# ПРОБЛЕМЫ МЕДИЦИНСКОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ АМБУЛАТОРНЫХ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

О.А. Штегман\*

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого 660022, Красноярск, ул. Партизана Железняка, 1

Цель. Оценить эффективность медицинского обслуживания амбулаторных больных хронической сердечной недостаточностью (ХСН).

**Материал и методы.** В исследование было включено 139 амбулаторных больных XCH и 35 врачей, оказывающих первичную медико-санитарную помощь амбулаторным больным XCH. Проведена оценка медикаментозной терапии и степени информированности больных о принципах немедикаментозного лечении XCH. Проведено анонимное анкетирование врачей на предмет знаний основных положений рекомендаций по XCH, информации, предоставляемой больных XCH, и выявления эмоционального выгорания.

**Результаты.** Установлено, что только 39% амбулаторных больных ХСН получают целевые дозы ИАПФ или сартанов и 10% – целевые дозы бета-блокаторов, рекомендованных для лечения ХСН. Большинство амбулаторных больных ХСН и их врачей испытывают необходимость в обучении. У 56% амбулаторных врачей, оказывающих первичную медико-санитарную помощь амбулаторным больным ХСН, наблюдается эмоциональное выгорание.

**Заключение.** Делается заключение о необходимости распространения среди врачей кратких карманных рекомендаций по лечению ХСН, снижения интенсивности нагрузки на врачей, оказывающих первичную медико-санитарную помощь амбулаторным больным ХСН с одновременным усилением контроля результатов их деятельности.

Ключевые слова: хроническая сердечная недостаточность, медицинское обеспечение, эмоциональное выгорание.

Рациональная фармакотерапия в кардиологии 2013;9(5):500-504

### Primary care problems in patients with chronic heart failure

O.A. Shtegman\*

Krasnoyarsk State Medical University named after Prof. V.F. Voyno-Yasenetsky. Partizana Zheleznyaka ul. 1, Krasnoyarsk, 660022 Russia

Aim. To evaluate primary care efficacy in patients with chronic heart failure (CHF).

Material and methods. Outpatients (n=139) with CHF and 35 primary care physicians were included into the study. The evaluation of drug therapy and patient awareness of the principles of non-drug CHF treatment were performed. An anonymous survey among doctors in terms of current CHF guidelines knowledge, patient information provided by physicians, and doctors' burnout status was also carried out.

**Results.** Only 39% and 10% of CHF outpatients received target doses of ACE inhibitors/sartans and beta-blockers, respectively. Majority of CHF outpatients and their doctors need in additional education/training. 56% of primary care physicians demonstrated an emotional burnout.

**Conclusion.** Author considers it essential to distribute short pocket-guidelines on CHF management among primary care physicians, and to reduce the load on primary care physicians with simultaneous strengthening of their performance control.

Key words: chronic heart failure, primary care, emotional burnout.

Ration Pharmacother Cardiol 2013;9(5):500-504

\*Автор, ответственный за переписку (Corresponding author): cvb2@list.ru

В 2009 г. всемирно известный специалист в области хронической сердечной недостаточности (ХСН) профессор Карл Шведберг написал, что в ближайшее время успехи в лечении больных ХСН будут связаны с внедрением в практику всех наработанных способов ее лечения [1]. Однако реальная практика имеет существенное отличие от организации медицинской помощи больным в хорошо организованных исследованиях.

По данным пилотного исследования А.Р. Maggioni et al. [2] более 80% больных ХСН в странах Европы принимают блокаторы ренин-ангеотензин-альдостероновой системы (РААС) и бета-адреноблокаторы (БАБ), но целевые дозы достигаются только у каждого третьегочетвертого пациента. В шведском исследовании U. Dahlstrom et al. [3] установили, что использование не менее 50% рекомендованной дозы в реальной практике встречается только у 20% больных ХСН.

Сведения об авторе:

Штегман Олег Анатольевич - к.м.н., доцент кафедры внутренних болезней №2 с курсом последипломного образования КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Целью исследования явилась оценка эффективности медицинского обслуживания амбулаторных больных XCH.

## Материал и методы

В исследование были включены 139 амбулаторных больных ХСН и 35 врачей, оказывающих первичную медико-санитарную помощь амбулаторным больным ХСН.

Верификация XCH осуществлялась на основании клинических проявлений и данных эхокардиографии с тканевой допплерометрией.

У больных проводилась оценка медикаментозной терапии, оценивались источники медикаментозного обеспечения пациента (за свой счет или по льготе). Уточнялись случаи замены на аналог по международному непатентованному наименованию, случаи замены в пределах класса лекарственных средств и случаи замены в пределах класса не по медицинским показаниям. Уточнялись случаи невозможности получения льготного лекарства.

Для изучения информированности больных XCH о методах самоконтроля и лечения 50 человек заполни-

ли анонимную анкету, включавшую вопросы о поле, возрасте, уровне образования, давности симптомов ХСН, состоянии на диспансерном учете в поликлинике, понимании важности непрерывного лечения, знании пищевых ограничений и соблюдении диеты, о том, какую информацию они получили от своего врача, о степени удовлетворенности консультацией и наличии потребности в дополнительной информации по своему заболеванию.

Амбулаторные врачи (n=35), оказывающие лечебно-консультативную помощь больным ХСН, также заполняли анонимную анкету, включающую вопросы об уровне знаний о диагностике и лечении ХСН, уровне применения этих знаний на практике и распределении времени приема больного ХСН. Анкета состояла из 26 вопросов, из которых 10 были направлены на выявление уровня знаний о ХСН в соответствии с основными положениями национальных рекомендаций [4], 5 – на уточнение степени участия врача в образовании больного, 3 – на распределение времени на разные аспекты работы с больным ХСН во время амбулаторного приема. Остальные вопросы были направлены для уточнения причины возможного недостаточного владения знаниями о ХСН или недостаточного применения этих знаний на практике. Кроме того, врачи проходили анонимное анкетирование на предмет диагностики эмоционального выгорания личности [5].

Статистическая обработка материала проводилась с помощью программы STATISTICA 7.0. Оценка значимости отличий двух относительных величин проводилась с помощью критерия  $\chi^2$ . Корреляционный анализ проводили путем расчета коэффициента корреляции Спирмена (r). Корреляционные связи и различия сравниваемых показателей считали статистически значимыми при уровне p<0,05.

## Результаты

Средний возраст больных ХСН составил 67,1 года [95% доверительный интервал (ДИ) 65,8-68,3]. Доля лиц мужского пола — 28%.

Средний возраст врачей составил 46 лет (95% ДИ 42 – 50). Среди врачей не имело категории 12 человек (34%), 6 человек (17%) имели вторую категорию, 9 человек (26%) – первую и 8 врачей (23%) – высшую категорию. Более 5 лет не проходили повышения квалификации только 2 врача (6%), 5 лет назад проходили повышение квалификации 4 человека (11%), 4 года назад – 5 человек (14%), 2 года назад – 9 (25%) и 10 специалистов (29%) проходили повышение квалификации не более года назад.

Большая часть больных имела льготы на приобретение лекарственных препаратов и, следовательно, зависела от обеспечения ими. Оказалось, что из 139 опрошенных пациентов 113 человек (81,3%) получают лекарственные средства на льготных условиях.

При проведении опроса больных ХСН, получающих лекарственные средства на льготных условиях, установлено, что за 6 мес минимум однократно 92 больных (81,4%) не смогли своевременно получить в аптеке льготное лекарственное средство.

Установлено, что случаи замены (лечащим врачом или в аптеке) одного лекарственного препарата на аналог с тем же действующим веществом за последние шесть мес встречались у 86 человек (61,9%). Случаи замены врачом одного лекарственного препарата на аналог из той же группы с другим действующим веществом (не связанные с непереносимостью) за последние шесть месяцев отметили 44 пациента (31,7%). При этом 42 человека (30,2%) отметили оба варианта замены. Таким образом, не менее чем 1 раз в полгода 88 больным (63,3%) заменяли лекарственный препарат на аналогичный не по медицинским показаниям.

Из базисных препаратов для лечения ХСН ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента (ИАПФ) были назначены 86 больным (62%), сартаны использовались в лечении 25 больных (18%), причем 7 больным (5%) обе группы были назначены одновременно. При этом, целевые дозы ИАПФ принимали 53 человека (62% принимавших ИАПФ) и лишь 1 больной принимал целевые дозы сартана (4% от больных, принимавших сартаны). Таким образом, ИАПФ и/или сартаны применялись в лечении 75% больных ХСН. Лечение целевыми дозами ИАПФ или сартанов осуществлялось у 54 больных, что составило 39% от всех больных ХСН (рис.1).

Бета-адреноблокаторы применялись в лечении у 90 больных (65%), при этом не во всех случаях использовались препараты, рекомендованные для лечения XCH. Лечение целевыми дозами БАБ, рекомендован-

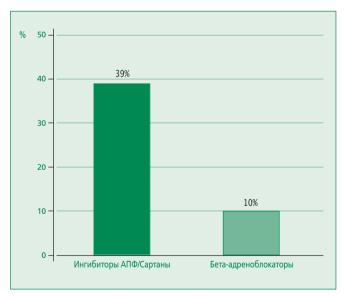


Рисунок 1. Доля амбулаторных больных, получающих целевые дозы ИАПФ, сартанов и бета-адреноблокаторов

ных для лечения ХСН, получали 14 человек (10% больных ХСН).

Диуретики назначались 68 больным (49%), из них 11 больных получали антагонисты рецепторов минералокортикоидов (8%). Дигоксин получали 14 больных (10%).

Среди 50 больных, опрошенных в отношении информированности о ХСН, 12 больных (24%) указали, что регулярный прием лекарств вредит здоровью, но при этом 40 больных (80%) принимает препараты постоянно, 6 (12%) – курсами и 4 (8%) – только при обострении. Однако реально регулярно принимали препараты лишь 35 больных (70%), 15 больных (30%) сознались в пропусках приема таблеток. 43 пациента (86%) знали названия лекарств, которые они принимали, 35 больных (70%) знали дозы принимаемых ими лекарственных средств. При этом 21 больной (42%) многократно слышал от врачей о необходимости регулярного лечения, еще 14 больных (28%) однократно слышали такую рекомендацию, а остальные 15 пациентов (30%) не помнили, чтобы врачи об этом с ними говорили (рис.2). Это не соответствует тому, что указали в анкетах врачи (94% врачей отметили, что дают рекомендацию о регулярном лечении всем или почти всем больным; отличия между данными больных и врачей значимы при p=0,007).

Более половины больных (n=27; 54%) указали, что им неоднократно рассказывали о диете, которую следует соблюдать. 8 больных (16%) отметили, что с ними проводили беседу относительно диеты однократно. Остальные 15 больных (30%) указали, что врачи не рассказывали им о диете. При этом только 17 больных (34%) указали, что соблюдают диету, рекомендованную для больных ХСН. Врачи же указали, что говорят о диете всем или большинству больных (отличия между данными больных и врачей значимы при p=0,0004).

Из опрошенных не принимали регулярно диуретики 6 человек. Среди остальных 44 больных 11 человек (25%) много раз получали рекомендации о необходимости регулярного взвешивания, 7 (16%) лишь однократно получали такие рекомендации. Остальные 26 больных (59%) не помнили, чтобы их инструктировали относительно необходимости контроля массы тела. Это информация совпадает с данными анкет врачей, из которых стало известно, что только 46% врачей рассказывают о необходимости взвешиваться всем или большинству больных, получающих диуретики.

10 больных (20%) отметило, что они многократно слышали от врачей о необходимости ведения дневника самоконтроля, еще 11 больных (22%) указали, что слышали это от врача однократно. Остальные 29 (58%) отметили, что не помнят, чтобы врачи им это рекомендовали. В результате регулярно вели дневник самоконтроля 5 больных (10%), 11 больных (22%) вели дневник не регулярно. Остальные 34 пациента (68%) дневник самоконтроля не вели. Но при этом 86% врачей указало в анкетах, что говорят о необходимости ведения дневника самоконтроля всем или большинству больных ХСН (отличия между данными больных и врачей значимы при р<0,0001).

При оценке знаний основных положений Рекомендаций амбулаторными врачами установлено, что максимальное количество правильных ответов, 8 из 10, было у двух (6%) врачей (рис.3), 6 врачей (17%) ответили правильно на 7 вопросов из 10, 9 врачей (26%) ответили правильно на 6 вопросов из 10, 5 врачей (14%) справились с 5 вопросами из 10, 6 докторов (17%) правильно ответили на 4 вопроса из 10, 3 врача (9%) правильно ответили только на 3 предложенных вопроса и у 4 человек (11%) были правильными только 2 ответа из 10.

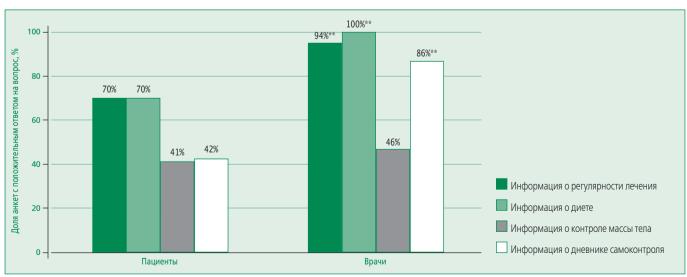


Рисунок 2. Степень соответствия информации, получаемой больными XCH от амбулаторных врачей, и предоставляемой амбулаторными врачами больным XCH; \*\*p<0,01 по сравнению с результатами анкетирования больных XCH

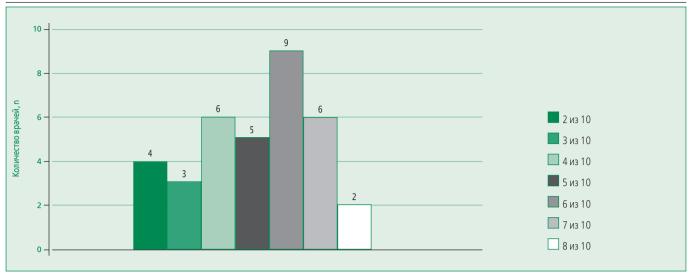


Рисунок 3. Распределение врачей по количеству правильных ответов на анкету, оценивающую уровень знаний о XCH

Таким образом, менее половины врачей (49%) ответили правильно более чем на 50% вопросов о ХСН, несмотря на то, что не имело категории только 12 врачей (34%), а в последние 5 лет не проходили повышение квалификации только 2 человека (6%). Более того, проведение корреляционного анализа не установило связей между категорией врача, давностью повышения квалификации, возрастом, полом, специализацией и уровнем знаний о ХСН. Но 10 врачей (29%) указали, что нуждаются в дополнительном обучении по вопросам ведения больных с ХСН, 24 врача (69%), отметили, что, возможно, нуждаются в дополнительных знаниях о ХСН, а один врач воздержался от ответа на этот вопрос.

Анонимную анкету для диагностики эмоционального выгорания заполнили 34 врача, один доктор не согласился ее заполнить. При анализе распределения фаз эмоционального выгорания личности среди врачей (рис. 4) обнаружено, что фаза напряжения встречалась у 2 врачей (6%), фаза резистентности — у 14 врачей (41%), а фаза истощения — у 3 врачей (9%). У 15 докторов сформированных фаз эмоционального выгорания личности не диагностировано. Таким образом, большинство врачей (56%) имеет ту или иную фазу эмоционального выгорания личности, что может негативно сказываться на результатах оказания лечебно-консультативной помощи больным ХСН.

# Обсуждение

Установлено, что даже изменение цвета принимаемого препарата ухудшает приверженность к лечению. В исследовании, выполненном по методике случай-контроль на 61522 больных с эпилепсией, выявлено, что изменение цвета принимаемого препарата ассоциировалось с достоверным увеличением вероятности отказа от лечения на 27%, а изменение фор-

мы – на 47% [6, 7]. Таким образом, частая смена принимаемых препаратов, выявленная у амбулаторных больных ХСН, может повышать риск отказа от больного лечения.

Кроме того, и отечественные [8] и зарубежные [9] ученые единодушно отмечают, что больные, не получая достаточной информации от врача, очень часто прекращают прием лекарства только потому, что опасаются вреда, связанного с регулярным применением лекарственного средства. В нашем исследовании дефицит информации, выявленный у больных ХСН, может сказываться на правильности выполнения рекомендаций врачей.

Интенсивность труда врача может оказывать существенное влияние на эффективность проводимой работы. При опросе 461 кардиолога из семи стран Европы [10] оказалось, что только 65% врачей действительно знают рекомендации Европейского общества кардиологов. При этом 92% считают, что они придерживаются этих рекомендаций. Проблему низкой приверженности врачей существующим рекомендациям отчасти позволяет решить стандартизация медицинской помощи. Так, в итальянском исследовании BRING-UP использование протоколов в лечении стационарных

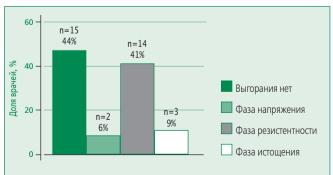


Рисунок 4. Частота различных фаз эмоционального выгорания личности среди врачей

больных позволило увеличить частоту использования бета-блокаторов с 25 до 50% [11]. Однако и этот процент применения является недостаточным.

Низкая информированность врачей и пациентов относительно вопросов лечения ХСН и эмоциональное выгорание личности врачей, вероятно, являются причиной низкого процента достижения целевых доз базисных препаратов для лечения ХСН. На плохое знание рекомендаций и клиническую инертность врачей указывают и другие авторы [12]. Вероятно, что решение этой проблемы заключается в издании и распространении кратких карманных рекомендаций для врачей, включающих самые основные положения рекомендаций ОССН, снижении интенсивности нагрузки на врачей, оказывающих первичную медико-санитарную помощь амбулаторным больным ХСН с одновременным усилением контроля за результатами их деятельности.

#### Заключение

Таким образом, амбулаторные больные ХСН в 81,6% случаев получают льготные лекарственные

средства, однако из этих больных 81,4% за 6 мес лечения минимум однократно не смогли своевременно получить в аптеке льготное лекарственное средство. Более чем половине амбулаторных больных ХСН не менее чем 1 раз в полгода производится замена не по медицинским показаниям получаемых препаратов на аналоги. Только 39% амбулаторных больных ХСН получают целевые дозы ИАПФ или сартанов и 10% – целевые дозы бетаблокаторов, рекомендованных для лечения ХСН. Большинство амбулаторных больных ХСН и их врачей испытывают необходимость в обучении. У большей части амбулаторных врачей, оказывающих первичную медико-санитарную помощь амбулаторным больным ХСН, наблюдается эмоциональное выгорание.

**Конфликт интересов.** Автор заявляет об отсутствии потенциального конфликта интересов, требующего раскрытия в данной статье.

# Литература

- Swedberg K. What should we do about heart failure: challenges for 2009. Eur J Heart Fail 2009; 11(1):
  1-2
- Maggioni AP, Dahlstrbm U, Filippatos G, et al. EURObservational Research Programme: The Heart Failure Pilot Survey (ESC-HF Pilot). Eur J Heart Fail 2010; 12 (10):1076-84
- Dahlstrom U, Hakansson J, Swedberg K, Waldenstrom A. Adequacy of diagnosis and treatment of chronic heart failure in primary health care in Sweden. Eur J Heart Fail 2009; 11:92-8.
- National guidelines for the diagnosis and treatment of chronic heart failure (third revision). Heart failure 2010, 11 (1): 69-160. Russian (Национальные рекомендации по диагностике и лечению хронической сердечной недостаточности (третий пересмотр). Сердечная Недостаточность 2010; 11 (1): 69-160)
- 5. Boyko V. Diagnosis of burnout personality. In: Fetiskin NP, VV Kozlov, Manuilov GM. Socio-psychological diagnosis of personality development and small groups. Moscow: Publishing House of the Institute of Psychotherapy; 2002: 394-399. Russian (Бойко В.В. Диагностика эмоционального выгорания личности. В: Фетискин Н.П., Козлов В.В., Мануйлов Г.М. Социально-психологическая диагностика развития личности и малых групп. М.: Издательство Института Психотерапии; 2002: 394-9).
- Kesselheim AS, Misono AS, Shrank WH, et al. Variations in pill appearance of antiepileptic drugs and the risk of nonadherence. JAMA Intern Med 2013: 173(3):202-8.
- Yu LX, Geba GP. Generic pills from the patient perspective: Dressed for success? JAMA Intern Med 2013; 173(3):208-9.

- 8. Ageeyev FT, Fofanova TV, Drobizhev MB et al. Free or fixed combination of enalapril and hydrochlorothiazide in real ambulatory practice: what is best for the patient of hypertension? Comparison of the effectiveness and adherence to treatment. Kardiologiia 2008; 48 (5):10-5. Russian (Агеев Ф.Т., Фофанова Т.В., Дробижев М.Б. и др. Свободная или фиксированная комбинация эналаприла и гидрохлортиазида в реальной амбулаторной практике: что лучше для больного АГ? Сравнение эффективности и приверженности к лечению. Кардиология 2008; 48 (5):10-5).
- Benson J, Britten N. Patients' views about taking antihypertensive drugs: questionnaire study. BMJ 2003; 326 (7402):1314-15
- Erhardt L, Komajda M, Hobbs FD, Soler-Soler J. Cardiologists' awareness and perceptions of guidelines for chronic heart failure. The ADDress your Heart survey. Eur J Heart Fail 2008; 10:1020-5.
- Maggioni AP, Sinagra G, Opasich C, et al. Treatment of chronic heart failure with beta adrenergic blockade beyond controlled clinical trials: the BRING-UP experience. Heart 2003; 89:299-305.
- 12. Minakov EV, R. Khokhlov, Furmenko GI, Ahmedjanov NM. Clinical inertia as a factor preventing effective treatment of cardiovascular diseases. Rational Pharmacother Card 2009; (2):39-48. Russian (Минаков Э.В., Хохлов Р.А., Фурменко Г.И., Ахмеджанов Н.М. Клиническая инертность как фактор, препятствующий эффективному лечению сердечно-сосудистых заболеваний. Рациональная Фармакотерапия в Кардиологии 2009; (2):39-48).

Поступила: 11.10.2013 Принята в печать: 14.10.2013