МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ТЕРНОПІЛЬСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ І.Я. ГОРБАЧЕВСЬКОГО
МІНІСТЕРСТВА ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

Худицька Ірина Василівна

На правах рукопису
УДК:

Кваліфікаційна робота

РОЛЬ МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ У МУЛЬТИДИСЦИПЛІНАРНІЙ КОМАНДІ ДИНАМІЧНОГО СПОСТЕРЕЖЕННЯ ХВОРОГО НА ХРОНІЧНУ СЕРЦЕВУ НЕДОСТАТНІСТЬ

Спеціальність 223 Медсестринство

Науковий керівник:
кандидат медичних наук, доцент кафедри
внутрішньої медицини №1
Тернопільського національного медичного
університету ім. І.Я. Горбачевського МОЗ України
Радецька Л.В.

Тернопіль – 2023

АНОТАЦІЯ

У кваліфікаційній роботі висвітлено аспект важливої проблеми медицини - хронічної серцевої недостатності (ХСН), яку визнають глобальною пандемією, адже вона охоплює близько 26 мільйонів людей у всьому світі, та невпинно поширюється [1, 2]. В Україні за період війни кількість хворих на ішемічну хворобу серця, яка є найважливішою причиною ХСН, зросла на 30 %, окрім того, виявлено багато випадків захворювання, яке виникло вперше, що дає привід прогнозувати погіршення ситуації [1].

Усі рекомендації Європейської асоціації кардіологів щодо ведення пацієнтів із ХСН, у тому числі Рекомендації 2021 року грунтуються на доказовій медицині, головним посланням якої є комплексність та своєчасність надання медичних послуг, проте оновлені рекомендації 2022 року наголошують на особливій важливості навчання пацієнта принципів самодогляду та самоконтролю симптомів хвороби [1]. А останні рекомендації британських фахівців з Національного інституту здоров'я (National Institute for Health and Care Excellence - NICE) рекомендують мультидисциплінарний командний підхід у лікуванні пацієнтів із ХСН [3], де особлива роль відводиться домашньому сестринському контролю за хворими з серцевою декомпенсацією.

У цьому звязку метою нашої роботи було визначити роль медсестри у мультидисциплінарній команді контролю пацієнтів з ХСН, оцінити динаміку показників якості життя, толерантності до фізичних навантажень, комплайнсу лікування у процесі сучасної персоналізованої терапії та навчання хворих принципів самоменеджменту/самодогляду.

Обстежено пацієнтів з клінічно вираженими ознаками серцевої недостатності (задишка, слабкість, ознаки застою по одному або обох колах кровообігу), діагностованою зниженою фракцією викиду лівого шлуночка. Персоналізована терапія призначалась згідно оновленої версії настанови 2022 року Американської колегії кардіологів, Американської асоціації серця та Американського товариства із серцевої недостатності, яка включала: інгібітори

АПФ або блокатори рецепторів ангіотензину II або сакубітрил/валсартан, бета-адреноблокатори, антагоністи мінералокортикоїдних рецепторів, дапагліфлозин/емпагліфлозин, петлеві діуретики [4, 5].

Поряд з тим, враховуючи важливість самоменеджменту для хворих на ХСН, а також те, що його вдосконалення є у центрі уваги мультидисциплінарних програм із ведення пацієнтів в усьому світі, нами були застосовані такі форми втручання для покращення здатності хворих до самодогляду: структуроване тематичне навчання, навчання щоденному моніторингу основних гемодинамічних показників, контролю маси тіла, яке проводилось медичною сестрою.

Групу втручання становили пацієнти, які погодились на дослідження оцінки ефективності навчання самоменеджменту, другу групу (група контролю) склали особи, яким дано рекомендації щодо лікування та самодогляду, проте вони не дотримувались лікарських рокомендацій, не вели контролю основних параметрів. Тривалість спостереження хворих обох груп становила 6 місяців, контакт з пацієнтами здійснювали безпосередньо, а також on line, через месенджери вайбер, вотсаб, телеграм. Обстеження хворих проводили як за допомогою загальноклінічних методів дослідження, так і додаткових, що включали оцінку функціонального стану, якості життя та толерантності до фізичних навантажень.

На початку обстеження нами було проведено і проаналізовано тестову оцінку рівня знань хворих про основні елементи самодогляду, а також оцінку прихильності хворих на ХСН до основних принципів самоконтролю і виявлено у цілому їх низький вихідний рівень.

У процесі дослідження проведено аналіз впливу застосування навчання хворих самоменеджменту/самоконтролю на гемодинамічні показники. У обох групах відзначено нормалізацію або покращення показників як систолічного, так і діастолічного артеріального тиску та частоти серцевих скорочень, проте цільовий рівень артеріального тиску був досягнутий у 75 % пацієнтів першої групи та лише у 56 % у пацієнтів другої групи, які не погодились на навчання самоменеджменту.

Аналізуючи динаміку функціонального стану пацієнтів, відмічалось значне покращення загального самопочуття, гемодинамічних показників вже після одного місяця навчання самоконтролю, а протягом пів року спостереження у жодного хворого не виникло потреби у стаціонарному лікуванні так не відбулося погіршення функціонального класу серцевої недостатності. Позитивним виявився і аналіз динаміки показників 6-хвилинного тесту - спостерігалось достовірне збільшення толерантності до фізичного навантаження у групі втручання наприкінці спостереження та відсутність достовірних змін у контрольній групі.

Навчання медичною сестрою принципів самодогляду пацієнтів підвищувало прихильність до терапії завдяки набуттю нових знань про своє захворювання, впевненості в можливості ефективного самоменеджменту/смодогляду, що підтвердили результати оцінки динаміки комплайнсу лікування у досліджуваних групах. Результати вивчення показників динаміки якості життя у обстежених хворих продемонстрували тенденцію до покращення показників якості життя в групі втручання, а у контрольній групі - до погіршення порівняно з вихідними показниками.

Отже, кращі результати в підвищенні комплайнсу лікування та показників якості життя хворих на хронічну серцеву недостатність спостерігаються при використанні комплексного підходу з використанням сучасного медикаментозного лікування та навчання пацієнта елементів самоменеджменту в домашніх умовах з активним залученням медсестри, наголосом на важливості її роботи, як ментора та організатора навчання.

Ключові слова: мультидисциплінарна команда, самоменеджмент, комплайнс, якість життя.

1. Ведення пацієнтів із серцевою недостатністю: основні тези оновлених рекомендацій. Здоровя України, №5-6.2022.
2. Рекомендації Асоціації кардіологів України з діагностики та лікування хронічної серцевої недостатності / Воронков Л. Г. – модератор, робоча група Української Асоціації фахівців з серцевої недостатності . 2017 р.-101с.

3. ESC/EACTS Guidelines on Myocardial Revascularization, ESC Clinical Practice Guidelines, 2018 / Reference European Heart Journal 2018, doi:10.1093/eurheartj/ehy394 https://www.escardio.org/Guidelines/Clinical-Practice-Guidelines/ESC-EACTS-Guidelines-in-Myocardial-Revascularisation-Guidelines-for.
4. ESC guidelines on the management of stable coronary artery disease. The Task Force on the management of stable coronary artery disease of the European Society of Cardiology. http://eurheartj.oxfordjournals.org/ content/early/2013/ 08/28/eurheartj. Eht 296, 2013.
5. ESC/EACTS Guidelines on Myocardial Revascularization, ESC Clinical Practice Guidelines, 2018 / Reference European Heart Journal 2018, doi:10.1093/eurheartj/ehy394 https://www.escardio.org/Guidelines/Clinical-Practice-Guidelines/ESC-EACTS-Guidelines-in-Myocardial-Revascularisation-Guidelines-for.

ABSTRACT

The qualification work reveals an aspect of an important problem in medicine - chronic heart failure (CHF), as if it were a global pandemic, even if there are close to 26 million people in the whole world, it will steadily expand [1, 2]. In Ukraine, during the war, the number of ailments with ischemic heart disease, which is the most important cause of CHF, increased by 30%, besides that, a lot of ailments were revealed aggravated situation [1].

All recommendations of the European Association of Cardiology for the management of patients with CHF, including the Recommendations of 2021, are grounded on evidence-based medicine, the main messages of which are the complexity and specificity of copper of their services, proto-recommendations for 2022, the fate of slandering on the special importance of teaching the patient the principles of self-examination and self-control of symptoms of illness [1]. And the rest of the recommendations of British physicians from the National Institute for Health and Care Excellence to recommend a multidisciplinary team review in qualified patients with CHF [3], de-emphasizing the role of home nursing skom control for ailments from the heart decompensation.

In this connection, our work was to assign the role of a nurse in a multidisciplinary team to control patients with CHF, evaluate the dynamics of indicators in the quality of life, tolerance to physical challenges, compliance with the process of daily personalized therapy ї that teaching sick principles of self-management/introspection.

Patients with clinically pronounced signs of heart failure (buttocks, weakness, signs of stagnation in one or both cola blood circulation), diagnosed with a low fraction of the vein of the left duct were diagnosed. Personalized therapy was prescribed according to the updated version of the 2022 policy of the American College of Cardiology, the American Heart Association and the American Society for Heart Failure, which included: ACE inhibitors or blockers angiotensin II receptors abo sacubitril/valsartan, beta-blockers, mineralocorticoid receptor antagonists, dapagliflozin/empagliflozin, loop diuretics [4, 5].

At the same time, given the importance of self-management for patients with CHF, as well as the fact that its improvement is the focus of multidisciplinary patient management programs around the world, we used the following forms of intervention to improve the ability of patients to self-care: structured thematic training, training daily monitoring of the main hemodynamic indicators, body weight control, which was carried out by a nurse.

The intervention group consisted of patients who agreed to the study of the effectiveness of self-management training, the second group (the control group) consisted of people who were given recommendations for treatment and self-care, but they did not follow medical recommendations and did not control the main parameters. The duration of observation of patients of both groups was 6 months, contact with patients was carried out directly, as well as online, through Viber, WhatsApp, and Telegram messengers. Examination of patients was carried out using both general clinical research methods and additional ones, which included assessment of functional status, quality of life and tolerance to physical exertion.

At the beginning of the examination, we conducted and analyzed a test assessment of the patients' level of knowledge about the main elements of self-care, as well as an assessment of the adherence of CHF patients to the basic principles of self-control, and found that their initial level was generally low.

In the course of the study, an analysis of the impact of the application of patient self-management/self-control training on hemodynamic indicators was carried out. Normalization or improvement of both systolic and diastolic blood pressure and heart rate was noted in both groups, but the target blood pressure level was achieved in 75% of patients in the first group and only in 56% of patients in the second group who did not agree to self-management training .

Analyzing the dynamics of the patients' functional state, a significant improvement in general well-being and hemodynamic indicators was noted after only one month of self-control training, and during half a year of observation, not a single patient required inpatient treatment, so there was no worsening of the functional class of heart failure. The analysis of the dynamics of the 6-minute test was also positive - a

significant increase in tolerance to physical exertion was observed in the intervention group at the end of the observation, and there were no significant changes in the control group.

Teaching the principles of patient self-care by a nurse increased adherence to therapy due to the acquisition of new knowledge about one's illness, confidence in the possibility of effective self-management/self-examination, which was confirmed by the results of the assessment of the dynamics of treatment compliance in the studied groups. The results of the study of indicators of quality of life dynamics in the examined patients showed a tendency to improve quality of life indicators in the intervention group, and to a deterioration in the control group compared to the initial indicators.

On the cob, we carried out and analyzed a test assessment of the level of knowledge of ailments about the main elements of introspection, as well as an assessment of the sickness of ailments on CHF to the basic principles of self-control and showed a low average level in general.

Key words: multidisciplinary team, self-management, compliance, quality of life.

1. Management of patients with heart failure: main theses of the updated recommendations. Health of Ukraine, No. 5-6.2022.

2. Recommendations of the Association of Cardiologists of Ukraine on diagnosis and treatment of chronic heart failure / Voronkov L. G. - moderator, working group of the Ukrainian Association of Specialists in Heart Failure. 2017 - 101 p.

3. ESC/EACTS Guidelines on Myocardial Revascularization, ESC Clinical Practice Guidelines, 2018 / Reference European Heart Journal 2018, doi:10.1093/eurheartj/ehy394 https://www.escardio.org/Guidelines/Clinical-Practice-Guidelines/ESC- EACTS-Guidelines-in-Myocardial-Revascularisation-Guidelines-for.

4. ESC guidelines on the management of stable coronary artery disease. The Task Force on the management of stable coronary artery disease of the European Society of Cardiology. http://eurheartj.oxfordjournals.org/ content/early/2013/ 08/28/eurheartj. Eht 296, 2013.

5. ESC/EACTS Guidelines on Myocardial Revascularization, ESC Clinical Practice Guidelines, 2018 / Reference European Heart Journal 2018,

doi:10.1093/eurheartj/ehy394 https://www.escardio.org/Guidelines/Clinical-Practice-Guidelines/ESC- EACTS-Guidelines-in-Myocardial-Revascularisation-Guidelines-for.

ЗМІСТ

АНОТАЦІЯ ……...…2
ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ …….....11
ВСТУП 12
РОЗДІЛ 1 Огляд літератури ..…….....17
1.1. Основні положення мультидисциплінарного командного підходу у лікуванні та динамічному спостереженні пацієнтів з хронічною серцевою недостатністю, роль медсестри у команді …….....17
1.2. Комплайнс лікування у хворих на ХСН...……..…….....25
РОЗДІЛ 2 Методи і об’єкт дослідження ……....29
РОЗДІЛ 3 Результати дослідження ……..……...42
3.1. Аналіз показників комплайнсу лікування та самоконтролю у хворих на ХСН ……..……..... 42
3.2. Динаміка гемодинамічних показників та параметрів функціонального стану пацієнтів на ХСН у процесі навчання медсестрою самоконтролю симптомів хвороби в домашніх умовах……..…..…….....48
3.3. Самоконтроль симптомів та гемодинамічних показників в домашніх умовах як фактор, який впливає на комплайнс лікування хворих на ХСН та їх якість життя ……..…… ……...52
ВИСНОВКИ 58
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ 60
ДОДАТКИ 66

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

АПФ	Ангіотензин перетворюючий фермент
АРМ	Антагоністи рецепторів мінералокортикоїдів
АТ	Артеріальний тиск
БРА	Блокатори рецепторів ангіотензину
ВООЗ	Всесвітня організація охорони здоров'я
ДАТ	Діастолічний АТ
ІМТ	Індекс маси тіла
ІХС	Ішемічна хвороба серця
МК	Мультидисциплінарна команда
ПМСП	Первинна медико-санітарна допомога
РКД	Рандомізовані контрольовані дослідження
САТ	Систолічний АТ
ССЗ	Серцево-судинні захворювання
СН	Серцева недостатність
ХСН	Хронічна серцева недостатність
ЕКГ	Електрокардіограма
ЕхоКГ	Ехокардіографія
ЦД	Цукровий діабет
ЯЖ	Якість життя
NYHA	New York Heart Association classification (Класифікація асоціації серця у Нью-Йорку)

ВСТУП

Актуальність проблеми. Вперше синдром серцевої недостатності (СН) було визнано як нова епідемія близько 30 років тому а протягом останнього десятиліття серцеву цю патологію визнають глобальною пандемією, яка охоплює близько 26 мільйонів людей у всьому світі, та невпинно поширюється [1, 2, 5]. Поширеність у популяції коливається від 1% до 6%, статистика свідчить про безперервний ріст числа випадків хронічної серцевої недостатності в усіх країнах світу [5, 28, 42]. Незважаючи на постійне вдосконалення діагностичних та терапевтичних алгоритмів – кількість пацієнтів з даним діагнозом невпинно зростає [24, 46].

Хронічна серцева недостатність є однією із основних причин як первинних, так і повторних госпіталізацій у людей різного віку, результатом яких є зростання частки національних витрат на систему охорони здоров'я [1, 2, 6]. На поширеність серцевої недостатності впливають як специфічні та неспецифічні фактори ризику, так і коморбідність «сучасних» пацієнтів, а протягом останніх років – пандемія ковід.

В Україні ситуація ще складніша, адже за період війни кількість хворих на ішемічну хворобу серця (ІХС), яка є найважливішою причиною ХСН, зросла на 30 %, окрім того, виявлено багато випадків захворювання, яке виникло вперше, що дає привід прогнозувати ще радикальніше погіршення ситуації [5].

Всі рекомендації Європейської асоціації кардіологів щодо ведення пацієнтів із хронічною серцевою недостатністю, в тому числі Рекомендації 2021 року грунтуються на результатах доказової медицини, головним посланням якої є комплексність та своєчасність надання медичних послуг, а оновлені рекомендації 2022 року наголошують на особливій важливості навчання пацієнта принципів самодогляду та самоконтролю симптомів хвороби – як основного чинника продовження тривалості та якості життя та покращення комплайєнсу лікування цієї категорії хворих.

Мета роботи: визначити роль медсестри у мультидисциплінарній команді контролю пацієнтів з ХСН, оцінити динаміку показників якості життя, толерантності до фізичних навантажень, комплайнсу лікування у процесі сучасної персоналізованої терапії та навчання хворих принципів самоменеджменту/самодогляду.

Завдання дослідження:

1. Провести оцінку показників прихильності хворих до основних принципів лікування та самоконтролю у обстежених хворих на ХСН.
2. Оцінити динаміку клінічних, гемодинамічних показників та параметрів функціонального стану пацієнтів на ХСН у процесі навчання медсестрою самоменеджменту/самоконтролю симптомів хвороби в домашніх умовах.
3. Дослідити динаміку параметрів якості життя та комплайнсу лікування обстежених хворих на ХСН.

Об 'єкт дослідження – хворі на хронічну серцеву недостатність.

Предмет дослідження – роль медсестри у мультидисциплінарній команді спостереження хворих на ХСН, у процесі навчання пацієнта принципів самоменеджменту/самоконтролю, дослідження показників якості життя, толерантності до фізичних навантажень та комплайнсу лікування.

Методи дослідження. Для оцінки функціонального стану хворих використовували такі методики:

1) методику, засновану на суб'єктивній оцінці дослідника: класифікація Нью-Йоркської асоціації серця - New York Heart Association, (NYHA);

2) методику The Duke Activity Status Index (DASI), що ґрунтується на суб'єктивній думці пацієнта про можливість виконання ним певних видів повсякденної фізичної активності;

3) як об'єктивний тест толерантності до фізичного навантаження використовували 6-хвилинний (коридорний) тест, який визначає відстань, що проходить хворий за 6 хвилин при русі в максимально можливому темпі, але не бігу.

Оцінку якості життя, відповідно до прийнятих рекомендацій, проводили за допомогою загальноприйнятої методики Medical Outcomes Study 36-Item Short Form Health Survey (SF-36) та приватної методики для оцінки якості життя пацієнтів з хронічною серцевою недостатністю - методикою Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire (MLHFQ).

Оцінку здатності до самоменеджменту/самоконтролю проводили за допомогою існуючих опитувальників для їх оцінки у хворих на ХСН (опитувальник №1 - для оцінки рівня знань хворих про основні елементи самолікування при хронічній серцевій недостатності, опитувальник №2 - для оцінки прихильності хворих на ХСН до основних елементів самолікування та самоконтролю).

Прийнятність терапії оцінювалася за допомогою спеціалізованого опитувальника Моріски–Гріна, який валідизований і рекомендований до широкого застосування.

Статистична обробка даних проводилася за допомогою пакета програм SAS (версія 6.12). При аналізі розраховувались середні величини (M), їх стандартні помилки (м). Достовірність середніх величин оцінювали за критерієм Стьюдента (т). Результати вважали достовірними при $p < 0,05$.

Наукова новизна дослідження. Вперше в Україні вивчено ефективність підходів до організації самоменеджменту/самоконтролю у хворих з хронічною серцевою недостатністю з активним залученням медичної сестри.

Вперше був обґрунтований і застосований в умовах реальної амбулаторної практики комплексний підхід до вирішення проблеми низької прийнятності терапії і доведено, що лише спільне застосування різних заходів підвищення комплайнсу (навчання пацієнта основних понять про хворобу, важливість щоденного прийому лікарських середників, регулярний контроль хворого через телефонну мережу, on line, через месенджери вайбер, вотсаб, телеграм, видача чітких рекомендацій щодо щоденного самоконтролю симптомів хвороби)

дозволяє максимально підвищити ефективність терапії і поліпшити якість життя пацієнтів в умовах тривалого спостереження.

Практична значущість дослідження визначається отриманими даними про ефективність вивчених підходів до організації самодопомоги та самоконтролю хворих з хронічною серцевою недостатністю, які можуть бути використані у практичній охороні здоров'я під час проведення заходів щодо оптимізації підходів до ефективного спостереження цієї категорії пацієнтів з активним залученням медсестри, наголосом на важливості її роботи, як ментора та організатора навчання.

Запропоновано для застосування у процесі спостереження пацієнта з ХСН карту самоменеджменту з розподілом на зони стану хворого (зелена, жовта, червона).

Результати представленої роботи дозволяють забезпечити медсестру доступними методами підвищення комплаєнтності лікування та якості життя пацієнтів на ХСН.

Апробація роботи – видано статтю у журналі «Медсестринство» №3 2023 р. «Роль медсестри – ментора школи серцевої недостатності – у покращенні якості життя та підвищені комплаєнтності до лікування х ворих з хронічною серцевою недостатністю» Автори: Л.В. Радецька, І.В. Худицька, І.Р. Швачко.

Магістерську роботу викладено на 72 сторінках, вона складається з вступу, трьох розділів, висновків, списку літератури, який містить 59 джерел (28 вітчизняних та 31 закордонних). Магістерська робота ілюстрована 8 таблицями та 3 рисунками.

РОЗДІЛ 1 Огляд літератури

1.1. Основні положення мультидисциплінарного командного підходу у лікуванні та динамічному спостереженні пацієнтів з хронічною серцевою недостатністю, роль медсестри у команді

Серцева недостатність (СН) є дуже поширеним патологічним станом, що діагностується в 1-2% населення розвинутих країн та в 10% осіб віком ≥70 років. За оцінками експертів, у 10 млн жителів Європи спостерігається СН з дисфункцією лівого шлуночка, ще у 10 млн – СН зі збереженою фракцією викиду лівого шлуночка [1, 2, 9, 41, 49].

СН є провідною причиною госпіталізації в Україні, ЄС та США [5, 7, 10, 11, 38, 55]. Приблизно кожен десятий пацієнт з ХСН помирає впродовж 90 днів після виписки зі стаціонару, а кожен четвертий потребує повторної госпіталізації протягом цього періоду [12, 24, 26, 40, 47].. Крім того, слід зазначити, що витрати на госпіталізацію з приводу декомпенсації СН дуже високі та становлять орієнтовно 60% сумарних витрат на лікування цього стану [38, 39, 41]. Ці факти підтверджують важливість адекватної профілактики, вчасної діагностики та повноцінного лікування ХСН.

В даний час у національних настановах з лікування пацієнтів з ХСН рекомендується спільне проходження індивідуального навчання пацієнтів та їхніх родичів або людей, які здійснюють догляд за пацієнтами [38, 42]. Проблема залучення родичів у процес реабілітації хворих з тяжкими хронічними захворюваннями вивчалася докладно. Хворі на діабет, тяжкі психічні розлади, хворі після перенесеного інсульту, також як і хворі з ХСН, змушені дотримуватися строго режиму, чітко приймати лікарські препарати, дотримуватися запропонованої дієти і виконувати фізичні вправи. У цій ситуації саме позитивна підтримка сім'ї та друзів може відіграти ключову роль у покращенні стану здоров'я, підвищенні прихильності до здорового способу життя та рекомендацій лікаря [18, 52].

Доведено, що пацієнти, які жили з подружжям, приймали 90% рекомендованих препаратів, тоді як самотні лише 80%. При цьому пацієнти, які жили в сім'ї, приймали 70% лікарських препаратів у потрібний час, а самотні лише 49% [47]. У низці досліджень було продемонстровано, що соціальна підтримка сім'ї та друзів зменшує кількість повторних госпіталізацій та збільшує відданість лікуванню [34, 41].

Таким чином, на даний момент накопичено досить великий досвід проведення різних програм для хворих на ХСН [22, 26, 38, 44, 46, 49]. Сьогодні пацієнт із ХСН, який виписується з клініки або залишає лікаря амбулаторної практики після усунення загострення декомпенсації, повинен, крім рекомендацій щодо оптимального медикаментозного лікування, вміти контролювати свій стан і бути під наглядом спеціально навченого персоналу [3, 4, 7, 18, 22, 38]. Цей своєрідний принцип диспансерного спостереження має різні назви: мультидисциплінарного підходу у веденні хворих з ХСН або домашнього сестринського контролю за хворими з серцевою декомпенсацією. Суть від зміни назв не змінюється: завдання – навчити хворого та його найближчих родичів прийомам контролю за перебігом ХСН, методам самодопомоги та дати можливість регулярного контакту зі спеціалістами для своєчасної корекції стану та недопущення розвитку декомпенсації кровообігу [16, 33, 42].

Саме на такому підході наголошують останні рекомендації британських фахівців з Національного інституту здоров'я (National Institute for Health and Care Excellence - NICE) та удосконалення допомоги щодо діагностики та лікування хронічної серцевої недостатності у дорослих [31, 32, 38]. Експерти NICE рекомендують командний підхід у лікуванні пацієнтів із СН [16, 38, 57, 58].

Мультидисциплінарна команда (МК) повинна включати:

- провідного лікаря зі спеціальною підготовкою щодо ведення хворих, який відповідатиме за клінічний діагноз;
- медичну сестру з досвідом роботи в кардіологічному відділенні;

- фахівця-координатора (з досвідом ведення пацієнтів із СН), який повинен організувати проведення диференційної діагностики і надати повноцінну інформацію пацієнтам із вперше діагностованою СН. Його обов’язки — оптимізація лікування, призначення нових лікарських засобів (які потребують спеціального контролю), продовження спостереження за станом здоров’я пацієнта після хірургічного втручання, залучення для консультації за потребою інших фахівців, направлення на інші види лікування (включаючи реабілітацію, паліативну та соціальну допомогу).

МК має співпрацювати з працівниками первинної медико-санітарної допомоги, які, у свою чергу, повинні виконувати такі функції:

- забезпечення зв’язків між різними послугами з догляду та медичною допомогою;
- вивчення всіх питань, пов’язаних із лікуванням пацієнта, в тому числі довготривалого догляду, якщо в цьому буде необхідність;
- огляд пацієнта кожні 6 міс та оновлення клінічних записів (загальний стан та призначення);
- забезпечення пацієнтів за необхідності консультацією фахівців.

Контроль клінічного стану пацієнтів можна здійснювати двома способами: огляд пацієнта лікарем або медсестрою на прийомі чи вдома або через телефонний зв'язок [38, 52]. Серед переваг телефонних консультацій слід відзначити швидший зв'язок із лікарем або медсестрою, відсутність втрат часу на транспортування хворого, а також можливе збільшення числа контактів лікаря чи медсестри з пацієнтом.

Особливого значення телефонні консультації набувають для хворих, у яких є обмежена можливість відвідування лікаря через стан здоров'я чи соціальні умови, а також для осіб, які проживають у сільській місцевості. У ряді досліджень показано, що контакти лікаря з пацієнтом у перші місяці після його виписки зі стаціонару знижують частоту повторних госпіталізацій порівняно із звичайним спостереженням [1, 16, 17, 18, 22].

Для визначення прогнозу та ефективності лікувальних заходів у пацієнтів із ХСН важливе значення має оцінка якості життя [6, 57, 58]. Якість життя може залежати від багатьох обставин: умов життя людини, задоволеності роботою, навчанням, домашніми умовами, соціальним та матеріальним становищем, політичною обстановкою у країні. Однак у медичній практиці враховуються показники, які можуть бути змінені через стан здоров'я. Найбільш важливими компонентами оцінки якості життя у медичних дослідженнях вважаються визначення функціональних можливостей хворого, оцінка суб'єктивного сприйняття ним стану свого здоров'я, суб'єктивна оцінка хворим на вираженість симптомів хвороби [6, 57, 58].

Для оцінки якості життя пацієнтів із ХСН використовується в основному Міннесотський опитувальник (MLHFQ), розроблений Rector T. і Cohn J. в 1987 р. [6, 57, 58]. Опитувальник MLHFQ містить 21 питання, відповіді на які дозволяють визначити наскільки наявна серцева недостатність обмежує, по-перше, фізичні (функціональні) можливості хворого справлятися зі звичайними повсякденними навантаженнями (самообслуговування, толерантність до фізичних, соціальних, емоційних навантажень, необхідність мати адекватний сон та відпочинок, мобільність та незалежність); по-друге, соціально-економічні аспекти та суспільні зв'язки пацієнта (місце в сім'ї та участь у житті сім'ї, матеріальне забезпечення та витрати на лікування, професійні обов'язки, зв'язок з друзями та активний відпочинок); по-третє, позитивне емоційне сприйняття життя (відчуття себе тягарем для сім'ї та друзів, втрата контролю над життям і над собою, страх за майбутнє та безвихідь) [6, 57, 58].

Оцінити ступінь засвоєння отриманих знань можна зробити, оцінивши прихильність його до рекомендацій лікаря та клінічний стан. Оцінка прихильності можлива при аналізі записів у щоденниках самоконтролю та під час клінічного огляду пацієнта. Пацієнти повинні вести щоденники самоконтролю, в яких фіксуються їх самопочуття, динаміка симптомів захворювання, таких як задишка,

набряки і т.д., одночасно з цим до щоденника вносяться дані про вагу, АТ, ЧСС, обсяг фізичних навантажень, а також про прийняті препарати [6, 57, 58].

Як один з непрямих критеріїв засвоюваності знань і прихильності до лікування можна використовувати такий показник, як повторні госпіталізації. У дослідженні DIAL частка повторних госпіталізацій у зв'язку з декомпенсацією ХСН групи пацієнтів, які пройшли навчання, становила 26.3%, а групі контролю – 31% [27].

Лікар чи медсестра-координатор мультидисциплінарної команди повинні донести до хворого, що ХСН - це стан, для якого характерний комплекс таких симптомів як задишка, швидка стомлюваність, зниження фізичної активності, набряки, які обумовлені неадекватним кровопостачанням органів та тканин у спокої або при навантаженні та часто із затримкою рідини в організмі [2, 4, 5, 7, 10, 11, 12, 13].

Вказується, що ХСН може ускладнювати перебіг практично всіх захворювань серцево-судинної системи [1, 14, 16, 17]. Але головними причинами ХСН є ішемічна (коронарна) хвороба серця (ІХС) та артеріальна гіпертензія (АГ) або поєднання цих захворювань [7, 8, 15, 29]. Третє місце серед причин ХСН посідають клапанні вади серця [12, 14, 19, 20, 23], а четверте – кардіоміопатії [38]. Інші захворювання серцево-судинної системи рідше призводять до розвитку ХСН, хоча, як говорилося вище, декомпенсація серцевої діяльності може бути фіналом будь-якого захворювання серця та судин [28].

Особливо важливим для медсестри-ментора мультидисциплінарної команди навчити виявляти основні симптоми ХСН, такі як задишка, швидка стомлюваність, серцебиття, набряки, кашель. На підставі оцінки виразності цих симптомів можна говорити про тяжкість ХСН [4, 5, 10, 11, 12]. Слід дати пацієнту уявлення про «органи-мішені». Для ХСН характерно вибіркове ураження деяких органів та систем організму, які і називаються «органи мішені», тобто органи, що найбільш вразливі при цьому захворюванні. Такими органамимішенями при

серцевій недостатності є: легені, нирки, головний мозок, кишечник, м'язи, судини [5, 12, 13, 38].

Пацієнту слід пояснити причини, чому необхідний регулярний у призначених дозах прийом лікарських препаратів, а також цілі лікування: усунення симптомів захворювання, захист «органів-мішеней», покращення якості життя, зменшення кількості госпіталізацій, покращення прогнозу захворювання (продовження життя). Пацієнти повинні засвоїти, що:

- не можна займатися самолікуванням, препарати та їх дози призначає лише лікар,

- тільки при щоденному застосуванні лікарських препаратів можна досягти успіху в лікуванні,

- не можна скасовувати призначені лікарем препарати та зменшувати їх дози самостійно, якщо самопочуття покращало.

Дуже важливим аспектом мультидисциплінарної команди надати пацієнту інформацію про важливість щоденного регулярного прийому препаратів, їх групи, механізм дії та побічні ефекти. Наприклад, інгібітори ангіотензин-перетворюючого ферменту: знижують вироблення ангіотензину II – гормону, який надає негативну дію на серце та кровообіг, розширюють судини та полегшують роботу серця, збільшують тривалість життя, зменшують кількість госпіталізацій та смертність, знижують артеріальний тиск (АТ). Можливі побічні ефекти: надмірне зниження артеріального тиску, сухий кашель, алергічні реакції [12, 13, 38, 44]. Діуретики: збільшують кількість рідини, що виділяється з організму, тим самим знижують навантаження на серце і зменшують набряки, нормалізують АТ. Можливі побічні ефекти: слабкість, запаморочення, зниження артеріального тиску, втрата калію з сечею (спрага, перебої в роботі серця, судоми або болі в м'язах, нудота, блювання) [13, 38, 46]. Бета-адреноблокатори: зменшують ЧСС та відновлюють ритм, зменшують гіпертрофію міокарда та скорочують розміри серця, покращують роботу серця. Можливі побічні ефекти:

зменшення ЧСС менше 60 ударів на хвилину, зниження артеріального тиску – посилення слабкості [12, 38, 40].

Проте найважливішим для пацієнтів з ХСН, на що робиться акцент у нових рекомендаціях 2022 року, є навчитися контролю симптомів та самодогляду, основними моментами яких є наступне:

• тільки при щоденному прийомі призначених лікарем препаратів можна досягти зменшення симптомів ХСН та покращення самопочуття;

• неприпустимо займатися самолікуванням, лише лікар може призначити, скасувати чи скоригувати терапію;

• слід обов'язково вести щоденник самоконтролю, де вказано повний перелік препаратів, що приймаються, із зазначенням доз і часу прийому.

Пацієнт повинен знати методику вимірювання АТ, як правильно порахувати пульс, як правильно контролювати свою вагу, а також уміти правильно виміряти АТ, пульс, правильно контролювати вагу.

Крім того, дуже важливо дати пацієнтові уявлення про здоровий спосіб життя, познайомити його з принципами здорового харчування, особливостями харчування при ХСН, методикою розрахунку енергетичної збалансованості харчового раціону, сформувати у пацієнтів мотивацію до відмови від алкоголю та куріння [11, 38, 47].

Пацієнтам слід дати уявлення про здоровий спосіб життя, пояснюється, що не тільки лікар допомагає хворому, призначаючи ту чи іншу терапію, а й сам хворий може собі допомогти, ведучи правильний спосіб життя, правильно харчуючись, адже саме «навчити пацієнта жити зі своїм захворюванням». Слід надати також інформацію про загальні рекомендації щодо вакцинації та подорожей [10, 24].

1.2. Комплайнс лікування у хворих на ХСН

За визначенням ВООЗ, прихильність до терапії - це відповідність поведінки пацієнта рекомендаціям лікаря, включаючи прийом препаратів, дієту і / або зміну способу життя. Прийнятність лікування вважається незадовільною в тому випадку, коли пацієнт приймає ≤80% або ≥120% дози медикаментів, призначених на тривалий період [41]. Значним внеском у систематизацію і оцінку застосування пацієнтами рекомендованого лікування можна визначити документ ВООЗ 2003 [41, 42, 43], який дав визначення прийнятності терапії, або комплаєнтності.

Дослідження показують, що лише близько 50% пацієнтів, які мають хронічні захворювання, прийнятність лікувальних рекомендацій, запропонованих лікарем [41, 42]. Одночасно зазначено, що висока прихильність до лікування достовірно позитивно впливає на виживання пацієнтів, що мають хронічні захворювання [43, 48].

Накопичено досить багато фактів впливу високої прихильності до лікування на «кінцеві точки» в процесі тривалого лікування та спостереження пацієнтів, як з хронічними захворюваннями, так і у випадках первинної профілактики. Висока прийнятність антигіпертензивного лікування асоціюється з 38% зниженням ризику серцево-судинних ускладнень у порівнянні з низькою прихильністю [42, 50]. У порівнянні з пацієнтами, які виконують рекомендації лікаря, пацієнти, які не приймають ліків, мають ризик госпіталізацій, регоспіталізацій і передчасної смерті в 5,4 раз вищий при артеріальній гіпертензії, в 2,8 рази вищий при дисліпідемії, і в 1,5 рази вищий при захворюваннях серця [44, 45].

В даний час дослідження, що проводяться в різних країнах світу показують, що значна частина хворих з СН не знає про своє захворювання, а якщо і знає, то не отримує лікування [1, 2, 38].

Число пацієнтів з ССЗ, які не приймають препарати, прогресивно зростає, і це особливо турбує медичну громадськість [1]. Як показують дослідження,

проведені в країнах Західної Європи і США, у хворих ХСН низька прихильність до терапії відзначається у 18-50% випадків [2].

Таким чином, низька прихильність до терапії є загальномедичною проблемою. Тривалість лікування, необхідного для досягнення значного зниження ризику серцево-судинних ускладнень, є предметом обговорення, але дослідження показують, що довгострокова терапія протягом 5 років і більше дає найкращий ефект [1, 47, 49].

Як показують результати опитування 660 лікарів первинної ланки охорони здоров'я, основною скаргою лікарів є недотримання пацієнтами рекомендацій лікаря по лікуванню. Це впливає на здатність лікарів забезпечувати ефективну медичну допомогу: 37% лікарів відзначають, що недотримання пацієнтами їх рекомендацій «значно впливає на надання допомоги» [45].

Виходячи з того, що лікування пацієнта з хронічними захворюваннями триває протягом багатьох років, раннє виявлення ступеня прихильності до лікування у конкретного хворого може допомогти лікарю зорієнтуватися і визначити напрямки, за якими потрібно працювати з пацієнтом крім призначення лікарської терапії. Оцінка прихильності в реальній клінічній практиці можлива декількома шляхами.

При опитуванні пацієнта під час візиту лікар з'ясовує, як пацієнт виконував призначення, зроблені на минулому візиті, уточнює, були чи ні побічні явища при прийомі препаратів, чи зручна схема прийому препаратів, і т.д. У разі невиконання призначених рекомендацій щодо приймання лікар з'ясовує причину, по якій пацієнт не приймав ліки або змінив режим дозування препарату.

Метод опитування характеризується відносною простотою, однак, якщо у хворого є які-небудь причини приховувати недотримання рекомендацій щодо приймання препаратів, то інформація, отримана при опитуванні, може бути необ'єктивною. Якщо пацієнт не хоче образити лікаря невиконанням рекомендацій, то його відповіді можуть бути не зовсім відвертими. Опитування повиннно доповнюватися іншими тестами і / або методиками. Опитувальники є непрямим методом вимірювання прихильності до терапії [5, 27, 57, 58].

У клінічній практиці необхідно, щоб опитувальник був зручний в застосуванні як для лікаря, так і для пацієнта (містити найменшу кількість можливих пунктів), щоб його можна було швидко і легко використовувати, а також бути економічними. У той же час, опитувальники повинні відповідати специфічним критеріям, щоб мінімізувати помилки і домогтися репродуктивності результатів: високої чутливості, специфічності, позитивної і негативної прогностичної цінності.

З огляду на багатогранність проблеми прихильності до терапії, методи підвищення прихильності також різноманітні. До них, в першу чергу, відноситься сам пацієнт, який виконує (або не виконує) призначення лікаря, лікар, який призначає лікування і контролює його виконання, вид терапії, а також організація системи охорони здоров'я і суспільство, в якому живе як лікар, так і пацієнт.

Поведінка лікаря і медсестри сприяє в значній мірі неприхильності пацієнта до лікування [57]. Вважається, що велика завантаженість лікарів часто ставить під загрозу якість медичної допомоги і може бути перешкодою для підвищення якості даної допомоги. Лікарі з великим обсягом роботи можуть витратити більше часу на лікування пацієнтів за рахунок часу, витраченого на безперервну медичну освіту або читання медичної літератури. Відповідно, вони можуть бути менш інформовані про точний зміст медичних посібників (гайдлайни, або алгоритми лікування).

Лікарі та медсестри зазвичай не перевіряють, як пацієнт зрозумів інформацію. Вивчення аудіозаписів зустрічей пацієнта з лікарями первинної ланки показали, що розуміння пацієнта оцінювалося тільки протягом 2% часу амбулаторного прийому [45]. Дані огляду літератури [42,50,57] показують, що пацієнти не завжди розуміють прописані інструкції і часто забувають значну частину того, що їм говорять медпрацівники. Існує чимало свідчень того, що багато пацієнтів залишають медичний заклад з недостатнім розумінням їх захворювання і рекомендованої терапії. В літературі повідомляється про погане розуміння пацієнтом медичної інформації або про втрачення інформації у 46-63% випадків [54,58].

Не дивно, що пацієнти, які розуміють мету прописаного лікування, в два рази частіше приймають препарати, ніж ті, хто не зрозумів мету лікування. Регулярна оцінка прихильності пацієнта до терапії може сама по собі привести до підвищення прихильності [6, 57, 58].

Застосування електронних медичних записів також може сприяти вирішенню даної проблеми [44]. Це актуально, оскільки все ще залишається проблема неузгодженої допомоги серед лікарів, які прописують препарати для одного пацієнта не знаючи, що їхні колеги вже прописали даному пацієнтові певні препарати.

Абсолютно прихильних або неприхильних до терапії пацієнтів не існує. У хронічних пацієнтів лікування триває роками і нерідко відбуваються зміни як в дотриманні режиму терапії, так і в способі життя пацієнта. Прихильність до лікування варіюється від людини до людини, вона також може бути різною в однієї людини на різних часових відрізках.

Свідоме недотримання лікувальних рекомендацій спостерігається рідше, ніж випадкове недотримання в зв'язку з пропуском прийому окремих доз [48]. Стійкими предикторами припинення прийому препаратів є поліпшення самопочуття і несприятливі побічні ефекти. Для деяких пацієнтів необхідність прийому таблеток служать постійним нагадуванням про хвороби. Коли самопочуття поліпшується, у пацієнта виникає бажання забути про хвороби і як наслідок, не приймати препарати.

Багато предикторів прихильності до лікування типові і застосовні до всіх пацієнтів, а саме: складність схеми, тривалість курсу і частота наступних контактів з лікарем.

Пацієнти з хронічними захворюваннями проводять тільки кілька годин на рік в кабінеті лікаря. Весь інший час, перебуваючи поза межами уваги лікаря і моніторингу системи охорони здоров'я, пацієнти «зісковзують» з прихильності режимам лікування [115]. Прихильність пацієнта до терапії можна підвищити, призначаючи більш часті візити до лікаря. Регулярні контакти сприяють

скороченню частоти пропуску як прийому лікарських препаратів, так і відвідувань прийому у лікарів.

Забудькуватість як причина нерегулярного прийому препаратів фігурує в багатьох дослідженнях з вивчення прихильності. Прості нагадування у вигляді листка-стікера, прикріпленого на дверцята кухонної шафи, дзвінок мобільного телефону в певний час (у тих, кого немає мобільного телефону - дзвінка будильника), можуть допомогти не забути прийняти препарат вчасно.

На жаль, єдиної ефективної стратегії підвищення прихильності пацієнтів до терапії на сьогоднішній день немає. Тому, з огляду на багатогранності питань, пов'язаних з підвищенням прихильності до терапії і недостатнього вирішення даної проблеми, потрібно систематизувати і провести комплексну оцінку різних способів підвищення прихильності до терапії, а також оцінити можливість спільного використання даних методів в умовах реальної амбулаторної практики, що і було завданням даного дослідження.

ГЛАВА 2 Методи і об’єкт дослідження

У дослідження були включені 53 хворих з ХСН-1У NYHA різної етіології, що спостерігались у Структурному підрозділі «Міська поліклініка 5» КНП «Центр первинної медичної і консультативно-діагностичної допомоги» Івано-Франківської міської ради протягом 2022 року. Вихідні демографічні та клінічні характеристики пацієнтів, рандомізованих до групи втручання та контрольну групу розрізнялися (табл.1).

Таблиця 2.1

Вихідні демографічні та клінічні характеристики обстеженних пацієнтів

	Група спостереження	Група контролю
Вік, роки	65,06±7,9	66,8+9,1
Чоловіки/ жінки	19/14	13/7
II ФК ХСН	9	7
III ФК ХСН	21	9
IV ФК ХСН	3	4
Всього	33	20

Діагноз ХСН встановлювався на підставі клінічних проявів, як суб'єктивних - задишки при навантаженнях та/або у спокої, так і об'єктивних - застійні хрипи в легенях, та/або периферичні набряки, та/або третій тон протодіастолічного ритму галопу при аускультації серця, а також підтверджуються даними інструментального обстеження – ознаки застою у легенях при рентгенологічному дослідженні, ознаки порушення систолічної та/або діастолічної функції лівого шлуночка при ЕхоКГ.

Критерії виключення: 1) наявність іншого захворювання, яке протягом могло впливати на ризик летальності, хворобливість і якість життя пацієнта; 2)

наявність факторів, що ускладнюють ретельне спостереження за хворими – територіальна віддаленість місця проживання від клініки, зловживання алкоголем, психічні порушення; 3) нездатність заповнювати запитальники, передбачені протоколом дослідження.

Завдання медичної сестри – навчити хворого та його найближчих родичів прийомів контролю за перебігом ХСН, методів самодопомоги та дати можливість регулярного контакту зі спеціалістами для своєчасної корекції стану та недопущення розвитку декомпенсації кровообігу.

Нами були застосовані такі форми втручання для покращення здатності хворих до самолікування та самоконтролю:

1) структуроване терапевтичне навчання пацієнтів після госпіталізації;

2) моніторинг після виписки зі стаціонару, що включає протягом перших 1-2 місяців щотижневий безпосередній контакт, а також регулярний контроль хворого через телефонну мережу, on line, через месенджери вайбер, вотсаб, телеграм), пізніше - огляд у поліклініці або на дому 1 раз на місяць, надалі за потребою через телефонну мережу, on line.

Навчання пацієнтів складалося із структурованих занять на наступні теми: 1) "Загальна інформація про ХСН"; 2) "Медикаментозна терапія ХСН"; 3) "Дієта при ХСН"; 4) "Симптоми ХСН." Тривалість кожного заняття складала 45 хвилин. Під час занять використовувалися слайди, наочні посібники, відеоматеріали.

Після виписки зі стаціонару кожен пацієнт групи втручання отримував письмові рекомендації, які містили перелік медикаментозних препаратів із зазначенням їх доз та кратності прийому, а також вказівки на необхідність обмежувати вживання кухонної солі до 3 грамів на добу та щоденного контролю ваги тіла. Крім того, письмові рекомендації містили номери телефонів, за якими пацієнт міг зв'язатися з лікарем та медсестрою для консультації.

Обстеження хворих з використанням загальноклінічних методів включало фізикальне дослідження, електрокардіографію (ЕКГ), ехокардіографію (ЕхоКГ) та рентгенографію грудної клітини. З додаткових методів

використовували оцінку функціонального стану, якості життя та толерантності до фізичних навантажень.

Для оцінки функціонального стану хворих використовували такі методики:

1) методику, засновану на суб'єктивній оцінці лікаря: класифікація Нью-Йоркської асоціації серця - New York Heart Association, (NYHA) [2, 3, додаток 1];

2) методику The Duke Activity Status Index (DASI), що ґрунтується на суб'єктивній думці пацієнта про можливість виконання ним певних видів повсякденної фізичної активності [11, 12, 58];

3) як об'єктивний тест толерантності до фізичного навантаження використовували 6-хвилинний (коридорний) тест, який визначає відстань, що проходить хворий за 6 хвилин при русі в максимально можливому темпі, але не бігу [7, 8, 56, додаток 3].

Оцінку якості життя, відповідно до прийнятих рекомендацій, проводили за допомогою загальної методики для оцінки ЯЖ Medical Outcomes Study 36-Item Short Form Health Survey (SF-36) та приватної методики для оцінки якості життя пацієнтів з ХСН методикою Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire (MLHFQ) [11, 12, 57, 58, додаток 2]. Вибір цих методик ґрунтувався на тому, що серед застосовуваних в даний час методик оцінки ЯЖ хворих з ХСН, дані методики найчастіше застосовуються і найкраще валідизовані.

Оцінку здатності до самодопомоги та самоконтролю проводили за допомогою існуючих опитувальників для їх оцінки у хворих на ХСН [11, 12].

Перший опитувальник (запитання №1) служив для оцінки знань хворих про основні елементи самодопомоги при ХСН. Пацієнт повинен був вказати, яким є кожне з 8 запропонованих у запитальнику тверджень (істинним або хибним). Аналіз відповідей проводився за кількістю правильних відповідей. У кожній групі проводився аналіз кількості правильних відповідей на кожне запитання.

Опитувальник №1 для оцінки рівня знань хворих про основні елементи самолікування при хронічній серцевій недостатності:

1. Щоденне зважування не важливе для хворого з ХСН.

2. Ви повинні зважуватися перед відходом до сну.
3. Необхідно звертатися до медичного працівника зі збільшенням маси тіла на 1,4-2,3 кг за 2 або більше днів.
4. Ви повинні уникати розташування сільнички на обідньому столі.
5. Ви повинні обмежити вживання кухонної кухонної солі менше 2 чайних ложок на день.
6. Алкоголь не шкодить Вашому серцю.
7. Ви повинні припинити статеве життя через розвиток хронічної серцевої недостатності.
8. Ви повинні випивати велику кількість води.

Другий опитувальник (запитання №2) застосовували для оцінки прихильності хворих на ХСН до основних елементів самолікування та самоконтролю. У ньому для відповіді на більшість питань хворий вибирав одне із кількох варіантів відповідей з допомогою шкали Лікерта. Максимальне значення шкали прихильності хворих на ХСН до основних елементів самолікування і самоконтролю дорівнює 30, мінімальне 5.

Опитувальник №2 для оцінки прихильності хворих з ХСН до основних елементів самолікування та самоконтролю:

1 Чи пропускаєте Ви прийом препаратів при хорошому самопочутті? Так, Ні.

2 Чи приймаєте Ви ліки у точній відповідності до приписів лікаря? Постійно Майже постійно Більшу частину часу Іноді Рідко Дуже рідко Ніколи.

3 Протягом останнього місяця Ви уникали вживання солоної піш? Постійно Більшу частину часу Іноді Рідко Ніколи.

4 Перед тим як купити харчові продукти або з'їсти їх Ви читаєте етикетку із зазначенням вмісту солі? Постійно Іноді Рідко Ніколи.

5. Чи уникаєте Ви вживання в пишу продуктів або закусок, посипаних сіллю - картопляні чіпси? Постійно Більшу частину часу Іноді Рідко Ніколи.

6. Як часто ви визначали масу свого тіла за останній місяць? Щодня Через день Двічі на тиждень Один раз на тиждень Двічі на місяць Один раз на місяць Рідше 1 разу на місяць або ніколи.

Вперше нами була застосована система автоматичного телефонного нагадування хворому про дотримання приписів лікаря через телефонну мережу з метою підвищення прихильності до терапії. Текст автоматичного телефонного нагадування відповідав тій групі, в яку був включений пацієнт. Пацієнт міг відмовитися від продовження прослуховування телефонних нагадувань, при цьому він повідомляв про це медсестру.

Зміст бесіди був спрямований на підвищення мотивації пацієнта до лікування, нагадування виконання рекомендацій по немедикаментозній корекції факторів ризику і необхідності контрольного візиту.

Була створена комп'ютерна база даних для пацієнтів, яким проводилось телефонне нагадування. Був розроблений також щоденник самоконтролю пацієнта.

Нами були розроблені конкретні рекомендації для пацієнтів із хронічною серцевою недостатністю, які пропонували обстеженим хворим.

1. Що таке хронічна серцева недостатність, причини, симптоми, основні поради.

Хронічна серцева недостатність (ХСН) є ускладненням більшості захворювань серця, пов'язане з порушенням функції серця як "насоса", який більше не може забезпечити достатній викид крові, необхідний для підтримки потреб організму людини.

2. Виявляється серцева недостатність задишкою при навантаженнях і спокої, часто задухою в нічний час, появою і наростанням набряків ніг, збільшенням у розмірах живота, збільшенням ваги, різкою загальною слабкістю і підвищеною стомлюваністю при незначних навантаженнях. Причина цього полягає у надмірному накопиченні рідини у всіх тканинах та органах. Виділяються стадія компенсації, або стабільний стан пацієнта та стадія декомпенсації (нестабільний стан).

3. Найчастіші причини декомпенсації серцевої недостатності:

1. Надмірне вживання солі та рідини

2. Самовільне припинення прийому ліків або зниження дози

3. Надмірні фізичні навантаження

4. Простудні захворювання

5. Прийом знеболювальних та протизапальних препаратів (диклофенак, німесил, ібупрофен, анальгін)

6. Прийом алкогольних або слабоалкогольних напоїв (зокрема пива та квасу)

7. Стреси, нервова перенапруга

8. Хронічна нестача сну

4. Пацієнту з ХСН необхідно дотримуватися 4 видів рекомендацій:

1) Рекомендації щодо способу життя

2) Рекомендації щодо домашнього самоконтролю

3) Рекомендації щодо лікарської терапії.

4) Рекомендації щодо фізичної реабілітації.

5. Рекомендації щодо способу життя. Добова норма рідини, що випивається становить 1,5 літра/добу і включає всі рідини, що вживаються за добу, включаючи чай, сік, кефір, суп, фрукти та овочі. При появі сухості у роті та спраги необхідно: прополоскати рот, додати у воду лимон або шматочок льоду, зробити маленький ковток води. Не вживайте каву. Обмежується прийом кухонної солі, добова норма 2000 мг хлориду натрію, це чайна ложка і не забувайте, що сіль додають у продукти харчування, тому не досолюйте готові страви і не вживайте солоних продуктів. Рекомендується відмовитися від вживання всіх видів алкогольних напоїв.

6. Рекомендації щодо домашнього самоконтролю

Призначається контроль ваги тіла щодня вранці натщесерце в одному і тому ж одязі з веденням щоденника самоконтролю. Не повинне бути збільшення ваги на

1-1,5 кг на день, т.к. це може вказувати на затримку рідини та необхідна порада лікаря з корекції терапії. Серед показників для домашнього самоконтролю також вимір артеріального тиску (АТ) 2 рази на день вранці та ввечері та контроль пульсу. Це можна робити за допомогою автоматичного тонометра. Ці показники слід вписувати у щоденник самоконтролю.

7. Підрахунок добового діурезу.

Для більш точного контролю кількості рідини, що випивається і виділяється, рекомендується проводити підрахунок добового діурезу.

8. Рекомендації щодо лікарської терапії.

Головне правило: регулярний та тривалий прийом лікарських препаратів, його не можна переривати або скасовувати без погодження з лікарем, робити перерви на кілька днів, оскільки це може погіршити стан пацієнта. Для лікування найчастіше використовуються комбінація препаратів. Кількість таблеток та схема лікування підбираються лікарем та індивідуальні для кожного пацієнта.

Режим прийому препаратів:

- Натщесерце (будь-який час)
- Вранці після сніданку (будь-який час)
- Вдень або в обід (14-16г)
- Увечері (18-19 год)
- На ніч (22-23 години)

Загальні правила щодо прийому ліків:

а) Завжди тримайте під рукою список препаратів, що приймаються, із зазначенням їх доз і кратності прийому:

- Приймайте ліки щодня в один і той самий час.
- Ніколи не пропускайте прийом препаратів.
- Якщо Ви забули прийняти ліки вчасно, наступного прийому не приймайте подвійну дозу.
- Самостійно ніколи не змінюйте дозу препарату.

9. Що повинен знати пацієнт із ХСН про COVID-19

COVID-19 - це захворювання, що викликається новим коронаровірусом, який вражає клітини людини і розмножується, поширюючи поразку. Захворювання COVID-19 почалося з грудня 2019р, поширюється швидко і є пандемією.

В даний час основним джерелом інфекції є хвора людина, у тому числі що знаходиться в інкубаційному та часто безсимптомному періоді захворювання, який триває 1-14 днів. Передача вірусу від людини до людини відбувається повітряно-краплинним шляхом (через чхання та кашель) та контактним шляхом.

Інфікування відбувається при попаданні частинок виділень з дихальних шляхів, що містять вірус, у рот, ніс чи очі оточуючих. Вірус також може інфікувати поверхні та зберігає життєздатність протягом декількох днів або довше. Не менше 80% інфікованих пацієнтів відчувають легкі симптоми та одужують. За симптомами COVID-19 схожий на застуду: у хворих відзначається висока температура (лихоманка), кашель (у тому числі стійкий), втома, біль у м'язах, головний біль та біль у горлі, нездужання. У частини хворих вірус може призвести до пневмонії та тяжких легеневих ускладнень.

10. Чим небезпечний COVID-19 для пацієнтів із хронічною серцевою недостатністю?

Пацієнти з ХСН складають групу ризику тяжкого перебігу COVID-19 та розвитку ускладнень; ризик виникнення серйозних ускладнень, які потребують

госпіталізації, значно зростає із віком. Особливо високому ризику піддаються люди старше 65-70 років, які мають серцеву недостатність та супутні захворювання, наприклад, такі як цукровий діабет, ожиріння, бронхолегеневі захворювання. Вірусна інфекція може спровокувати декомпенсацію серцевої недостатності, тобто. наростання задишки, поява набряків, збільшення ваги з допомогою затримки рідини. Гарячка збільшує навантаження на серце.

11. Що робити з появою симптомів вірусної інфекції, лихоманки, наростання задишки?

1. У людей, які страждають на серцеву недостатність, при фізичній напрузі часто виникає задишка, тому у разі захворювання на застуду або сезонний грип їм важче дихати.

2. При появі ознак і симптомів, як при застуді або грипі, лихоманки, кашлю, нездужання необхідно зв'язатися з поліклінікою за місцем проживання для очного огляду лікаря вдома та отримання рекомендацій щодо лікування та подальшого спостереження. Використовується симптоматична терапія як при грипі або застуді. Госпіталізація потрібна не завжди, при легкій формі захворювання COVID-19 можливе лікування вдома.

3. Якщо Ви захворіли, не потрібно самостійно йти в поліклініку чи аптеку чи магазин, призначати собі обстеження чи йти до лабораторії здавати аналізи чи робити рентген грудної клітки: зверніться до поліклініки за місцем проживання за телефоном чи через сайт медичного закладу

4. Якщо ви підозрюєте, що заразилися COVID-19, самоізолюйтеся та зверніться до своєї поліклініки за телефоном або через сайт для вирішення питання про тестування на вірус COVID-19.

5. При лихоманці показано проведення 3-х годинної термометрії з веденням щоденника, тобто. вимірювання температури кожні 3:00. При значному потовиділенні дуже важливо додавання рідини, що випивається (на 200-300 мл/день); при t >38°C рекомендовано парацетамол. З жарознижувальною метою не приймайте інших нестероїдних протизапальних препаратів (НПЗЗ) або аспірин.

6. Для запобігання розповсюдженню вірусу слід носити маску навіть у квартирі, де Ви проживаєте не один.

7. Але якщо симптоми швидко прогресують, задишка з'являється при мінімальній фізичній активності та супроводжується високою температурою та сухим кашлем, необхідний невідкладний огляд лікаря та екстрена госпіталізація до інфекційного стаціонару. Боятися госпіталізації не треба.

8. Необхідно продовжувати 1. прийом усіх призначених Вам препаратів у рекомендованих дозах

12. Загальні профілактичні заходи, необхідні обов'язкового дотримання пацієнтами з ХСН при пандемії COVID-19

1. Уникайте тісного контакту з іншими людьми, навіть якщо вони не хворі (утримуйтесь від рукостискань, обіймів, поцілунків).

2. Тримайтеся на відстані не менше 2х метрів від хворих або потенційних хворих (тих, хто нещодавно прибув із країн, де зафіксовано зростання інфікованих, або контактував із хворим на COVID-19).

3. Залишайтеся вдома на самоізоляції до закінчення карантину

4. Обов'язково мийте руки з милом та теплою водою протягом не менше 20 секунд після повернення з вулиці, а також після використання туалету. Також слід мити руки після того, як ви висморкалися чи чхнули, і перед їжею. Намагайтеся

не торкатися комп'ютерів, ноутбуків, смартфонів, пультів дистанційного керування та інших потенційно заражених поверхонь, якщо вони використовуються й іншими людьми.

5. Не залишайтеся в одному приміщенні з потенційним хворим.

6. Уникайте зборів, масових зустрічей та інших скупчень людей, а також максимально обмежте походи магазинами.

7. Не користуйтеся громадським транспортом без потреби.

8. Утримайтеся від поїздок до інших міст і країн

9. Не чіпайте руками очі, ніс чи рот. Виконати цю рекомендацію може бути складно, але це потрібно. Щоб менше торкатися обличчя, носіть рукавички.

10. Часто очищайте поверхні будинку або на роботі за допомогою мильного розчину або антисептичного гелю/спрею. Використовуйте персональний рушник для рук.

13. Практичні поради.

1. Намагайтеся по можливості підтримувати активність та займатися фізичними вправами вдома за допомогою підручних засобів. Займатися вдома легше під музику. Ці рекомендації докладно представлені в розділі з фізичної реабілітації в домашніх умовах карантину.

2. Намагайтеся запастися ліками від серцевої недостатності як мінімум на 1-2 місяці.

3. Намагайтеся дотримуватись поточного режиму лікування та дозування препаратів. Також важливо продовжувати прийом основних препаратів: інгібіторів АПФ

(Ангіотензинперетворюючого ферменту) або АРА (блокаторів рецепторів ангіотензину II) або АРНІ (інгібіторів рецепторів ангіотензину/неприлізину).

4. Не займайтеся самолікуванням. Якщо у вас виникли такі симптоми, як задишка, що посилюється, обговоріть з лікарем можливість коригування лікування 6. Не приймайте протизапальні препарати.

7. Зверніться за медичною допомогою при появі наступних симптомів: біль у грудях, нерегулярне або прискорене серцебиття; посилена задишка, сильний кашель, запаморочення або непритомність; вам може знадобитися госпіталізація та ретельний моніторинг.

8. Утримайтеся від планового відвідування поліклінік або інших медичних установ у період карантину

9. Планове відвідування соціальних структур або планову госпіталізацію, а також проведення планової вакцинації та санації порожнини рота під час пандемії COVID-19 доцільно відкласти.

10. Якщо ви безпосередньо контактували з потенційним хворим на COVID-19, вам слід самоізолюватися і стежити за появою ознак і симптомів захворювання, а також повідомити про це лікаря.

11. Якщо рекомендовано карантин, залишайтеся вдома у своїй кімнаті, щоб захистити оточуючих. Якщо ви відчуваєте, що захворюєте на застуду або грип, прикривайте рот серветкою, коли кашляєте і чхаєте, або робіть це в згин ліктя. Для запобігання розповсюдженню вірусу слід носити маску.

Кожному пацієнту у процесі навчання видали карту самоменеджменту (додаток 4).

РОЗДІЛ 3. Результати дослідження

3.1. Аналіз показників комплайнсу лікування та самоконтролю у хворих на ХСН

Середня тривалість спостереження хворих у групі спостереження становила 8,1±2,7 міс., у контрольній групі – 8,6±2,4міс..

Аналіз летальності та потреби у повторних госпіталізаціях. Як тверді кінцеві точки дослідження ми оцінювали летальність пацієнтів обох груп за період спостереження та їх потребу в повторних госпіталізаціях, як з усіх причин, так і посилення ХСН. При цьому під госпіталізацією з приводу посилення симптомів ХСН ми розуміли госпіталізацію, під час якої пацієнт потребував хоча б одноразового внутрішньовенного введення діуретиків.

У групі втручання за період спостереження померло 4 із 33 хворих, а у контрольній групі – 5 із 200 хворих. Показники летальності пацієнтів обох груп достовірно не відрізнялися. Однак аналіз випадків летальності виявив суттєві відмінності в характері літаних наслідків у групі втручання та контрольній групі.

У групі контролю всі пацієнти мали кардіальні причини смерті. Один хворий помер від інфаркту міокарда. Троє пацієнтів померли від прогресування ХСН і лише один хворий помер раптово.

У групі втручання кардіальні причини смерті були у 4 хворих. Одна пацієнтка померла від гострого інфаркту міокарда, одна пацієнтка померла від прогресування ХСН, а двоє хворих померли раптово.

До кінця дослідження загальна кількість повторних госпіталізацій відрізнялась у групі втручання та контрольній групі. Детальний аналіз причин повторних госпіталізацій виявив, що у групі втручання госпіталізації щодо

декомпенсації кровообігу склали 40,2% від усіх госпіталізацій у цій групі, а контрольній групі 98,3%. Відмінність між групами за кількістю повторних госпіталізацій, зумовлених декомпенсацією кровообігу, була статистично значущою ($p<0,0001$).

Приводи для госпіталізацій, зумовлених іншими причинами, відмінними від посилення симптомів ХСН, у групі втручання були такі: порушення ритму серця, нестабільна стенокардія, виразка шлунка, анемія, посилення ішемії нижніх кінцівок на тлі стенозуючого атеросклерозу судин нижніх кінцівок. У контрольній групі приводом для госпіталізації, зумовленої іншими причинами, відмінними від посилення симптомів ХСН, був пароксизм миготливої аритмії.

Нами проаналізовані результати оцінки здатності хворих до самолікування та самоконтролю. Дані опитувальника №1 для опіки рівня знань хворих про основні елементи самолікування при хронічній серцевій недостатності представлені в таблиці 3.1.

Таблиця 3.1

Дані опитувальника №1 для оцінки рівня знань хворих про основні елементи самолікування при ХСН

№	Твердження, які хворі оцінювали як справжні чи хибні	Частка правильних відповідей, %			
		Група спостереження		Група контролю	
		На початку спостереження	Наприкінці спостере	На початку спостереження	Наприкінці спостереж

			женння		ення
1	Щоденне зважування не важливо для хворого на ХСН	58,6±1,0	68,4±0,8*	69,7±1,22	63,3±1,1**
2	Ви повинні зважуватись перед сном	57,6±2,61	56,6±1,4**	72,6±2,14	70,8±1,2**
3	Необхідно звертатися до медичного працівника зі збільшенням маси тіла на 1,4-2,3 кг за 2 або більше днів	54,1±2.23	64,5±1,7**	42,9±2,19	47,8±0,9**
4	Ви повинні уникати розміщення солонки на обідньому столі	77,3±1,95	92,8±1,4**	97,1±2,17	78,7±0,7**
5	Ви повинні обмежити вживання кухонної солі менше 2 чайних ложок на день	3,6±0.64	3,9±0,69**	32,3±1,78	15,8±1,1**
6	Алкоголь не шкодить вашому серцю	97,2±2,43	96.3±2,2**	87,7±1,98	86,3±2,0**
7	Ви повинні припинити статеве життя через розвиток хронічної серцевої недостатності	25,1±1,64	41,7±1,7*	61,2±1,88	48,3±1,9**
8	Ви повинні випивати велику кількість води	90,9±2,98	97,1±2,8**	91.6±2,77	92,8±2,7**

Прим. * $p<0,05$; ** $p<0,2$

Таким чином, дані опитувальника №1 для оцінки рівня знань хворих про основні елементи самолікування при ХСН в цілому виявили низький вихідний

рівень знань пацієнтів обох груп про контроль маси тіла (питання 1, 2, 3), про необхідність обмежувати вживання кухонної солі (питання 5), а також про можливість ведення статевого життя (питання 7). Наприкінці періоду спостереження частка правильних відповідей більшість питань цієї групи зросла у групі втручання (питання 1, 2, 5, 7), але у контрольній групі мала тенденцію до погіршення у відповідях половину питань цієї групи (питання 1, 3, 4). Причому, у групі втручання до кінця дослідження зазначено достовірне збільшення частки правильних відповіді питання 1 і 7.

У той же час, початково високий відсоток правильних відповідей зазначений на питання, що стосуються шкоди алкоголю (питання 6) та необхідності обмежувати вживання рідини (питання 8).

У табл. 3.2 представлені дані опитувальника №2 для оцінки прихильності хворих з ХСН до основних принципів самолікування та самоконтролю, які дозволили встановити, якою мірою пацієнти у повсякденному житті реалізовували свої знання про підходи до самолікування та самоконтролю.

Таблиця 3.2

Дані опитувальника №2 для оцінки прихильності хворих до ХСН основним до основних принципів самолікування та самоконтролю

№	Твердження, які хворі оцінювали як справжні чи хибні	Середнє значення показника запитання, бали ±SD			
		Група спостереження		Група контролю	
		На початку спостереження	Наприкінці спостереження	На початку спостереження	Наприкінці спостереження

1	Чи пропускаєте Ви прийом препаратів при хорошому самопочутті? (0-1)	0,43±0,51	0,72±0,48	0,83±0,38	0,57±0,53
2	Чи приймаєте Ви ліки у точній відповідності до приписів лікаря? (1-7)	5,73±1,47	6,44±1,38	6,56±0,89	6,25±0,98
3	Протягом останнього місяця Ви уникали вживання солоної їжі? (1-5)	3,77±1,23	3,88±1,15	3,87±1,27	3,44±1,32
4	Перед тим як купити харчові продукти або з'їсти їх Ви читаєте етикетку із зазначенням вмісту солі? (1-5)	1,47±1,19	1,45±0,87	1,98±1,66	1,47±1,03
5	Чи уникаєте Ви вживання в їжу продуктів або закусок, посипаних сіллю - картопляні чіпси, претцель (сухий крендельок, посипаний сіллю)? (1-5)	4,25±1,35	4,64±0,81	4,72±0,69	4,55±1,23
6	Як часто ви визначали масу свого тіла за останній місяць? (1-7)	2,42±2,16	2,71±1,83*	4,71±2,37	3,67±2,59

Прим. * p<0,05; ** p <0,2

Дані опитувальника №2 для оцінки прихильності хворих з ХСН до основних принципів самолікування та самоконтролю виявили як позитивні, так і негативні тенденції. Так, незважаючи на покращення знань про необхідність обмеження кухонної солі, встановлені за допомогою опитувальника №l,

відзначено тенденцію до зниження середнього бала по питанню, що відображає обмеження у вживанні солоної їжі протягом останнього місяця (запитання 3), як у контрольній групі, так і групі втручання. Негативні тенденції відзначені і за даними запитання про врахування вмісту кухонної солі для придбання продуктів харчування (запитання 4).

У той самий час, у групі обстеження відзначено достовірне збільшення показника, що відображає частоту контролю маси тіла. У групі контролю виявлено лише тенденцію до збільшення цього показника.

3.2. Динаміка клінічних, гемодинамічних показників та параметрів функціонального стану пацієнтів з ХСН у процесі навчання медсестрою самоконтролю в домашніх умовах

У процесі дослідження важливими показниками якості застосування навчання самоконтролю хворими важливих критеріїв захворювання на серцеву недостаність є клінічні та гемодинамічні показники, а саме: чстота серцевих скорочень, показники систолічного та діастолічного артеріального тиску.

Таблиця 3.3

Динаміка клінічних проявів СН в учасників дослідження, n (%)

Клінічний критерій, група	Задишка		Прискорене серцебиття		Набряки	
	до лікування	після лікування	до лікування	після лікування	до лікування	після лікування
Група втручання (n=33)	33 (100)	14 (42,4)*	28 (84,8)	15 (45,5)*	28 (84,8)	13 (39,4)*
Група контролю (n=20)	20 (100)	17 (85)**	17 (85)	14 (70)**	18 (90)	17 (85)**

Прим. * $p<0,05$; ** $p<0,2$

При порівнянні динаміки клінічних симптомів СН у хворих 1-ї та 2-ї груп виявлено достовірне зменшення задишки, прискореного серцебиття та набряків — у хворих 1 групи, у обстежених хворих групи контролю достовірних змін не спостерігалось, що відображено у табл. 3.3.

При аналізі гемодинамічних показників нами в обох групах відзначено нормалізацію або покращення показників як систолічного, так і діастолічного АТ. Наголошуємо на слові нормалізація тому, що у групі втручання з 25 пацієнтів підвищений АТ спостерігався у 16 осіб, а тенденція до зниження, тобто АТ на рівні 110/60- 115/70 мм рт ст спостерігалась у решти 14 осіб - це були пацієнти з значно зниженою фракцією викиду лівого шлуночка. У групі контролю відповідно: 13 та 8 осіб.

Цільовий рівень АТ (за класифікацією ВООЗ - 120/80 мм рт.ст.) був досягнутий у 75 % пацієнтів першої групи та 56 % у пацієнтів 2 групи, тобто у пацієнтів з підвищеним АТ спостерігалось його зниження, а у пацієнтів, у яких спостерігався низький АТ – його підвищення у процесі лікування (рисунки 3.1 та 3.2).

Рис 3.1 Динаміка пацієнтів з початково зниженим АТ протягом 6 місяців лікування

Цільовий рівень АТ був досягнутий у 82% хворих групи спостереження і у 53% - групи «контроль».

Результати аналізу динаміки функціонального стану, що оцінюється за ФК NYHA у пацієнтів, у яких були отримані вихідні дані та дані наприкінці спостереження представлено у табл. 3.

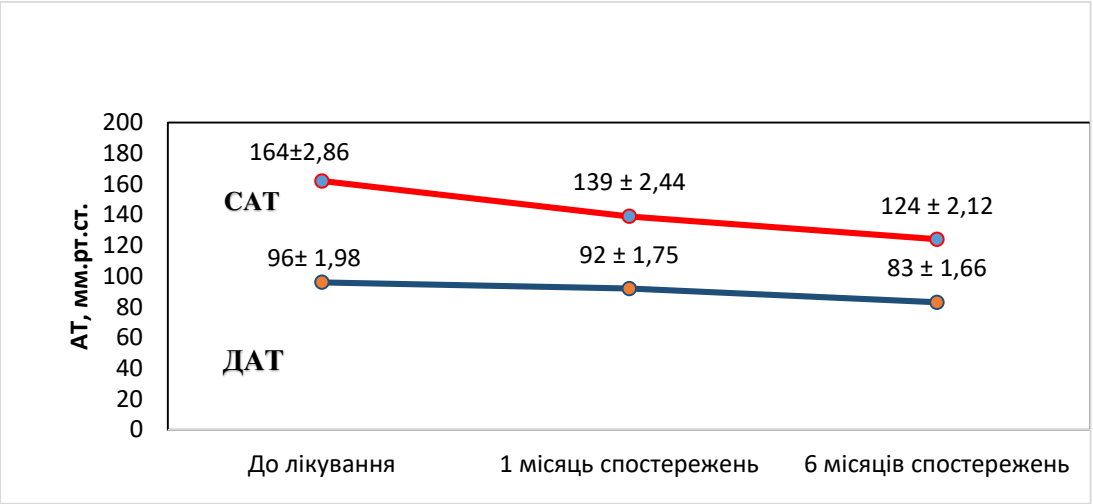


Рис. 3.2 Динаміка пацієнтів з початково підвищеним АТ протягом 6 місяців лікування

У групі втручання у 17 пацієнтів ФК NYHA покращився на один ФК. У 8 хворих не виявлено такої динаміки, проте у них відмічалось значне покращення загального самопочуття та гемодинамічних показників вже після 1 місяця навчання самоконтролю, а протягом пів року спостереження у жодного не виникло потреби у стаціонарному лікуванні і жодного пацієнта групи втручання за період спостереження не відбулося погіршення ФК. У контрольній групі лише у 7 пацієнтів, доступних для аналізу до кінця дослідження, ФК NYHA покращився на один ФК (табл.3.4).

Отже, аналіз динаміки показників 6-хвилинного тесту виявив достовірне збільшення толерантності до фізичного навантаження у групі втручання наприкінці спостереження та відсутність змін у контрольній групі.

Таблиця 3.4

Динаміка ФК NYHA у групі спостереження та групі контролю на початку та наприкінці спостереження

Показник	На початку спостереження		Наприкінці спостереження	
	Група спостереження	Група контролю	Група спостереження	Група контролю
6-хвилинний тест, м	292,63±96,13*	279,29±107,87**	327,43±92,64*	306,11±104,67**

Прим. * p<0,05; ** p<0,2

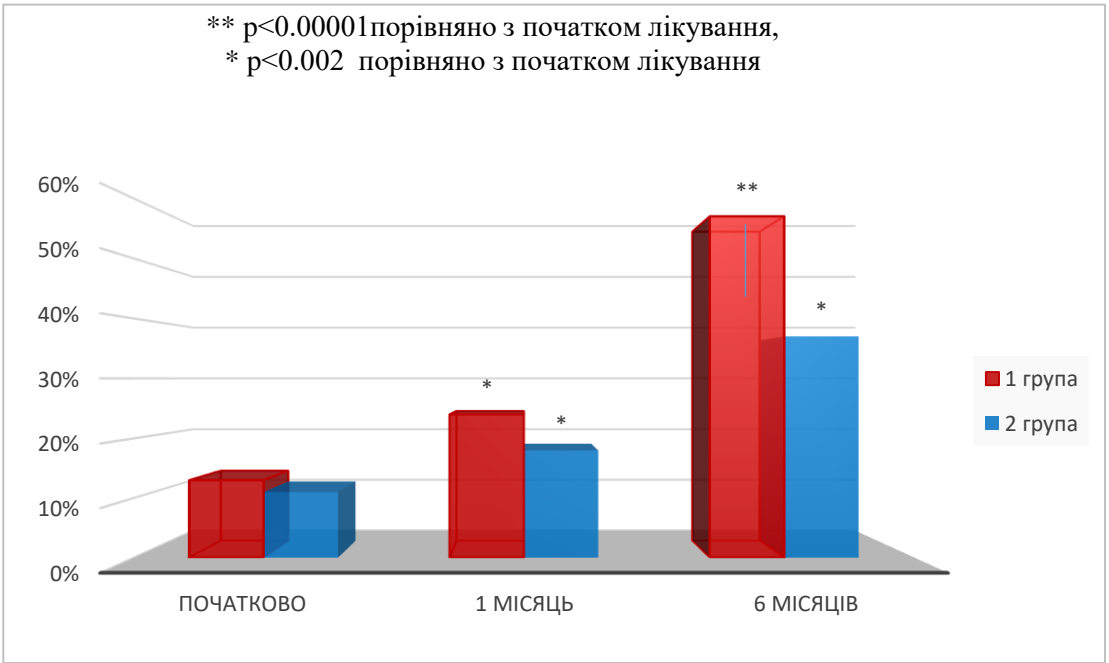
3.3. Самоконтроль симптомів та гемодинамічних показників в домашніх умовах як фактор, який впливає на комплайнс лікування хворих на ХСН та їх якість життя

Також метою нашого дослідження було виявити наскільки самоконтроль здатний підвищити прихильність до терапії. Взагалі є дані, що низька прихильність до терапії вкрай поширена серед амбулаторних пацієнтів і її поширеність може досягати вже до початку лікування 70-80%. Низький комплайєнс може бути асоційований з різними факторами, в тому числі з такими факторами як невірно підібрана схема лікування, відсутність контролю медичного персоналу за станом пацієнта, відсутність знань з патології, літній вік, тривалий анамнез ХСН, а також ряд інших причин.

Навчання пацієнтів підвищує прихильність до терапії завдяки набуттю нових знань про своє захворювання, впевненості в можливості ефективного лікування при виконанні пацієнтом ряду правил, а також набуття навичок самоконтролю гемодинамічних показників та клінічних ознак хвороби (задишка, кашель, відчуття важкості у животі, поява набряків).

Нами проведена оцінка динаміки комплаєнтності на початку дослідження, через 1 та через 6 місяців показала, що кількість прихильних до терапії пацієнтів збільшилася як у групі втручання (з 13% до 57%), так і у контрольній групі (з 11% до 28%) (рисунок 3. 3).

Рис 3. 3 Комплайнс лікування у процесі дослідження



в обох групах пацієнтів

Аналіз балів за тестом Моріски-Гріна показав, що комплйаєнс у 1 групі мав значно кращу динаміку.

Також важливим було проведення аналізу динаміки якості життя в обох групах пацієнтів. Результати вивчення динаміки якості життя за даними опитувальника SF-36 представлені в табл. 3. Цей аналіз продемонстрував тенденцію до покращення якості життя в групі втручання по всіх восьми шкалах SF-36 (підвищення показника) та за даними опитувальника Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire (зниження показника). Причому за двома шкалами SF-36- фізичні болі та соціальне функціонування - в групі втручання було відзначено достовірне поліпшення показників. Крім того, до кінця дослідження показники шкал фізичні болі та енергійність/життєздатність були достовірно вищими в групі втручання порівняно з контрольною групою. У той же час, у контрольній групі наприкінці дослідження показники якості життя за чотирма шкалами (фізична активність, фізичні болі, рольові обмеження внаслідок фізичних та емоційних проблем) мали тенденцію до погіршення порівняно з вихідними показниками.

Таким чином, аналіз динаміки якості життя виявив тенденцію до покращення якості життя в групі втручання по всіх восьми шкалах SF-36 (табл. 3.5) (підвищення показника) та за даними запитальника Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire (табл. 3.6) (зниження показника). Причому двох шкалах SF-36 фізичні болі та соціальне функціонування в групі втручання було відзначено достовірне поліпшення показників. Крім того, до кінця дослідження показники шкал фізичні болі та енергійність/життєздатність були достовірно вищими в групі втручання порівняно з контрольною групою.

Таблиця 3.5

Динаміка показників якості життя за даними опитувальника

SF-36 та Minnesota Living

Показник	На початку спостереження		Наприкінці спостереження	
	Група спостереження	Група контролю	Група спостереження	Група контролю
Фізична активність	32,91±21,59	35,67±22,83	39,62±21,17	31,93±23,46
Рольові обмеження (фізичні)	16,51±28,12	17,96±30,16	20,19±32,32	16,11±34,38
Фізичні болі	53,71±25,17*	51,08±27,02	66,43±27,89*	46,54±28,63t
Сприйняття загального стану здоров»я	36,21±14,12	38,31±18,32	41,68±13,06	41,33±18,82
Енергійність/життєздатність	45,61±19,24	43,14±20,18	51,31±5,88**	41,21±16,13**
Соціальне функціонування	54,87±23,06t	53,97±27,06	65,83±19,11tt	61,02±26,09
Рольові обмеження (емоційні)	40,12±41,88	44,19±30,27	43,44±38,16	37,14±40,12
Психічне здоров»я	57,96±15,19	55,63±,18,69	59,98±20,36	59,77±15,14

Прим. * p<0,05; ** p<0,2

У той же час, у контрольній групі наприкінці дослідження показники якості життя за чотирма шкалами (фізична активність, фізичні болі, рольові обмеження

внаслідок фізичних та емоційних проблем) мали тенденцію до погіршення порівняно з вихідними показниками.

Якість життя хворих вивчали і за допомогою Міннесотського опитувальника показників якості життя (MLHFQ) (табл 3.6).

Таблиця 3.6

Динаміка показників якості життя (у балах) у хворих на ХСН

Середній показник	II ФК	III ФК	IV ФК
На початку спостереження	32	76	102
Наприкінці спостереження	18	40	88

Оцінка показників якості життя хворих на ХСН продемонструвала, що цей показник залежить від ФК ХСН: чим вищий ФК, тим гірший стан хворого. Це пов'язано, насамперед, з наростанням вираженості основних симптомів ХСН (задишка, зниження толерантності до фізичного навантаження, слабкість). Фізичні обмеження зумовлюють певні психологічні проблеми: незадоволення собою, наростання тривоги за своє майбутнє.

Міннесотський опитувальник якості життя поділено на блоки. 1-й блок питань пов'язаний з фізичним функціонуванням, а 2-й – з психоемоційним станом до початку спостереження та через 15 днів після початку спостереження (табл. 3.6).

Таблиця 3.7

Динаміка показників (у балах) фізичної активності та психо-емоційного статусу у хворих з серцевою недостатністю

Показник	На початку Спостереже	Наприкінці спостереження

	ння					
	II ФК	III ФК	IY ФК	II ФК	III ФК	IY ФК
Фізична активність	13	33	42	3	18	35
Психоемоційний статус	15	40	51	12	21	52

Згідно з результатами дослідження, у міру прогресування ХСН якість життя погіршується (табл. 3.7). Виявлено, що на тлі комплексної оптимальної терапії ХСН більшою мірою покращуються показники фізичного функціонування, що асоціюється з підвищенням толерантності до фізичного навантаження. Психоемоційні показники менше реагують на лікування. Це ще раз вказує на неабияку роль психологічної допомоги, на важливість соціальної адаптації пацієнтів із ХСН.

ВИСНОВКИ

1. Основою комплексної реабілітації хворих на ХСН є мультидисциплінарний підхід до оцінки статусу пацієнта та індивідуалізованого втручання.
2. Діяльність медсестри – члена мультидисциплінарної команди, який навчає пацієнтів з ХСН принципів самоменеджменту/самоконтролю - сприяє дотриманню рекомендацій щодо лікування, що призводить до скорочення частоти повторних госпіталізацій та поліпшення якості життя.
3. Навчання пацієнтів підвищує прихильність до терапії завдяки набуттю нових знань про своє захворювання, впевненості в можливості ефективного лікування при виконанні пацієнтом ряду правил, а також набуття навичок самоконтролю гемодинамічних показників та клінічних ознак хвороби (задишка, кашель, відчуття важкості у животі, поява набряків).
4. Кращі результати лікування хворих спостерігаються при застосуванні комплексного підходу з використанням регулярного контролю хворого медичною сестрою через телефонну мережу, on line, месенджери вайбер, вотсаб, телеграм.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Адаптована клінічна настанова, заснована на доказах «Профілактика серцево-судинних захворювань», 2016 р., http://mtd.dec.gov.ua/images/dodatki/2016_564_PSSZ/2016_564_AKN_PSSZ.pdf.
2. Воронков Л. Рекомендації Асоціації кардіологів України з діагностики та лікування хронічної серцевої недостатності (2017). Український кардіологічний журнал. 2018;25(3):11-59. http://www.ucardioj.com.ua/index.php/UJC/article/view.
3. Адаптована клінічна настанова, заснована на доказах «Стабільна ішемічна хвороба серця», 2016 р., http://mtd. Dec .gov. ua/images /dodatki /2016_152_IHS/2016_152_AKN_IHS.pdf
4. Внутрішні хвороби. Підручник заснований на принципах доказової медицини 2018/2019: Посібник /За ред. Свінціцького А.С., Пьотра Гаєвські. – Польща, Краків. – 2018. – 1632 с.
5. Ведення пацієнтів із серцевою недостатністю: основні тези оновлених рекомендацій. Здоровя України, №5-6.2022.
6. Якість життя та прихильність до лікування в клініці внутрішніх хвороб: Навчальний посібник за редакцією Сиволапа В.В., Михайловської Н.С. – Запоріжжя. – 2015.- 192 с.
7. Якість життя та прихильність до лікування в клініці внутрішніх хвороб. Навчальний посібник // Кривенко В.І., Качан І.С., Пахомова С.П. та ін., всього 7 авторів. Запоріжжя, 2015, 167 стор..
8. Клінічна настанова «Артеріальна гіпертензія», ДЕЦ МОЗ України, Асоціація кардіологів України, 2017 р. / http://mtd.dec.gov.ua/images/dodatki/KN/KN_ArterGipert.pdf
9. Рекомендації Асоціації кардіологів України з діагностики та лікування хронічної серцевої недостатності (2017), Київ 2017.

10. Наказ МОЗ України від 05.06.2019 № 1269. Екстренна медична допомога: догоспітальний етап. Новий клінічний протокол. http://moz.gov.ua/uploads/2/12737-dn_20190605_1269_dod.pdf
11. Основи внутрішньої медицини. Посібник для студентів IV та V курсів медичного факультету: навч. посіб. / [М.І. Швед, Н.В. Пасєчко, А.О. Боб та ін.]; за ред. М. І. Шведа. – Тернопіль: ТДМУ, 2017. – 828 с.
12. Основи діагностики, лікування і профілактики основних кардіологічних захворювань: Навч.посібник для студентів V курсу медичних ВНЗ IV рівня акредитації: у 2 ч. /О.М. Біловол, П.Г. Кравчун, Кожин М.І. та ін.; за редакцією О.М. Біловола і П.Г. Кравчуна – Харків ХНМУ, 2009.-ч II. – 400с.
13. Рекомендації американської колегії кардіологів і американської асоціації серця з ведення пацієнтів з набутими вадами серця, 2008 / Focused Update Incorporated Into the ACC/AHA 2006 Guidelines for the Management of Patients With Valvular Heart Disease. http://www.alatoocardio.org/makale/37Poroki-pdf.pdf
14. Рекомендації Асоціації кардіологів України з діагностики та лікування хронічної серцевої недостатності / Воронков Л. Г. – модератор, робоча група Української Асоціації фахівців з серцевої недостатності . 2017 р.-101с.
15. Рекомендації Асоціації кардіологів України. Діагностика та лікування клапанних вад серця. / В.М. Коваленко, О.Г. Несукай // Український ревматологічний журнал. – 2012. – № 49 (3). http://www.rheumatology.kiev.ua/article/3384/diagnostika-talikuvannya-klapannixvad-sercya-rekomendacii-associacii-kardiologov-ukrainy
16. Рекомендації ведення пацієнтів зі шлуночковими аритміями і профілактиці раптової серцевої смерті. / Настанова Американської асоціації серця/Американського коледжу кардіологов/Товариства серцевого ритму 2017 р. http://www.webcardio.org/rekomendatsyy-po-vedenyyu-patsyentov-s-zheludochkovymy-arytmyyamy-y-profylaktyke-vss.aspx
17. Рекомендації Європейського товариства кардіологів (ESC) щодо лікування пацієнтів зі шлуночковими аритміями та попередження раптової серцевої смерті.

За загальною редакцією Європейської асоціації педіатричної кардіології та вроджених вад серця (AEPC). |17.02.2016

18. Рекомендації Європейського товариства кардіологів «Діагностика і лікування хронічної серцевої недостатності», 2016 р., https://www.escardio.org/Guidelines/Clinical-Practice-Guidelines/Acute-and-Chronic-HeartFailure.
19. Рекомендації з профілактики, діагностики та лікування інфекційного ендокардиту. Автори: Коваленко В.М. Несукай О.Г. Книшов Г.В. Ватутін М.Т. №62 (4) 2015 р.
20. Рекомендації робочої групи з хвороб міокарда, перикарда, ендокарда та клапанів серця Асоціації кардіологів України «Діагностика та лікування хвороб перикарда», 2016 р., http://journal.ukrcardio.org/wp-content/uploads/2016/02/10_2_2016.pdf.
21. Серцево-судинні захворювання. Класифікація, стандарти діагностики та лікування / За ред. В.М. Коваленка, М.І. Лутая, Ю.М. Сіренка. — Київ: Асоціація кардіологів України, 2016. — 189с.
22. Сучасні класифікації та стандарти лікування захворювань внутрішніх органів. Невідкладні стани в терапії : довід.-посіб. / Вінниц. нац. мед. ун-т ім. М. І. Пирогова ; за ред. Ю. М. Мостового. - 18-е вид., допов. і переробл. - К. : Центр ДЗК, 2015. - 680 с.
23. Уніфікований клінічний протокол екстреної медичної допомоги «Раптова серцева смерть», затверджений наказом Міністерства охорони здоров'я України від 15.01.2014 року № 34,
24. Уніфікований клінічний протокол екстреної, первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Гострий коронарний синдром з елевацією сегмента ST», затверджений наказом Міністерства охорони здоров'я України від 02.07.2014 року № 455,http://mtd.dec.gov.ua/images/dodatki/2016_164_GKSbezST/2016_164_AKN_GKSbezST.pdf

25. Уніфікований клінічний протокол екстреної, первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Фібриляція передсердь», затверджений наказом Міністерства охорони здоров'я України від 15.06.2016 року № 597, http://mtd.dec.gov.ua/images/dodatki/2016_597_fibrilPreds/2016_597_YKPMD_fibrPreds.pdf
26. Уніфікований клінічний протокол екстреної, первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги та медичної реабілітації «Профілактика серцево-судинних захворювань», затверджений наказом Міністерства охорони здоров'я України від 13.06.2016 року № 564, http://mtd.dec.gov.ua/images/dodatki/2016_564_PSSZ/2016_564_YKPMD_PSSZ.pdf
27. Уніфікований клінічний протокол екстреної, первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Стабільна ішемічна хвороба серця», затверджений наказом Міністерства охорони здоров'я України від 02.03.2016 року № 152 (зі змінами 23.09.2016№994),http://mtd.dec.gov.ua/images/dodatki/2016_152_IHS/2016_152_YKPMD_IHS.pdf
28. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Тромбоемболія легеневої артерії», проект, згідно з наказом Міністерства охорони здоров'я України від 10.11.2016 року
29. http://www.ucardioj.com.ua/index.php/UJC/article/view/39ESC Guidelines on cardio-oncology developed in collaboration with the European Hematology Association (EHA), the European Society for Therapeutic Radiology and Oncology (ESTRO) and the International Cardio-Oncology Society (IC-OS) Developed by the task force on cardio-oncology of the European Society of Cardiology (ESC). European Heart Journal. 2022; 00: 1-133. https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehac 244.

30. Уніфікований клінічний протокол первинної, екстреної та вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги «Артеріальна гіпертензія», затверджений наказом Міністерства охорони здоров'я України від 24.05. 2012 року № 384).
31. Da Cruz, E.M., Ivy D., Jaggers J. Pediatric and Congenital Cardiology, Cardiac Surgery and Intensive Care. Vol.6. Springer: London. 2014. - 3572p.
32. ACC/AHA guidelines on the treatment of blood cholesterol to reduce atherosclerotic cardiovascular risk in adults. 2013
33. ACC/AHA HSFA Guideline for the Management of Heart Failure, 2013 (2016 Update).
34. ACCF/AHA/ACP/AATS/PCNA/SCAI/STS Guideline for the Diagnosis and Management of Patients with Stable Ischemic Heart Disease//Circulation, 2012, 126: e354-e471, 2012.
35. Acute Pulmonary Embolism (Diagnosis and Management of) Guidelines, ESC Clinical Practice Guidelines, 2014 /eference Eur Heart J doi:10.1093 / eurheartj/ehu 283 https://www.escardio.org/Guidelines/Clinical-Practice-Guidelines/Acute-Pulmonary-Embolism-Diagnosis-and-Management-of
36. Cardiovascular Diseases during Pregnancy (Management of) Guidelines, ESC Clinical Practice Guidelines, 2018 / Reference European Heart Journal 2018 doi:10.1093/eurheartj/ehy340 https://www.escardio.org/Guidelines/Clinical-Practice-Guidelines/Cardiovascular-Diseases-during-Pregnancy-Management-of.
37. Clinical Practice Guidelines for the Management of Hypertension in the Community Statement by the American Society of Hypertension and the International Society of Hypertension (ASH/ ISH), 2013.
38. EBM Guidelines «Інфекційний ендокардит» / Настанови на засадах доказової медицини. Адаптовані для України групою експертів МОЗ України. Настанова 00963. 2017-03-14// Duodecim Medical Publications, http://guidelines.moz.gov.ua/documents/119
39. EBM Guidelines «Хронічна серцева недостатність» / Настанови на засадах доказової медицини. Адаптовані для України групою експертів МОЗ України. Настанова 00088. 2016-12-23// Duodecim Medical Publications, http://guidelines.moz.gov.ua/documents/2400

40. EBM Guidelines «Шлуночкова тахікардія» / Настанови на засадах доказової медицини. Адаптовані для України групою експертів МОЗ України. Настанова 00065. 2017-03-08// Duodecim Medical Publications, http://guidelines.moz.gov.ua/documents/101
41. ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure, 2016.
42. ESC guidelines on the management of stable coronary artery disease. The Task Force on the management of stable coronary artery disease of the European Society of Cardiology. http://eurheartj.oxfordjournals.org/ content/early/2013/ 08/28/eurheartj. eht 296, 2013.
43. ESC/EACTS Guidelines on Myocardial Revascularization, ESC Clinical Practice Guidelines, 2018 / Reference European Heart Journal 2018, doi:10.1093/eurheartj/ehy394 https://www.escardio.org/Guidelines/Clinical-Practice-Guidelines/ESC-EACTS-Guidelines-in-Myocardial-Revascularisation-Guidelines-for.
44. ESC/EACTS Guidelines on myocardial Revascularization. The Task Force on Myocardial Revascularization of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS)// European Heart Journal (2014) 35, 2541–2619, 2014.
45. ESC/EAS Guidelines for the Management of Dyslipidaemias. The Task Force for the Management of Dyslipidaemias of the European Society of Cardiology (ESC) and European Atherosclerosis Society (EAS), 2016.
46. ESC/ESH Arterial Hypertension (Management of) Guidelines, 2018 / Reference European Heart Journal:doi/10.1093/eurheartj/ehy339 https://www.escardio.org/Guidelines/Clinical-Practice-Guidelines/Arterial-Hypertension-Management-of
47. European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice, 2016.
48. Evidence-Based Guideline for the Management of High Blood Pressure in Adults.Report From the Panel Members Appointed to the Eighth Joint National Committee (JNC 8), 2014
49. Fourth Universal Definition of Myocardial Infarction Guidelines, ESC Clinical Practice Guidelines, 2018 /Reference European Heart Journal 2018

doi:10.1093/eurheartj/ehy462 https://www.escardio.org/Guidelines/Clinical-Practice-Guidelines/Fourth-Universal-Definition-of-Myocardial-Infarction

50. Chun S, Tu JV, Wijeysundera HC, Austin PC, Wang X, Levy D, et al. Lifetime analysis of hospitalizations and survival of patients newly admitted with heart failure. Circ Heart Fail 2012;5(4):414-21.
51. Yancy CW, Jessup M, Bozkurt B, Butler J, Casey DE, Jr., Drazner MH, et al. 2013 ACCF/AHA guideline for the management of heart failure: a report of the American College of Cardiology Foundation/ American Heart Association Task Force on practice guidelines. Circulation 2013;128(16):e240-327.
52. McMurray JJ, Adamopoulos S, Anker SD, Auricchio A, Böhm M, Dickstein K, et al. ESC guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2012: The Task Force for the Diagnosis and Treatment of Acute and Chronic Heart Failure 2012 of the European Society of Cardiology. Developed in collaboration with the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. Eur J Heart Fail 2012;14(8):803-69.
53. NHS Employers. 2014/15 General Medical Services (GMS) contract Quality and Outcomes Framework (QOF). Guidance for GMS contract 2014/15. 2014. [cited 22 Jan 2016]. Available from url: http://www.nhsemployers.org/~/media/Employers/ Publications/2014%2015%20QOF%20guidance%20stakeholders. pdf
54. Holland R, Battersby J, Harvey I, Lenaghan E, Smith J, Hay L. Systematic review of multidisciplinary interventions in heart failure. Heart 2005;91(7):899-906.
55. McAlister FA, Stewart S, Ferrua S, McMurray JJ. Multidisciplinary strategies for the management of heart failure patients at high risk for admission: a systematic review of randomized trials. J Am CollCardiol 2004;44(4):810-9
56. https://www.zdrav.kz/special/test-s-6-minutnoy-hodboy
57. Http: // www mapi-research.com
58. Ware J.E. SF-36® Health Survey Update / Ware J.E. // код доступу http://www.sf-36.org/tools/sf36.shtml
59. Erceg P, Despotovic N, Milosevic DP, Soldatovic I, Mihajlovic G, Vukcevic V, et al. Prognostic value of health-related quality of life in elderly patients hospitalized with

heart failure. Clin Interv Aging. 2019; 14: 935–45. DOI:
https://doi.org/10.2147/CIA.S201403

ДОДАТКИ

Додаток 1.

Функціональна класифікація ХСН NYHA

I ФК - хворий не відчуває обмежень у фізичній активності. Звичайні навантаження не провокують виникнення слабкості (погано), серцебиття, задишки або ангінозних болів.

II ФК - помірне обмеження фізичних навантажень. Хворий комфортно почувається у стані спокою, але виконання звичайних фізичних навантажень викликає слабкість (поганість), серцебиття, задишку або ангінозні болі.

III ФК – виражене обмеження фізичних навантажень. Хворий почувається комфортно тільки в стані спокою, але менші, ніж зазвичай, фізичні навантаження призводять до розвитку слабкості (погано), серцебиття, задишки або ангінозного болю.

IV ФК – нездатність виконувати будь-які навантаження без появи дискомфорту. Симптоми серцевої недостатності або синдром стенокардії можуть проявлятися у спокої. Під час виконання мінімального навантаження наростає дискомфорт.

Додаток 2. Міннесотський опитувальник якості життя у хворих на ХСН (MLHFQ) Http: // www mapi-research.com**.**

Чи заважала Вам серцева недостатність жити так, як хотілося б протягом останнього місяця через:

- Наявність набряків гомілок, стоп
- необхідності відпочивати вдень
- Проблеми підйому сходами
- труднощі працювати по дому
- труднощі з поїздками поза домом
- порушень нічного сну

- труднощі спілкування з друзями
- зниження заробітку
- неможливості займатися спортом, хобі
- сексуальних порушень
- обмежень у дієті
- почуття нестачі повітря
- необхідності лежати у лікарні
- почуття слабкості, млявості
- необхідності платити
- Побічної дії ліків
- почуття тягаря для рідних
- почуття втрати контролю
- почуття занепокоєння
- погіршення уваги, пам'яті
- почуття депресії

Бали 0 1 2 3 4 5

РАЗОМ

Варіанти відповідей: 0 – ні; 1 – дуже мало; … 5 – дуже багато (Найвища якість життя – 0 балів; найнижча – 105 балів).

ДОДАТОК 3. ТЕСТ 6 ХВИЛИННОЇ ХОДЬБИ

Тест 6 хвилинною ходьбою – один із методів діагностики серцевої недостатності, але він використовується більше не з метою її підтвердження, а для визначення функціонального класу. Переваги проби з 6-хвилинною ходьбою

Проба проста у виконанні, не вимагає складного обладнання, і її можна проводити як у стаціонарних, так і в амбулаторних умовах. Тест дозволяє оцінити рівень повсякденної активності хворих, а його результати добре корелюють з показниками якості життя, крім того, їх можна використовувати як додаткові критерії оцінки ефективності лікування та реабілітації хворих.

Показання до проведення проби з 6-хвилинною ходьбою.

• Оцінка функціонального статусу при серцевій недостатності; судинної недостатності артерій нижніх кінцівок; ХОЗЛ; муковісцидоз; фіброміалгії

• Оцінка прогнозу щодо розвитку ускладнень при серцевій недостатності; ХОЗЛ; первинної легеневої гіпертензії.

Протипоказання.

Виділяють абсолютні та відносні протипоказання для проведення проби з 6-хвилинною ходьбою.

Абсолютні протипоказання:

• нестабільна стенокардія або інфаркт міокарда протягом попереднього місяця;

• захворювання опорно-рухового апарату, що перешкоджають виконанню проби.

Відносні протипоказання:

• вихідна ЧСС менше 50 за хвилину або більше 120 за хвилину,

• систолічний АТ понад 180 мм рт.ст., діастолічний АТ понад 120 мм рт.ст.

Методика проведення тесту

Під час проведення проби з 6-хвилинною ходьбою хворому ставиться

завдання пройти якомога більшу дистанцію за 6 хвилин (за виміряним [30 м] та розміченим через 1 м коридором у своєму власному темпі), після чого

пройдена відстань реєструється. Пацієнтам дозволено зупинятися та відпочивати під час тесту; вони повинні відновлювати ходьбу, коли вважатимуть це за можливе, але секундомір при цьому не зупиняється.

Після цих 6 хвилин потрібно визначити, скільки метрів пройдено. За цією цифрою визначається функціональний клас: якщо пройдено понад 550 метрів – це норма, якщо 426-550 метрів – то I ФК, 301–425 метрів – IIФК, 151-300 метрів – IIIФК і менше 150 метрів – IVФК.

Критерії негайного припинення проби:

· Біль у грудній клітці;

· Нестерпна задишка;

· судоми в ногах;

· Порушення стійкості;

· Запаморочення;

· Різка блідість;

· Зниження насичення крові киснем до 86%.

ДОДАТОК 4. Карта самоменеджменту/самоконтролю пацієнта на ХСН

Зони стану пацієнта з хронічною серцевою недостатністю

Щоденно	✓ Зважуйтеся вранці перед сніданком, запишіть результат і порівняйте його з вчорашньою вагою. ✓ Приймайте ліки, як наказано лікарем. ✓ Перевірте набряки на стопах, кісточках, ногах та животі. ✓ Приймайте їжу з низьким вмістом солі. ✓ Дотримуйтесь балансу активної діяльності та періодів відпочинку. У якій зоні серцевої недостатності сьогодні? Зеленою, Жовтою, Червоною?
Зелена зона	Зелена зона Все зрозуміло – ця зона є вашою метою. Ваші симптоми перебувають під контролем. У цій зоні у Вас: ✓ Немає задишки. ✓ Немає збільшення ваги або зниження ваги близько 500-900г (ці зміни можуть відбутися протягом декількох днів). ✓ Немає набряків стоп, кісточок, ніг чи живота. ✓ Відсутній біль у грудях.

Жовта зона	Увага – ця зона є попередженням. Зателефонуйте своєму лікарю, якщо: ✓ Ви набираєте у вазі 700-1200г на день або Ви зафіксували збільшення ваги на 2 кг і більше на тиждень. ✓ Ви відчуваєте посилення задишки. ✓ У вас більш виражені набряки на стопах, кісточках, ногах чи животі. ✓ Ви почуваєтеся більш стомленим, немає сил. ✓ у вас сухий, надсадний кашель. ✓ Ви відчуваєте запаморочення. ✓ Ви відчуваєте занепокоєння. ✓ Вам стало важче дихати у положенні лежачи. Ви змушені спати сидячи у кріслі. ✓
Червона зона	НЕБЕЗПЕКА Зателефонуйте до «Швидкої допомоги» - 103 Зателефонуйте лікарю _____ якщо у вас є будь-який з наступних симптомів: ✓ Вам важко дихати, безперервна задишка, ви сидите нерухомо на стільці/ в кріслі. ✓ Біль у грудях. ✓ Плутанина в думках або неможливо ясно

	мислити ✓