

Л. В. РАДЕЦЬКА, Н. І. ЯРЕМА, А. О. БОБ, О. О. ЧУКУР, І. В. СМАЧИЛО

МУЛЬТИДИСЦИПЛІНАРНИЙ ПІДХІД ДО СПОСТЕРЕЖЕННЯ ХВОРОГО НА ХРОНІЧНУ СЕРЦЕВУ НЕДОСТАТНІСТЬ ТА З КОМОРБІДНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ – АКЦЕНТ НА САМОМЕНЕДЖМЕНТІ

Тернопільський національний медичний університет імені І. Я. Горбачевського МОЗ України,
м. Тернопіль, Україна

Мета: визначити ефективність мультидисциплінарного підходу до спостереження хворого на ХСН та з коморбідною патологією, оцінивши динаміку клінічних, гемодинамічних параметрів, показників толерантності до фізичних навантажень, якості життя, комплаєнсу лікування у процесі сучасної персоналізованої терапії та навчання хворих принципів самоменеджменту/самодогляду.

Матеріали і методи. Обстежено 53 пацієнти з клінічно вираженими ознаками серцевої недостатності та коморбідною патологією. Застосовували мультидисциплінарний підхід до динамічного спостереження хворих. Контакт із хворими здійснювали безпосередньо, а також по телефону, online, через месенджери вайбер, ватсап, телеграм, тривалість спостереження становила 6 місяців. Вивчали динаміку загальноклінічних показників, функціонального стану хворих, комплаєнсу лікування та якості життя хворих.

Результати. Застосування мультидисциплінарного підходу до динамічного спостереження хворих на ХСН та з коморбідною патологією підвищувало ефективність лікування завдяки набуттю ними нових знань про своє захворювання, впевненості в можливості ефективного самоменеджменту/самодогляду, що підтвердили результати оцінки динаміки загальноклінічних показників, функціонального стану, комплаєнсу лікування та якості життя.

Висновки. Кращі результати в підвищенні комплаєнсу 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 мультидисциплінарної команди та застосуванням телефонного зв'язку.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: мультидисциплінарна команда; самоменеджмент; комплаєнс; якість життя.

Протягом останнього десятиліття хронічну серцеву недостатність (ХСН) визнають глобальною пандемією, яка охоплює близько 26 млн людей у всьому світі, та невпинно поширюється [1, 4]. 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 у нашій країні [1, 3]. Європейське товариство з первинної медичної допомоги при серцево-судинних захворюваннях представило практичні поради щодо менеджменту хворих на ХСН, де наголошується на важливості впровадження мультидисциплінарного командного підходу у лікуванні таких пацієнтів [2, 3, 6].

Мультидисциплінарна команда повинна контролювати всі питання, пов'язані з лікуванням пацієнта та довготривалим доглядом. Пацієнти з ХСН повинні чітко розуміти свій стан здоров'я і бути активними учасниками рішень щодо свого лікування та щодо аспектів самоменеджменту/самодопомоги, що значно покращує тривалість та якість життя, сприяє запобіганню прогресування хвороби.

Мета роботи: визначити ефективність мультидисциплінарного підходу до контролю хворого на ХСН та з коморбідною патологією, оцінивши динаміку клінічних, гемодинамічних параметрів, показників толерантності до фізичних навантажень, якості життя, комплаєнсу лікування у процесі сучасної персоналізованої терапії та навчання хворих принципів самоменеджменту/самодогляду.

Матеріали і методи. У дослідження було включено 53 хворих на ХСН III–IV функціональних класів NYHA різної етіології (23 пацієнти – група втручання, 20 – група контролю). Серед осіб обох груп 82 % становили пацієнти з діагностованою помірною або зниженою фракцією викиду лівого шлуночка (2 та 3 фенотипи), тобто хворі з клінічно вираженими ознаками серцевої недостатності (задишка, слабкість, набряки). Супутня патологія: ХОЗЛ, цукровий діабет, гіпертонічна хвороба, синдром мальдігестії, метаболічно асоційована жирова хвороба печінки (жировий гепатоз, дисліпідемія, ожиріння, гіперглікемія), хронічна хвороба нирок.

Персоналізовану терапію призначали всім пацієнтам згідно з оновленою версією настанови 2022 р. Американської колегії кардіологів

(American College of Cardiology, ACC), Американської асоціації серця (American Heart Association, AHA) та Американського товариства із серцевої недостатності (Heart Failure Society of America, HFSA), яка включала: інгібітори АПФ або блокатори рецепторів ангіотензину II або сакубітрин/валсартан, бета-адреноблокатори, антагоністи мінералокортикоїдних рецепторів, дапагліфлозин/емпагліфлозин, петльові діуретики [1, 3]. Лікування коморбідної патології теж призначали згідно з відповідними останніми рекомендаціями.

Враховуючи те, що у нових настановах наголошується на важливості самоменеджменту, а його вдосконалення – у центрі уваги мультидисциплінарних програм із ведення пацієнтів із ХСН в усьому світі, ми проводили структуроване терапевтичне навчання пацієнтів, теми: «Загальна інформація про ХСН», «Медикаментозна терапія ХСН», «Дієта при ХСН», «Симптоми ХСН», «Коморбідна патологія». У відповідь на прояви і симптоми, що виникають, проводилося навчання самостійного корегування доз застосування ліків, адаптування рівня фізичної активності, адаптування дієти, виконання профілактичних заходів, контролювання коморбідної патології. Особливе значення надавалося навчанню хворого здійснювати запит про допомогу. Це втручання проводилося під контролем мультидисциплінарної команди (сімейний лікар, кардіолог, лікар-консультант, координатор команди, медична сестра). Тривалість спостереження хворих становила 6 місяців. Нами проводився спочатку щоденний, потім щотижневий контакт із хворими, який здійснювали безпосередньо, а також по телефону, online, через месенджери вайбер, вотсаб, телеграм.

Групу втручання становили 33 пацієнти, які погодилися на дослідження оцінки ефективності навчання самоменеджменту, другу групу – 20 хворих (група контролю) – склали особи, яким давали рекомендації щодо лікування та самоменеджменту, проте вони їх не дотримувались і не вели контролю основних параметрів.

Обстеження хворих проводили як за допомогою загальноклінічних методів дослідження, так і додаткових.

Для оцінки функціонального стану хворих використовували такі методики [5]:

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

– як об'єктивний тест толерантності до фізичного навантаження використовували 6-хвилинний тест, який визначає відстань, що проходить хворий за 6 хв при русі в максимально можливому темпі.

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

Оцінку здатності до самопомоги проводили за допомогою існуючих опитувальників для їх оцінки у хворих на ХСН (опитувальник № 1 – для оцінки рівня знань хворих про основні елементи самоменеджменту, опитувальник № 2 – для оцінки прихильності хворих до самоконтролю).

Результати дослідження та їх обговорення.

На початку дослідження ми провели опитування пацієнтів з метою оцінювання вхідного рівня знань хворих про основні елементи самоменеджменту, а також оцінки прихильності хворих до основних принципів самоконтролю і виявлено низький вхідний рівень знань пацієнтів обох груп про основні елементи самоогляду при ХСН (контроль маси тіла, гемодинамічних показників, необхідність обмежувати вживання кухонної солі, можливість ведення статевого життя). Наприкінці періоду спостереження частка правильних відповідей на більшість питань цієї групи достовірно зросла у групі втручання, але в контрольній групі мала тенденцію до погіршення у відповідях на половину запитань опитувальника. При цьому у групі втручання до кінця дослідження зазначено достовірне збільшення частки правильних відповідей.

У процесі дослідження важливими показниками ефективності застосування навчання самоконтролю хворими є динаміка клінічного стану пацієнтів. Ми відзначали значне покращення загального самопочуття пацієнтів групи втручання вже після першого місяця навчання самоменеджменту, а протягом пів року спостереження у жодного хворого не виникло потреби у стаціонарному лікуванні та не відбулося погіршення функціонального класу серцевої недостатності. В обстежених хворих групи контролю достовірних змін клінічних показників не спостерігалось (табл. 1).

При аналізі гемодинамічних показників в обох групах відзначено нормалізацію або покращення показників артеріального тиску (АТ). Наголошуємо на слові нормалізація тому, що у групі втручання з 33 пацієнтів підвищений АТ спостерігався у 16 осіб, а знижений спостерігався у решті 17 осіб, – це були пацієнти зі 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 (достовірна динаміка) та 56 % у пацієнтів 2 групи (недостовірна динаміка) (рис. 1).

У пацієнтів із підвищеним АТ спостерігалось його зниження, а у пацієнтів, у яких спостерігався низький АТ, – його підвищення у процесі лікування (рис. 2).

Позитивним виявився аналіз динаміки показників 6-хвилинного тесту – спостерігалось достовірне збільшення толерантності до фізичного навантаження хворих у групі втручання наприкінці спостереження та відсутність достовірних змін у контрольній групі (табл. 2).

Також метою нашого дослідження було виявити, наскільки ефективний самоменеджмент здат-

Таблиця 1. Динаміка клінічних проявів серцевої недостатності в учасників дослідження, n (%)

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)**

Примітки: 1. * – $p < 0,05$.
2. ** – $p < 0,2$.



Рис. 1. Динаміка АТ у пацієнтів з початково зниженим АТ у процесі спостереження хворих на ХСН.



Рис. 2. Динаміка АТ у пацієнтів з початково підвищеним АТ у процесі спостереження хворих на ХСН.

Таблиця 2. Динаміка показників 6-хвилинного тесту на початку та наприкінці спостереження хворих на ХСН

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**

Примітки: 1. * – $p < 0,05$.
2. ** – $p < 0,2$.

ний підвищити комплаєнс лікування. 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 комплаєнс може бути асоційований із різними факторами, в тому числі з такими, як неправильно підібрана схема лікування, відсутність контролю медичного персоналу за станом пацієнта, відсутність знань із патології, літній вік, тривалий анамнез ХСН, наявність коморбідності.

Ми провели оцінку динаміки комплаєнсу на початку дослідження, через 1 та через 6 місяців, яка показала, що кількість прихильних до терапії пацієнтів достовірно збільшилася у групі втручання, а у контрольній групі спостерігалася лише тенденція до її зростання (рис. 3).

Важливим було і проведення аналізу динаміки показників якості життя в обох групах пацієнтів. Цей аналіз продемонстрував покращення показників якості життя в групі втручання по всіх шка-

лах SF-36 (підвищення показника) та за даними міннесотського опитувальника (зниження показника). При цьому за двома шкалами SF-36 – фізичні болі та соціальне функціонування – в групі втручання було відзначено достовірне поліпшення показників. Окрім того, до кінця дослідження показники шкал – фізичні болі та енергійність/життєздатність – були достовірно вищими в групі втручання, порівняно з контрольною групою.

Водночас 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 (табл. 3).

Наприкінці періоду спостереження за хворими обох груп ми провели опитування пацієнтів з метою оцінювання вихідного рівня знань хворих про основні елементи самоменеджменту та оцінки прихильності хворих до основних принципів самоконтролю і виявлено, що частка правильних відповідей на більшість питань цієї групи досто-

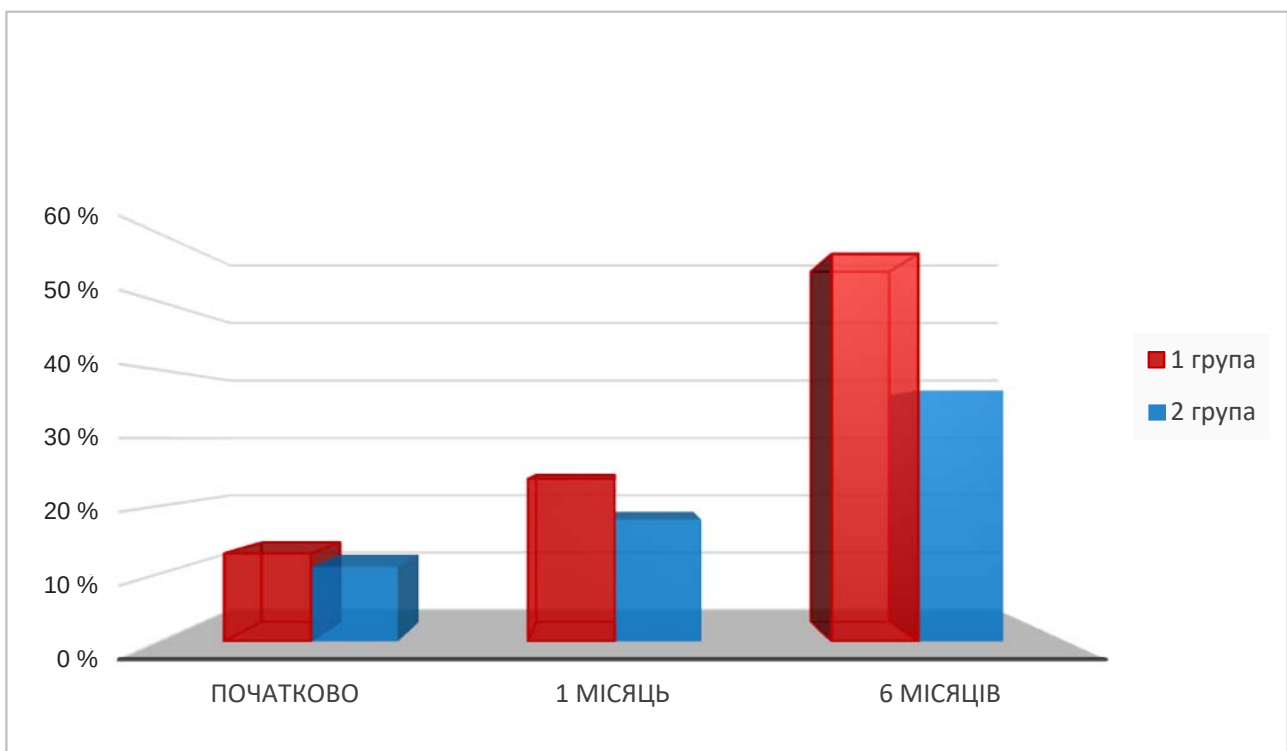


Рис. 3. Комплаєнс лікування хворих на ХСН у процесі дослідження.

Таблиця 3. Динаміка показників якості життя хворих на ІХС за даними опитувальника SF-36 у процесі спостереження

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±28,63
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±23,06	53,97±27,06	65,83±19,11	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

Примітки: 1. * – $p < 0,05$.
2. ** – $p < 0,2$.

вірно зросла у групі втручання, але в контрольній групі мала тенденцію до погіршення у відповідях на половину запитань опитувальника.

Висновки

1. Основою комплексної реабілітації хворих на ХСН з коморбідністю є мультидисциплінарний підхід до персоналізованого втручання та динамічного спостереження хворого, що призводить до скорочення частоти повторних госпіталізацій, покращення клінічних та гемодинамічних параметрів, поліпшення комплаєнсу лікування та якості життя.

Кращі результати лікування та спостереження хворого спостерігаються при застосуванні мультидисциплінарною командою телефонної мережі, контактів online, через месенджери, вайбер, ватсап, телеграм.

Перспективи подальших досліджень полягають у пошуку нових шляхів ефективного лікування хворих на хронічну серцеву недостатність та з коморбідністю, удосконалюючи підходи до поліпшення моніторингу і підвищення прихильності до лікування, у тому числі застосовуючи електронні сервіси системи охорони здоров'я (eHealth).

Список літератури

1. Ведення пацієнтів із серцевою недостатністю: основні тези оновлених рекомендацій // Здоров'я України. – 2022. – № 5-6.
2. Профілактика серцево-судинних захворювань : Адапована клінічна настанова, заснована на доказах. – 2016. – Режим доступу : http://mtd.dec.gov.ua/images/dodatki/2016_564_PSSZ/2016_564_AKN_PSSZ.pdf.
3. Рекомендації Асоціації кардіологів України з діагностики та лікування хронічної серцевої недостатності / модератор Л. Г. Воронков ; робоча група Української Асоціації фахівців з серцевої недостатності. – К., 2017. – 101 с.
4. Хронічна серцева недостатність : Настанова 00088. – 2016. – 23 груд. // Настанови на засадах доказової медицини / Duodecim Medical Publications. Адаповані для України групою експертів МОЗ України.
5. Якість життя та прихильність до лікування в клініці внутрішніх хвороб : навч. посіб. / за ред. В. В. Сиволапа, Н. С. Михайловської. – Запоріжжя, 2015. – 192 с.
6. ESC/EACTS Guidelines on Myocardial Revascularization, ESC Clinical Practice Guidelines, 2018 // Reference European Heart Journal. – 2018. – Access mode : <https://www.escardio.org/Guidelines/Clinical-Practice-Guidelines/ESC-EACTS-Guidelines-in-Myocardial-Revascularisation-Guidelines-for>.

References

1. (2022). Vedennya patsiyentiv iz sertsevoyu nedostatnistyu: osnovni tezy onovlenykh rekomendatsiy [Management of patients with heart failure: main theses of the updated recommendations]. *Zdorovya Ukrainy – Health of Ukraine*, 5-6 [in Ukrainian].
2. (2016). Adaptovana klinichna nastanova, zasnovana na dokazakh «Profilaktyka sertsevo-sudynnykh zakhvoryuvan» [Adapted evidence-based clinical guideline “Prevention of cardiovascular diseases”]. *mtd.dec.gov.ua*. Retrieved from: http://mtd.dec.gov.ua/images/dodatki/2016_564_PSSZ/2016_564_AKN_PSSZ.pdf [in Ukrainian].
3. Voronkov, L.H., robocha hrupa Ukrayinskoyi Asotsiatsiyi fakhivtsiv z sertsevoyi nedostatnosti. (2017). Rekomendatsiyi Asotsiatsiyi kardiologiv Ukrayiny z diahnozyky ta likuvannya khronichnoyi sertsevoyi nedostatnosti [Recommendations of the Association of Cardiologists of Ukraine on diagnosis and treatment of chronic heart failure]. Kyiv [in Ukrainian].

4. Duodecim Medical Publications. (2016). Nastanova 00088 [Guideline 00088]. Nastanovy na zasadakh dokazovoyi medytsyny – Guidelines based on evidence-based medicine [in Ukrainian].
5. Syvolap, V.V., & Mykhaylovska, N.S. (2015). *Yakist zhyttya ta prykhylnist do likuvannya v klinitsi vnutrishnikh khvorob* [Quality of life and adherence to treatment in the clinic of internal diseases]. Zaporizhzhia [in Ukrainian].
6. (2018). ESC/EACTS Guidelines on Myocardial Revascularization, ESC Clinical Practice Guidelines. *Reference European Heart Journal*. Retrieved from: <https://www.escardio.org/Guidelines/Clinical-Practice-Guidelines/ESC-EACTS-Guidelines-in-Myocardial-Revascularisation-Guidelines-for>.

A MULTIDISCIPLINARY APPROACH TO THE OBSERVATION OF A PATIENT WITH CHRONIC HEART FAILURE AND COMORBID PATHOLOGY – EMPHASIS ON SELF-MANAGEMENT

L. V. Radetska, N. I. Yarema, A. O. Bob, O. O. Chukur, I. V. Smachylo
I. Horbachevsky Ternopil National Medical University, Ternopil, Ukraine

Purpose: to determine the effectiveness of a multidisciplinary approach to the observation of a patient with CHF and comorbid pathology, assessing the dynamics of clinical, hemodynamic parameters, indicators of tolerance to physical exertion, quality of life, compliance with treatment in the process of modern personalized therapy and teaching patients the principles of self-management/self-care.

Materials and Methods. 53 patients with clinically prominent signs of heart failure and comorbid pathology were examined. A multidisciplinary approach to dynamic monitoring of patients was used. Contact with patients was made directly, as well as by phone, online, via Viber, WhatsApp, Telegram messengers, the duration of observation was 6 months. We studied the dynamics of general clinical indicators, functional status of patients, compliance with treatment and quality of life of patients.

Results. The use of a multidisciplinary approach to the dynamic monitoring of patients with CHF and comorbid pathology increased the effectiveness of treatment due to their acquisition of new knowledge about their disease, confidence in the possibility of effective self-management/self-examination, which was confirmed by the results of the assessment of the dynamics of general clinical indicators, functional status, treatment compliance and quality of life.

Conclusions. Better results in increasing treatment compliance and quality of life indicators of patients with chronic heart failure were observed after using a comprehensive approach: modern drug treatment and patient education of self-management elements at home with the active involvement of a multidisciplinary team and the use of telephone communication.

KEY WORDS: **multidisciplinary team; self-management; compliance; quality of life.**

Рукопис надійшов до редакції 09.06.2023.

Відомості про авторів:

Радецька Людмила Володимирівна – кандидатка медичних наук, доцентка кафедри внутрішньої медицини № 1 Тернопільського національного медичного університету імені І. Я. Горбачевського МОЗ України.

Ярема Надія Іванівна – докторка медичних наук, професорка кафедри внутрішньої медицини № 1 Тернопільського національного медичного університету імені І. Я. Горбачевського МОЗ України.

Боб Анжела Олегівна – кандидатка медичних наук, доцентка кафедри внутрішньої медицини № 1 Тернопільського національного медичного університету імені І. Я. Горбачевського МОЗ України.

Чукур Оксана Олександрівна – докторка філософії, асистентка кафедри внутрішньої медицини № 2 Тернопільського національного медичного університету імені І. Я. Горбачевського МОЗ України.

Смачило Ірина Володимирівна – кандидатка медичних наук, доцентка кафедри внутрішньої медицини № 1 Тернопільського національного медичного університету імені І. Я. Горбачевського МОЗ України.