

- 3 Подымова С Д Болезни печени – М Медицина, 1998
- 4 Серов В В , Лапиш К Морфологическая диагностика заболеваний печени – М Медицина, 1999
- 5 Седов А П Рак проксимальных сегментов печеночного протока Белгород Изд БелГУ, 2003

УДК 616.12.008,46

## АНАЛИЗ ПРИЧИН ПОВТОРНЫХ ГОСПИТАЛИЗАЦИЙ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

*Ю.И. Афанасьев, Н.Е. Криволапова*

Кафедра внутренних болезней №1 медицинского факультета БелГУ

**Сердечная недостаточность** — сложный клинический синдром, возникающий вследствие любой сердечной патологии и проявляющийся в виде ухудшения сократительной способности желудочков. Чаще всего сердечная недостаточность является результатом повреждения перикарда, миокарда, эндокарда или крупных сосудов. У 80-90% пациентов она обусловлена нарушением функции левого желудочка сердца.

В последнее десятилетие хроническая сердечная недостаточность (ХСН) привлекает к себе повышенное внимание кардиологов. Это связано с пятью основными причинами:

- 1) увеличением числа больных с ХСН;
- 2) плохим прогнозом заболевания;
- 3) увеличением числа госпитализаций из-за обострения ХСН;
- 4) неудовлетворительным качеством лечения;
- 5) ростом затрат на борьбу с ХСН. [2]

Статистика свидетельствует о неуклонном росте числа случаев ХСН во всех странах независимо от политической и экономической ситуации. Так, за последние 15 лет число госпитализаций с диагнозом ХСН утроилось, а за 40 лет увеличилось в 6 раз [9].

По самым оптимистическим подсчетам, к 2010 году прирост числа больных ХСН (корректированный по возрасту) достигнет 20%, т.е. через 10-20 лет каждый второй или третий пациент после посещения кардиолога (терапевта) будет покидать его кабинет именно с таким диагнозом.[13] Социальная и экономическая значимость ХСН определяется тем фактом, что в развитых странах затраты, прямо связанные с ХСН, составляют 2-3% всего бюджета здравоохранения [6, 7, 11], превышая таковые на лечение инфаркта миокарда и всех онкологических заболеваний вместе взятых, причем «львиная» доля этих средств – 70-80% составляют затраты на стационарное лечение декомпенсированных больных. [13]

Исследования последних лет показали [9], что 16% больных с ХСН имеют усиление признаков декомпенсации уже в первый месяц после выписки из стационара, а 37% – в течение первых 3 месяцев наблюдения. По данным В.Ю.Мареева, каждый 3-й госпитализируемый с диагнозом хронической сердечной недостаточности возвращается в стационар в течение месяца[9].

С точки зрения патофизиологии, при назначении медикаментозной терапии ХСН преследуется цель повышения эффективности работы сердечной мышцы за счет улучшения обмена веществ в миокарде; разгрузки сердца, расширения периферических сосудов; устранения избытка жидкости в организме; улучшения кровоснабжения скелетных мышц с целью повышения толерантности к физической нагрузке, ограничение образования в этих мышцах продуктов метаболизма, дающих импульс дальнейшему прогрессированию сердечной недостаточности; подавление гипе-

рактивности нейрогуморальных систем, прежде всего ренин-ангиотензивной и симпатoadреналовой. [3]

Разработана схема медикаментозного лечения, так называемый международный стандарт, с помощью которого в той или иной мере достигаются все эти цели. Эта схема включает комбинацию диуретика(ов), ингибитора ангиотензинпревращающего фермента (АПФ) и  $\beta$ -адреноблокатора. Причем возникает необходимость дифференциального подхода к лечению систолической и диастолической дисфункции миокарда. [2] По мнению ведущих кардиологов, применение и повсеместное распространение именно такого подхода к лечению будет способствовать снижению частоты повторной госпитализации и смертности от сердечной недостаточности.[3]

Для ведения больных с сердечной недостаточностью часто используют также специально разработанные программы, включающие в себя не только грамотно подобранную терапию, но и образование больных в вопросах правильного поведения, питания, самооценки своего состояния и корректировки терапии, а также частый контакт больного с врачом по телефону для подбора терапии. [5]

В нескольких зарубежных исследованиях, включая четыре рандомизированных клинических исследования (Take PRIDE; Dine CM. и соавт.; Varma S. и соавт.; Jaarsma T. и соавт.), доказана способность самолечения улучшать качество жизни пациентов и в два раза снижать потребность в повторных госпитализациях по сравнению с контрольной группой. [6]

Аналогичные данные получены российскими учеными. В исследовании, проведенном СР. Гиляревским и др., в группе больных, прошедших структурированное обучение, отмечена достаточно четкая тенденция к снижению потребности в ранних повторных госпитализациях, обусловленных усилением декомпенсации ХСН. В течение 3 месяцев она составила 2,8% от больных в группе вмешательства против 18,2% от больных контрольной группы. [5]. К подобным результатам пришла и другая группа российских ученых. При сравнении данных, полученных С В. Поляковым и М. Г. Глезером в течение 6 месяцев подобного вмешательства, с 6 месяцами, предшествующими ему, получено 85% уменьшения частоты госпитализаций, достоверное улучшение функционального класса недостаточности кровообращения и толерантности к физической нагрузке. [10]

Нами проведен выборочный ретроспективный анализ историй 250 больных, госпитализированных в кардиологическое отделение БОКБ с сердечной недостаточностью в период с 2002 по 2004г. Число лиц старше 60 лет составило 49%, из них старше 70 лет – 13%, старше 80 лет – 4%. Количество пролеченных женщин и мужчин оказалось примерно равным. Из числа госпитализированных половина (51%) имели группу инвалидности (76% – II группу, 16% – III группу, 8% -I группу), 11% из них составили одинокие люди или живущие отдельно от семьи.

Этиологическими факторами возникновения и прогрессирования сердечной недостаточности являлись ИБС (20%) и артериальная гипертензия (32%). У 34% больных наблюдалось сочетание этих патологий. В 10% и 4% случаев зарегистрированы клапанные пороки сердца и кардиомиопатии различного генеза соответственно. Двое больных ранее перенесли инфекционный эндокардит. ИБС была представлена нестабильной стенокардией, острым инфарктом миокарда и различными нарушениями ритма – 19%, 11%, 8% пациентов. Часто нестабильная стенокардия возникала на фоне повышенных цифр АД.

Основной причиной госпитализации у половины больных (52%) послужило нарастание явлений сердечной недостаточности. Чаще всего больные имели признаки высокой степени недостаточности кровообращения. По классификации Василенко-Стражеско НКІ диагностирована у 30% пациентов, НКIIА у 58%, НКНБ у 11%, НКIП у 1%; по NYHA – у 1% пациентов выявлена сердечная недостаточность IФК, у 44% -ПФК, у 49% – ШФК, у 6% – IVOK.

В результате проведенного анализа установлено, что 17% пациентов никогда не обращались за медицинской помощью по поводу ХСН по месту жительства,

У 12,8% опрошенных пациентов причиной ухудшения клинической симптоматики при повторной госпитализации была отмена терапии, назначенной ранее им в стационаре. По данным С. В. Полякова и М. Г. Глезера в 50% случаев это связано с рекомендациями врачей поликлиник, а в 50% с невыполнением больными врачебных назначений. [10] Следует отметить, что во многом это обусловлено непониманием больными необходимости систематической терапии, но в ряде случаев и социальными причинами. Чаще всего неадекватная и несистематическая терапия относится к лицам, не входящим в категорию льготных, т.е. не имеющих инвалидности.

Многочисленные исследования, проводимые в странах Западной Европы и США, выявили, что низкая приверженность больных к лечению (НПЛ) отмечается не менее чем у 18-27% больных, достигает среди пожилых пациентов 50%, а по некоторым данным даже 90% [6, 12]. Более того, даже среди пациентов, приверженных лечению, зачастую наблюдаются те или иные отклонения от предписанного режима, например, при улучшении состояния они устраивают себе периоды «лекарственных каникул» («drug holidays»), прекращая на время прием лекарств. Считается, что отказ от выполнения врачебных рекомендаций чаще всего связан с неблагоприятными эффектами лекарственных средств, полипрагмазией, одновременным назначением нескольких препаратов, режимы приема которых не совпадают, нежеланием больных «искусственно» изменить привычки и поведение, которые практически никогда не ощущаются ими, как дискомфорт или неудобство [8,12,13].

По мнению Nanumanthu et al. (1997) и Беленкова В.Ю. (2001), увеличение частоты госпитализаций обусловлено тем, что лечение этой категории больных часто проводится врачами, которые не являются специалистами (экспертами) в области сердечной недостаточности. [2] Они оказывают помощь на субоптимальном уровне, что выражается, в частности, использованием недостаточных доз лекарственных препаратов. Полученные нами результаты полностью согласуются с этими выводами.

Дальнейший анализ установил, что основными средствами, применяемыми для лечения исследуемой выборки больных с ХСН на амбулаторном этапе, служат ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (35%), за ними следуют мочегонные (26%), нитраты и бета-адреноблокаторы ( по 23%). Антагонисты кальция получают 15% больных, антиагреганты- 11%, гликозиды – 10%, амиодарон – 8%. Полученные сведения несколько не совпадают с результатами других аналогичных исследований. По данным Гиляревского СР. за 1997г. амбулаторно 70% больных получали нитраты, 24% – мочегонные и бета-адреноблокаторы, 2% – гликозиды. [5]. Из числа больных, госпитализирующихся в кардиологические отделения, получали и АПФ – 31,1%, в терапевтические отделения – их было существенно меньше – около 15%.

В последние годы прогрессирование ХСН связывают также с изменением иммунной активности и системным воспалением, проявляющимися на поздних стадиях нарушения гемодинамики.[1,4]. Поэтому актуальность при лечении ХСН приобретает назначение иммуномодулирующей и антиоксидантной терапии. Однако при назначении лечения антиоксиданты и энтеросорбенты используются крайне редко (4%).

Такая же ситуация имеет место и в отношении гипохолестеринемических препаратов. Из 35 пациентов, страдающих дислипидемией, лечение статинами получал только один.

Отрадно отметить, что гипотензивную терапию теперь можно считать в большей мере соответствующей современным требованиям. Количество больных, принимающих адельфан и кристепин в 2004 г, составило 3,6% против 15% в 1997 году

В результате проведенного анализа установлено, что систематическое лечение ХСН проводится у 85% больных, причем среди них преобладают те, кто получает

тройную терапию (35%). Два препарата одновременно принимают 27% больных, четыре – 12%, пять – 3%, шесть – 1%. Монотерапия применяется у 23% пациентов.

По нашим данным, число больных, госпитализированных повторно в течение одного календарного года, достигало 23%, частота госпитализаций колебалась от 1 до 4 раз в год и в среднем на всех опрошенных в год она составила 1,2 раза. Эти показатели в 3 раза ниже, чем данные за 1997 год, полученные московскими учеными в аналогичном исследовании (23% против 64,4%, с частотой госпитализаций от 1 до 6 раз, средний показатель 2,6 раза), и практически идентичны показателям западных стран. [10]. Так, по данным штата Нью-Йорк, среди 42731 человека частота повторных госпитализаций в 1998-1999 гг. была равна 21%. Все это может свидетельствовать об улучшении качества оказания медицинской помощи на амбулаторном этапе. Однако, сопоставимость результатов в данном случае не может быть корректной, поскольку в наших исследованиях проводился анализ выборочных историй болезни.

Таким образом, полученные результаты свидетельствуют об улучшении обстановки в нашем регионе относительно качества оказания амбулаторной помощи больным с ХСН. Однако следует отметить все еще низкую приверженность медикаментозной терапии пациентов с ХСН, что во многом обусловлено непониманием больными необходимости систематической терапии, а также социальными причинами.

Отсюда вытекает необходимость разработки новых подходов в организации помощи больным с ХСН. Во-первых, требуется разработать эффективные меры профилактики и лечения ИБС и АГ, являющихся главными этиологическими факторами возникновения и прогрессирования сердечной недостаточности. Во-вторых, в профилактические мероприятия следует внести элементы терапевтического обучения пациентов с целью привития навыков самолечения и самоконтроля. В-третьих, учитывая актуальность соблюдения принципов преемственности лечения на различных этапах оказания медицинской помощи, необходимо проведение мероприятий по совершенствованию знаний врачей, занимающихся лечением больных с ХСН. Это позволит сократить необходимость в стационарном лечении, в том числе в повторных госпитализациях, и перенести наибольший вес помощи на амбулаторное звено.

#### Литература

1. Беленков, КХ Н., Агеев, Ф. Т., Мареев, В. Ю. Нейрогормоны и цитокины при сердечной недостаточности: новая теория старого заболевания / Ю. Н. Беленков, Ф. Т. Агеев, В. Ю. Мареев // Консилиум-медикум. – 2000. – т.1. – №4. – С. 10-14.
2. Беленков, Ю. Н., Мареев, В. Ю. Принципы рационального лечения сердечной недостаточности / Ю. Н. Беленков, В. Ю. Мареев. – М.: Медицина, 2000. – 266с.
3. Воронков, Л. Г. Сердечная недостаточность — проблема современности / Л. Г. Воронков // Здоровье Украины. – 2002. – № 9. – С. 9-10.
4. Воронков, Л. Г. Хроническая сердечная недостаточность как иммунопатологический и дисметаболический синдром / Л. Г. Воронков // Укр. терапевт, журн. – 2001. – № 1. - С. 17-20.
5. Гиляревский, С. Р. и др. Влияние терапевтического обучения больных с хронической сердечной недостаточностью на качество их жизни и потребность в ранних повторных госпитализациях / С. Р. Гиляревский // Журнал Сердечная Недостаточность. – 2001. - №2(4)-С.186-189.
6. Гиляревский, С. Р., Орлов, В. А., Середенина, Е. М. Самоконтроль и самолечение больных с хронической сердечной недостаточностью: границы эффективности и безопасности / С. Р. Гиляревский, В. А. Орлов, Е. М. Середенина // Журнал Сердечная Недостаточность. – 2002. – №3(5). – С. 237-244.
7. Гиляревский, С. Р., Орлов, В. А., Сычева, Е. Ю. «Экономичные стратегии» лечения в кардиологии / С. Р. Гиляревский, В. А. Орлов, Е. Ю. Сычева // Российский кардиологический журнал. – 2002. – №38(6). – С.5-15.
8. Калинина, А. М. Школа здоровья для пациентов с артериальной гипертензией. Качество жизни / А. М. Калинина // Медицина. – 2003. – №2. — С. 78-82.
9. Мареев, В. Ю. Фармакоэкономические аспекты терапии хронической сердечной недостаточности / симпозиум «Сложные и нерешенные вопросы лечения сердечнососудистых заболеваний» / В. Ю. Мареев.- Электрон, изд. – М., 2004. – Режим доступа к изд.: <http://www.expro.rasmedserv.com>. – Систем, требования: IBM PC; Internet Explorer.
10. Поляков, С. В., Глезер, М. Г. Необходимость совершенствования оказания помощи больным

пожилого возраста с недостаточностью кровообращения / С. В. Поляков, М. Г. Глезер // Клиническая геронтология – 1999. – т.5 – №3. – С.3-7.

11. Раков, А. А., Хохлов, А. Л., Федоров, В. Н. и др» Фармакоэпидемиология хронической сердечной недостаточности у амбулаторных больных / А. А. Раков, А. Л. Хохлов, В. Н. Федоров и др // Качественная клиническая практика. – 2003. – №2. - С.40-43.

12. Сыркин, А. Л., Полтавская, М. Г., Дзантиева, А.И. и др. К проблеме реабилитации больных сердечной недостаточностью (аспекты низкой приверженности лечению) / А. Л Сыркин, М. Г Полтавская, А И Дзантиева и др. // Сердце. – 2003. – №2. – С.72-77.

13. Якушин, С. С., Никулина, Н. Н., Зайцева, Н.В. и др. Эффективность терапевтического обучения и амбулаторного наблюдения больных с ХСН III-IV ФК: клинические и инструментальные доказательства / С.С. Якушин, Н.Н. Никулина, Н.В. Зайцева и др. // Журнал Сердечная Недостаточность – 2004. – №5(5) – С.35-38.

УДК 616.34.053.36

## **ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ ВИРУСНЫХ ДИАРЕЙ У ДЕТЕЙ ПО МАТЕРИАЛАМ ГОРОДСКОЙ ИНФЕКЦИОННОЙ БОЛЬНИЦЫ Г. БЕЛГОРОДА**

*А.В. Болдырев, Е.А. Черных*

Острые кишечные инфекции (ОКИ) устойчиво занимают одно из ведущих мест среди всех инфекционных заболеваний в педиатрической практике, что определяет их актуальность. Несмотря на значительные успехи в изучении эпидемиологии, клиники и патогенетических особенностей острые кишечные инфекции, диагностические возможности в целом таковы, что этиология 50-60% диарейных заболеваний остается нерасшифрованной. Значительная доля среди ОКИ принадлежит вирусным диарейам. По данным международной статистики с вирусным поражением связывают 50-80% диарей у детей. В России этиологическое подтверждение находят в основном ротавирусный гастроэнтерит, частота которого в заболеваемости острых кишечных инфекций колеблется от 7-35%, а среди детей в возрасте до 3-х лет превышает 60%. Динамика заболеваемости ротавирусным гастроэнтеритом в Белгороде свидетельствует о выраженном росте регистрации заболевания, что обусловлено во многом улучшением диагностики ротавирусной инфекции.

Помимо ротавирусов вирусные диареи человека обусловлены такими инфекционными агентами, как аденовирусы, астровирусы, калицивирусы, коронавирусы и другие. Вирусы Norwalk, относящиеся к калицивирусам, в развитых странах вызывают около 30% вирусных диарей. Список вирусных агентов, вызывающих кишечные расстройства, постоянно растет: недавно в результате многолетней работы группы ученых из Канады он пополнился торовирусами человека. Клиника торовирусной инфекции характеризуется, главным образом, симптомами гастроэнтерита, который развивается через 24 часа после инфицирования.

Разнообразие вирусных этиологических агентов, вызывающих диарею у детей, трудности их лабораторной диагностики определяют необходимость выявления особенностей клинического течения вирусных диарей различной этиологии, что способствует выбору рациональной тактики терапии.

Цели и задачи:

- выявление роли вирусных гастроэнтеритов в стадии острых кишечных инфекций детей Белгородской области;
- определение клинико-эпидемиологических особенностей течения вирусных диарей по материалам ГИБ;
- совершенствование диагностически-лечебных мероприятий в плане вирусных диарей с учетом их клинико-эпидемиологических особенностей.