

УДК 61

Пономарев Денис Сергеевич

аспирант кафедры общественного здоровья и здравоохранения
Медицинский институт «Тамбовский государственный университет имени
Г.Р. Державина»
den.tamb@mail.ru

Симонов Сергей Николаевич

доктор медицинских наук, профессор,
профессор кафедры общественного здоровья и здравоохранения,
Медицинский институт «Тамбовский государственный университет имени
Г.Р. Державина»
den.tamb@mail.ru

Denis S. Ponomarev

postgraduate student of the Department of public health care,
Medical Institute of the "Tambov state University named G. R. Derzhavin"
den.tamb@mail.ru

Sergey N. Simonov

Doctor of Medical Sciences, Professor,
Professor of the Department of Public Health and Health
Medical Institute of the "Tambov state University named G. R. Derzhavin"
den.tamb@mail.ru

**ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ
ПАЦИЕНТАМ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ
НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ
(ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)**

**ORGANIZATION OF MEDICAL AND SOCIAL CARE FOR PATIENTS
WITH CHRONIC HEART FAILURE (LITERATURE REVIEW)**

Аннотация. Организация клинико-социальной помощи пациентам с хронической сердечной недостаточностью, должна быть ориентирована на повышение качества жизни таких пациентов, возможно путем комплексного взаимодействия всех уровней оказания медицинской помощи населению, в том числе. В частности, открытие в амбулаторном звене Школ здоровья специально для пациентов с ХСН, позволяет продлить период качественной компенсации состояния, препятствуя увеличению частоты повторных показателей и прочее. Формирование у людей навыков здорового образа жизни, увеличение уровня санитарно-гигиенической культуры среди населения способствуют повышению КЖ этих пациентов, снижению числа обострений основного заболевания, сокращению числа вызовов СМП и госпитализаций и могут дать ощутимый социально-экономический эффект.

Ключевые слова: хроническая сердечная недостаточность, школа здоровья, качество жизни, сердечно-сосудистая патология, ХСН, обзор.

Annotation. *The organization of clinical and social care for patients with chronic heart failure should be focused on improving the quality of life of such patients, possibly through a comprehensive interaction of all levels of health care, including. In particular, the opening of outpatient health Schools specifically for patients with CHF, allows to extend the period of qualitative compensation of the state, preventing an increase in the frequency of repeated indicators, and so on. The formation of healthy lifestyle skills in people, the increase in the level of sanitary and hygienic culture among the population contribute to the increase in the quality of life of these patients, reduce the number of exacerbations of the underlying disease, reduce the number of SMP calls and hospitalizations and can give a tangible socio-economic effect.*

Key words: *chronic heart failure, school health, quality of life, cardiovascular disease, CHF, review*

Введение. Сердечная недостаточность (СН) является тяжелым заболеванием, приводящим к расстройствам гемодинамики и нейрогуморальным дисфункциям. При хронической СН (ХСН) снижается качество жизни пациентов и клинико-социальные показатели здоровья населения в целом (например, повышается заболеваемость и смертность, частота госпитализаций). Таким образом, ответом на изменение эпидемиологических, демографических и других клинико-статистических критериев состояния здоровья населения, страдающего ХСН, несомненно, является преобразование организационно-экономических показателей здравоохранения [1].

Материалы и методы. Для написания статьи были использованы литературные данные, научные статьи и исследовательские работы, предоставленные авторами для свободного ознакомления. Поиск информации проводился с использованием электронных библиотечных ресурсов поисковых систем Elibrary PubMed, Google Scholar, Medline, Scopus, CyberLeninka, РИНЦ по ключевым словам, указанным ранее, а также с использованием функции «похожие публикации».

Результаты. Медико-социальная помощь пациентам с ХСН организуется на всех этапах оказания медицинской помощи населению. Однако, в данной работе, представляется целесообразным выделение двух этапов: госпитальный (стационарный) и амбулаторно-поликлинический, на котором проводится реабилитация пациентов после первого этапа.

Показано, что наблюдение за больными даже с помощью простых телефонных звонков позволяет производить коррекцию лечения до того, как возникнет необходимость в госпитализации, специальные мобильные приложения [2]. При терминальных стадиях ХСН применяются принципы паллиативной помощи, с которыми должны быть ознакомлены кардиологи и кардиологические медсестры [3]. Паллиативные меры направлены на

улучшение качества жизни пациента, уменьшение симптомов, раннее выявление и лечение эпизодов декомпенсации и создание условий по поддержанию должного физического, психологического, социального и духовного состояния больного. Некоторые больные на этом этапе могут предпочесть пребывание в хосписе [4]. На наш взгляд, организация хосписов может быть вариантом и для тех пациентов с ХСН, у которых нет родственников или отсутствует контакт с ними.

Ведение пациента с ХСН является многопрофильной задачей, требующей привлечения специалистов различных специальностей [5; 6]. Однако, улучшение здоровья населения зависит не только совместных усилий медиков, но и от комплаенса, взаимодействия пациента с медицинским персоналом, а также в собственной помощи самому себе. Необходимо ориентировать пациента, что уверенность в своих силах, сохранение самостоятельного контроля за эффективностью лечения, является важным фактором здоровья при ХСН [7; 8].

В зарубежных исследованиях встречаются сведения о недостаточной степени приверженности к выполнению международных рекомендаций по ХСН, касающиеся диагностики, медикаментозного лечения и работе с пациентами, в том числе и ориентирование их на самостоятельное наблюдение за своим состоянием здоровья, особенно в условиях в первичной медико-санитарной помощи, а также возможности совершенствования обучения пациентов [9].

Обсуждение. Резюмируя вышеизложенное в данном подразделе, можно заключить, что организация оказания медико-социальной помощи больным с ХСН реализуется с учетом позиций удовлетворения психо-социальной потребности пациентов в повышении качества жизни. Однако, необходимо акцентировать внимание пациентов и их родственников на необходимости самостоятельной заботы и вниманию к своему состоянию здоровья, о чем публикуют и многие отечественные и зарубежные клиницисты и организаторы здравоохранения.

Дистанционный мониторинг медицинского персонала за состоянием здоровья пациентов с ХСН с одной стороны, по мнению некоторых авторов, позволит своевременно выявлять и купировать декомпенсаторные проявления ХСН, а с другой стороны, по нашему мнению, приводит к усугублению стресса и ухудшению качества жизни этой категории пациентов. Это связано с тем, что постоянная концентрация внимания на своем самочувствии, при частых обострениях, снижает положительный настрой пациента на стойкую ремиссию и изменяет его психо-эмоциональный настрой.

Соблюдение тонкого баланса между наблюдением за больным и ненавязчивостью как раз и является возможным при организации Школы здоровья больного с ХСН, так как там происходит обучение пациентов с ХСН позициям самоорганизации.

Заключение. Таким образом, вопросом усовершенствования организации медико-социальной помощи пациентам с ХСН, озадачены и зарубежные, и отечественные исследователи и клиницисты. Помимо амбулаторной консультативной помощи, необходимо и актуально для пациента с ХСН получение ухода на дому, которое может реализовываться, в том числе и при участии членов семей и друзей. Среди медицинского персонала ведущая роль в этом отводится медсестрам, осуществляющих патронаж. Качество жизни в современном международном медицинском сообществе является важным показателем оценки функционального состояния пациентов с хронической патологией, а также их удовлетворенности.

Литература:

1. Лебедева О.Ю., Хоменко Е.А., Мамчур С.Е., и др Содоуляция сердечной сократимости для лечения хронической сердечной недостаточности / Комплексные проблемы сердечно-сосудистых заболеваний. 2017. Т. 6. № 4. С. 121-128.

2. Werner NE, Tong M, Borkenhagen A, et al Performance-Shaping Factors Affecting Older Adults' Hospital-to-Home Transition Success: A Systems Approach. *Gerontologist*. 2018 Jan 3. doi: 10.1093/geront/gnx199

3. Kurozumi Y, Oishi S, Sugano Y, et al Design of a nationwide survey on palliative care for end-stage heart failure in Japan. *J Cardiol*. 2018 Feb;71(2):202-211.

4. Lah S, Wilson EL, Beesley S, et al Association of hospice utilization and publicly reported outcomes following hospitalization for pneumonia or heart failure: a retrospective cohort study. *BMC Health Serv Res*. 2018 Jan 9;18(1):12. doi: 10.1186/s12913-017-2801-3.

5. Flanagan S, Damery S, Combes G. The effectiveness of integrated care interventions in improving patient quality of life (QoL) for patients with chronic conditions. An overview of the systematic review evidence. *Health Qual Life Outcomes*. 2017 Sep 29;15(1):188. doi: 10.1186/s12955-017-0765-y.

6. Carroll AJ, Howrey HL, Payvar S, et al A Heart Failure Management Program Using Shared Medical Appointments. *Fed Pract*. 2017 Apr;34(4):8-13.

7. Токмачев Р.Е., Кравченко А.Я., Будневский А.В. хроническая сердечная недостаточность в сочетании с метоболическим синдромом / Системный анализ и управление в биомедицинских системах. 2017. Т. 16. № 3. С. 493-502.

8. Ha FJ, Hare DL, Cameron JD, et al Heart Failure and Exercise: A Narrative Review of the Role of Self-Efficacy. *Heart Lung Circ*. 2018 Jan;27(1):22-27.

9. Giezeman M, Arne M, Theander K. Adherence to guidelines in patients with chronic heart failure in primary health care. *Scand J Prim Health Care*. 2017 Dec;35(4):336-343.

Literature:

1. Lebedeva O.Yu., Homenko E.A., Mamchur S. E., and òp Sodulyation of warm contractility for treatment of chronic heart failure / Complex problems of cardiovascular diseases. 2017. T. 6. No. 4. Page 121-128.
2. Werner NE, Tong M, Borkenhagen A, et al Performance-Shaping Factors Affecting Older Adults' Hospital-to-Home Transition Success: A Systems Approach. *Gerontologist*. 2018 Jan 3. doi: 10.1093/geront/gnx199
3. Kurozumi Y, Oishi S, Sugano Y, et al Design of a nationwide survey on palliative care for end-stage heart failure in Japan. *J Cardiol*. 2018 Feb;71(2):202-211.
4. Lah S, Wilson EL, Beesley S, et al Association of hospice utilization and publicly reported outcomes following hospitalization for pneumonia or heart failure: a retrospective cohort study. *BMC Health Serv Res*. 2018 Jan 9;18(1):12. doi: 10.1186/s12913-017-2801-3.
5. Flanagan S, Damery S, Combes G. The effectiveness of integrated care interventions in improving patient quality of life (QoL) for patients with chronic conditions. An overview of the systematic review evidence. *Health Qual Life Outcomes*. 2017 Sep 29;15(1):188. doi: 10.1186/s12955-017-0765-y.
6. Carroll AJ, Howrey HL, Payvar S, et al A Heart Failure Management Program Using Shared Medical Appointments. *Fed Pract*. 2017 Apr;34(4):8-13.
7. Tokmachev R.E., Kravchenko A.Ya., Budnevsky A.V. chronic heart failure in combination with a metabolic syndrome / the System analysis and management in biomedical systems. 2017. T. 16. No. 3. Page 493-502.
8. Ha FJ, Hare DL, Cameron JD, et al Heart Failure and Exercise: A Narrative Review of the Role of Self-Efficacy. *Heart Lung Circ*. 2018 Jan;27(1):22-27.
9. Giezeman M, Arne M, Theander K. Adherence to guidelines in patients with chronic heart failure in primary health care. *Scand J Prim Health Care*. 2017 Dec;35(4):336-343.