

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН
ТАШКЕНТСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ

А.Г. ГАДАЕВ, Н.М. НУРИЛЛАЕВА

**НОВЫЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ ПРИ
ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА В ПЕРВИЧНОМ ЗВЕНЕ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ**

(методические рекомендации)

Ташкент – 2011

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ
УЗБЕКИСТАН**

ТАШКЕНТСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ

«СОГЛАСОВАНО»

Зам. начальника отдела по
координации научно-исследова-
тельской деятельности МЗ РУз
Гулямов Т.Д. _____
« ____ » _____ 2011г.

«УТВЕРЖДАЮ»

Начальник Главного Управления
координации науки и учебных
заведений МЗ РУз, профессор
Атаханов Ш.Э. _____
« ____ » _____ 2011 г.

**ОСНОВЫ ПРОВЕДЕНИЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ
ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА В УСЛОВИЯХ
ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

(методические рекомендации)

Ташкент – 2011

Основное учреждение, разработчик:

Ташкентская Медицинская Академия

Составители:

ГАДАЕВ А.Г. – д.м.н., профессор, заведующий кафедрой по подготовке врача общей практики с эндокринологией медико-педагогического факультета Ташкентской Медицинской Академии

НУРИЛЛАЕВА Н.М. – к.м.н., доцент, заведующий кафедрой по подготовке врача общей практики с аллергологией лечебного факультета Ташкентской Медицинской Академии

Рецензенты:

РУСТАМОВА М.Т. - д.м.н., профессор, заведующий кафедрой по подготовке врача общей практики с эндокринологией лечебного факультета Ташкентской Медицинской Академии

МАМУТОВ Р.Ш.– д.м.н., профессор, руководитель отделения профилактики РСЦ Кардиологии РУз

Методическая рекомендация рассмотрена и утверждена на кафедральном заседании № ___ от «___» _____ 2011 года, проблемной комиссии № _____ от «___» _____ 2011 года, протокол № _____ Ученом Совете ТМА «___» _____ 2011 г., протокол № _____

Учёный секретарь, д.м.н. профессор _____ **САЛОМОВА Ф.И.**

Подготовленная методическая рекомендация составлена для врачей общей практики (ВОП) с целью повышения качества оказываемой ими профилактической помощи при ишемической болезни сердца (стабильной стенокардии напряжения) в условиях первичного звена здравоохранения. В методической рекомендации подробно описаны меры по борьбе с факторами риска ишемической болезни сердца, с целью улучшения показателей здоровья и качества жизни, как пациентов с данной патологией для предотвращения развития осложнений, так и здоровых людей в условиях семейной поликлиники и сельского врачебного пункта.

В последнее время медицина приняла выраженную лечебную направленность, а проблемы профилактики заболеваний и подключения к их решению первичного здравоохранения ушли на задний план. Однако основными задачами в любой системе здравоохранения являются укрепление здоровья и профилактика заболеваний. Именно амбулаторно-поликлиническая служба – важнейший сектор системы здравоохранения, от состояния которой зависят ее эффективность и качество, а также решение многих медико-социальных проблем [13]. Развитие этой службы является одним из главных элементов стратегической программы реструктуризации здравоохранения [3,7]. В современных быстро изменяющихся социально-экономических условиях назрела необходимость, наряду с расширенной организационной и материально-технической поддержкой поликлинической службы, дополнить оказание лечебно-профилактической помощи населению новыми возможностями [6,11]. Важнейшими проводниками этой идеи становятся медицинские работники первичного звена здравоохранения, в том числе, наряду с участковыми врачами и врачами общей практики (ВОП), поскольку это связано с тем, что 80% населения страны начинает и заканчивает обследование и лечение на догоспитальном этапе [4,8,9,14].

В Узбекистане этот процесс начался с первых дней обретения республикой независимости. В Постановлении Кабинета Министров «О программе развития социальной инфраструктуры села Республики Узбекистан на период до 2000 г.» (1996 г.) и Указе Президента «О реформировании системы здравоохранения» (1998 г), была разработана и принята к действию программа поэтапного реформирования всей системы здравоохранения [1].

Проводимые реформы здравоохранения в Республике Узбекистан, в частности, организация сельских врачебных пунктов и семейных поликлиник создало реальную возможность для проведения первичной и вторичной профилактики всех заболеваний, в том числе сердечно-сосудистой патологии [15]. Во многих странах реализация концепции профилактики и борьбы

риска уже привела к уменьшению на 50% случаев инфаркта миокарда и инсульта [17,18,19].

В связи с этим стало необходимым разработать стратегию проведения профилактических мероприятий у пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС) для ВОП в условиях семейной поликлиники и сельского врачебного пункта нашей Республики.

Для осуществления заданной цели была организована «ШКОЛА для больных ИБС» и проведена оценка эффективности применения активных профилактических мероприятий при ИБС, т.е. уменьшение тяжести заболевания, улучшение качества жизни (КЖ) и приверженность к терапии больных ИБС после обучения в ШКОЛЕ здоровья с анализом конечных точек до и после лечения. На основании полученных данных разработаны принципы многофакторной профилактики ИБС и указаны пути ее реализации на уровне учреждений первичного звена здравоохранения.

На 1 этапе в исследование вошли 205 больных ИБС с наличием ФР, давшие устное информационное согласие на него и следование протоколу исследования по основному заболеванию. Функциональный класс (ФК) ИБС устанавливался на основании классификации стенокардии Канадского общества кардиологов (1976г.). С целью формирования однородной группы данных из исследования были исключены больные с нестабильными стенокардиями, ОКС, ОИМ, НК, ревматизмом, кардиомиопатией, ХОБЛ, различными нарушениями ритма, сахарным диабетом, хронической почечной недостаточностью. Длительность наблюдения составила 2 года.

После проведения скрининга в исследование было включено 165 человек. Из них 30 здоровых лиц в возрасте от 23 до 52 лет ($29,4 \pm 2,1$), не страдающих ССЗ и 135 больных в возрасте от 31 до 67 лет ($54,4 \pm 2,6$ лет) составили лица, страдающие ИБС стенокардией напряжения I-IV ФК. У 22 пациентов этой группы было отмечено 2-х или 3-х кратное повышение А/Д в анамнезе. Также в исследование включены члены семей больных ИБС в количестве 69 человек. Длительность ИБС составила от 1 года до 8 лет. Согласно цели и задачам исследования больные при помощи метода

случайной выборки были разделены на 2 группы: первую группу (I) составили 68 больных, которые не проходили обучение в ШКОЛЕ здоровья, вторую (II) - 67 больных, которые прошли обучение в ШКОЛЕ здоровья. В свою очередь, таким же образом были разделены и обучены члены семей больных ИБС.

Обучение в ШКОЛЕ здоровья организовано согласно приказу ректора ТМА №187 от 20.08.2008 при кафедре по подготовке ВОП медико-педагогического факультета. Оно состоит из 5 практических занятий в течении 1 недели по 45 минут двухкратно в течении года. Занятия посвящены понятию ИБС, ССН, АГ, ФР: табакокурению, ожирению, основам диетотерапии, физической активности и роли дозированных физических нагрузок, артериальной гипертонии, понятию о психоэмоциональном стрессе, их коррекции и борьбе с ними. Занятия в ШКОЛЕ здоровья научили пациентов измерению А/Д, расчету индекса Кетле, окружности талии и бедер, измерению тренировочного пульса, составлению индивидуальных диет с учетом калоража, приемам аутотренинга и оказания само- и взаимопомощи в экстренных случаях. Слушатели ознакомились со специальной методологической литературой (банеры, стенды, методические рекомендации и пособия, раздаточным материалом: буклеты, информационные листки. Обучение и составление индивидуальных методов борьбы с ФР решались путем чтения лекций с показом слайдов (мультимедийные презентации). План работы и методы работы с пациентами в условиях ШКОЛЫ здоровья отражены в соответствующей методической рекомендации для ВОП и врачей кардиологов [21].

В программу исследований входило:

- 1) Сбор жалоб, анамнеза, клинического осмотра больных:
 - выраженность болевого синдрома оценивали по шкале вербальных оценок (ШВО) по 5 бальной шкале: дискомфорт - 1 балл; слабые давящие или сжимающие - 2 балла; средние жгучие и сжимающие боли - 3 балла; сильные давящие и сжимающие боли - 4 балла; очень сильные, сжимающие боли - 5 баллов;

- измерение А/Д по методу Короткова; определение индекса Кетле; особенностей питания (пищевое поведение);

2) Проведение общепринятых клинико-лабораторных и специальных биохимических методов исследования:

- изучение липидного спектра крови (ОХС, ЛПНП, ЛПОНП, ЛПВП, коэффициент атерогенности, тип дислипидемии);

- снятие ЭКГ в покое в 12 отведениях с регистрацией и анализом ЭКГ по Миннесотскому коду (клиническое описание значений основных категорий кода, отражающих ишемические изменения миокарда).

3) Использование общепринятых опросников [21,22]:

- определение уровня депрессии (госпитальная шкала тревоги и депрессии, опросник уровня психологического стресса L.Reeder, шкала уровня психологического стресса по О. Копиной, 1989;

- определение физической нагрузки (с определением тренировочного пульса);

- оценка никотиновой зависимости, индекса курильщика (тест Фагерстрема), а также оценка степени мотивации и готовности к отказу от курения;

4) исследование КЖ – по Сиэтлскому опроснику для больных стенокардией;

После появления у больного признаков ИБС или другого заболевания, связанного с атеросклерозом, ФР продолжают оказывать неблагоприятное воздействие, способствуя прогрессированию болезни и ухудшая прогноз. Практическому врачу чаще всего приходится иметь дело с пациентами, у которых присутствуют два и более ФР одновременно. Поэтому, даже если каждый из них будет выражен умеренно, риск развития ССЗ у такого больного может быть высоким из-за сочетанного влияния этих ФР на коронарные артерии. В связи с этим, оценивая риск развития ССЗ, следует учитывать все имеющиеся у данного пациента основные ФР и их вклад в формирование суммарного показателя.

Среди обследованных пациентов I группы количество женщин и мужчин составило 40 (58,8%) и 28 (41,2%) человек соответственно. Средний возраст обследованных составил $53,8 \pm 1,4$ лет. Во II группе средний возраст

49 (73,1%) мужчин и 18 (26,8%) женщин составил $56,1 \pm 0,9$ лет. Больные обеих групп страдали основным заболеванием в среднем 5,3 года. Участие больных в обучении ШКОЛЫ здоровья позволило уменьшить выраженность болевого синдрома, которая составила до обучения – 1,0 балл, а после лечения 0,7 в среднем по группе.

Всем больным было назначено ЭКГ исследование, клиническое описание которого было проведено при помощи значений основных категорий Миннесотского кода, отразившие ишемические изменения миокарда. Преобладание в процентном соотношении значений кода 4 и 5 подтверждает наличие на ЭКГ признаков стенокардии, т.е. ишемических проявлений в миокарде разной степени выраженности. В показателях кода после лечения отмечена положительная динамика от значений 4.1 к значению 4.4 в среднем.

Неблагоприятное воздействие каждого из ФР и их вклад в состояние больного в борьбе с ФР ИБС с помощью повышения знаний о заболевании в условиях ШКОЛЫ здоровья, представлены ниже в отношении каждого из ФР отдельно.

Известно, что пол и возраст относятся к ФР не поддающимся изменениям (немодифицируемые). Помимо них наиболее значимую роль в развитии ИБС, как мультифакторного заболевания играет также наследственная предрасположенность к нему. Одной из современных стратегий поиска генетических ФР развития многофакторных заболеваний является анализ аллельных вариантов, которые могли бы вносить вклад в развитие заболевания у лиц узбекской популяции [20]. Проведенное нами исследование выявило наличие отягощенного анамнеза по заболеванию в обеих группах (т.е. наличие ИБС у родителей и ближайших родственников) у 45 (66,2%) и у 43 (70,5%) больных ИБС.

Повышенное внимание к немодифицируемым ФР ИБС при обучении больных ИБС связано с тем, что впервые у лиц узбекской популяции доказано прогностическое влияние тромбогенных аллельных полиморфизмов генов гиперкоагуляции (MTHFR, FII, FV). Одним из наиболее изученных

полиморфизмов является однонуклеотидная замена С677Т в гене МТНFR, приводящая к снижению его активности и возрастанию уровня гомоцистеина, повреждающего эндотелий и являющегося независимым ФР ИБС в общей популяции.

В целом по населению земного шара, мутация 677Т гена МТНFR распространена достаточно широко у представителей европейской (кавказской) расы. Аналогичные результаты, были получены в нашем исследовании (73,8%), что позволяет отнести нас в группу европейских выборок населения с полиморфизмом по мутации 677Т гена МТНFR [2].

Возрастание интереса к проблеме взаимосвязи депрессивных, тревожных нарушений и ССЗ связано с широкой распространенностью этих расстройств, их социальной значимостью, неблагоприятным влиянием на трудоспособность, с высокой степенью их коморбидности. По современным оценкам, распространенность депрессивных состояний у больных ССЗ варьирует от 18 до 60%, не только у лиц страдающих ССЗ, но и здоровых лиц [22]. Эти результаты нашли свое подтверждение в ходе нашего исследования.

При оценке состояния больного по госпитальной шкале тревоги и депрессии (HADS) в течении последней недели оказалось, что в обеих группах 50 пациентов страдали субклинически выраженной тревогой/депрессией (8,4 балла) и 51 респондент - клинически выраженной тревогой/депрессией (11,2 балла).

После обучения в ШКОЛЕ здоровья психоэмоциональным статусом стали уметь управлять 19 человек, из них 11 человек (55%) перешли из субклинической группы в отсутствие признаков депрессии, а 8 респондентов (28,6%) из клинически выраженной группы в субклиническую. Всем пациентам, страдающим выраженными признаками тревожно-депрессивного синдрома, были назначены методы аутогенной тренировки, а также седативные средства и антидепрессанты в индивидуально подобранных дозах, при необходимости консультация специалиста. Следовательно, наши пациенты нуждаются в помощи не только врача кардиолога или терапевта, но и возможно психолога, психотерапевта.

При изучении конституциональных данных в I группе оказалось, что ожирением различных степеней страдает 48 (70,5%) больных ССН и лишь нормальный вес обнаружен у 20 (29,5%) пациентов. После 2-х летнего наблюдения в степенях ожирения отметился переход 2 пациентов из группы с III степенью ожирения во II степень. В среднем по группе пациенты независимо от степени ожирения вошли в строку веса с индексом Кетле равным 31,6 кг/м², а после 2-х лет наблюдений 30,7%, что продолжает указывать на наличие относительно высокого риска развития сердечно-сосудистых катастроф.

При анализе результатов индекса Кетле оказалось, что после 2-х летнего наблюдения лишь 11 пациентов из 39 пациентов II группы снизили в весе от 1 до 2,5 кг массы тела. ИМТ в среднем у данных респондентов до и после обучения в школе здоровья составила 30,1 и 28,7 кг/м², что соответствует строке избыточной массы тела. Таким образом, информированность пациентов о наличии повышенной МТ, влиянии его на здоровье и соблюдение рекомендаций по их снижению сыграли положительную роль у 16,2% больных II группы.

Большинство ФР связано с образом жизни, одним из важных компонентов которого является питание [12]. Оно проявляется в действии на липидный спектр крови и процессы тромбообразования, защитном эффекте содержащихся в овощах и фруктах сложных углеводов и клетчатки. В достаточной мере достигнуто улучшение пищевых привычек у больных, обучавшихся в ШКОЛЕ здоровья. Соответственно, знания и навыки о соблюдении диетических рекомендаций до обучения в ШКОЛЕ здоровья: знали и соблюдали – 14 человек (21%), после обучения стали придерживаться диетических рекомендаций – 38 пациентов (56,7%).

Считается, что снижение ХС в сыворотке крови на 1% снижает риск развития выраженной коронарной недостаточности на 2%. Отсюда правило: чем выраженнее ДЛП, тем строже должна быть диета оправдывает себя, но частично, т.к. коррекция ДЛП соблюдением диетических рекомендаций в нашем исследовании оказалась незначительной. Данные исследования

свидетельствуют о достоверном снижении уровня общего ХС в большей степени у пациентов II группы на 32,3 мг/дл, ТГ на 63,5 мг/дл, ХС ЛПОНП на 10 мг/дл, коэффициента атерогенности на 1,1 ($p < 0,05$).

При выраженном изменении липидных фракций, несмотря на известные патоморфологические звенья патогенеза ИБС, из 29 больных II группы с повышенным уровнем ХС статины принимали до обучения всего лишь 11 человек (38%) из числа опрошенных, а после информационного вмешательства – 27 (93,1%). Наиболее значимо отмечено уменьшение уровня атерогенных липопротеидов после приема статинов в дозе 10-20 мг в сутки в течении 3-4 месяцев (подбор дозы проводился индивидуально).

Уровень физической активности у 19,9% больных ИБС I группы, измеряемый в метрах в течении дня составил в среднем $628,5 \pm 57,2$ м, а после лечения $546,2 \pm 51,4$ м, из них менее 500 м в день проходит 19,1% пациентов. В ходе обучения больные II группы научились рассчитывать свой тренировочный пульс и согласно нему придерживаться некоторых видов физических нагрузок.

При планировании интенсивности физических упражнений можно использовать определение ЧСС. Максимальная ЧСС определяется по формуле: $ЧСС_{\text{макс}} = 220 - \text{возраст (в годах)}$.

Необходимо научить пациента самостоятельно контролировать интенсивность физической нагрузки путем периодического изменения частоты пульса на лучевой артерии в течение первых 10 с после нагрузки. Пациент всегда может выбрать тот вид физической активности, который доставляет ему удовольствие и подходит к его образу жизни. При этом он должен быть информирован о регулярности, продолжительности, и интенсивности физических нагрузок.

Пациентам были выданы таблицы (табл.2) по допустимым видам и объемам двигательной активности на улице, в быту и садовом участке больных ИБС с различными ФК стенокардии, разработанные ГНИЦ ПМ Росмедтехнологий (профессор Д.М. Аронов, 2008 г.) [21].

Допустимые виды и объем двигательной активности больных ИБС различного функционального класса стенокардии

№	Вид активности	I	II	III	IV
1	Бег (трусцой)	++	+	-	-
2	Ходьба				
	быстрая (130 шагов в мин.)	+++	+++	-	-
	средняя (100-120 шагов в мин.)	+++	++	++	-
	медленная (< 80-90 шагов в мин.)				
3	Подъем по лестнице(число этажей)	5 и более	до 5	2-3	-
4	Ношение тяжестей (кг)	15-16	8-10	3	-
5.	Половой акт	+++	++	+	-
6	Работа ручной дрелью				
	- удобная поза	++	+	-	-
	- неудобная поза	++	-	-	-
7.	Работа пылесосом	++	+	-	-
8	Мытье отвесных поверхностей (окон, стен, автомашин)				
	- удобная поза	++	+	-	-
	- неудобная поза	+	-	-	-
9.	Протирка пыли	+++	+++	++	+
10.	Мытье посуды	+++	+++	++	+
11.	Стирка				
	- удобная поза	++	+	-	-
	- неудобная поза	+	-	-	-
12.	Шитье, вышивание	+++	++	+	-

Примечание:(+) – активность разрешается, количество знаков (+) отражает допустимый объем или интенсивность выполнения нагрузки; (-) – активность не разрешается

Положительное влияние дозированных физических нагрузок со слов респондентов в основном выразилось в снижении приступов стенокардии у 39 пациентов (58,2%), снижении уровня А/Д у 16 (23,9%) в среднем с 142/83 до 116/73 мм.рт.ст. и улучшении настроения у 32 больных (47,8%).

Современные литературные данные свидетельствуют о значительном влиянии курения в развитии острого ИМ. Число курящих среди обследованных больных I группы до лечения составило 12 (17,6%) человек, а некурящих – 56 (82,4%) человека, после лечения еще 3 пациента (4,4%) (из анамнеза, курившие ранее) вновь присоединились к группе курящих лиц. Согласно тесту Фаргерстрема уровень никотиновой зависимости у курящих в среднем был равен – 6,37 балла, а после лечения - 6,83 балла, что соответствует высокой степени никотиновой зависимости. После информационного вмешательства с помощью немедикаментозного лечения

бросили курить – 3 человека (21,4%), перешли в «строку» со слабой никотиновой зависимостью – 5 человек (35,7%), что составило 57,1%.

Оценка поведенческих ФР у пациентов с ИБС обеих групп показала, что доминирующее значение среди них занимает тревожно-депрессивный синдром, избыточный вес, гиподинамия, повышенный уровень липидных фракций. Наиболее низким уровнем распространенности среди ФР оказалось курение 18,7% и 16,4% у мужчин обеих групп, а отсутствие его среди женщин, страдающих ИБС, определяется местным менталитетом.

Оптимизация профилактических мероприятий путем обучения в ШКОЛЕ здоровья привела к значимому снижению влияния следующих ФР: ГХС на 40,3%, не соблюдения диетических рекомендаций на 25,3%, тревожно-депрессивного синдрома на 14,6%, гиподинамии на 7,4%, курения на 6,6%.

На сегодняшний день в лечении ИБС акценты стали смещаться с врача на пациента. Без активного участия и желания лечиться, трудно добиться решения кратко- и среднесрочных, а тем более долгосрочных задач по профилактике и предотвращению развития и/или прогрессирования сердечно-сосудистых осложнений. Одним из наиболее важных факторов, способствующих качественному сотрудничеству врача и пациента, является информированность больного не только о наличии у него заболевания, но и о возможностях современной медикаментозной терапии ИБС. Медикаментозная терапия ССН в исследуемых группах проводилась по клиническим рекомендациям ВНОК (2010г.) лечения ИБС [21].

Всем больным в день выписки из стационара индивидуально назначалась терапия, с последующей коррекцией доз препаратов в день вызова или по телефону в случае наличия побочных действий или окончания курсовых дней лечения. Эффективность проводимой терапии оценивалась по степени комплаентности пациентов к индивидуальному лечению в обеих группах с применением опросников.

В ходе исследования до и после лечения опрос 135 пациентов обеих групп показал, что постоянно/регулярно соблюдают медикаментозную

терапию 10 (14,7%) и 21 (30,9%) респондент I группы, а также 13 (19,4%) и 43 (64,1%) пациента II группы.

После обучения в ШКОЛЕ здоровья удалось увеличить приверженность пациентов к терапии по наиболее низким показателям вышеуказанных пунктов до 22,1% в I группе и до 23,9% во II группе.

Недостаточный комплаенс к медикаментозной терапии будет служить дополнительным ФР неблагоприятного течения ИБС. Относительно низкая приверженность больных к медикаментозной терапии параллельно определяет и отношение к немедикаментозным методам лечения. Исследование показало, что повышение приверженности больных с ИБС к медикаментозным и немедикаментозным методам лечения может быть достигнуто через создание мотивации к лечению у пациентов в ШКОЛАХ здоровья и удержании ее силами ВОП в течении длительного времени в условиях первичного звена здравоохранения. Немаловажную роль в деле приверженности к терапии, течению и исходу заболевания дает исследование КЖ больных ИБС по Сиэлтскому опроснику.

Ближайшей задачей при оценке КЖ является устранение болевого синдрома, изменение двигательной активности, психоэмоционального статуса и др.; долгосрочной задачей - влияние на выживаемость больных и частоту госпитализаций. Основным методом оценки показателей КЖ, отражающих выполнение ближайших задач, является анкетирование, базирующееся на ощущениях больного (опросники самооценки своего здоровья, функциональных возможностей, степени общего благополучия, выраженной в баллах либо в специальных шкалах и индексах). Улучшение КЖ произошло через повышение информированности больных ИБС в борьбе с ФР, что является одной из стратегий оптимизации профилактических мер на уровне первичного звена здравоохранения.

Суммарный подсчет каждого из ФР, усугубляющих течение данного заболевания за 2 года показал, что в среднем до лечения в обеих группах – один ФР имеется у 6 пациентов; два ФР – у 53; три ФР- у 64; четыре ФР - у 12 больных с ИБС. После лечения отмечается положительная динамика в

сторону их уменьшения в основном за счет пациентов II группы, т.е. аналогично один ФР – 7; два ФР – 57; три ФР – 61; четыре ФР – 10 пациентов.

Анализ данных показал, что за 2 года плановых и экстренных госпитализаций у пациентов в I и во II группах составили –1,7 и 1,4 раза до обучения и 1,6 и 0,7 после обучения, а число вызовов кареты скорой помощи в среднем составило в I группе - 2,4 и во II группе - 2,1 обращения на каждого пациента. Через 2 года наблюдений 1,2 и 0,5 раз соответственно.

Известно, что увеличение объема госпитализаций на сегодняшний день соответственно увеличивает затраты на стационарное лечение. Это занимает существенное место в общей структуре расходов на здравоохранение. Поэтому важнейшими «оздоровителями» такого положения становятся медицинские работники первичного звена здравоохранения, особенно ВОП, так как, примерно 80% населения начинает и заканчивает обследование и лечение на догоспитальном этапе [10].

Актуальной проблемой является выявление и аргументированные доказательства роли семьи в реализации соответствующих медико-социальных рекомендаций. Разрабатываемые программы медико-социальной защиты указанных семей должны учитывать весь комплекс нерешенных проблем, касающихся больного ИБС и членов его семьи.

Учитывая вышесказанное, в исследование добровольно вошли 19 семей больных ИБС (69 человек), т.е. их дети в количестве: в I группе – 10 семей (32 человека), во II группе – 9 семей (37 человек). Средний возраст членов семей (28 мужчин и 41 женщины) ИБС составил $29,2 \pm 2,4$ лет.

Наиболее часто встречающимися ФР ИБС у данной категории лиц оказались: наследственность, курение, прием алкоголя, тревожно-депрессивный синдром. Данные полученные в результате наблюдения за 2 года показали, что частота встречаемости ФР практически не изменилась в I группе, лишь произошло снижение уровня ХС на 3,15%. Во II группе при снижении встречаемости некоторых из ФР, например, курения на 5,4%, приема алкоголя и тревожно-депрессивного синдрома на 8,1%, посещаемость

ШКОЛЫ здоровья составила 28,1%.

Осведомленность данной категории лиц осуществлялась через донесение знаний и изменении образа жизни самих больных ИБС, что хотя не существенно, но повлияло на снижение влияния некоторых ФР ИБС на здоровье членов их семей. Наличие 100% наследственной отягощенности в обеих группах должно подтолкнуть ВОП на проведение мер по первичной профилактике ИБС методом повышения знаний и культуры здорового образа жизни среди практически здоровых лиц. Необходимо назначение генотипирования по полиморфизму коагуляционных факторов МТНFR, FII, FV как, для решения вопросов первичной профилактики заболевания, так и для решения адекватной антиагрегантной терапии [20].

Сочетание управляемых, неуправляемых ФР и специфичных клинико-лабораторных показателей позволяет определить степень тяжести заболевания и его исход в условиях первичного звена здравоохранения. В связи с этим, возникла необходимость разработки интегральных характеристик степени тяжести ИБС, адекватно описывающих выраженность патологического процесса для ВОП на основе учета роли и степени влияния каждого показателя. Для ввода исходной информации в ЭВМ с целью ее последующей статистической обработки была разработана специальная кодировочная карта обследования больных, в которую вошло 33 клинических показателя, имеющих отношение к исходу и течению заболевания. Это послужило основанием для разработки программного средства - «Ind-IBS»: Ишемическая болезнь сердца: оценка степени тяжести» на который получено авторское свидетельство Агенства по интеллектуальной собственности Республики Узбекистан за № DGU 02292 от 19.08.2011 года. Оценка степени тяжести заболевания ВОП необходимо проводить в несколько шагов, т.е.:

- Шаг 1 – открыть программу калькулятор, затем путем сбора клинических показателей и данных КЖ назначить лабораторные методы исследования:

ИШЕМИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА: ОЦЕНКА СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ

Число вызовов скорой помощи =

Диета =

Степень физической активности (ходьба в м) =

Уровень САД (до лечения) =

Уровень ДАД (до лечения) =

Уровень САД (после лечения) =

Боли в сердце =

ХС ЛПНП (мг/дл) =

Триглицериды (мг/дл) =

Насколько Вы ограничены при мытье под душем =

Насколько Вы ограничены при поднятии или перемещении тяжестей =

Насколько Вы ограничены при занятии активным спортом =

Насколько сильно Вас беспокоит необходимость принимать лекарства по поводу стенокардии, боли, стеснения в грудной клетке =

Как сильно стенокардия, боли, стеснение в грудной клетке в последние 4 недели мешали Вам получать удовольствие от жизни =

Счет

Печать

Выход

- Шаг 2 ввести полученные показатели в программу

ИШЕМИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА: ОЦЕНКА СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ

Число вызовов скорой помощи =

Диета =

Степень физической активности (ходьба в м) =

Уровень САД (до лечения) =

Уровень ДАД (до лечения) =

Уровень САД (после лечения) =

Боли в сердце =

ХС ЛПНП (мг/дл) =

Триглицериды (мг/дл) =

Насколько Вы ограничены при мытье под душем =

Насколько Вы ограничены при поднятии или перемещении тяжестей =

Насколько Вы ограничены при занятии активным спортом =

Насколько сильно Вас беспокоит необходимость принимать лекарства по поводу стенокардии, боли, стеснения в грудной клетке =

Как сильно стенокардия, боли, стеснение в грудной клетке в последние 4 недели мешали Вам получать удовольствие от жизни =

Счет

Печать

Выход

Шаг 3 – после ввода показателей, нажать указание счет, где автоматически указываются индексы тяжести ИБС, далее определяется градация индекса тяжести.

ИШЕМИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА: ОЦЕНКА СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ

Число вызовов скорой помощи = 2

Диета = не соблюдает

Степень физической активности (ходьба в м) = 650

Уровень САД (до лечения) = 128

Уровень ДАД (до лечения) = 82

Уровень САД (после лечения) = 118

Боли в сердце = дискомфорт за грудной

ХС ЛПНП (мг/дл) = 38

Триглицериды (мг/дл) = 167

Насколько Вы ограничены при мытье под душем = Не очень сильно

Насколько Вы ограничены при поднятии или перемещении тяжестей = Достаточно сильно

Насколько Вы ограничены при занятии активным спортом = Достаточно сильно

Насколько сильно Вас беспокоит необходимость принимать лекарства по поводу стенокардии, боли, стеснения в грудной клетке = Мешает незначительно 1-2 раза в неделю

Как сильно стенокардия, боли, стеснение в грудной клетке в последние 4 недели мешали Вам получать удовольствие от жизни = Достаточно сильно

Индекс тяжести	Значение
Клинический =	1,6534
Лабораторный =	.98662
Качество жизни =	1,86517

Градация индекса тяжести:

- 0 - здоров
- 1 - легкая степень
- 2 - средняя степень
- 3 - тяжелая степень

Очистить

Печать

Выход

Повышение градации тяжести по одному или нескольким индексам тяжести позволяет выбрать правильную и адекватную тактику немедикаментозного и медикаментозного лечения. Программа удобна для использования в условиях амбулаторного звена для оценки тяжести ИБС до и после обучения и лечения с последующей коррекцией назначенной терапии.

Математическая модель, несомненно, позволит пересмотреть тактику и стратегию лечения пациентов с ИБС ВОП, а также кардиологу.

Общая стратегия профилактики, лечения и прогноза социально значимых ССЗ должна осуществляться с учетом личностных, медицинских и социальных характеристик пациента. Участие в образовательной программе пациентов с ИБС формирует правильное представление о болезни, ФР ее возникновения и условиях прогрессивного течения. Это позволяет больному более четко выполнять комплекс рекомендаций в течение длительного времени, формирует активную жизненную позицию самих пациентов и их близких в дальнейшем процессе оздоровления.

ВЫВОДЫ

1. Внедрение в практику первичного звена здравоохранения новой профилактической технологии - Школа здоровья для больных стабильной стенокардией экономически обосновано. Экономический эффект обусловлен достоверным снижением частоты плановых и экстренных госпитализаций и необходимостью вызывов скорой помощи с 1,4 до 0,7 раза и с 2,1 до 0,5 раз, а также ФК стенокардии с 3,1 до 2,7 класса в группе обученных пациентов
2. Модификация поведенческих факторов риска у больных ИБС со стабильной стенокардией достигнута через обучение в ШКОЛЕ здоровья и привела к снижению уровня ведущих ФР заболевания
3. Результаты исследования диктуют необходимость участия больного ИБС и его семьи в улучшении медико-социальных аспектов здоровья, а также разработки на их основе рекомендаций по профилактике ИБС и диспансерному наблюдению больных и членов их семьи.
4. Улучшение КЖ пациентов со ССН произошло через повышение информированности больных ИБС в борьбе с ФР, что является одной из стратегий оптимизации профилактических мер на уровне первичного звена здравоохранения.
5. Использование программы ЭВМ для оценки тяжести ИБС в условиях первичного звена здравоохранения позволит ВОП при наименьшем количестве достоверных показателей определить методы борьбы с ФР ИБС и оценить степень тяжести заболевания до и после проводимых профилактических мероприятий.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Для оптимизации первичной и вторичной профилактики и реабилитации больных ИБС необходима организация медицинской профилактической услуги – ШКОЛА здоровья в учреждениях амбулаторно-поликлинического звена здравоохранения. Целесообразно акцентировать внимание пациентов на обсуждение методов управления стрессом,

соблюдения диетических рекомендаций, снижения веса и коррекции уровней липидов плазмы

2. Необходимо формировать у пациента приверженность к медикаментозному лечению через улучшение мотивации к выполнению профилактических мероприятий, адекватной оценки клинического состояния пациента, грамотному назначению лекарственных средств в соответствии с общепринятыми стандартами лечения для улучшения КЖ пациентов с помощью структурированных обучающих программ

3. Использование программы «Ind-IBS» в условиях первичного звена здравоохранения оправданно, а полученные в них данные достаточно информативны, что позволяет использовать их для оценки состояния здоровья населения, прогнозирования риска заболеваний и смертности, а также для планирования и оценки проводимых профилактических программ.

Литература

1. Алимов А.В. Принципы семейной медицины и подготовка врача общей практики в Узбекистане // Журнал теоретической и клинической медицины.-Ташкент,2006.-№5.-С.15-18
2. Айтхожина Н.А., Людвикова Е.К. Полиморфизм промоторной области гена ангиотензиногена и гена ангиотензин-І-превращающего фермента при артериальной гипертензии и ишемической болезни сердца в казахских этнических группах // Генетика.-М.,2003.-№2.-С.293-299
3. Галкин В.А. Усовершенствование поликлинической терапевтической помощи – актуальная задача здравоохранения // Терапевтический архив.-М.,2005.-№1.-С.6-8
4. Герзмава О.Х. Реформы здравоохранения в странах СНГ // Проблемы социальной гигиены и истории медицины.-М.,1996.-№5.-С.12-20
5. Курбанов Р. Д. Эпидемиология и первичная профилактика ишемической болезни сердца и артериальной гипертензии // Медицинский журнал Узбекистана. – Ташкент,2002.-№ 2 - 3. - С. 10-12
6. Лазаренко А.И. Заика Н.М. Врачи общей практики в системе первичной медицинской помощи Франции // Проблемы социальной гигиены и истории медицины .-М.,2008.-№2.-С.53-55
7. Модель реформирования первичной медицинской помощи / А.А. Калинин, И.М. Сон, С.Л. Гусева, А.Ф. Стукалов // Здравоохранение Российской Федерации.-М.,2008.-№5.-С.6-10
8. Нечаев В.С., Кошман К.Б. Медико-социологические характеристики работы врача общей практики // Проблемы социальной гигиены и истории медицины.-М.,2008.-№6.-С.27-29
9. Общая врачебная (семейная) практика в системе первичной медико-санитарной помощи / И.Н. Денисов, А.Л. Верткин, А.Н. Злобин и др. // Проблемы социальной гигиены и история медицины.-М., 1996.- N 5.-С. 15-20

10. Оценка значимости различных факторов риска в смертности от ишемической болезни в неорганизованной популяции мужчин 40-59 лет / Р. Ш. Мамутов, Д. А. Мамараджапова, И. Р. Бекпулатова, Л. Ш. Сафаева // Кардиология Узбекистана. - Ташкент, 2009. - N1-2. - С. 98
11. Оганов Р.Г. Профилактика сердечно-сосудистых заболеваний: возможности практического здравоохранения // Кардиоваскулярная терапия и профилактика.-М.,2002.-№1.-С.5-9
12. Оганов Р.Г., Масленникова Г.Я. Профилактика сердечно-сосудистых и других неинфекционных заболеваний – основа улучшения демографической ситуации в России // Кардиоваскулярная терапия и профилактика.-М.,2005.-№1.-С.4-9
13. Реализация задач по формированию здорового образа жизни и профилактики заболеваний через первичное звено здравоохранения / А. Н. Злобин, Т.П. Жукова, Т. И. Романцова и др. // Сб. тезисов и научных статей.-Самара, 2000.- С. 143-145
14. Садырова М.А., Маденова С.А., Нармухамедова Н.А. Улучшение качества профилактики сердечно-сосудистых осложнений больным ишемической болезнью сердца в условиях городской поликлиники// Кардиология Узбекистана. - Ташкент, 2009. - N1-2. - С. 109-110
15. Саидова Г. К., Асадов Д. А., Сафаева К. С. Основные направления современного этапа реформ в здравоохранении Узбекистана // Медицинский журнал Узбекистана.-Ташкент,2007.-№3.- С.2-8
16. Чазов Е.И. Проблемы первичной и вторичной профилактики сердечно-сосудистых заболеваний в России и СНГ // Кардиология Узбекистана.- Ташкент,2006.-№1.-С.15-17
17. European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice / G. De Baker, N. Ambrosioni, K. Borch-Johnansen et al // Eur. J. Cardiovasc. Prevent Rehabilat.-2003.-N10, Suppl.1.-P.1-78
18. On behalf of the SCORE project group: Estimation of ten-year risk of fatal cardiovascular disease in Europe: the SCORE project / R.M. Conroy, K. Pyorada, A.P. Fitzgerald et al // Eur. Heart. J.-2003.-N24.-P.987-1003
19. Prognostic value of the Framingham cardiovascular risk equation and the UKPDS risk of coronary heart disease in newly diagnosed type 2 diabetes: results from United Kingdom study / R.N. Guzder, W. Gatling, M.A. Mullee et al // Diabet. Med.-2005.-N22.-P.554-562
20. Н.М. Нуриллаева, Р.С. Мухаммедов, Е.В. Жмырко. Молекулярно-генетическая диагностика ишемической болезни сердца. Методич. рекомендация, ТМА, Ташкент, 2011, 26 стр.
21. А.Г. Гадаев, Н.М. Нуриллаева. Новые профилактические технологии в первичном звене здравоохранения. Методич. рекомендация, ТМА, Ташкент, 2011, 70 стр.
22. Н.М. Нуриллаева, Ш.Ш. Магзумова, Ш.Ж. Абдуллажанова, Н.Б. Мухаммадиева. Особенности диагностики тревожно-депрессивных состояний при ишемической болезни сердца. Методич. рекомендация, ТМА, 2011, 25 стр.