

УДК: 616.12-005.4-035: 615.22

ПРИЙНЯТТЯ РІШЕНЬ ПРИ ДИСПАНСЕРНОМУ СПОСТЕРЕЖЕННІ ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ

О.П. Мінцер, Г.І. Лисенко, В.О. Мінцер

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика

e-mail: mintser@kmapo.kiev.ua

Вступ. Концепція оцінки ризику практично всіма вченими розглядається в якості головного механізму оптимізації тактики введення хворих з ішемічною хворобою серця (ІХС).

Клінічний моніторинг як система спостереження, аналізу, оцінки й прогнозу стану здоров'я хворих, є, з одного боку, засобом керування ризиками, а з іншого - системою, що надає відомості про реальний вплив факторів ризику.

На сьогоднішній день системи оцінки ризику, зокрема, шкала SCORE, що рекомендована для застосування у країнах Європи, не дозволяє оцінювати зміну ризику при корекції деяких модифікованих факторів, таких як рівень загального холестерину, артеріального тиску, паління тощо. На практиці не використовуються диференційні схеми зміни тактики лікування та профілактичних заходів в залежності від динаміки патологічного процесу, зміни як окремих факторів, так і сумарної оцінки важкості стану пацієнта [3].

Слід зауважити, що всебічна оцінка ризику впливу на здоров'я хворого на ІХС всіх потенційних факторів хоча й бажана, але реально нездійсненна, особливо на етапі первинної медико-санітарної допомоги. У зв'язку із цим аналіз зазвичай проводиться на основі детального дослідження обмеженої кількості пріоритетних показників [2, 4].

Отже, методологію оцінки і управління ризиками можна розглядати у якості одного з основних елементів клінічного моніторингу.

Матеріал і методи. Динаміку перебігу патологічного процесу досліджено методом суцільного відбору з 92 пацієнтів у віці від 32 до 65 років, які перебували під диспансерним спостереженням. Аналіз вікового діапазону показав, що пацієнтів у віці від 40 до 65 років було 83 (55,3%), до 40 років – 67 (44,7%). Оцінку стану хворих здійснювали за допомогою методики М.М. Амосова та співавт. [1]. На момент встановлення діагнозу кількісне оцінювання тяжкості стану пацієнтів коливалося в межах 10,6 - 76,6 балів, в середньому 47,9 бала.

Відповідно отриманим балам ризику всі хворі розподілені на чотири групи (табл. 1).

Таблиця 1

Розподіл хворих за ступенем ризику

№ з/п	Ступені ризику	Кількість хворих	
		абс.	%
1	Перша	12	8,0
2	Друга	74	49,3
3	Третя	58	38,7
4	Четверта	6	4,0
	Всього	150	100,0

Як бачимо з табл. 1 найчастіше спостерігаються друга – третя ступені ризику. Разом вони складають переважну кількість пацієнтів (88%), $p < 0,05$. Це ще раз свідчить про недостатню увагу відповідних служб щодо надання медичної допомоги пацієнтам з

факторами ризику ІХС з раннього виявлення захворювання. З іншого боку, пізні запущені клінічні випадки ІХС, також зустрічаються досить рідко ($p < 0,05$).

Для оцінки динаміки процесу під час моніторингу стану пацієнта здійснювалося кодування розмаху змін параметрів. При цьому використовували схему, згідно якої динаміка показників на визначених часових проміжках позначалася цифрами 1- є різниця з еталонною кривою у бік зменшення значення фактору ризику, 0 – різниці немає або існує різниця у бік погіршення показника (в даному випадку збільшення артеріального тиску). Отже, зазначена на рис. 1 динаміка змін систолічного артеріального тиску у пацієнта А може бути виражена наступною послідовністю символів – 100001. Використовуючи даний спосіб кодування процесів, нам вдалося кількісно охарактеризувати динаміку показників стану кожного пацієнта.

Використовували поняття відстані за Хемінгом між двома послідовностями $d(X,Y)$, згідно якого невід’ємна функція $d_1(X,Y)$ називається відстанню або метрикою в деякій множині E , якщо для будь яких елементів $X, Y, Z \in E$ виконуються такі умови:

- 1) $d_1(X,Y)=0$ тоді й тільки тоді, коли $X=Y$; 2) $d_1(X,Y)=d_1(Y,X)$; 3) $d_1(X,Y) \leq d_1(X,Z)+d_1(Y,Z)$.

Введемо поняття нормованої відстані: $d'(X,Y)=d(X,Y)/n$, де n – довжина послідовності.

На рис. 1 розглянуто приклад оцінки динаміки ризику у пацієнта з ІХС. Використовувався метод кодування процесу від одного часового етапу до іншого.

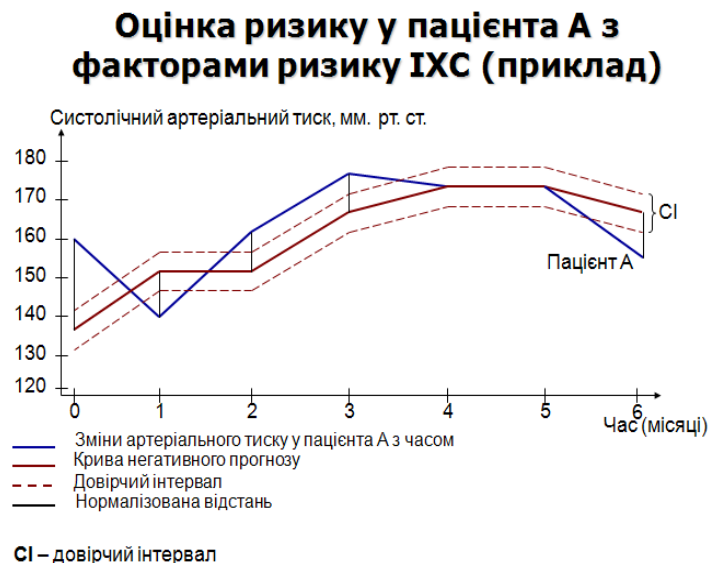


Рис. 1. Оцінка динаміки ризику у пацієнта з ІХС.

Відстань за Хемінгом дає можливість зіставляти довгі послідовності чисел, що відображують динаміку процесу.

Для прийняття рішень, зазвичай, обґрунтовуються відповідні пороги α та β (β значно більше α). Якщо порівняння здійснюється з еталонною кривою сприятливого результату, рішення щодо несприятливого результату приймається при значенні нормованої відстані більше β . Сприятливий результат прогнозується при значенні d менше α . Нарешті, якщо маємо нерівність $\alpha < d < \beta$, робили висновок, що має місце невизначеність. Аналогічно здійснювали процес прийняття рішень при співставленні d зі значеннями еталонної кривої сприятливого результату розвитку хвороби, але розглядали зворотні нерівності: висновок, щодо несприятливого перебігу хвороби робиться при $d < \alpha$.

У прикладі, що нами розглянутий, нормована відстань дорівнює $2 / 6 = 0,33$. При порозі прийняття рішень - 0,4, можна зробити висновок, що ризик ІХС великий.

Результати та їх обговорення. Ретроспективний аналіз дав змогу виділити чотири основні типи перебігу ІХС: стабільний, нестабільний, прогресуючий і хвилеподібний (рис. 2).



1 – стабільний тип; 2 - нестабільний тип; 3 - прогресуючий тип;
4 – хвилеподібний тип.

Рис. 2. Варіанти розвитку ІХС.

Встановлено, що за стабільного типу перебігу сума балів для кожного загострення під час диспансерного огляду за весь період спостереження була вище за початкову не більш, ніж на 15 балів. Хворих з нестабільним перебігом поділили на дві групи. Для першої групи характерним є те, що при загостреннях захворювання сума балів збільшується більше, ніж на 15 балів, з наступним поверненням до вихідного значення. До другої групи увійшли хворі, в яких "гострі" ускладнення виникли на фоні його сприятливого перебігу.

Прогресуючому перебігу притаманні збільшення суми балів більш, ніж на 15 балів, з наступною стабільністю на новому рівні чи помірне збільшення суми балів при подальшому спостереженні.

Стабільний перебіг ІХС спостерігали у 56 (76,0%) пацієнтів. У 13 (11,4%) хворих в період ремісії були ускладнення. Після появи ускладнень цих хворих переведено до другої групи, за винятком трьох пацієнтів, у яких загострення процесу проходило самостійно і надалі не повторювалося.

Нестабільний перебіг виявлено у 25 (16,7%) пацієнтів. До першої групи нестабільного типу перебігу входило 14 (56,0%) хворих. За період спостереження від 6 місяців до 5 років у 10 хворих спостерігалися часті загострення до 6 (частіше, ніж 1 раз в 6 місяців), причому неодноразові напади спостерігалися у 8 пацієнтів, а в 3 з них у найближчі три роки хвороба прогресувала. У 4 пацієнтів надалі процес протікав без ускладнень. У другій групі нестабільного типу перебігу ІХС було 11 (44,0%) хворих. Прогресуючий перебіг встановлений у 11 (7,3%) хворих. У 7 хворих прогресування призвело до оперативного втручання у період від 3 до 15 місяців.

Запропоновано трьох етапне ведення хворих, яким рекомендовані консервативні методи лікування.

На етапі спостереження при відсутності ефекту протягом 3-х місяців здійснювали додаткове інструментальне обстеження.

При наявності чи підозрі на ІХС пацієнту призначалося профілактичне лікування. З уточненим діагнозом хворого направляли у відповідний спеціалізований стаціонар.

При наявності даних, щодо належності пацієнта до третьої групи, пропонували спеціальну скринінгову програму їх диференційованого ведення, що містить, в свою чергу, 5 етапів (табл. 2).

Таблиця 2

Диференційоване ведення пацієнтів з факторами ризику ІХС
з 3 - 4 ступенем ризику виникнення ІХС

№ з/п	Етап	Найменування етапу	Направленість лікувальних дій
1	Перший	Аналітичний	Встановлення факту наявності ІХС
2	Другий	Діагностичний	Формування топічного діагнозу на підставі даних ехографії
3	Третій	Спеціального дослідження	Проведення додаткових методів обстеження
4	Четвертий	Лікувальний	Консервативні і оперативні лікувальні заходи
5	П'ятий	Реабілітаційний	Забезпечення стійкої ремісії, чи одужання

Зрозуміло, що перелік етапів та наведені лікувальні заходи мають дещо умовний характер, тим більше, що вони не охоплюють пацієнтів зі змішаними станами.

Висновки. Запропонований підхід дає можливість оптимізувати роботу сімейного лікаря в сучасних умовах. Він дозволяє не тільки виявляти контингент населення з факторами ризику виникнення захворювань на етапі первинної профілактики та виявлення захворювання при умові відсутності обізнаності пацієнта про наявність у нього патологічного процесу, але і забезпечити запобігання розвитку ускладнень та побічної дії лікарських засобів на етапі вторинної профілактики з метою подальшої диспансеризації таких пацієнтів та моніторингу їх стану. Запитання про перенесені пацієнтом захворювання одразу ж допомагало отримати уявлення про стан пацієнта, наявність основної та супутньої патології.

Запропоновані кількісні підходи щодо оцінки стану хворих на ІХС, виявлення факторів ризику, обґрунтування типів динаміки патологічної картини захворювання дає всі підстави забезпечити ефективне прийняття рішень при виборі тактики та стратегії лікування хворих на ІХС.

Література

1. Амосов М.М., Сидаренко Л.М., Мінцер О.П., Книшов Г.В. Факторы риска протезирования митрального клапана // Грудная хирургия. - 1975. - № 3. - С. 9 - 16.
2. Lloyd-Jones D.M., Leip E.P., Larson M.G., D'Agostino R.B., Beiser A., Wilson P.W., Wolf P.A., Levy D. Prediction of lifetime risk for cardiovascular disease by risk factor burden at 50 years of age. *Circulation*, (2006), 113 (6): 791–798.
3. Conroy R.M., Pyorala K., Fitzgerald A.P. et al. SCORE project group. Estimation of ten year risk of fatal cardiovascular disease in Europe: the SCORE project (2003) // *Eur. Heart J.* - 2003. - № 24 (11). - P. 987–1003.
4. Noel Bairey Merz. Assessment of Patients at Intermediate Cardiac Risk, *MD Am J Cardiol* 2005; 96 [suppl]:2J – 10J.