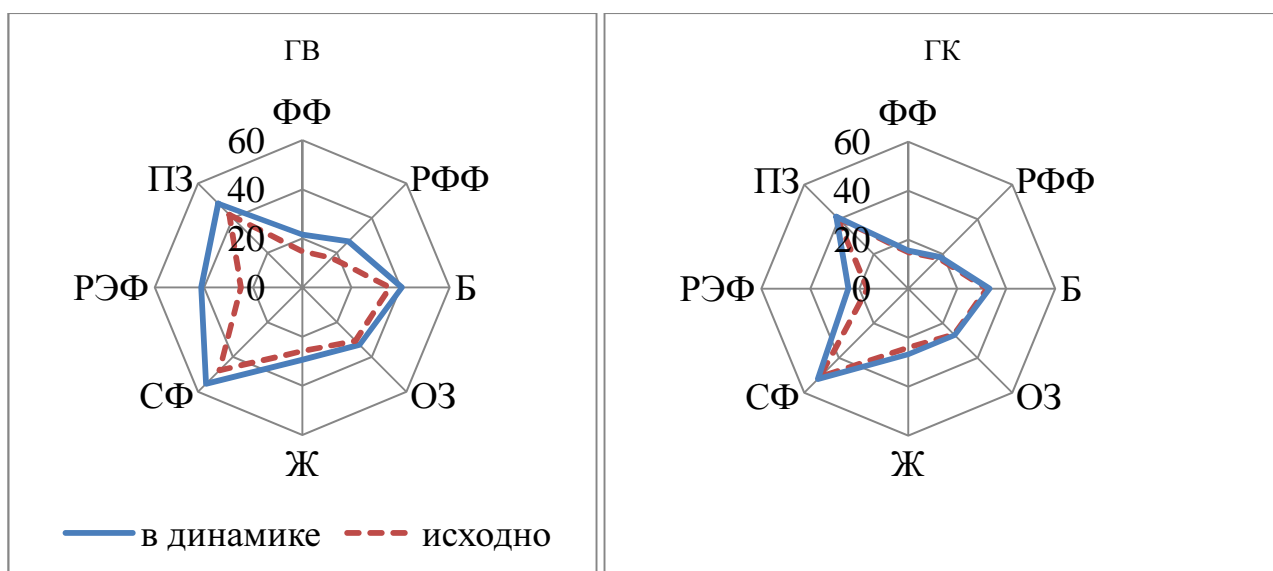


Рис. 4. Изменение показателей качества жизни опросника SF-36 в динамике

ГВ – группа вмешательства, ГК – группа контроля, ФФ – физическое функционирование, РФ – ролевое физическое функционирование, Б – боль, ОЗ – общее здоровье, Ж – жизнеспособность, СФ – социальное функционирование, РЭФ – ролевое эмоциональное функционирование, ПЗ – психологическое здоровье.

Таким образом, применение новой медицинской технологии «Терапия хронической сердечной недостаточности у лиц старческого возраста в условиях первичного звена здравоохранения» приводит в течение года наблюдения к улучшению функционального состояния больных со снижением ФК по NYHA, уменьшению потребности в госпитализациях, обусловленных усилением симптомов ХСН, и числа дней стационарного

лечения, повышению качества жизни больных по большинству показателей опросника SF-36, индексу активности Дьюка и интегральному показателю качества жизни.

Список литературы

1. Гендлин Г. Е., Самсонова Е. В., Бухало О. В. и др. Методика исследования качества жизни у больных хронической недостаточностью кровообращения / Г. Е. Гендлин [и др.] // Сердечная недостаточность. – 2000. – №4. – С. 1–12.
2. Кого будут лечить российские врачи в будущем? / От редакции // Качественная Клиническая Практика. – 2004. – №2. – С. 2-14.
3. На пути к достижению международного консенсуса в вопросах политики по оказанию долгосрочной помощи лицам пожилого возраста. ВОЗ. Программа старения и здоровья [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://whqlibdoc.who.int/hq/2000/WHO_HSC_AHE_00.1_rus.pdf. [Дата обращения: 02.02.2011].
4. Основные изменения в области старения, происшедшие в период после проведения второй Всемирной ассамблеи по проблемам старения. Доклад Генерального секретаря. Комиссия социального развития. Сорок пятая сессия. 7–16 февраля 2007 года [Электронный ресурс] – Режим доступа: <http://daccess-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N06 /625/92/PDF/N0662592.pdf? OpenElement> – [дата обращения 12.01.2011].
5. Старение населения мира 1950–2050 гг. Резюме. ООН [Электронный документ] – Режим доступа – <http://www.un.org/russian/events/olderpersons/ ageing07.html> [Дата обращения: 02.02.2011].
6. Krumholz H. M., Butler J., Miller J., et al. Prognostic importance of emotional support for elderly patients hospitalized with heart failure // *Circulation*. – 1998. – Vol. 97, №10. – P. 958-964.
7. McAlister F. A., Stewart S., Ferrua S., et al. Multidisciplinary strategies for the management of heart failure patients at high risk for admission: a systematic review of randomized trials. *J AmCollCardiol*. 2004; 44 (4): 810-819.

Рецензенты:

Никитин О. Л., д. м. н., профессор, главный врач Государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Самарский областной гериатрический центр», г. Самара.

Гапон Л. И., д.м.н., профессор, руководитель отделов клинической кардиологии, отделения артериальной гипертензии и коронарной недостаточности Филиала НИИ кардиологии Томского научного центра СО РАМН «Тюменский кардиологический центр», г. Тюмень.