

**СОСТОЯНИЕ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ
НА ЭТАПЕ АМБУЛАТОРНОГО ЛЕЧЕНИЯ**

Ризаев Ж.А., Агабабян И.Р., Исмоилова Ю.А.

Самаркандский государственный медицинский институт

✓ **Резюме**

В настоящее время сердечная недостаточность определяется как клинический синдром, который характеризуется типичными симптомами – одышка, отеки лодыжек, утомляемостью и может сопровождаться различными признаками, такими как повышенное давление в яремной вене, застойными хрипами в легких, сердцебиением [4,5]. Все это происходит на фоне того или иного заболевания сердца [6,7]. Кардиологи в течение последних лет ратуют за то, чтобы хроническая сердечная недостаточность сама по себе была как отдельная нозологическая единица, то есть заболевание, а не осложнение заболеваний сердца [1,2]. Сейчас мы наблюдаем достаточно низкую приверженность пациентов с лечащими врачами, особенно это касается амбулаторного звена [3].

Ключевые слова: Хроническая сердечная недостаточность, поликлиника, скорая медицинская помощь.

**СУРУНКАЛИ ЮРАК ЭТИШМОВЧИЛИГИ БЎЛГАН БЕМОРЛАРНИНГ
АМБУЛАТОРИЯ ДАВОЛАШ БОСҚИЧИДАГИ ҲОЛАТИ**

Ризаев Ж.А., Агабабян И.Р., Исмоилова Ю.А.

Самарқанд давлат тиббиёт институти

✓ **Резюме**

Ҳозирги вақтда юрак этишмовчилиги ўзига хос симптомлар - нафас қисилиши, оёқларнинг шишиши, чарчаиш билан тавсифланадиган клиник синдром сифатида таърифланади ва турли симптомлар билан бирга бўлиши мумкин, масалан, бўйин венасида босимнинг ошиши, ўпкада хириллаш, юрак уриши [4,5]. Буларнинг барчаси у ёки бу юрак хасталиги фонида рўй беради [6,7]. Сўнгги йилларда кардиологлар сурункали юрак этишмовчилигининг ўзи алоҳида нозологик бўлинма, яъни юрак касаллигининг асоратлари эмас, касаллик эканлигини илгари суришмоқда [1,2]. Амалиётда, айниқса, амбулатория босқичида, беморларнинг даволанаётган вақтда даволовчи шифокорларга ишончи паст даражада қолишини кузатмоқдамиз [3].

Калит сўзлар: Сурункали юрак этишмовчилиги, поликлиника, тез тиббий ёрдам.

**THE STATE OF PATIENTS WITH CHRONIC HEART FAILURE AT THE STAGE OF
OUTPATIENT TREATMENT**

Rizayev Jasur Alimjanovich, Agababayan Irina Rubenovna, Ismoilova Yulduz Abduvokhidovna.

Samarkand State Medical Institute

✓ **Resume**

Currently, heart failure is defined as a clinical syndrome characterized by typical symptoms - shortness of breath, swelling of the ankles, fatigue and may be accompanied by various symptoms such as increased pressure in the jugular vein, congestive wheezing in the lungs, palpitations [4,5]. All this occurs against the background of one or another heart disease [6,7]. In recent years, cardiologists have been advocating that chronic heart failure itself be a separate nosological unit, that is, a disease, and not a complication of heart disease [1,2]. Now we observe a rather low adherence of patients with attending physicians, especially in the outpatient department [3].

Key words: Chronic heart failure, polyclinic, emergency.

Актуальность

Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) является серьезной проблемой для всех развитых стран мира, несмотря на значительный прогресс в лечении, так как прогноз этих больных остается неблагоприятным [9]. Это связано прежде всего со старением населения, так как появилось достаточное количество препаратов, положительно влияющих на длительность жизни этих больных. Однако, внедрение центров по контролю за больными с ХСН сможет продлить и улучшить качество жизни пациентов с ХСН [10].

Цель: Установить возможность строго контроля за пациентами ХСН после стационарного лечения и определить эффективность их наблюдения в поликлинике по месту жительства на примере двух районов Самаркандской области.

Материал и методы

Больные были разделены на 2 группы. В первую группу входили больные с ХСН, относящиеся к 1 семейной поликлинике города Самарканда, 2 группу составили больные ХСН Иштыханского района Самаркандской области. В исследование были включены 289 больных ХСН 1 группы и 728 больных 2 группы, которые после выписки находились на амбулаторном наблюдении по месту прописки в 1 семейной поликлинике г. Самарканда. Всем пациентам, проводились общеклинические исследования и иссле

дования с учетом этиологических причин ХСН. Оценка клинического состояния производилась с расчетом баллов по шкале оценки клинического состояния по Марееву В.Ю. - ШОКС [9] после выписки из стационара. Проводилась оценка теста с шестиминутной ходьбой (ТШМХ) и ШОКС в динамике в группе 1 через 1 месяц наблюдения [8]. Во 2 группу входили 728 больных с ХСН на амбулаторном наблюдении в Иштыханском районе Самаркандской области.

Всем амбулаторным больным проводилось ЭКГ исследование сразу после выписки из стационара и через 1 месяц. Также проводилась ЭхоКГ с определением ФВ, измерялось АД, ЧСС, ИМТ, тест с шестиминутной ходьбой, опросник ШОКС.

По новой классификации ХСН с определением фракции выброса, устанавливали с сохраненной фракцией выброса СНсФВ больше 50%, промежуточной (СНпФВ) - при ФВ ЛЖ 40-49% и низкой (СНнФВ) - при фракции выброса левого желудочка меньше 40% [6]. Причина смерти пациентов в группах 1 и 2 устанавливалась на основании данных заключения в медицинской карте амбулаторного пациента. Статистическая обработка данных проводилась с использованием пакета прикладных программ Statistica 7.0 для Windows.

При подсчете результатов применялся критерий Стьюдента, а для анализа различий частот использовался критерий χ^2 .

Таблица 1.

Клинические параметры пациентов исследуемых групп после выписки из стационара

Показатель	Группа 1, n=289	Группа 2, n=728	P*
Возраст, лет	62.3±10.1	61.4±11.0	0.08
70 лет и старше, % (N)	19,4 (56)	14,5 (198)	0,07
Мужчины, женщины % (N)	60.5(175)/39.4(114)	58.4(425)/41.6(303)	0.94
Срок госпитализац, койко-дни	12.5±1.7	9.3±2.1	0.4
ИМТ, кг/м ²	28.6±7.6	27.9±12.0	0.9
САД, мм рт.ст	125.3±24.2	136±25.9	0.3
ДАД, мм рт. ст	78,3±13,1	79,5±13,6	0,06
САД< 120 мм рт.ст. %	32,2 (93)	13,1 (96)	0,11
ЧСС, уд/мин	78,1 ± 14,7	77,7±16,5	0,7
Исходный ТШМХ, м	258,2±123,1	302,3±126,4	0,01
ШОКС, баллы ШОКС, баллы	5 (Q1=1; Q3=3)	6 (Q1=2; Q3=5)	<0,001
АГ в анамнезе, % (n)	87,8 (254)	95,7 (697)	0,7
ИБС в анамнезе, %(n)	78,2 (226)	94 (685)	0,9
ФП, % (n)	37,4 (108)	47,4 (345)	0,3
СКФ (СКД EPI) мл/ мин/ 1,73 м ²	56,5±23,5	45,9±21,6	<0,001

P*-достоверность различий между группами 1 и 2

Как видно из таблицы 1, основной возраст тяжелых больных с ХСН, находившихся в стационаре приходится на возраст 62 года и пребывание их в стационаре составляет в среднем 11 дней. Тест с 6-минутной ходьбой

составил 258 метров, баллы шкалы оценки клинического состояния были достаточно средние 5-6, фибрилляция предсердий была у 37-47% больных. Скорость клубочковой фильтрации составляла 56 мл/мин.

Таблица 2.

Деление больных с ХСН в зависимости от фракции выброса левого желудочка

Р-достоверность различий между группами 1 и 2

Как видно из таблицы 2 больший процент больных с сохранной фракцией выброса наблюдался в обеих группах.

ФВ	Группа 1, n=289	Группа 2, n=728	Р*
СНсФВ, % (n)	62 (181)	77,2 (562)	<0.01
СНпФВ % (n)	24,6 (71)	12,5 (91)	<0.001
СНнФВ % (n)	14 (36)	10,3 (75)	<0.05

Таблица 3. Деление больных ФК ХСН в зависимости от ТШМХ

ТШМХ	Группа 1, n=289	Группа 2, n=728	Р*
I ФКХСН, % (n)	14,9 (43)	12,6 (92)	не дост
II ФКХСН, % (n)	35,3 (102)	46,1 (336)	<0.001
III ФКХСН, % (n)	33,2(96)	35 (255)	не дост
IV ФКХСН, % (n)	16,6 (48)	6,2 (45)	<001

Р -достоверность различий между группами 1 и 2*

Как видно из таблицы 3 больные с тяжелой стадией хронической сердечной недостаточностью в городе Самарканде и в районной поликлинике практически не

отличались. Основную группу составили больные II и III ФК по NYHA, однако районных больных было значительно больше.

Таблица 4. Исходы у пациентов обеих групп через 1 месяц наблюдения в %

Показатель	Группа 1 n=289	Группа 2 n=728	р*
Смертность от сердечно-сосудистых причин %	3.3	11.4	не дост
Сердечно-сосудистые осложнения %	1.6	5.1	≤ 0.01
Смертность от ОДСН %	2.1	7.6	< 0.001

Р - достоверность различий между группами 1 и 2.*

В обеих группах достоверных различий в смертности от осложнений ХСН не наблюдалось.

Выводы

В настоящее время больные с ХСН в г.Самарканде и в Иштыханском районе практически активно не наблюдались врачами поликлиник по месту жительства. Врачи не ходили на подворные обходы, активно не вызывали больных и больным приходилось вызывать «скорую медицинскую помощь» при ухудшении состояния. Отсюда и высокая смертность больных с хронической сердечной

недостаточностью: по поликлинике г.Самарканда – 271, по Иштыханскому району 572 за 2020 год. Высокая смертность в 2020 году еще и сказалась на пандемии коронавируса, когда врачи амбулаторий были заняты тестами, большим количеством больных SARS-COV-2. Многие больницы в это время были перепрофилированы в центры по лечению SARS-COV-2[11]. Это тоже затрудняло госпитализацию. Однако, следует отметить, что в районных

стационарах Самаркандской области лечение проводилось с низкой приверженностью и после выписки из стационара больные не соблюдали рекомендаций.

В настоящее время прогноз больных с ХСН в Самаркандской области остается крайне тяжелым и негативным. В связи с этим имеется необходимость открытия Центра хронической сердечной недостаточности, где будут постоянно наблюдаться больные с хронической сердечной недостаточностью.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Агабабян И.Р., Исмаилов Ж.А., Рузиева А.А. Хроническая сердечная недостаточность у молодых пациентов с ожирением на фоне хронической обструктивной болезни легких. //Журнал «Достижения науки и образования» №3 (57) 2020 С. 84-88.
2. Беленков Ю.Н., Мареев В.Ю. Агеев Ф.Т., Даниелян М.О. Больные с хронической сердечной недостаточностью в российской амбулаторной практике: особенности контингента, диагностики и лечения (по материалам исследования ЭПОХА-О-ХСН). //Журнал Сердечная Недостаточность. 2020; 5(1):4-7.
3. Агеев Ф.Т., Мареев В.Ю., Фомин И.В., Арутюнов Г.П., Бекграмбекова Ю.Л., Беленков Ю.Н. и др. Клинические рекомендации. Хроническая сердечная недостаточность (ХСН). //Журнал сердечная недостаточность. 2020; 18 (1): 3-40
4. Агеев Ф.Т., Скворцов А.А., Мареев В.Ю., Беленков Ю.Н. Сердечная недостаточность на фоне ишемической болезни сердца: некоторые вопросы эпидемиологии, патогенеза и лечения. //Русский медицинский журнал. 2019; 15-16: 622-626.
5. Виноградова Н.Г. Городской центр лечения хронической сердечной недостаточности: организация работы и эффективность лечения пациентов с хронической сердечной недостаточностью. //Кардиология. - 2019;59(2S):3139. <https://doi.org/10.18087/cardio.2621>
6. Виноградова Н.Г. Система комплексного подхода к снижению смертности и госпитализаций в условиях специализированной медицинской помощи пациентам с хронической сердечной недостаточностью. //Автореферат дисс. док.мед.наук, 2020, Нижний Новгород.
7. Виноградова Н.Г., Поляков Д.С., Фомин И.В. Риски повторной госпитализации пациентов с ХСН при длительном наблюдении в специализированном центре лечения ХСН и в реальной клинической практике. //Кардиология.2020;60(3):59-69. <https://doi.org/10.18087/cardio.2020.3.n1002>
8. Беленков Ю.Н., Мареев В.Ю., Агеев Ф.Т., Даниелян М.О. Первые результаты национального эпидемиологического исследования – ЭПОХА-О-ХСН. //Сердечная недостаточность 2003; май, 4,3:116-20.
9. Погосова Н.В., Бойцов С.А., Аушева А.К., Соколова О.Ю., Арутюнов А.А., Осипова И.В., Поздняков Ю.М. Медикаментозная терапия и приверженность к ней пациентов с ишемической болезнью сердца: результаты российской части международного многоцентрового исследования EUROASPIRE V. //Кардиология. 2021; 61(8):4-13. <https://doi.org/10.18087/cardio.2021.8.n1650>
10. Фомин И.В., Виноградова Н.Г. Организация специализированной медицинской помощи больным с хронической сердечной недостаточностью. //Cardio Соматика. 2017; 8 (3): 10–15.
11. Фомин И.В., Виноградова Н.Г., Фарзалиев М.И., Аллахвердиева С.М., Крылова А.Н., Самарина А.С., Тюрин А.А. Эффективность наблюдения пациентов в условиях специализированного центра лечения хронической сердечной недостаточности. Неотложная кардиология и кардиоваскулярные риски, 2018, Т. 2, № 1, С. 221-229

Поступила 09.09. 2021