



Агабабян И.Р. ✉, Исмоилова Ю.А.

Самаркандский государственный медицинский университет, Самарканд, Узбекистан

Стратегия лечения хронической сердечной недостаточности в условиях специализированного стационара

Конфликт интересов: не заявлен.

Вклад авторов: обзор литературы, подбор и анализ данных, концепция и дизайн исследования – Исмоилова Ю.А.; научное руководство – Агабабян И.Р.

Подана: 30.01.2023

Принята: 23.10.2023

Контакты: irina.agababyan17@gmail.com

Резюме

Цель. Оценить роль специализированного стационара в комплексном лечении пациентов с хронической сердечной недостаточностью.

Материалы и методы. В 1-ю группу вошли 150 пациентов (мужчин – 84 (56%), женщин – 66 (44%); средний возраст – $55,8 \pm 1,98$ года), которые поступили в специализированное отделение хронической сердечной недостаточности (ХСН) с острой декомпенсацией сердечной недостаточности (ОДСН). Во 2-ю группу вошли 150 пациентов (мужчин – 78 (52%), женщин – 72 (48%); средний возраст – $55,88 \pm 1,62$ года), наблюдавшихся в амбулатории по месту жительства после выписки из стационара.

Результаты. Пациенты с ХСН, поступившие в специализированный стационар, которые находились под постоянным патронажем специализированного кабинета ХСН, имели лучшие показатели по качеству жизни и количеству госпитализаций. В течение года смертность пациентов по причине тяжелой ХСН или ОДСН в группе наблюдения составляла 4,2%, а смертность пациентов, которые не наблюдались, составила 17,4%.

Заключение. По итогам лечения было выявлено, что те пациенты, которые получали квадротерапию (в лечение обязательно входили иАПФ или блокаторы АРА, далее при стабилизации состояния их переводили на антагонисты ренина и неприлизина ингибиторы, препарат юпериио, β -адреноблокаторы, антагонисты минералокортикоидных рецепторов и ингибиторы натрий-глюкозного котранспортера второго типа) с титрацией препаратов и находились на контроле кабинета ХСН, имели лучшие показатели по прогнозу и качеству жизни.

Ключевые слова: хроническая сердечная недостаточность, артериальная гипертензия, инфаркт миокарда, фракция выброса, иАПФ, β -адреноблокаторы, диуретики, антагонисты минералокортикоидных рецепторов, иSGLT2

Aghababayan I. ✉, Ismoilova Yu.

Samarkand State Medical University, Samarkand, Uzbekistan

Strategy for the Treatment of Chronic Heart Failure in a Specialized Hospital

Conflict of interest: nothing to declare.

Authors' contribution: literature review, selection and analysis of data, concept and design of the study – Ismoilova Yu.; scientific guidance – Aghababayan I.

Submitted: 30.01.2023

Accepted: 23.10.2023

Contacts: irina.agababayan17@gmail.com

Abstract

Purpose. To evaluate the role of a specialized hospital in the complex treatment of patients with CHF.

Materials and methods. Group I included 150 patients (men 84 (56%), women 66 (44%), average age 55.8 ± 1.98) who were admitted to the specialized department of chronic heart failure (CHF) with acute decompensation of heart failure (CHF). Group II included 150 patients (men 78 (52%), women 72 (48%), mean age 55.88 ± 1.62) who were observed in an outpatient clinic at the place of residence after discharge from the hospital.

Results. Patients with CHF who were admitted to a specialized hospital, who were under the constant patronage of a specialized CHF cabinet, had better indicators in terms of quality of life and the number of hospitalizations. During the year, the mortality of patients due to severe CHF or ADHF in the observation group was 4.2%, and the mortality of patients who were not observed was 17.4%.

Conclusion. Based on the results of treatment, it was found that those patients who received quadruple therapy, that is, the treatment necessarily included ACE inhibitors or ARA blockers, then, when their condition stabilized, they were transferred to renin antagonists and neprilysin inhibitors (ARNI), β -blockers, mineralocorticoid receptor antagonists and inhibitors sodium glucose co-transporter of the second type with titration of drugs and were under the control of the CHF cabinet had the best indicators in terms of prognosis and quality of life.

Keywords: chronic heart failure, arterial hypertension, myocardial infarction, ejection fraction, ACE inhibitors, β -blockers, diuretics, mineralocorticoid receptor antagonists, SGLT2

■ ВВЕДЕНИЕ

На сегодняшний день хроническая сердечная недостаточность (ХСН) остается одной из главных причин смертности практически во всем мире среди людей старше 60 лет. В Узбекистане, по данным за 2022 год, в одной из поликлиник города Самарканда смертность от ХСН составляет 4,8% [8].

В настоящее время принимаются меры по внедрению в отделы здравоохранения специализированных центров ХСН (ЦХСН) для продления жизни этих пациентов, а также для улучшения качества их жизни [1].

Хроническая сердечная недостаточность является серьезной проблемой для всех развитых стран мира [2, 3]. Несмотря на значительный прогресс в лечении, прогноз таких пациентов остается неблагоприятным [9]. Это связано прежде всего со старением населения, так как появилось достаточное количество препаратов, положительно влияющих на длительность жизни этих пациентов. В последние 2 года в мире большая часть населения переболела различными штаммами COVID-19, также высокая смертность наблюдается после перенесенной вирусной инфекции [4].

В структуре смертности от всех заболеваний за 2019 год в Узбекистане основная часть пациентов – 63,8% – умерла от болезней системы кровообращения, из них 90% – от ХСН. Это еще раз подтверждает важность нашей цели – открытия и внедрения центров по контролю за пациентами с ХСН, которые смогут продлить жизнь таких пациентов и улучшить ее качество [10].

В современном мире проблема профилактики и лечения хронической сердечной недостаточности становится актуальной в связи с увеличением числа пациентов с ХСН за счет эффективной профилактики летального исхода при заболеваниях с этиологией сердечной недостаточности [5, 6].

В Республике Узбекистан распространенность ХСН любого функционального класса (ФК) составляет 4,8% населения [7], количество тяжелых пациентов с ХСН III–IV ФК за последние 16 лет увеличилось с 1,2% до 4,8% от общей численности населения [11]. При анализе госпитализаций пациентов в кардиологические отделения диагноз ХСН был подтвержден в 92% случаев (Cleland J.G. et al., 2003) [2]. На сегодняшний день известно, что прогноз лиц с острой декомпенсацией ХСН, требующих госпитализации, значительно хуже. Однако даже после успешного лечения 43,9% пациентов повторно госпитализируются в течение одного года (пилотное исследование ESC-HF, 2013) [9]. Известно, что риск смерти увеличивается в 1,35 раза у пациентов, повторно госпитализированных в течение года, по данным ЭПОХА-Д-ХСН (2016) [10]. По данным европейского пилотного исследования ESC-HF (2014–2022), годовая общая смертность у стабильных (амбулаторных) пациентов с ХСН составляет 7,2%, а после эпизода декомпенсации ХСН увеличивается до 17,4%, такая же схема установлена по данным ЭПОХА-Д-ХСН [10]. Кроме того, общая смертность достоверно не различалась в подгруппах с сохраненной и сниженной фракцией выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ) [7, 9].

Исследование ORACLE показало, что пациенты с острой декомпенсированной сердечной недостаточностью (ОДСН) имеют высокий риск повторной госпитализации: 31% пациентов были госпитализированы в течение первых 30 дней, 53% – через 180 дней и 60% – в течение одного года [12]. Максимальный риск смерти, по данным исследования ЭПОХА-Д-ХСН, наблюдался в течение первых 100 дней после выписки из стационара у пациентов с ОДСН [5].

В другом исследовании сообщалось о повышенном риске смерти у пациентов после эпизода ОДСН в течение первых 30 дней после выписки из стационара [3]. Первые 30–100 дней являются «уязвимым» периодом для лиц с ХСН после ОДСН, что требует создания непрерывной или «бесшовной» системы специализированной медицинской помощи. В последние годы открываются центры ХСН в больших мегаполисах для лиц с ХСН после ОДСН для снижения риска неблагоприятных исходов.

■ ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Оценить роль специализированного стационара в комплексном лечении пациентов с ХСН.

■ МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В 1-ю группу вошли 150 пациентов (мужчин – 84 (56%), женщин – 66 (44%), средний возраст – $55,8 \pm 1,98$ года), которые поступили в специализированное отделение хронической сердечной недостаточности с острой декомпенсацией сердечной недостаточности. Во 2-ю группу вошли 150 пациентов (мужчин – 78 (52%), женщин – 72 (48%), средний возраст – $55,88 \pm 1,62$ года), наблюдавшихся в амбулатории по месту жительства после выписки из стационара.

Средний срок первой госпитализации не различался в обеих группах и составил 11 койко-дней. На момент выписки из стационара в группе 2 было меньше пациентов

Таблица 1
Исходные клинические параметры пациентов исследуемых групп
Table 1
Initial clinical parameters of patients of the studied groups

Параметры	1-я группа, n=150	2-я группа, n=150	P
Возраст	$55,8 \pm 1,98$	$55,88 \pm 1,62$	0,002
Мужчины, % (n)	56 (84)	52 (78)	<0,001
Женщины, % (n)	44 (66)	48 (72)	0,7
Койко-дни	$11,2 \pm 3,1$	$11,3 \pm 3,4$	0,95
САД	$119,6 \pm 3,7$	$122,4 \pm 3,93$	0,2
ДАД	$79,2 \pm 2,6$	$79,6 \pm 2,68$	0,1
ЧСС	$86,2 \pm 2,1$	$85,48 \pm 2,32$	0,1
ФВ _{сохр} СН, % (n)	28 (42)	20 (30)	0,1
ФВ _{пром} СН, % (n)	20 (30)	24 (36)	0,9
ФВ _{низкий} ЮЕ, % (n)	52 (78)	56 (84)	0,05
ТШМХ, м	$341 \pm 26,1$	$344,28 \pm 26,33$	<0,001
II ФК ХСН, % (n)	40 (60)	24 (36)	0,3
III ФК ХСН, % (n)	44 (66)	56 (84)	0,009
IV ФК ХСН, % (n)	16 (24)	20 (30)	0,4
ШОКС, баллы	$8,1 \pm 0,5$	$8,24 \pm 0,48$	<0,001
АГ анамнез, % (n)	96 (144)	90 (135)	0,5
ИБС анамнез, % (n)	84 (126)	88 (149)	0,7
ИМ анамнез, % (n)	28 (42)	24 (36)	0,6
СД анамнез, % (n)	24 (36)	23 (35)	0,5
ИМТ, кг/м ²	$27,1 \pm 0,6$	$27,12 \pm 0,65$	0,3
ФП, % (n)	52 (78)	48 (72)	0,07
Анемия, % (n)	16 (24)	12 (18)	0,5
ХОБЛ анамнез, % (n)	15 (22)	12 (18)	0,02

Примечания: P – достоверность между группами 1 и 2; САД – систолическое АД; ДАД – диастолическое АД; ИМТ – индекс массы тела; ТШМХ – тест 6-минутной ходьбы; ШОКС – шкала оценки клинического состояния; ИБС – ишемическая болезнь сердца; ИМ – инфаркт миокарда; АГ – артериальная гипертония; СД – сахарный диабет; ФП – фибрилляция предсердий; ХОБЛ – хроническая обструктивная болезнь легких.

с II ФК ХСН и больше с III ФК ХСН, чем в группе 1, что коррелирует со средними значениями показателей ТШМХ в исследуемых группах. Среднее значение показателя ФВ ЛЖ не имело статистически значимых различий в сравниваемых группах. В группе 1 оказалось статистически незначимо больше пациентов с СНнФВ.

В группе 1 на первом и всех последующих визитах проводились: установка этиологии ХСН, контроль симптомов и признаков ХСН в динамике, оценка гемодинамических параметров (САД, ДАД, ЧСС) и выполнения рекомендации по самоконтролю, оценка исходов и повторных госпитализаций и их причин. ФК ХСН, ТШМХ, ШОКС, ФВ ЛЖ в обеих группах определялись повторно через 6, 12 месяцев наблюдения.

Первичная обработка материала проводилась в базе данных Microsoft Excel 2010 с использованием программы Statistica 10. Для выявления нескольких признаков использован линейный и многофакторный регрессионный анализ. Различия и корреляционные связи считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

■ РЕЗУЛЬТАТЫ

В течение первого года наблюдения оказалось, что доля повторно госпитализированных пациентов из группы 2 статистически значимо больше, чем из группы 1, – 67,3% против 28% пациентов (ОШ=5,3; 95% ДИ 3,24–8,68; $p_{1/2} < 0,001$).

При отдельном сравнении пациентов с I–II ФК из обеих групп было выявлено, что повторные госпитализации были чаще у пациентов группы 2 в сравнении

Таблица 2
Доля повторно госпитализированных по поводу сердечной недостаточности пациентов групп 1 и 2 по периодам наблюдения

Table 2 The proportion of patients re-hospitalized for heart failure in groups 1 and 2 by follow-up period										
№	Доля повторно госпитализированных пациентов	1-я группа до поступления (n=150)		2-я группа до поступления (n=150)		χ^2	P	ОШ	ДИ min ОШ	ДИ max ОШ
		абс.	%	абс.	%					
1	Первые 6 мес. наблюдения	60	40,0	83	55,3	7,07	0,008	1,86	1,17	2,94
2	1 год наблюдения	42	28,0	101	67,3	46,51	<0,001	5,30	3,24	8,68
3	Суммарно за один год наблюдения	76	50,7	117	78,0	24,42	<0,001	3,45	2,09	5,70

Таблица 3
Доли повторно госпитализированных пациентов в течение одного года наблюдения в зависимости от группы и ФК ХСН

Table 3 The proportion of re-hospitalized patients during one year of follow-up, depending on the group and FC of CHF										
№	Доли повторно госпитализированных пациентов в течение года наблюдения в зависимости от группы и ФК ХСН	1-я группа до поступления (n=150)		2-я группа до поступления (n=150)		χ^2	P	ОШ	ДИ min ОШ	ДИ max ОШ
		абс.	%	абс.	%					
1	I–II ФК	61	40,7	105	70,0	26,11	<0,001	3,40	2,11	5,49
2	III–IV ФК	93	62,0	126	84,0	18,42	<0,001	3,22	1,86	5,56

с группой 1 (ОШ=3,4; 95% ДИ 2,11–5,49; $p<0,001$). Аналогичные результаты получены при сравнении пациентов с III–IV ФК: в группе 2 госпитализации повторно были статистически значимо чаще (ОШ=3,22; 95% ДИ 1,86–5,56; $p_{1/2}<0,001$) (табл. 3).

Как видно из табл. 4, пациенты 1-й группы получали иАПФ с частотой 63,4% и через год этот показатель увеличился до 72,9%, титровали препарат от 2,5 до 5,0 мг. В течение года доза постепенно возросла до 10 мг в сутки. Во второй группе пациенты, находившиеся на АПУ, в два раза меньше (по количеству пациентов) принимали иАПФ (62,3% и 32,3% соответственно). Препараты – блокаторы ангиотензиновых рецепторов, в частности лозартан и валсартан, принимали 19,7% пациентов в начале исследования, так как у них наблюдался побочный эффект от приема иАПФ. В конце года доля пациентов на этих препаратах составила 19,9%. Препарат титровали в зависимости от состояния пациента и АД от 50 до 100 мг лозартана и 80–160 мг валсартана. Что касается β -адреноблокаторов, то основная масса пациентов (74,4%) постоянно принимала эти препараты, а к концу года эта цифра составила 89,7%. Из β -адреноблокаторов большинство пациентов принимали бисопролол – 68,2%, к концу года – 89,7%.

Таблица 4

Частота приема базисных препаратов, их комбинаций и петлевых диуретиков в группах 1 и 2 исходно и через один год наблюдения

Table 4

The frequency of taking basic drugs, their combinations and loop diuretics in groups 1 and 2 at baseline and after one year of observation

Группа ЛС	Группа	Исходно	Через 1 год	$P_{иск}/1 \text{ год}$
ИАПФ, %	1	63,4	72,9	0,02
	2	62,3	32,3	<0,001
	$p_{1/2}=$	0,94	<0,001	–
АРА, %	1	19,7	19,9	0,9
	2	22,7	17,4	0,07
	$p_{1/2}=$	0,2	0,4	–
АРНИ, %	1	26	76	<0,0001
	2	0	0,3	0,5
	$p_{1/2}=$	<0,0001	<0,0001	–
ББ, %	1	77,3	89,7	<0,001
	2	82,1	72,5	<0,001
	$p_{1/2}=$	0,06	<0,001	–
АМКР, %	1	78,2	68,9	<0,001
	2	79,6	65,7	<0,001
	$p_{1/2}=$	0,6	0,3	–
ПД, %	1	98,9	70,8	<0,001
	2	99,3	41,0	<0,001
	$p_{1/2}=$	0,5	<0,001	–
иSLGT2	1	12	26	<0,001
	2	0	0	–
	$p_{1/2}=$	<0,0001	<0,0001	–

Прием антагонистов минералокортикоидных рецепторов (АМКР) исходно был назначен в 78,2% и 79,6% случаев в группах 1 и 2 соответственно, в основном раньше назначался спиронолактон, который использовался в стационаре для лечения ОДХН. В последние годы кардиологи применяют АМКР эплеренон в связи с меньшими побочными эффектами, так как препарат назначается на длительный период. Далее будет проанализировано, какие именно АМКР применялись в дальнейшем через один год наблюдения у пациентов исследуемых групп. Но через один год наблюдения частота реального приема АМКР в группе 1 снизилась до 68,9% и 58,7% случаев соответственно, что связано с отменой этой группы препаратов у части стабильных пациентов с сохраненной ФВ ЛЖ и отменой по причине возникших противопоказаний, например, снижение СКФ, гиперкалиемия. Вторая причина отмены АМКР – улучшение состояния пациента на фоне лечения промежуточной ФВ ЛЖ, отсутствия нарушений ритма, что позволило отменить данную группу лекарственных средств у части пациентов.

В группе 2 реальный прием АМКР снизился более значительно – до 65,7% и 43,2% случаев через один год соответственно, причем через один год наблюдения это оказалось статистически значимо ниже в сравнении с реальным приемом АМКР в группе 1.

Необходимо отметить, что реальная частота приема АМКР в группе 2 не соответствовала клинической тяжести пациентов через один год наблюдения. Вероятно, если бы пациенты группы 2 продолжили наблюдение при специализированном ЦХСН, то частота приема АМКР в этой группе могла бы быть значительно выше.

Терапия петлевыми диуретиками (ПД) при выписке из стационара была рекомендована практически всем пациентам групп 1 и 2, но в дальнейшем реальная частота приема ПД в исследуемых группах снижалась. В группе 1 через один год доля пациентов, принимавших ПД, составила 70,8% и 55,1% соответственно, а в группе 2 оказалась статистически значимо ниже, чем в группе 1, и составила 41% и 37,3% соответственно в зависимости от периода наблюдения (табл. 1).

Этот факт свидетельствует о том, что пациенты группы 2 нуждались в не меньшей частоте применения ПД, чем пациенты группы 1, однако отсутствие надлежащего контроля со стороны АПУ привело к уменьшению количества пациентов, а отсюда и более частой госпитализации. При анализе клинической тяжести пациентов группы 2 и частоты реального приема ПД становится ясно, что терапия ПД в том варианте, в котором она реально представлена к концу первого года наблюдения, явно не была достаточной для пациентов группы 2. Следовательно, либо пациенты группы 2 оказались не привержены к лечению ПД в течение длительного периода после выписки из стационара, либо ПД были отменены амбулаторно.

В табл. 5 указаны основные группы препаратов, назначенные пациентам 1-й группы, дозы и титрация исходно и через год.

В табл. 6 указаны препараты и их дозы у пациентов 2-й группы. Как видно из этой таблицы, пациенты 2-й группы не получали препарат иSGLT2, который в настоящее время входит в число обязательных препаратов в лечении ХСН.

Таблица 5

Медианы (квартили) доз базисных лекарственных средств и петлевых диуретиков исходно, через 1 год наблюдения в группе 1

Table 5

Medians (quartiles) of doses of basic drugs and loop drugs diuretics initially, after 1 year of observation in group 1

Группа и название ЛС	Исходно (n=150)	Через 1 год (n=144)	Р _{иск} /1 год
ИАПФ, мг/сутки			
Периндоприл	5 (2,5; 5)	5 (2,5; 10)	0,4
Эналаприл	10 (5; 10)	10 (5; 12,5)	0,6
Лизиноприл	5 (5; 10)	10 (5; 10)	0,4
АРА, мг/сутки			
Валсартан	120 (80; 160)	160 (100; 240)	0,3
Кандесартан	8 (8; 16)	16 (12; 16)	0,5
Сакубитрил/валсартан, мг/сутки	50 (24/26) × 2 р.	100 (51/49) × 2 р.	0,03
ББ, мг/сутки			
Бисопролол	5 (2,5; 10)	5 (2,5; 10)	0,08
Карведилол	25 (15,6; 37,5)	25 (25; 37,5)	0,7
Небиволол	1,25 (1,25; 1,9)	5 (3,75; 5)	0,07
АМКР, мг/сутки			
Спиронолактон	25 (25; 35)	25 (25; 42)	0,4
Эплеренон	25 (25; 25)	25 (25; 43,8)	0,02
ПД, мг/сутки			
Фуросемид	40 (40; 80)	40 (40; 70)	0,3
Торасемид	10 (5; 10)	10 (5; 15)	0,07

Таблица 6

Медианы (квартили) доз базисных лекарственных средств и петлевых диуретиков исходно, через 1 год наблюдения в группе 2

Table 6

Median (quartiles) doses of basic drugs and loop drugs diuretics initially, after 1 year of observation in group 2

Группа и название ЛС	Исходно (n=150)	Через 1 год (n=124)	Р _{иск} /1 год
ИАПФ, мг/сутки			
Периндоприл	5 (2,5; 5,6)	5 (2,5; 5)	0,7
Эналаприл	10 (5; 20)	5 (2,5; 15)	0,1
Лизиноприл	7,5 (5; 17,5)	5 (5; 6,9)	0,02
АРА, мг/сутки			
Валсартан	160 (80; 320)	80 (80; 160)	0,3
Кандесартан	16 (12; 24)	12 (10; 14)	0,5
Сакубитрил/валсартан, мг/сутки		100 (100; 100)	0,3
ББ, мг/сутки			
Бисопролол	5 (3,75; 10)	5 (2,5; 10)	0,3
Карведилол	12,5 (11; 21,9)	12,5 (9,4; 12,5)	0,4
Небиволол	2,5 (1,25; 2,5)	–	
АМКР, мг/сутки			
Спиронолактон	50 (25; 50)	50 (25; 50)	0,5
Эплеренон	25 (25; 25)	25 (25; 25)	0,3
ПД, мг/сутки			
Фуросемид	40 (40; 70)	40 (40; 60)	0,4
Торасемид	10 (5; 10)	10 (5; 15)	0,3

Таблица 7

Частота приема петлевых диуретиков в группе 1 и их титрация в течение года

Table 7

The frequency of loop diuretics in group 1 and their titration during the year

Группа и название ЛС	Исходно (n=150)	Через 1 год (n=144)	P _{исх} /1 год
ПД, %	98,9	70,8	<0,001
Фуросемид	64,1	7,6	<0,0001
Торасемид	35,9	63,6	<0,001

■ ОБСУЖДЕНИЕ

Все пациенты с хронической сердечной недостаточностью, находившиеся под строгим контролем центра ХСН, а также под патронажем специально обученной медсестры, которые прошли курсы самоконтроля, следили за своим весом, проходили реабилитационные мероприятия, соблюдали диету, а главное, проходили титрацию всех препаратов и в течение года практически не нуждались в госпитализации. В конце года пациенты 1-й группы оставались на иАПФ – 73,4%, а при стабильном состоянии 26% перешли на иSLGT2. Частота реального приема ББ через один год наблюдения в группе ЦХСН выросла статистически значимо до 89,7%, а в группе АПУ, наоборот, снизилась достоверно до 74,1% случаев. Доля пациентов, принимавших АМКР, в группе ЦХСН снизилась до 58,7% через один год наблюдения, что связано с отменой этой группы препаратов у части стабильных пациентов, а в группе АПУ реальный прием АМКР снизился более значительно – до 43,2% случаев, что не соответствовало тяжести симптомов у пациентов представленной выборки.

Эти данные доказывают увеличение риска развития ОДСН при отмене базисной терапии сердечной недостаточности, что было показано и в представленном исследовании, где пациенты группы АПУ имели более высокие риски повторных госпитализаций и смертности.

■ ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Открытие центра ХСН в городе Самарканде позволяет тяжелым пациентам с ХСН реже обращаться за госпитализацией в стационар, так как они постоянно находятся под патронажем врача-кардиолога и медсестры, занимаются самоконтролем. В течение года смертность пациентов по причине тяжелой ХСН или ОДСН в группе наблюдения составляла 4,2%, а смертность пациентов, которые не наблюдались, составила 17,4%, соответственно, в первой группе умерло 6 человек в течение года из 150, а во второй группе – 26 человек из 150.

Центр ХСН в настоящее время является необходимым рабочим органом, который контролирует пациентов, чтобы продлить им жизнь и улучшить ее качество.

У пациентов, находившихся на контроле, при необходимости стационарного лечения при острой декомпенсации сердечной недостаточности уменьшалось число койко-дней на 1,5–2,0 дня, что соответствует 700 000–1 400 000 (70\$ и 140\$ соответственно) сум экономии соответственно с 1 пациента.

Одной из важных проблем современного лечения пациентов с ХСН является дороговизна препаратов, которые пациенты должны принимать до конца жизни. Необходимо согласовывать все вопросы улучшения качества жизни этих пациентов

с Министерством здравоохранения для возможности бесплатной выдачи квадротерапии (АРНИ, β-адреноблокаторы, АМКР, иSGLT2) для инвалидов II группы по хронической сердечной недостаточности.

■ ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Arutyunov A.G. ACE Inhibitors in CHF: Necessity despite the Change of Goals. *Russ J Difficult Patient*. 2014;12(5):31–5.
2. Cleland J.G.F. The EuroHeart Failure survey programme – a survey on the quality of care among patients with heart failure in Europe: Part 1: patient characteristics and diagnosis. *European heart journal*. 2003;24(5):442–463.
3. Karabulut U. Effect of Sacubitril/Valsartan Combined with Dapagliflozin on Long-Term Cardiac Mortality in Heart Failure with Reduced Ejection Fraction. *Angiology*. 2022;73(4):350–356.
4. Kennelly P. Diuretic therapy in congestive heart failure. *Acta Cardiologica*. 2022;77(2):97–104.
5. Kolwelter J. The SGLT2 inhibitor empagliflozin reduces tissue sodium content in patients with chronic heart failure: results from a placebo-controlled randomised trial. *Clinical Research in Cardiology*. 2022:1–11.
6. Tromp J. A systematic review and network meta-analysis of pharmacological treatment of heart failure with reduced ejection fraction. *Heart Failure*. 2022;10(2):73–84.
7. Agababyan I.R., Kobilova N.A. Colchicine Effect on C-Reactive Protein Levels in Patients with Coronary Heart Disease after Myocardial Revascularization. *Kardiologija v Belarusi*. 2023;15(3):355–361.
8. Agababyan I.R., Ismoilova Yu.A. Effectiveness of outpatient monitoring of patients with chronic heart failure. *Achievements of science and education*. 2022;2(82):99–103. (in Russian)
9. Agababyan I., Yarasheva Z., Nasretidinova M. The Importance of Echocardiography in the Detection of Early Chronic Heart Failure in Elderly Patients. *Kardiologija v Belarusi*. 2022;14(3):313–318.
10. Ismoilova Yu.A., Agababyan I.R. Condition of patients with chronic heart failure on the background of long-term outpatient follow-up. *Journal of Biomedicine and Practice*. 2022;7(3). (in Uzbekistan)
11. Akhmed Kh., Agababyan I.R., Mareev Yu.V. Changes in peripheral hemodynamics and platelet aggregation caused by captopril in patients with chronic congestive heart failure. *Terapevticheskii Arkhiv*. 1986;58(11):58–61.
12. Polyakov D.S. Epidemiological program EPOCHA-CHF: decompensation of chronic heart failure in real clinical practice (EPOCHA-D-CHF). *Journal of heart failure*. 2016;17(5):299–305. (in Russian)