

Аннотация

Диссертационной работы Досбаевой Дианы Женисовны на тему: «Совершенствование мультидисциплинарной медицинской реабилитации пациентов с хронической сердечной недостаточностью», представленной на соискание степени доктора философии (PhD) по специальности 6D110200 – «Общественное здравоохранение»

Актуальность проблемы:

Сердечная недостаточность (СН) – это клинический синдром с симптомами и/или признаками, вызванными структурными и/или функциональными нарушениями сердца и подтвержденными повышенными уровнями натрийуретических пептидов и/или объективными признаками легочного или системного венозного застоя. Данное универсальное определение и классификация СН были предложены в 2021 году.

По данным Gianluigi Savarese сердечной недостаточностью поражено более 64 миллионов человек во всем мире (Savarese G., 2023). По данным Ассоциации сердечной недостаточности (HFA) Европейского общества кардиологов (ESC) за 2019 год медианная общая распространенность СН на 1000 человек оценивалась в 17 (варьируясь от ≤ 12 в Греции и Испании до >30 в Литве и Германии) (Seferovic P.M., 2021), тогда как по данным статистики заболеваний сердца и инсульта Американской кардиологической ассоциации (NHANES) за 2021 год, распространенность СН составила около 2,5% (Virani S., 2021). В Англии с 2015 по 2019 год частота впервые выявленной СН увеличилась с 4,1/1000 до 4,9/1000 человеко-лет, а распространенность с 2,1% до 2,4% (Bellanca L., 2023). Распространенность СН в Азиатских странах составила в Гонконге 2–3%, в Индонезии 5%, на Филиппинах 1–2%, в Южной Корее 0,6%, на Тайване 6% и в Таиланде 0,4% (Reyes E.B., 2016). Рост распространенности ХСН связан с демографическим старением населения планеты. В Соединенных Штатах Америки (США) предполагают рост распространенности хронической сердечной недостаточности (ХСН) на 46% в период с 2012 по 2030г. с соответствующим увеличением расходов на здравоохранение примерно на 127% (Virani S.S., 2021). За последние десятилетия прогноз при СН несколько улучшился, но уровень смертности и госпитализации остается высоким, где основной причиной является сердечно-сосудистые заболевания при СН.

На физическое и психологическое состояние пациентов с ХСН эффективно влияет медицинская стратегия по модификации поведения человека в отношении здоровья, которая способствует восстановлению и минимизации прогрессирования заболевания у пациентов. Кроме того, сердечная реабилитация позволяет предотвратить периодическую госпитализацию, что в конечном итоге снижает затраты на здравоохранение (Shahim B., 2023; Dalal H.M., 2019; Witham M.D., 2012). Систематический обзор определил важные преимущества реабилитации, основанной на физических упражнениях, которые включают вероятное снижение общего риска госпитализаций в краткосрочной перспективе, а также потенциальное снижение количества госпитализаций с СН (Long L., 2019). В данном

систематическом обзоре определено недостаточно доказательств влияния реабилитации на основе физических упражнений на качество жизни, связанное со здоровьем, тогда как другой систематический обзор и мета-анализ показал, что физические упражнения оказывают положительное влияние на результаты качества жизни (стандартизованная средняя разница 1,16) (Palmer K., 2018).

Борьба с ХСН и его последствиями привела к значительным успешным результатам для пациентов и членов их семей. При наличии правильных подходов лечения и профилактики осложнений качество жизни пациентов с ХСН может быть улучшено. Для снижения смертности и госпитализации по поводу сердечной недостаточности рекомендуется ведение пациента мультидисциплинарной командой. Программы по борьбе с ХСН и глобальные механизмы для снижения бремени предотвратимых НИЗ разработаны в разных странах, одной из них является Великобритания, где помощь предоставляется под руководством медсестер, что способствует улучшить результаты лечения пациентов за счет оказания фармакологической, интервенционной и комплексной помощи (Brennan E.J., 2018).

Таким образом, во всем мире динамическое наблюдение пациентов с СН бросает вызов системам здравоохранения и попытки уменьшить его социальное и экономическое бремя стали основным глобальным приоритетом общественного здравоохранения (Davidson P.M., 2015).

В Республике Казахстан ведущей причиной смертности и заболеваемости является сердечно-сосудистые заболевания (Junusbekova G., 2023; Mukasheva G., 2022). Для обеспечения всесторонней помощи стратегией определено внедрение программ управления заболеванием для больных с ХСН (Chan B.T., 2020), а также разработаны нормативные документы по обеспечению медицинской реабилитацией пациентов с ХСН. Однако, не определены готовность врачей и медицинских сестер в обеспечении пациент-ориентированной помощи, уровень понимания пациентами собственной роли при их состоянии. Следовательно, актуальность данной работы заключается в изучении подходов к оказанию мультидисциплинарной медицинской реабилитации пациентов с ХСН на примере г. Алматы.

Цель исследования: Совершенствование реабилитационной помощи пациентам с хронической сердечной недостаточностью путем обеспечения мультидисциплинарного командного подхода на уровне первичной медико-санитарной помощи.

Задачи исследования:

1. Изучить международный и отечественный опыт оказания реабилитационной помощи пациентам с хронической сердечной недостаточностью.

2. Изучить динамику заболеваемости и смертности хронической сердечной недостаточности в г. Алматы.

3. Оценить организацию медико-профилактической помощи пациентам с ХСН на уровне первичной медико-санитарной помощи г. Алматы.

4. Изучить мультидисциплинарный подход в реабилитации пациентов с хронической сердечной недостаточностью.

5. Апробация программы реабилитации пациентов с хронической сердечной недостаточностью в медицинском центре «Талмед» и изучение ее влияния на качество жизни пациентов с ХСН.

Методы исследования

Исследование охватывает изучение показателей заболеваемости и смертности от ХСН, оценку эффективности и мониторинга лечения на уровне ПМСП, оценку программ реабилитации и анализ качества жизни пациентов с ХСН, которые разбиты по пяти основным задачам.

Задача 1: Изучить международный и отечественный опыт оказания реабилитационной помощи пациентам с хронической сердечной недостаточностью.

Материалы: источниками служили базы данных PubMed, Cochrane и Google Scholar. Всего было отобрано 208 источников литературы, которые были включены в обзор по данному исследованию и обсуждение результатов. Для формирования библиографического списка использовалась программа Mendeley, (<https://www.mendeley.com/>).

Методы: библиографический поиск проводился по ключевым словам, и их сочетаниям, таким как “хроническая сердечная недостаточность”, “пациент-ориентированная помощь”, “нужды и потребности пациентов с хронической сердечной недостаточностью”, “стационарная помощь”, “помощь на уровне первичного звена”, “качество жизни”, “удовлетворенность и доступность помощи”, “самоменеджмент”, “клинические руководства”.

Задача 2: Изучить динамику заболеваемости и смертности от хронической сердечной недостаточности в г. Алматы для прогнозирования перспектив его улучшения за 10-летний период (2013-2023гг)

Материалы: для изучения заболеваемости и смертности ХСН в г. Алматы использовались данные из Национального научного центра развития здравоохранения (ННЦРЗ), филиала по г. Алматы. В анализ были включены заболевания по МКБ-10: I50.0 - застойная сердечная недостаточность; I50.1 – левожелудочковая недостаточность; I50.9 – сердечная недостаточность неуточненная. Период изучения – 2013-2022 годы.

Методы: ретроспективный анализ заболеваемости и смертности от ХСН и построение прогнозных оценок с использованием регрессионного анализа методом наименьших квадратов по данным за 10-летний период. Для контроля качества регрессионной модели применяли F-статистику (дисперсионный анализ), который показал статистическую значимость моделей заболеваемости ХСН (МКБ-I50.0-I50.9), пациентов, состоящих на диспансерном учете с застойной сердечной недостаточностью (I50.0) и пациентов, состоящих на диспансерном учете с левожелудочковой недостаточностью (I50.0). Прогнозирование проводилось в программе MS Excel с использованием функции TREND.

Задача 3: Оценить организацию медико-профилактической помощи пациентам с ХСН на уровне первичной медико-санитарной помощи г.Алматы.

Материалы: Согласно данным ННЦРЗ, было зарегистрировано 958 ВОП и терапевтов ПМСП, что позволило сформировать выборку из 274 респондентов. Однако в результате отказов от участия в исследовании и ошибок при заполнении анкет в окончательный анализ были включены

данные 259 респондентов (242 врачей общей практики и 17 терапевтов) г. Алматы. Также было зарегистрировано 9816 пациентов с ХСН. При расчете выборки для 95% доверительного интервала и 5% погрешности требовалось 370 респондентов. Однако в опросе было включено 202 пациента, что меньше расчетного числа. Это было связано с ограничением доступности пациентов и низким уровнем отклика на приглашение участвовать в опросе. Тем не менее, если бы погрешность была увеличена до 7%, то необходимый размер выборки составил бы примерно 192 респондента. Таким образом, выборка из 202 пациентов превышает минимальное необходимое количество для 7% погрешности, что подтверждает статистическую достоверность результатов при немного увеличенной погрешности. Это позволяет обосновать, что уменьшения размера выборки не оказывает существенного влияния на точность и репрезентативность данных.

Методы: Для изучения мнений врачей ПМСП (ВОП и терапевтов) относительно организации динамического наблюдения и реабилитации пациентов с ХСН был разработан опросник, включающий два основных блока: паспортную часть (возраст, специальность, опыт работы) и основную часть, охватывающую ключевые аспекты, такие как диагностика и лечение ХСН, разработка и внедрение индивидуальных программ для пациентов с ХСН, эффективность этих программ, обучение пациента, мониторинг приема лекарственных средств, причины госпитализаций и другие аспекты.

При разработке инструмента исследования был учтен вопрос наличия клинических рекомендаций и протоколов или иные виды документов. Для заполнения анкеты участникам требовалось около 15-20 минут. Опрос проводился анонимно в организациях ПМСП. Опросник содержал текст информированного согласия, подтверждающий добровольное участие респондентов в исследовании. Опросник распространялся как в бумажной, так и в электронной форме через платформу Google Form. Опрос проводился в период с сентября по декабрь 2018г. Полученные данные были проанализированы с учетом демографических характеристик респондентов, включая возраст, что позволило провести детализацию анализа. При анализе полученных данных, особенно разделах, посвященных пациент-ориентированным подходам в оказании помощи пациентам с ХСН, а также роли клинических руководств и протоколов в практическом применении, были проведены межгрупповые сравнения между терапевтами и ВОП.

С целью исследования пациент-ориентированной реабилитационной помощи пациентам с ХСН был разработан опросник, состоящий из семи разделов:

- 1) паспортная часть
- 2) трудности в получении реабилитационной помощи
- 3) своевременность и полнота диспансерного наблюдения
- 4) удовлетворенность полученной помощью в медицинской организации
- 5) роль пациент-ориентированной помощи
- 6) осведомленность о своем заболевании
- 7) аспекты самоменеджмента

Анкета была рассмотрена и одобрена ЛЭК (протокол №IRB-A250-2024). Опросник также включал текст информированного согласия,

подтверждающий добровольное участие респондентов в исследовании. Опрос распространялся в бумажной и электронной форме через сервис Google Form. Опрос проводился в период с сентября по декабрь 2018г. В анализе данных, полученных в ходе анкетирования пациентов, были проведены межгрупповые сравнения по полу. В исследовании приняли участие 123 (60,9%) мужчины и 79 (39,1%) женщин.

Статистический анализ данных включал частотный анализ ответов, для межгрупповых сравнений использовался хи-квадрат с поправкой на правдоподобие. Статистическая значимость результатов определялась при уровне $p < 0,05$. Обработка данных проводилась с использованием статистического пакета IBM SPSS Statistics (22-версия).

Задача 4: Изучить мультидисциплинарный подход в реабилитации пациентов с хронической сердечной недостаточностью.

Материалы: модель совершенствования реабилитационной помощи пациентам с ХСН была разработана на основе результатов литературного анализа, а также данных, полученных в ходе опроса среди заинтересованных сторон, включая пациентов с ХСН и врачей. В основу модели были заложены ключевые аспекты пациент-ориентированной помощи, такие как информирование и обучение пациентов, а также координация действий медицинского персонала.

Модель была апробирована в медицинском центре «Талмед», где предоставляется медицинская помощь, включая реабилитацию неврологических, кардиологических и травматологических пациентов. Реабилитацию проходят пациенты, перенесшие инфаркт миокарда, инсульт, АКШ, МКШ и установки электрокардиостимуляторов.

Методы: в рамках качественного исследования, целью которого была оценка эффективности модели, было проведено интервьюирование. В исследование были вовлечены два психолога, четыре ВОП, шесть медицинских сестер, один кардиолог, и один врач ЛФК. Для сбора данных использовались три центральных открытых вопроса, дополненные несколькими под вопросами, сформированными на основе структуры PCO (Population, Context, Outcome), где «Р» обозначает исследуемую совокупность, «С» обозначает контекст исследования, а «О» обозначает интересующий результат. Структура PCO помогает исследователям в разработке целенаправленного исследовательского вопроса. Центральные вопросы исследования включали:

- Какова роль каждого члена мультидисциплинарной команды в реабилитационном процессе?

- Кто должен быть координатором реабилитационной программы пациентов с ХСН?

- Какие основные барьеры существуют для эффективной реализации реабилитационной программы для пациентов с ХСН?

Анализ данных проводился путем расшифровки интервью. Исследователь внимательно ознакомился с данными, после чего провел кодирование результатов. Выделенные коды были сгруппированы по общим концепциям, что позволило описать ключевые выводы исследования.

Задача 5: Апробация программы реабилитации пациентов с хронической сердечной недостаточностью в медицинском центре «Талмед» и изучение ее воздействия на качество жизни пациентов с данным заболеванием.

Материалы: в исследование было включено 108 пациентов, из которых 70,4% составляют мужчины, а 29,6% — женщины. Среди них 76,8% пациентов страдают от хронической сердечной недостаточности с преобладанием ишемической кардиомиопатии (ПИКС), в то время как 23,2% пациентов не имели ПИКС.

Методы: исследование проводилось в виде продольного исследования продолжительностью 9 месяцев. Набор пациентов осуществлялся в период с июня по ноябрь 2021 года после формирования мультидисциплинарной команды в соответствии с приказом директора медицинского центра «Талмед» №149 от 30.05.2021 года. Для оценки качества жизни пациентов с ХСН использовался опросник EQ - 5D, который проводился до и после реабилитации. Опросник EQ-5D включает пять вопросов, отражающих субъективное состояние физического и психического здоровья пациента: 1- подвижность; 2- самообслуживание; 3- активность в повседневной жизни; 4- боль/дискомфорт; 5- тревога/депрессия. Одним из ключевых преимуществ использования EQ-5D является возможность получения универсальной балльной оценки состояния здоровья пациента, что позволяет использовать этот инструмент как в исследованиях среди широкой популяции, так и среди специфических групп пациентов. Анкета EQ-5D-3L позволяет собрать информацию о качестве жизни пациента в виде профиля здоровья, характеризующегося тремя уровнями выраженности проблем в пяти компонентах, а также балльной оценки здоровья с помощью визуальной аналоговой шкалы (EQ-VAS). Шкала оценки каждого компонента включает три уровня: 1 — отсутствие нарушений, 2 — умеренные нарушения, 3 — выраженные нарушения. Индивидуальный индекс здоровья (EQ-5D-индекс) рассчитывается на основе оценки выраженности нарушений по всем пяти шкалам. Визуально-аналоговая шкала (EQ-VAS) позволяет оценить текущее качество жизни пациента, где 0 баллов соответствует худшему состоянию здоровья, а 100 баллов — лучшему. Пациент делает отметку в той части шкалы, которая соответствует его самочувствию на момент заполнения анкеты.

Статистическую обработку осуществляли с применением программы Microsoft Office Excel 2007 (Microsoft Corp., США), SPSS17. Характер распределения признака определяли методом подсчета критерия Шапиро–Уилка. Для описания признака использовали его среднее значение и среднее квадратичное отклонение (при нормальном распределении), медиану и квартили (при распределении, отличном от нормального). Для оценки взаимосвязи между признаками использовали коэффициент корреляции Спирмена. Для оценки различия двух зависимых выборок распределением, отличным от нормального, использовали критерий Вилкоксона.

Методы функциональной диагностики: в рамках исследования проводилось ультразвуковое исследование (УЗИ) сердца с целью измерения фракции выброса, что позволяло оценить функциональное состояние сердца и динамику изменений в процессе реабилитации.

Таким образом, в исследовании была использована комплексная методология, включающая различные методы анализа, что позволило получить всестороннюю информацию о влиянии реабилитации на качество жизни пациентов с ХСН и разработать практические рекомендации для улучшения реабилитационной помощи этим пациентам.

Объект исследования:

- медицинский персонал;
- пациенты с хронической сердечной недостаточностью;
- ориентированный подход на пациента;
- интегрированная помощь;
- программа реабилитации.

Предмет исследования: поликлиники г. Алматы.

Основные положения, выносимые на защиту

1. В г.Алматы с 2013 по 2022 наблюдается устойчивый рост заболеваемости и смертности от ХСН, с прогнозируемым дальнейшим увеличением случаев в ближайшие годы. При этом отмечается более выраженный рост пролеченных случаев с застойной СН по сравнению с левожелудочковой, что требует пересмотра стратегий диагностики, профилактики и лечения ХСН на уровне ПМСП.

2. ВОП обладают недостаточной осведомленностью о состоянии здоровья пациентов с ХСН, что проявляется в низком уровне анализа госпитализированных случаев и недостаточности знания признаков заболевания, что требует повышения их квалификации.

3. Пациент-ориентированная помощь со стороны ВОП проводится недостаточно, в частности по информированию пациентов о вариантах лечения, изменении образа жизни и влиянии состояния здоровья на повседневную жизнь, что подчеркивает необходимость улучшения подходов к коммуникации с пациентами.

4. Представленная модель реабилитации пациентов с ХСН, с участием мультидисциплинарной команды, продемонстрировала улучшение качества жизни пациентов, а также высокую удовлетворённость пациентов работой медицинских специалистов.

Результаты исследования

Заболеваемость ХСН в соответствии I50.0-I50.9 за период с 2013 по 2022 годы выросла с 9885 до 15332 случаев, где пик снижения ХСН наблюдался в 2015 году до 7748. На основе данных заболеваемости за десять лет наш прогноз показал вероятность роста ХСН в последующие пять лет до 17267 к 2027 году.

Показатель смертности от застойной сердечной недостаточности снизился с 6,5 до 3,0 в период с 2013 по 2022 годы, однако прогноз выявил возможный рост к 2027 до 12,0 на 100 000 населения.

Количество пациентов, состоящих на диспансерном учете с застойной сердечной недостаточностью (I50.0) выросло с 232 до 7160 в период с 2013 по 2022 годы. Наблюдается некоторое снижение к 2023 году до 7590, после чего рост до 10969 к 2027 годы.

Показатель смертности, связанной с левожелудочковой недостаточностью (I50.1) на 100 000 населения был относительно высоким в

2022 году, где показатель составил 0,54 на 100000 населения. В целом за период с 2013 по 2022 годы, данный показатель варьировался в среднем 0,16. Прогноз на следующие пять лет показывает вероятное снижение показателя до 0,48 в сравнении с 2022 годом, и пик снижения наблюдался в 2023 году 0,35 на 100000 населения.

Также по данной нозологии количество пациентов, состоящих на диспансерном наблюдении, выросло с 9 до 683 в период с 2013 по 2022 годы. Необходимо отметить значительный рост в период COVID-19 с 284 в 2019 году до 683 в 2022 году. В следующие пять лет прогнозируется дальнейший рост диспансерной группы больных с СН с левожелудочковой недостаточностью до 946 в 2027 году. В дополнение также наблюдается рост пролеченных случаев с 2017 года, с 2 до 13 случаев в 2022 году, где наибольший показатель был в 2020 году 23 случая. За изучаемый период зафиксирована три случая летальных исходов.

Министерство здравоохранения Республики Казахстан предпринимает меры по улучшению показателей на первичном профилактическом этапе среди пациентов с уже имеющимися заболеваниями. В рамках этих усилий была внедрена программа управления хроническими неинфекционными заболеваниями, цель которой — снижение числа осложнений, связанных с основными заболеваниями, такими как хроническая сердечная недостаточность, сахарный диабет и артериальная гипертензия. Программа была первоначально протестирована в пилотных регионах, а с 2017 года она была расширена и внедрена во всех остальных регионах страны. Во многих поликлиниках пациентов, участвующих в программе, обслуживает мультидисциплинарная команда, в состав которой помимо кардиолога входят врач общей практики, медицинская сестра, специалист по здоровому образу жизни, психолог и социальный работник. Внедрение программы управления хроническими заболеваниями, вероятно, способствовало снижению смертности ХСН, особенно в период с 2013 по 2019 годы. Однако следует отметить рост смертности в связи с пандемией COVID-19.

С целью изучения существующей практики оказания реабилитации пациентам с ХСН, в качестве примера была взята одна из поликлиник г.Алматы с прикрепленным 60000 населением. На основе проведенного опроса ВОП и терапевтов нами выявлено, что врачи в возрасте от 31-50 лет этиологию ХСН своих пациентов связывают с ИБС в 100,0% случаев, тогда как в возрасте 20-30 лет в 33,7% и старше 50 лет в 65,1% со смешанной формой (систолической и диастолической дисфункцией). При этом 16,3% респондентов молодого возраста 20-30 лет отмечают незнание этиологии ХСН у своих пациентов. Все терапевты 100,0% уверены, что пациенты с ХСН имеют ишемическую этиологию, среди ВОП со смешанной этиологией связывают 28,9% и незнание отметили 5,8% респондентов.

Почти треть респондентов всех возрастных групп, кроме 41-50 лет, отмечают неосведомленность в вопросе, принимают ли их пациенты лекарства, которые не назначены их врачами. Также врачи отмечают, что в более 20,5% и выше случаев пациенты могут употреблять лекарства, которые не были назначены врачами ($p < 0,001$), особенно данный факт отмечается с показателем 100,0% в возрастной группе 41-50 лет. При этом все терапевты

считают, что их пациенты не употребляют без назначения врача, касательно ВОП лишь 25,6% согласны с терапевтами, 43,4% уверены, что их пациенты употребляют лекарства без назначения врача и незнание отметили треть респондентов ВОП 31,0% ($p < 0,001$).

Определение фракции выброса левого желудочка является приоритетным исследованием для выставления диагноза, однако при проведении опроса 16,9% респондентов 31-40 лет отметили, что не определяли его ($p < 0,001$). Врачи молодого возраста до 30 лет отметили незнание показателей количества креатинина сыворотки крови у своих пациентов 17,4% и 1,2% в возрастной группе 31-40 лет ($p < 0,001$). Натрийуретический пептид β -типа определен у всех пациентов.

Так, среди ВОП определили, что фракция выброса левого желудочка (в основном (около 70% пациентов) меньше $< 30\%$ - 52,5%, хотя 5,8% отметили незнание, среди терапевтов уверены, что $\geq 30\%$ у всех пациентов. По показателю креатинина $\geq 1.2 \text{ mg/dL}$ определили все респонденты терапевты и 58,3% ВОП, 35,1% считают $< 1.2 \text{ mg/dL}$ и незнание отметили 6,6%. Касательно показателя натрийуретический пептид β -типа терапевты отметили $< 100 \text{ pg/mL}$ у всех пациентов, среди ВОП этот показатель равна 12,0%, $\geq 100 \text{ pg/mL}$ у треть пациентов 28,1%, не найдено у 18,6% и незнание указали почти половина респондентов 41,3%.

Проводят анализ госпитализации пациентов с ХСН наибольшее количество врачей в группе до 30 лет 83,7%, и возрасте 41-50 лет 63,0%, в остальных группах варьируется в пределах 42-50%. Наибольшее количество врачей, которые не проводят анализ, наблюдается в группе старше 31-40 лет ($p < 0,001$). Среди респондентов из числа врачей терапевтов 100,0% проводят анализ госпитализированных случаев, тогда как среди ВОП проводят 63,6%.

Наибольшее количество респондентов старше 31 года причину госпитализации ХСН связывают с заболеваемостью по другим нозологиям, тогда как врачи более молодого возраста около трети связывают с ХСН и другими заболеваниями, 32,6% и 33,7% соответственно ($p < 0,001$).

ВОП связывают с общей заболеваемостью по причине других заболеваний 43,4%, по причине ХСН 37,2%, экстренная госпитализация по причине ХСН 5,8%. Незнание в вопросе связано ли с общей заболеваемостью по другим нозологиям отмечают 6,6% и причину экстренной госпитализации 7,0%, при этом все терапевты связывают с общей заболеваемостью по другим причинам 100,0%.

Прошли повышение квалификации за последние три года как минимум 85,5% врачей и выше ($< 0,001$). И 82,6% и выше специалистов считают, что обучение способствовало улучшению управления пациентов с ХСН. Наименьшее количество специалистов в диапазоне 31-50 лет отметили, что разрабатывают индивидуальные программы для пациентов с ХСН (в пределах 37%). При этом врачи старше 41 лет 100% проводят оценку распространенности ХСН в их регионе, среди врачей молодого поколения до 30 лет 57,0% и 31-40 лет 67,5% проводят оценку.

В качестве наиболее частого признака или симптома, характерного для СН, наибольшее количество респондентов отметили у пациентов отек, кроме 37,0% врачей возрастной группы 41-50 лет и 12,7% врачей старше 50 лет

(<0,001), с одышкой согласились все 100%. Отсутствие признаков усталости отметили респонденты в возрастной группе 31-40 лет 16,9% и 41-50 лет 63,0% (<0,001). Тогда как одышку при напряжении отметили все, кроме молодых врачей до 30 лет 32,6% и 31-40 лет 16,9% (<0,001).

Наличие крепитации у пациентов отмечают врачи 31-40 лет 16,9% и старшего поколения 12,7%, также наблюдается незнание наличия данного симптома у трети респондентов возраста 31-40 лет 31,3% и 41-50 лет 37,0% и старшего поколения 15,9%, что может свидетельствовать, о том, что врачи не всегда исследуют функциональные возможности легких

Квартально проводят ЭКГ среди пациентов с ХСН наибольшее количество респондентов в возрастной группе до 30 лет и старше 50 лет, тогда как в категории 31-40 лет составило 65,1% и в группе 41-50 лет 37,0%

Эхокардиография проводится почти всем пациентам 1 раз в год, только в возрастной группе 41-50 лет врачи отметили свое незнание об охвате эхокардиографией пациентов с ХСН около 37% пациентов, что возможно связано с недостаточной доступностью данной услуги всем категориям пациентов и недостаточным анализом пролеченных случаев прикрепленного населения, состоящего на диспансерном учете.

В сравнении с ВОП терапевты всегда проводят мониторинг состояния пациентов с ХСН после назначения всех видов лекарственных средств. Среди ВОП выявлено, что наибольшее количество респондентов проводят мониторинг состояния пациентов с ХСН, принимающих сердечные гликозиды 70,7%, бета-блокаторы 86,8% и ингибиторы АПФ 88,8%, тогда как недостаточно респондентов проводят анализ по петлевым 42,6% и тиазидным 51,7% диуретикам.

Пациент-ориентированная помощь подчеркивает партнерство в уходе между пациентами и медицинскими работниками и пропагандируется ВОЗ как ключевой компонент качественной медицинской помощи. В нашем исследовании положительным является тот факт, что около 14,5% респондентов в возрасте 31-40 лет не рассказывают пациентам о причине возникновения СН у пациента, а также о существующей основной болезни, которую надо лечить ($p < 0,001$). Также в данной возрастной группе отмечено наименьшее количество охвата 68,7% информированием пациентов относительно тяжести течения заболевания. При этом не помнят рассказывали ли всем пациентам о тяжести заболевания 16,9% респондентов врачей в группе 31-40 лет ($p < 0,001$). Несмотря на то, что в обеих группах, среди ВОП 95,0%, и терапевтов 100,0% отметили, что рассказывают пациентам о вероятности возникновения основной болезни, которую необходимо лечить, данные статистически не были достоверными, как и с вопросом «рассказываете ли вы пациентам, насколько тяжело течение СН» среди ВОП отметили нет 10,7%.

Терапевты, в сравнении с ВОП, всегда предоставляют информацию о вариантах лечения, об участии в программах КР и информировании пациента о первой помощи или что должен делать пациент при внезапном ухудшении состояния. Среди ВОП более трети - 39,3% - не информируют о вариантах лечения ($p < 0,001$), также как недостаточный охват информирования проводится касательно КР 12,0% и необходимых мероприятий при ухудшении состояния здоровья 16,9%.

Рассказывают пациентам о том, какие изменения образа жизни могут улучшить самочувствие наибольшее количество врачей в возрастной группе 31-40 лет 89,2% и старше 50 лет 87,3%. Не знают, либо не рассказывают в возрасте до 30 лет врачей 32,6% и 31-40 лет 10,8% и 41-50 лет 37,0% ($p < 0,001$), в частности не информируют ВОП 22,7%

Выявлено, что больше трети пациентов с ХСН ВОП не информированы о том, как состояние с его заболеванием может повлиять на повседневную деятельность, например, играть в гольф или нянчить внуков 46,1% ($p < 0,001$). Также 35,9% респондентов ВОП не информированы, что можно сделать, если пациент чувствует стресс и беспокойство ($p < 0,001$).

В нашем исследовании недостаточная осведомленность о наличии клинического протокола по ХСН наблюдается среди врачей в возрастной группе 41-50 лет 37,0% и старше 50 лет 28,6%. Неудовлетворенность, либо неуверенность в отношении клинического протокола отметили молодые врачи 32,6%, 41-50 лет 37,0% и врачи старше 50 лет 50,8%. Наибольшее количество молодых врачей до 30 лет отмечает потребность в обновлении клинического протокола 83,7%, и около половины врачей старше 50 лет 54,0%.

При этом все терапевты отметили полную удовлетворенность клиническим протоколом, в то время как 11,6% ВОП обратного мнения и 17,4% отмечают незнание в данном вопросе ($p < 0,004$). Также потребности в обновлении отмечают 63,2% ВОП и незнание отмечается у 19,4%, что скорее всего связано с контингентом врачей, которые практически не используют клинический протокол в практической деятельности ($p < 0,001$).

Вопрос «Включает ли клинический протокол лечение сопутствующих заболеваний» положительно отметило наименьшее количество респондентов старше 50 лет 49,2% остальные немного больше в диапазоне 63,0% - 68,7%. Нет, отмечают лишь 17,4% в возрастной группе до 30 лет, 20,5% до 40 лет и старше 50 лет 22,2%. Незнание выявлено в диапазоне 10,8% до 28,6%, что свидетельствует о том, что не все респонденты применяют клинические протокола в практической работе и не знают суть данного документа. 66,5% респондентов ВОП отметили, что клинический протокол включает вопросы сопутствующего заболевания, однако терапевты исключают 100,0%, и незнание в данном вопросе отметили 21,5% респондентов.

На вопрос существует ли клиническое руководство для пациентов с ХСН «Да» отметили 17,5% респондентов старше 50 лет, в других группах отмечается диапазон между 33,7% до 48,8%, незнание отмечают в основном молодые врачи до 30 лет 34,9%, 30-40 лет 31,3% и старше 50 лет 28,6%. Потребность в разработке клинических руководств отмечают практически все, где диапазон варьируется от 79,5% до 100,0%. Незнание о наличии клинических руководств для пациентов отметили все терапевты 100,0% и 23,6% ВОП, при этом ВОП иного мнения - 37,6% отметили факт его наличия, обратного мнения придерживаются 38,8%. Необходимость разработки клинических руководств для пациентов отмечают 89,7% ВОП, противоположного мнения придерживаются все терапевты и 5,8% ВОП и незнание проявили 4,5% ВОП.

В нашем исследовании приняли участие 202 пациента с ХСН, из которых 123 мужского пола и 79 женского пола. Среди мужчин наибольшее количество

имели среднеспециальное образование 43,1%, тогда как у женщин среднеспециальное 40,5% и высшее 39,2%. При изучении социального статуса выявлено, что наибольшее количество участников пенсионеры (мужчин 57,3% и женщин 42,7%), работающие (25,2% мужчин и 27,8% женщин) и безработные (17,5% мужчин и 29,5% женщин). Ежемесячным доходом указали наибольшее количество респондентов до 150 тысяч тенге 64,4% мужского пола и 58,5% женского пола и свыше 150 тысяч тенге 35,6% мужчин и 41,5% женщин.

На вопрос «Сколько примерно в месяц Вы тратите на: консультацию медицинского специалиста, лекарства, диагностику, лабораторные обследования?» - выявлено, что среди респонденты мужского пола тратят больше 20 000 тг. в месяц, чем женщины.

Трудностями при получении медицинской помощи в поликлинике указали отдаленное месторасположение 46,3% среди мужского пола и 21,5% женского пола ($p < 0,001$), неудобный график приема врачей в поликлинике отметили респонденты мужского пола 17,1% и треть среди женского пола 36,7% ($p = 0,002$), а также сложность с записью на прием к узким специалистам указали более половины респондентов женского пола 57,0% и мужского 38,2% ($p = 0,01$).

Статистически незначимы результаты по вопросам длительности ожидания в очереди на прием к участковому врачу (больше 1 дня), который является барьером для получения медицинской помощи считают 16,3% респондентов мужского пола, и 27,8% женского пола, и длительное ожидание госпитализации в больницу (больше 1 недели), 22,8% мужского пола и 26,6% женского пола, а также длительное ожидание скорой помощи указали 34,1% мужского пола и 45,6% женщин.

Нехватку кадров на уровне поликлиник: терапевтов, семейных врачей отметили 21,1% мужского пола и 36,7% женского, при этом нехватку кардиологов указали 22,0% мужчин и 36,7% женского пола.

Низкое качество медицинской помощи указали более половины женщин 69,6%, и в два раза ниже данный показатель у мужчин 29,3% ($p < 0,001$), что возможно связано с мнением респондентов о плохом отношении медработников к пациенту 32,5% среди мужчин и 36,7% женщин, а также недостаточное диагностическое обследование 54,5% среди мужчин и 75,9% женского пола, хотя результаты статистически недостоверны, но при этом статистически достоверно мнение о низкой квалификации медработников среди 11,4% респондентов мужского пола.

Больше половины респондентов считают, стоимость лекарств в аптеках и стоимость платных услуг высокими - среди женщин 78,5% и мужчин 39,0% ($p < 0,001$). Отсутствие услуг по профилактике заболеваний и укреплению здоровья отметили 44,7% мужчин и 39,2% женщин, затруднились с ответом 5,7% мужского пола. Своевременный диспансерный осмотр проходит наибольшее количество женщин 78,5% в сравнении с мужчинами, где показатель составил 48,8% ($p < 0,001$).

По частоте обращения в частные клиники выявлено, что наибольшее количество респондентов обращаются от 1-3 раз среди мужского пола 57,7%, тогда как 54,4% женщин указали, что не обращались в частные клиники.

Наименьшее количество респондентов среди женского пола обращались от 4-8 раз 21,5% и от 1-3 раз 24,1%. При этом среди мужчин от 4-8 раз составил 22,8% и не обращались 19,5% ($p < 0,001$). Причина обращения в частные медицинские центры связана с тем, что большинство респондентов не устраивало качество бесплатных медицинских услуг среди мужчин 56,9% и женщин 34,2%, не устраивают очереди и бумажная волокита в бесплатных поликлиниках 21,1% мужчин и 29,1% женщин. Незначительное количество респондентов отсутствие положительного эффекта от лечения - 0,6% мужчин и 12,7% женщин, а также 5,7% мужчин и 8,9% женщин указали, что обслуживание в государственной поликлинике не является полностью бесплатным, и требует дополнительных финансовых затрат ($p < 0,001$).

Наибольшее количество респондентов указали, что лекарственные средства по рецептам бесплатно или на льготных условиях предоставляются с переборами 44,7% мужского пола и 54,4% ($p < 0,001$).

Наибольшее количество респондентов отметили, что помощь на дому при вызове участкового врача в течение последних 12 месяцев была оказана вовремя 61,8% мужчин и 78,5% женщин ($p < 0,001$).

Наибольшее количество респондентов указали, что медицинские работники иногда информируют о сути предстоящего медицинского вмешательства (введения лекарственных препаратов, процедур, операции), его риске, результатах обследования, диагнозе и его прогнозе, методах лечения 49,6% мужчин и 84,8% женщин, а также отметили информируют только в том случае, если я интересуюсь отметили 12,2% мужчин ($p < 0,001$).

При изучении нужд респондентов в услугах узких специалистов, выявлено, что нуждались и получили помощь у хирурга 47,1% мужского пола и 30,4% женского, тем не менее среди мужчин нуждались и не получили 19,5%, что является барьером в доступности медицинских услуг. Касательно помощи невропатолога выявлено, что 9,7% мужчин и 16,4% женщин считают помощь данного специалиста недоступным ($p < 0,001$). В помощи кардиолога нуждались, но не получили 48,0% мужчин, что в четыре раза выше в сравнении с женщинами 7,6%.

Недоступной для респондентов оказалась помощь гастроэнтеролога, это указали 8,9% женщин ($p < 0,001$), эндокринолога 9,8% мужчин ($p < 0,001$) и психолога указали мужчин 37,4% и женщин 27,8%, и помощь социального работника - 39,0% мужчин и 27,8% женщин ($p < 0,001$).

Все пациенты имели возможность пройти электрокардиографию, наибольшее количество проходят квартально (мужчин 44,3% и женщин 44,3%) и раз в полгода 64,2% мужчин и 40,5% женщин. Рентген грудной клетки проходят в среднем раз в год 73,2% мужчин и 59,5% женщин либо каждые полгода 26,8% мужчин и 40,5% женщин. Реже всего проходят эхокардиографию, в основном раз в год 63,4% мужчин и 88,6% женщин. Не получали услуги по изучению функциональности легких 35,8% мужчин и 84,8% женщин. Анализ крови все сдают в среднем раз в квартал или раз в полгода.

Треть респондентов не удовлетворены работой участкового врача 30,0% мужчин и 27,8% женщин, при этом затрудняются ответить на вопрос «Обращались ли с жалобами?» 13,8% мужчин. Качество медицинской сестры

не удовлетворяет 17,5% мужчин и затрудняются ответить 42,5% мужчин и 49,4% женщин ($p < 0,001$), что возможно это связано с невнимательностью и грубостью указали мужчины 83,3% и женщины 100,0% и низкой квалификации считают 45,0% мужчин и 74,7% женщин ($p < 0,001$), и несвоевременным назначением врача 56,7% указывают мужчины и 30,4% женщины ($p < 0,001$), а также нежелание отвечать на вопросы указывают 84,2% мужчины и 100,0% женщины.

Оценивают возможность получения информации, включая интернет, об услугах учреждения и при необходимости оставить свои замечания и предложения отлично 23,3% мужчин и 24,1% женщин, удовлетворительно 29,2% мужчин и плохо 17,5% мужчин и 29,1% женщин, незнание о такой возможности указали 14,2% мужчин и 46,8% респондентов женского пола, что означает низкую осведомленность пациентов в данном вопросе ($p < 0,001$), см. рисунок. К сожалению, доверие к врачу указали лишь 59,2% мужчин и 75,9% женщин, затрудняются ответить на данный вопрос 23,3% мужчин ($p < 0,001$).

На основании проведенного опроса среди пациентов с ХСН и врачей было выявлено недостаточное соблюдение пациент-ориентированного подхода, в этой связи мы создали модель. В нашей модели были определены в качестве основного координатора - участковая служба - врач и медицинская сестра. Основываясь на международных данных, разработанная нами модель реабилитации пациентов с ХСН была представлена сотрудникам Медицинского центра «Талмед». Была создана мультидисциплинарная команда в составе психолога (2), ВОП (4), медсестры (6), кардиолога (1), врача ЛФК (1). Модель была представлена для обсуждения. На основе обсуждения были распределены обязанности между сотрудниками Центра и начата работа по оказанию реабилитационной помощи пациентам с ХСН.

Для изучения качества жизни пациентов с ХСН до и после получения реабилитационных мероприятий мы провели анкетирование с помощью опросника EQ5D. В исследовании приняли участие 108 пациентов (мужчин 70,4% и женщин 29,6%), из них с ПИКС 76,8% и без 23,2%. После первой реабилитационной программы сбор данных был проведен через 9 месяцев среди той же группы.

При оценке общей подвижности выяснилось, что после реабилитационных мероприятий количество респондентов, заявляющих об отсутствии трудностей при ходьбе, увеличилось на 19,3%. Аналогичные изменения наблюдаются среди мужчин (увеличение на 25,2%) и среди женщин (увеличение на 8,9%). Эти улучшения состояния обусловлены переходом респондентов из более тяжелых категорий в менее тяжелые. До реабилитации 2,5% респондентов не могли ходить, после реабилитации никто из респондентов не отметил данный пункт, что свидетельствует о значительном улучшении состояния этих респондентов. Реабилитационные мероприятия оказали значительное положительное влияние на подвижность респондентов. Основные улучшения наблюдаются за счет перехода респондентов из категорий с тяжелыми состояниями в категории с менее тяжелыми состояниями.

По блоку «Уход за собой» выявлено, что в целом состояние пациентов хорошее, никто не отметил наихудшее состояние как «Я испытываю большие

трудности с мытьем или одеванием» или «Я не в состоянии сам(а) мыться или одеваться». Тем не менее, наблюдается положительная динамика после реабилитации по пунктам «Я испытываю умеренные трудности с мытьем или одеванием», где после реабилитации осталось только 3% респондентов отметившие данный пункт в сравнении до реабилитации 10,9%, среди мужчин снизился до 8,1% и женщин 8,9%, также улучшение в первой категории состояния показал увеличение от 46,0% до 57,4%, среди мужчин до 13,8% и женщин 7,6%.

По блоку «Привычная повседневная деятельность» выявлено, что не в состоянии были заниматься ею до реабилитации двое больных, однако после реабилитации показатель составил 0,0%. По показателю «Привычная повседневная деятельность для меня очень затруднительна» снизилась на 14,3% за счет перехода на наилучшее состояние, среди мужчин данный показатель снизился от 22,0% до 4,9%, среди женщин от 16,5% до 5,1%. Также по пункту «Привычная повседневная деятельность для меня умеренно затруднительна» наблюдается снижение после реабилитации от 30,7% до 21,8%, у мужчин от 25,2% до 23,6% и женщин 38,0% до 19,0%.

В сравнительном анализе наилучший показатель у женщин составил по пункту «Привычная повседневная деятельность для меня немного затруднительна», где показатель вырос после реабилитации до 21,6%, по сравнению с мужчинами 8,3%, а также значительное снижение показателя по пункту привычная повседневная деятельность для меня умеренно затруднительна у женщин составил 19,0% и мужчин 1,8%. Такой низкий показатель у мужчин связан за счет перехода от состояния «Привычная повседневная деятельность для меня очень затруднительна» большего количества респондентов, где положительная динамика наблюдается в снижении до 17,1% и у женщин 11,4%.

Реабилитационные мероприятия оказали значительное положительное влияние на снижение боли и дискомфорта у респондентов. В целом, доля испытуемых, не испытывающих боли или дискомфорта, увеличилась на 20,8%, у мужчин доля увеличилась на 13%, а у женщин на 32,9%. Доля испытуемых с умеренной болью или дискомфортом значительно снизилась, особенно среди мужчин, где снижение составило 38,2%, и среди женщин - на 32,9%. Количество респондентов, испытывающих сильную боль или дискомфорт, уменьшилось до нуля.

Реабилитационные мероприятия оказали значительное положительное влияние также на снижение уровня тревоги и депрессии у респондентов. Доля испытуемых, не испытывающих тревогу или депрессию, увеличилась на 23,3%, среди мужчин увеличение составило 26%, а у женщин - 19%. Все различия были статистически значимы.

Изучение показателя качества жизни по визуальной аналоговой шкале показал также положительную тенденцию после реабилитационных мероприятий. Итоговый медианный показатель показал улучшение состояния от 70,5 до 83, следовательно, рост составил 12,5.

На основании проведенного опроса пациентов центра, были получены следующие данные об уровне удовлетворенности работой мультидисциплинарной команды врачей: удовлетворены – 71,3%, не

удовлетворены – 20,4%, затруднились ответить – 8,3%. Пациенты отметили несколько ключевых аспектов, которые способствуют их положительному восприятию работы команды, в т.ч.

1. Пациенты ценят, что команда врачей работает сообща, что позволяет избежать необходимости посещать каждого специалиста отдельно.

2. Работа мультидисциплинарной команды позволяет пациентам получать комплексное лечение и реабилитацию в одном месте, что значительно экономит время и усилия.

Эти данные подчеркивают эффективность и удобство организации работы команды, что способствует положительному восприятию пациентами и улучшению их общего состояния и качества жизни.

Следовательно, проведенное нами исследование указывает на рост ХСН среди населения всего мира, что связано с ростом ожидаемой продолжительности жизни, а также существующими новыми подходами к лечению и медико-профилактической помощи, способствующими сокращению госпитализации и увеличению качественной жизни среди пациентов с ХСН. Особая роль новых подходов заключается в обучении пациента самоменеджменту и повышению важности роль медицинской сестры. Казахстан начал путь по оказанию всесторонней помощи пациентам с ХСН. Однако для улучшения пути оказания всесторонней помощи наблюдается потребность принятия мер через усиление пациент-ориентированного подхода и внедрения клинических руководств для пациентов и врачей по работе с данной группой пациентов.

Обоснование научной новизны исследования определяются следующими признаками:

- обоснован рост заболеваемости и смертности от ХСН в г.Алматы с 2013 по 2022гг. и прогнозировании дальнейшего увеличения случаев, а также выявлен более выраженный рост пролеченных случаев с застойной СН по сравнению с левожелудочковой;

- продемонстрирована недостаточная эффективность реализации пациент-ориентированного подхода со стороны ВОП, особенно в аспектах информирования пациентов о вариантах лечения, изменения образа жизни, а также выявлено ограниченное соблюдение клинических протоколов ВОП, особенно в возрастной группе специалистов 41-50 лет;

- выявлены гендерные различия в доступности медицинской помощи: мужчины чаще сталкиваются с проблемами, связанными с отдаленностью ПМСП, и ограниченным доступом к узким специалистам (что приводит к дополнительным расходам на частные клиники), в то время как женщины отмечают неудобный график приема врачей, низкое качество обслуживания и недостаточное диагностическое обследование;

- впервые апробирована модель реабилитации пациентов с ХСН на уровне частного ПМСП, которая продемонстрировала значительное улучшение качество жизни и высокую удовлетворённость пациентов работой мультидисциплинарной команды, подчеркивая важность подготовки медицинских сестер для координации реабилитационного процесса.

Теоретическая и практическая значимость

Теоретическая значимость исследования заключается в углубленном анализе недостаточной осведомленности ВОП о состоянии здоровья пациентов с ХСН, что подчеркивает необходимость совершенствования образовательных программ. Также исследование выявило дефицит использования клинических протоколов и недостаточную пациент-ориентированную помощь, что открывает новые направления для улучшения практических аспектов медицинской практики в лечении ХСН. Применение мультидисциплинарного подхода в реабилитации пациентов с ХСН, с акцентом на подготовку медицинских сестер для координации процесса, вносит вклад в теорию реабилитационной медицины.

Практическая значимость заключается в разработке и апробации модели реабилитации пациентов с ХСН на уровне ПМСП, которая показала значительное улучшение качества жизни пациентов. Полученные результаты могут быть использованы для оптимизации процессов реабилитации и ухода за пациентами с ХСН, повышения уровня осведомленности врачей и улучшения организации медицинской помощи, а также для адаптации образовательных программ и клинических протоколов в соответствии с выявленными потребностями

Личный вклад докторанта:

Личный вклад автора заключается в разработке теоретической и методологической программы исследования, формировании цели, задач исследования, организации и проведении исследования, непосредственное участие во всех этапах исследовательских работ: в статистической обработке данных, написании разделов диссертации, интерпретации и обсуждении результатов, формулировании положений, выносимых на защиту, а также выводов и практических рекомендаций. Активно участвовала при внедрении результатов исследования в практическое здравоохранение и выступала на конференциях с докладом.

Выводы:

1. Во всем мире наблюдается тенденция роста пациентов с ХСН, что связано с ростом ожидаемой продолжительности жизни и прогнозируется значительное увеличение количества новых случаев с ХСН. Анализ по г. Алматы показал рост заболеваемости ХСН с 2013 по 2022 годы с 9885 на 15332 и прогнозируется его рост в последующие пять лет до 17267. Незначительное снижение показателя смертности ХСН на 100000 населения было в период с 2013 по 2019 гг., однако к 2020-му году наблюдается его рост. Количество состоящих на Д учете с ХСН с каждым годом увеличивается - с застойной сердечной недостаточности на 771 человек и с левожелудочковой недостаточностью на 74 человека. Количество пролеченных случаев с застойной сердечной недостаточностью значительно выше в сравнении с левожелудочковой недостаточностью, этот показатель вырос с 3 в 2013 году до 455 в 2022.

2. ВОП были менее осведомлены о состоянии здоровья пациентов с ХСН, и только 63,6% ВОП проводят анализ госпитализированных случаев, а также недостаточно осведомлены о признаках и симптомах пациентов с ХСН, что свидетельствует о потребности обучения для данной категории врачей. Врачи

всех возрастных групп проводят мониторинг приема ингибиторов АПФ, по сравнению с другими группами лекарственных средств. Врачи в возрасте 31-50 реже разрабатывают индивидуальные программы лечения пациентов с ХСН по сравнению с другими группами.

3. Пациент-ориентированная помощь проводится недостаточно со стороны ВОП, в частности по информированию о вариантах лечения (не информируют 39,3%), по изменению образа жизни, о влиянии состояния здоровья на повседневную жизнь, что можно сделать если пациент чувствует стресс и беспокойство, и у лиц до 30 лет. Наблюдается недостаточное использование клинического протокола ВОП, в частности, в возрастной группе 41-50 лет.

4. Наибольшее количество мужчин отметили сложности при получении медицинской помощи в поликлинике, связаны с отдаленным месторасположением 46,3%, с записью на прием к узким специалистам 38,2% и отсутствием доступа к кардиологу 48,0%, возможно из-за этого мужчины тратят больше 20000 на медицинскую помощь, и обращаются в частные клиники от 1 до 3 раз 57,7%. Тогда как у женщин сложности включали неудобный график приема врачей в ПМСП 36,7%, низкое качество медицинской помощи 69,6%, которая скорее всего связана с плохим отношением медработников к пациенту 36,7%, а также недостаточным диагностическим обследованием 75,9%.

5. Представленная модель позволила нам получить обратную связь от пациентов о работе мультидисциплинарной команды, где отмечена важность подготовки медицинских сестер для координации реабилитации пациентов с ХСН. Модель также позволила улучшить качество жизни пациентов с ХСН после реабилитации по всем блокам: улучшение подвижности на 19,3% по категории не испытывающих трудностей при ходьбе; уход за собой (увеличение категории не испытывающих трудностей на 13,4%); увеличение категории не испытывающих трудностей при привычной повседневной деятельности на 10,9%; не испытывающих боли и дискомфорта на 20,8%, не испытывающих тревогу и депрессию – 23,3%. Изучение показателя качества жизни по визуальной аналоговой шкале также показало рост медианного значения на 12,5 баллов после реабилитационных мероприятий. Удовлетворенность работой мультидисциплинарной команды врачей центра составила 71,3%.

Практические рекомендации

1. Тенденция заболеваемости и смертности от ХСН показывает возможный рост в следующие пять лет, следовательно, актуальным является внедрение кардиореабилитационных программ с вовлечением мультидисциплинарной команды и принципов пациент-ориентированной помощи, способствующей повышению качества жизни пациентов с ХСН.

2. Руководителям медицинских организаций необходимо: содействовать в повышении квалификации членов мультидисциплинарной команды, участвующих в кардио-реабилитации по принципам пациент-ориентированной помощи; мотивационное консультирование; активно работать с внешними организациями, в частности по вопросам разработки клинического руководства для пациентов.

3. Эффективность лечения пациентов с ХСН зависит от их вовлеченности, практическим врачам с целью усиления вовлеченности пациентов в процесс лечения необходимо проводить обучение, тренинги по поддержанию пациентов и предоставлению информации пациентам, включая объемы информации, проверку их понимания и умение выявлять потребности пациентов, тем самым реализовать стратегию по оказанию пациенто-ориентированной помощи.

Апробация диссертации.

Основные положения диссертации доложены на:

– Заседании кафедры «Общественного здоровья и социальных наук» и расширенном заседании Научного комитета КМУ ВШОЗ.

– Международной конференции «Stroke Prevention diagnosis and treatment. «6 World Stroke Organization Regional Meeting» September 24-26, 2015 Tbilisi, Georgia. Сертификат

– Международной конференции «Lipid Metabolism and Cardiovascular Risk», The Open Medical Institute, Continuing Medical Education Credits of the Austrian Chamber of Physicians с докладом на тему: «Aneurysm of valsalva sinus with rupturing into right atrium in a patient with generalized atherosclerosis, Takayasu syndrome is a disease». Зальцбург, Австрия 27.09 – 01.10.2021г.

Публикации:

По материалам диссертации опубликовано 5 печатных работ, из них: 1 статья - в журнале, индексируемого базой данных Scopus:

1. Management of Patients with Heart Failure in Primary Health Care: Печатный, опубликован в журнале "Systematic Review Pharmacy" (2020, 11(4), p.440-444), включен в международные базы данных Web of Science и Scopus. Соавторы: Diana Dosbayeva, Zhanat Kozhakenova, Z.Padaiga. В этой работе рассматривается управление пациентами с сердечной недостаточностью на уровне первичной медицинской помощи.

<https://www.sysrevpharm.org/articles/management-of-patients-with-heart-failure-in-primary-health-care.pdf>

4 статьи в журналах, рекомендованных комитетом по обеспечению качества в сфере образования и науки Министерства высшего образования и науки Республики Казахстан:

1. Программа управления заболеванием: хроническая сердечная недостаточность: Печатный, опубликован в "Вестник КазНМУ" (Научно-практический журнал, Алматы, 2018, № 4, С.264-270). Соавторы: Д.Ж. Досбаева, Г.Ж. Токмурзиева, Ж.А. Кожекенова. В статье представлена программа управления заболеванием для пациентов с ХСН.
<https://vestnik.kaznmu.edu.kz/release/2018-4v.pdf>

2. Организация медицинской реабилитации больным хронической сердечной недостаточностью на современном этапе: Печатный, опубликован в "Астана медициналық журналы" (Астана, 2018, 4(98), С.353-357). Соавторы: Д.Ж. Досбаева, Г.Ж. Токмурзиева, Ж.А. Кожекенова. В статье обсуждаются современные подходы к организации реабилитации больных с ХСН.
<https://medical-journal.kz/upload/98.pdf>

3. Роль клинических руководств в применении врачами первичного звена в практической деятельности при лечении пациентов с хронической сердечной недостаточностью: Печатный, опубликован в "Астана медициналық журналы" (Астана, 2019, 1(99), С.216-221). Соавторы: Д.Ж. Досбаева, Г.Ж. Токмурзиева, Ж.А. Кожекенова. В статье анализируется применение клинических руководств врачами первичного звена при лечении пациентов с ХСН. <https://medical-journal.kz/upload/99.pdf>

4. Trends in morbidity and mortality from chronic heart failure in Almaty: Печатный, опубликован в "Научно-практический журнал «Наука и Здравоохранение»" (Семей, 2024, Vol. 26(2), С.53-59). Соавторы: Diana Dosbayeva, Anuar Akhmetzhan, Nursultan Zhakup. В статье представлены тенденции заболеваемости и смертности от ХСН в Алматы. <https://newjournal.ssmu.kz/publication/509/2024-2-53-59/> DOI: 10.34689/SH.2024.26.2.007

Сертификаты:

1. Stroke Prevention6 diagnosis and treatment. «6 World Stroke Organization Regional Meeting» September 24-26, 2015 Tbilisi, Georgia. Сертификат

2. Свидетельство о повышении квалификации по специальности Кардиология по циклу: «Болезни системы кровообращения» в объеме 108 часов в Медицинском образовательном центре «Өркен», 2018г

3. Свидетельство о повышении квалификации по специальности Функциональная диагностика по циклу: «ЭХОКГ диагностика приобретенных пороков сердца (2D 3D)» в объеме 108 часов в Научно-исследовательском институте кардиологии и внутренних болезней, 2019г

4. National Medical University School of the health and public health after Khalel Dosmukhamedov. «Managing change in the health care system» dedicated to the 40th anniversary of Alma-Ata Declaration. 2018г Сертификат.

5. 26.09. – 02.10.2021г Сертификат за участие в семинаре на тему «Lipid Metabolism and Cardiovascular Risk», The Open Medical Institute and its partner, Weill Cornell Medicine, the International Atherosclerosis Society, and the National Lipid Association. Austria, Salzburg.

6. 27.09. – 01.10.2021г Сертификат за участие в семинаре на тему «Lipid Metabolism and Cardiovascular Risk», The Open Medical Institute, Continuing Medical Education Credits of the Austrian Chamber of Physicians. Зальцбург, Австрия.

7. 21-23 октября 2021г Сертификат за участие в семинаре «Российский Национальный Конгресс Кардиологов 2021», Российское Кардиологическое общество г.Санкт-Петербург.

Объем и структура диссертации. Диссертационная работа состоит из введения, 5 глав, заключения, выводов, практических рекомендаций, списка использованной литературы, включающего 206 литературных источников. Диссертация изложена на 121 странице, иллюстрирована 33 таблицами, 48 рисунками, содержит 3 приложения.