

АНАЛИЗ КЛИНИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ В ДНЕВНОМ СТАЦИОНАРЕ

Гетигежева А.З.

ГБОУ ВПО «Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Владикавказ, Россия, e-mail: sogma.rso@gmail.com

Сравнительный анализ деятельности дневных стационаров с отделениями аналогичного профиля круглосуточного стационара позволил определить степень эффективности внедрения стационарозамещающих технологий в практику здравоохранения. Показана целесообразность лечения больных с неосложненной артериальной гипертонией в условиях дневного стационара, которая подтверждается показателями клинической результативности, оцениваемыми в динамике показателями клинико-функционального и клинического состояния, морфофункциональными показателями сердца, показателями летальности и потребности в повторных госпитализациях в дневном и круглосуточном стационаре. Учитывая клиническую эффективность лечения больных с артериальной гипертонией в условиях дневного стационара, следует проводить дифференцированный отбор пациентов на госпитализацию и направлять на лечение в круглосуточные стационары только тяжелых, нуждающихся в круглосуточном наблюдении больных.

Ключевые слова: дневной стационар, гипертоническая болезнь, лечение, эффективность.

THE CLINICAL EFFICACY ANALYSIS OF TREATMENT OF PATIENTS WITH ARTERIAL HYPERTENSION IN THE DAY HOSPITAL

Getigezheva A.Z.

North Ossetian State Medical Academy, Vladikavkaz, Russia, e-mail: sogma.rso @ gmail.com

A comparative analysis of the activities of day hospitals with departments of a similar profile - hospital allowed us to determine the effectiveness degree of the implementation hospitalization technology in public health practice. The expediency of treatment of patients with uncomplicated hypertension in the day hospital, which is confirmed by the indicators of clinical effectiveness, measured in the dynamics of indicators of clinical and functional and clinical status, functional performance of the heart, mortality rates and the need for repeat hospitalizations hospital in the day stay and the hospital day and night. Given the clinical efficacy of treatment of patients with arterial hypertension in the day hospital should be differentiated selection of patients for hospitalization and referral to treatment in-hospital only heavy, requiring round-the-clock monitoring of patients.

Keywords: day care, hypertension, treatment effectiveness.

Несмотря на определенный положительный опыт внедрения стационарозамещающих технологий в России требует решения ряд важнейших вопросов организации и функционирования дневных стационаров (ДС) [2; 3]. В работу ДС крайне медленно внедряются современные комплексные методики лечения и диагностики наиболее распространенных заболеваний, не проводится комплексное курсовое лечение и реабилитация больных терапевтического профиля [5]. Особое внимание следует уделить роли, объемам и качеству медицинской помощи, оказываемой в ДС медицинских организаций, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь, в том числе терапевтического профиля, на долю которых приходится около 50% коечного фонда дневных стационаров [3; 6].

Проведение сравнительного анализа деятельности ДС с отделениями аналогичного профиля круглосуточного стационара позволит определить степень эффективности внедрения стационарозамещающих технологий в практику здравоохранения [1].

Цель исследования. Показать целесообразность лечения больных с неосложненной артериальной гипертензией в условиях дневного стационара.

Материал и методы. В исследование вошли 58 человек с АГ без признаков хронической сердечной недостаточности и ИБС, которые были распределены на две рандомизированные по тяжести состояния группы наблюдения. В I группу вошли 20 человек, лечившихся в КС, во II группу - 38 человек, лечившихся в ДС в 2013 г. Базой исследования стали дневной стационар при поликлинике № 1 г. Нальчика и кардиологическое отделение Республиканской клинической больницы на 60 человек. Сравнимые группы не отличались достоверно по полу и возрасту ($p > 0,05$). Средний возраст пациентов составил $55,57 \pm 10,1$ года.

Проводилось ЭКГ и ЭХО КГ исследование. Для исследования систолической функции ЛЖ в М-режиме проводились измерения: КДР (мм) - конечнодиастолического размера полости ЛЖ, КСР (мм) - конечносистолического размера полости ЛЖ, ТМЖПд (мм) - толщины межжелудочковой перегородки в диастолу, ТЗСд (мм) - толщины задней стенки ЛЖ в диастолу. Рассчитывались показатели левого желудочка: КДО (мл) - конечнодиастолический объем и КСО (мл) - конечносистолический объем, УО (мл) - ударный объем: $УО = КДО - КСО$; ФВ (%) - фракция выброса (норма 50-70%); ММ ЛЖ (г) - масса миокарда ЛЖ, Индекс ММ ЛЖ ($г/м^2$) = ММ ЛЖ / площадь поверхности тела ($м^2$). Наличие систолической дисфункции определялось при $ФВ < 50\%$ и/или $КДР > 55\%$ мм. Для оценки диастолической функции левого желудочка изучались: Е (м/сек.) - максимальная скорость раннего диастолического наполнения левого желудочка; А (м/сек.) - максимальная скорость наполнения ЛЖ в систолу предсердий; Е/А — отношение скорости Е к скорости А; IVRT (мс) - время изоволюметрического расслабления левого желудочка, т.е. время диастолы от момента закрытия аортального клапана до момента открытия митрального клапана. Диастолическая дисфункция диагностировалась при $1,0 > Е/А < 1,5$. Исследование проводилось в динамике до лечения и через 6 месяцев после лечения.

Для определения тяжести артериальной гипертензии были использованы «Рекомендации Российского медицинского общества по артериальной гипертензии и Всероссийского научного общества кардиологов (ВНОК)» (2010).

Статистическая обработка данных осуществлена на основе комплекса современных методов автоматизированного хранения и обработки информации на персональных компьютерах с использованием программы MS Excel и стандартного пакета прикладных

программ Statistika 6,0. При нормальном распределении использовался критерий Стьюдента (t): различия считались достоверными при $p < 0,05$.

Полученные результаты и их обсуждение

Результаты проведенного обследования больных позволили распределить их по стадиям и степеням АГ в двух группах. Среди больных ДС с АГ 2-й степени было 21 человек (55,4%), с АГ 3-й степени – 17 человек (44,6%). Среди больных КС с АГ 2-й степени было 11 человек (56,2%), с АГ 3-й степени – 9 человек (43,8%).

По стадиям ГБ больные в группах распределились следующим образом: в I группе (КС) со II стадией – 5 человек (25,6%), с III стадией – 15 человек (74,4%). Во II группе (ДС) со II стадией – 9 человек (23,7%), с III стадией – 29 человек (76,3%). Таким образом, группы были рандомизированы по тяжести состояния ($p > 0,05$).

У большинства пациентов отмечалось наличие факторов риска развития сердечно-сосудистых осложнений, таких как возраст мужчины более 55 лет, женщины - более 65 лет; дислипидемия (повышение общего холестерина $> 5,0$ ммоль/л), абдоминальное ожирение - окружность талии > 102 см для мужчин, > 88 см для женщин), курение. При этом различия между группами статистически незначимы ($p > 0,05$).

При поступлении в стационар уровень систолического артериального давления составил у больных КС в среднем $168,82 \pm 16,15$ мм рт. ст. (больные КС) и $165,39 \pm 12,21$ мм рт. ст. (больные ДС). Уровень диастолического давления составил в среднем $100 \pm 11,44$ мм рт. ст. (больные КС) и $98,8 \pm 6,51$ мм рт. ст. (больные ДС). Различия между группами статистически незначимы ($p > 0,05$).

Результаты ЭКГ исследования больных в общепринятых 12 отведениях признаки гипертрофии левого желудочка выявили с АГ у 15 больных II группы и у 7 больных I группы. По данным ЭХО КГ, увеличение толщины стенок левого желудочка (> 12 мм) и индекса массы миокарда левого желудочка (> 125 г/м² для мужчин и > 110 г/м² у женщин) наблюдалось с АГ у 10 больных I группы и у 29 больных II группы. Диастолическая дисфункция по гипертрофическому типу наблюдалась у 9 больных КС и 30 больных ДС, диастолическая функция была в норме у 8 больных КС и 8 больных ДС.

Фармакотерапия пациентов с АГ в двух группах была идентичной и соответствовала стандартам лечения. Перед поступлением на стационарное лечение больные принимали по назначению участкового терапевта поликлиники гипотензивные препараты, которые приводили к временному улучшению. В условиях стационара больные получали иАПФ (эналаприл, энам, эднит, моноприл, диротон, престариум), диуретики (гипотиазид, арифон ретард), БАБ (атенолол, эгилок, небилет), антагонисты Са (кордафлекс ретард, коринфар ретард, верапамил). Больные КС получали иАПФ в 94,11% случаев, диуретики - в 88,23%,

антагонисты Са - в 52,90%, БАБ - в 41,17%. Больные ДС получали иАПФ - в 100% случаев, диуретики - в 84,20%, антагонисты Са - в 47,36%, БАБ - в 36,84% (рис. 1). Различия между группами статистически незначимые ($p>0,05$).

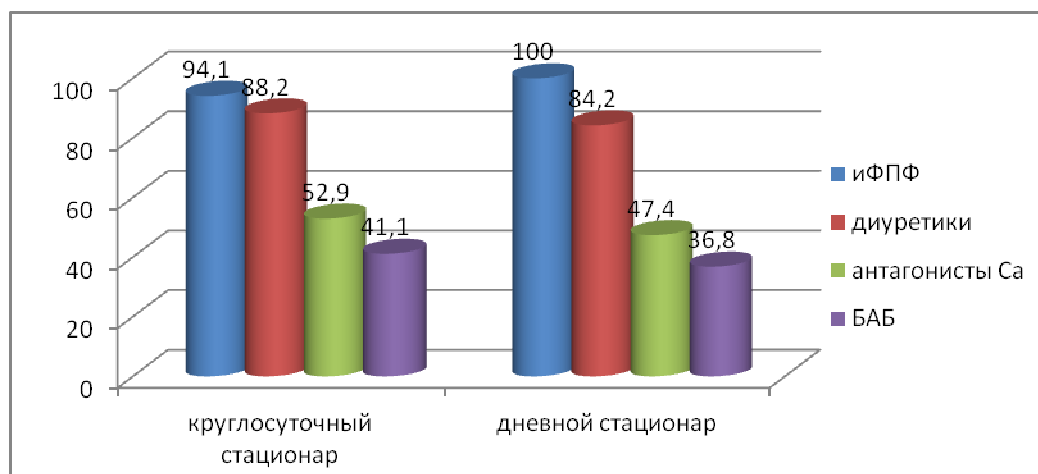


Рис. 1. Анализ фармакотерапии артериальной гипертензии в группах.

Сравнительный анализ клинической эффективности лечения больных с артериальной гипертензией без ХСН и ИБС в динамике через 6 месяцев показал, что в результате лечения в ДС и КС всем больным удалось снизить артериальное давление (табл. 1).

Таблица 1

Динамика уровня систолического артериального давления в группах ($M\pm m$)*

АДс, мм рт. ст.	I группа (КС)	II группа (ДС)
До лечения	168,23±15,18	166,15±11,92
Через 6 месяцев	136,12±17,31	134,16±13,78

* Различия в пределах группы до и после лечения статистически значимые ($p<0,05$).

Таким образом, исходя из данных анализа, мы видим, что в обеих группах в результате лечения удалось достичь положительного эффекта (по динамике показателей артериального давления). Вместе с тем отмечается отсутствие статистически значимых отличий между группами.

В работе проведен сравнительный анализ динамики ИММЛЖ, толщины стенок ЛЖ, диастолической функции. Исходные данные для I группы - ИММЛЖ - $123,98\pm 22,25$ г\м² ТМЖПд - $12,51\pm 1,63$ мм, ТЗСЛЖд - $11,95\pm 1,72$ мм, для II группы ИММЛЖ - $132,87\pm 20,16$ г\м², ТМЖПд - $13,54\pm 1,38$ мм, ТЗСЛЖд - $12,80\pm 1,76$ мм. Различия между группами по всем исходным параметрам статистически незначимые ($p>0,05$).

На фоне лечения через 6 месяцев ИММЛЖ в I группе снизился до $120,65\pm 24,11$ г\м² ($p>0,05$), во II группе - $128,82\pm 23,18$ г\м² ($p>0,05$).

ТМЖПд через 6 месяцев в I группе составила $12,50\pm 1,43$ мм ($p>0,05$), во II группе - $12,90\pm 1,61$ мм ($p>0,05$).

Толщина стенок ТЗСЛЖд через 6 месяцев в I группе составила $11,69 \pm 1,38$ мм ($p > 0,05$), во II группе $-12,42 \pm 1,64$ мм ($p > 0,05$).

Различия между группами по всем параметрам в динамике статистически незначимые ($p > 0,05$). Динамика ИММЛЖ на фоне лечения через 6 месяцев представлена в таблице 2.

Таблица 2

Динамика показателей ИММЛЖ на фоне лечения в изучаемых группах

	ИММЛЖ $г\backslash м^2$		ТМЖПд (мм)		ТЗСЛЖд	
	I группа	II группа	I группа	II группа	I группа	II группа
До лечения	$123,98 \pm 22,25$	$132,87 \pm 20,16$	$12,51 \pm 1,63$	$13,54 \pm 1,38$	$11,95 \pm 1,72$	$12,80 \pm 1,76$
Через 6 месяцев	$120,65 \pm 24,11$	$128,82 \pm 23,18$	$12,50 \pm 1,43$	$12,90 \pm 1,61$	$11,69 \pm 1,38$	$12,42 \pm 1,64$

Таким образом, на фоне лечения в обеих группах отмечалось улучшение в виде снижения ИММЛЖ, однако большая положительная динамика была во II группе. Уменьшение толщины стенок левого желудочка (ТМЖП и ТЗСЛЖ) через 6 месяцев наблюдалось как в I, так и во II группе, однако различия между группами по динамике ТМЖП и ТЗСЛЖд статистически незначимые ($P > 0,05$).

В работе проведен анализ диастолической функции: E/A, YVRT (мс). Исходные данные для I группы - E/A - $0,97 \pm 0,16$, YVRT- $106,65 \pm 16,78$; для II группы - E/A - $0,98 \pm 0,22$, YVRT- $107,24 \pm 12,91$. Различия между группами по всем параметрам статистически незначимые ($p > 0,05$).

Динамика показателей диастолической функции через 6 месяцев после лечения представлена в таблице 3. Данные таблицы показывают, что на фоне лечения прослеживается незначительное улучшение E/A и YVRT (мс) в обеих группах ($p > 0,05$).

Таблица 3

Динамика показателей диастолической функции в группах ($M \pm m$)*

	E/A		YVRT (мс.)	
	I группа	II группа	I группа	II группа
При поступлении	$0,97 \pm 0,16$	$0,98 \pm 0,22$	$106,65 \pm 16,78$	$107,24 \pm 12,91$
Через 6 месяцев	$1,01 \pm 0,22$	$1,01 \pm 0,18$	$106,74 \pm 15,42$	$106,67 \pm 11,45$

*Различия в пределах одной группы статистически значимые ($p < 0,05$).

За период наблюдения летальности и повторных госпитализаций через 6 месяцев в обеих группах не отмечено. Средний койко-день при лечении больных с АГ составил в КС - $13,35 \pm 3,87$ дня; в ДС - $12,72 \pm 3,55$ дня. Различия между группами статистически незначимые ($p > 0,05$).

Приверженность (комплаентность) больных к лечению оценивалась с помощью теста Мориски-Грина. Через 6 месяцев после лечения в I группе комплаентными (набравшими 3-4 балла) были 16 человек (80,0%), некомплаентными (набравшими 0-2 балла) - 4 человека (20,0%), средний балл составил $3,3 \pm 0,10$. Во II группе - комплаентными были 29 человек (78,4%); некомплаентными - 8 человек (21,6%), средний балл составил $3,18 \pm 0,76$. Различия между группами и внутри групп статистически незначимые ($p > 0,05$).

Как показали результаты нашего исследования, приверженность к лечению в значительной степени обусловлена отношением больного к своему заболеванию, отсутствием аккуратности в выполнении врачебных назначений (позволяли пропускать прием лекарственных препаратов при относительно хорошем самочувствии). Существенным фактором снижения степени приверженности к лечению являются социально-экономические условия, когда больные прекращали прием препарата из-за его высокой стоимости.

Выводы

1. Различия в эффективности лечения артериальной гипертонии между наблюдаемыми группами статистически незначимые ($p > 0,05$).

2. Эффективность лечения больных с неосложненной артериальной гипертонией в дневном стационаре не ниже, чем при лечении в круглосуточном стационаре.

3. С целью повышения доступности медицинской помощи следует более интенсивно использовать дневные стационары при лечении артериальной гипертонии.

Список литературы

1. Аликова З.Р., Гетигежева А.З., Аликова Т.Т., Фидарова К.К. Использование коечного фонда дневных стационаров в Кабардино-Балкарской Республике // *Фундаментальные исследования*. – 2014. - № 2. – С. 13-17.
2. Калининская А.А., Стукалов А.Ф., Аликова Т.Т. Стационарзамещающие формы медицинской помощи: организация и эффективность деятельности // *Здравоохранение Российской Федерации*. - 2008. - № 6. - С. 5-8.
3. Калининская А.А., Дзугаев А.К., Стукалов А.Ф., Гусева С.Л. Особенности деятельности и нормативная база дневного стационара // *Российский медицинский журнал*. – 2010. - № 4. - С. 7-11.

4. Конради А.О., Полуничева Е.В. Недостаточная приверженность к лечению артериальной гипертензии: причины и пути коррекции // Артериальная гипертензия. - 2004. - Т. 10. - № 3. - С. 137-143.
5. Небиеридзе Д.В., Сафарян А.С. Новые возможности ингибиторов ангиотензин-превращающего фермента в клинической практике // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. - 2010. - № 5. - С. 91-94.
6. Недогода С.В. Лечение артериальной гипертензии в пожилом возрасте: доказанное и недоказанное // Сердце. - 2006. - Т. 5. - № 4 (28). - С. 177-183.

Рецензенты:

Амбалова С.А., д.м.н., профессор кафедры внутренних болезней № 1 ГБОУ ВПО «Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Минздрава России, г. Владикавказ;
Дзгоева Ф.У., д.м.н., профессор кафедры внутренних болезней № 5 ГБОУ ВПО «Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Минздрава России, г. Владикавказ.