

РОЛЬ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР СТАЦИОНАРА В ОБУЧЕНИИ И РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

ПАЛЬМОВА ЛЮБОВЬ ЮРЬЕВНА, канд. мед. наук, доцент кафедры внутренних болезней ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, 420012, Казань, ул. Бутлерова, 49, e-mail: palmova@bk.ru

ИШМУРЗИН ГЕННАДИЙ ПЕТРОВИЧ, канд. мед. наук, доцент кафедры внутренних болезней ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, 420012, Казань, ул. Бутлерова, 49

ПОДОЛЬСКАЯ АЛЛА АНАТОЛЬЕВНА, канд. мед. наук, зав. терапевтическим отделением ГАУЗ «Городская клиническая больница № 7» г. Казани; доцент кафедры внутренних болезней ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, 420012, Казань, ул. Бутлерова, 49

Реферат. Цель исследования – изучить удовлетворенность пациентов с бронхиальной астмой образовательной ролью медицинских сестер в терапевтической практике. **Материал и методы.** С помощью анкеты из 18 пунктов был проведен опрос 30 пациентов с бронхиальной астмой в условиях терапевтического отделения стационара г. Казани. На 2-м этапе исследования проанкетировано 10 медицинских сестер того же терапевтического отделения, в котором находились указанные пациенты с бронхиальной астмой. Анкета была анонимной и содержала 10 вопросов закрытого типа. Средний возраст пациентов составил (60,5±3,07) года, среди них было 18 женщин и 12 мужчин. **Результаты и их обсуждение.** Течение и степень достижения контроля бронхиальной астмы определяются не только объемом и качеством назначенной фармакотерапии, но и рядом немедикаментозных факторов. В достижении необходимого уровня информированности немалая роль отводится среднему медицинскому персоналу. Правильность их действий напрямую определяет эффективность обучения, медицинской реабилитации и вторичной профилактики у больных бронхиальной астмой. В данном исследовании продемонстрирована невысокая частота посещения лицами с бронхиальной астмой образовательных астма-школ (33%), довольно низкая приверженность к выполнению пикфлоуметрии и ведению дневника самоконтроля (50%), а также к занятиям физическими упражнениями и дыхательной гимнастикой (30%). **Выводы.** Большая часть пациентов с бронхиальной астмой удовлетворена образовательными мероприятиями, проводимыми средним медицинским персоналом, однако больше половины из них не посещает астма-школу (67%). Приверженность к выполнению пикфлоуметрии и ведению дневника самоконтроля также оказалась невысокой. Данные методы не требуют больших финансовых вложений и должны приближаться к 100% охвату данного контингента больных. Для более высокой эффективности медицинской реабилитации следует систематизировать кратковременные рекомендации и советы в специально разработанные программы обучающих школ силами медицинских сестер.

Ключевые слова: бронхиальная астма, медицинская сестра, обучение, реабилитация.

Для ссылки: Пальмова, Л.Ю. Роль медицинских сестер стационара в обучении и реабилитации пациентов с бронхиальной астмой / Л.Ю. Пальмова, Г.П. Ишмурзин, А.А. Подольская // Вестник современной клинической медицины. – 2019. – Т. 12, вып. 5. – С.41–45. DOI: 10.20969/VSKM.2019.12(5).41-45.

THE ROLE OF HOSPITAL NURSES IN TRAINING AND REHABILITATION PATIENTS WITH BRONCHIAL ASTHMA

PALMOVA LYUBOV YU., C. Med. Sci., associate professor of the Department of internal medicine of Kazan State Medical University, Russia, 420012, Kazan, Butlerov str., 49, e-mail: palmova@bk.ru

ISHMURZIN GENNADY P., C. Med. Sci., associate professor of the Department of internal medicine of Kazan State Medical University, Russia, 420012, Kazan, Butlerov str., 49

PODOLSKAYA ALLA A., C. Med. Sci., the Head of the Department therapeutic of City Clinical Hospital № 7 of Kazan; associate professor of the Department of internal medicine of Kazan State Medical University, Russia, 420012, Kazan, Butlerov str., 49

Abstract. The aim of the research was to study satisfaction of patients with bronchial asthma with the educational role of nurses in therapeutic practice. **Material and methods.** A survey of 30 bronchial asthma (BA) patients was carried out in Therapeutic Department of Kazan Hospital with a 18 questions form. 10 nurses of the same Therapeutic Department were surveyed at the 2nd stage of the study. The questionnaire was anonymous and contained 10 closed-ended questions. The average age of patients was (60,5±3,07) years, among them were 18 women and 12 men. **Results and discussion.** The volume and quality of prescribed pharmacotherapy do not only determine BA course and control of asthma achievement, but also a various of non-drug factors. In achieving the necessary level of awareness, a significant role is given to nurses. The correctness of their actions directly determines the effectiveness of training, medical rehabilitation, and secondary prevention in patients with bronchial asthma. This study demonstrated an insufficient visiting of educational Asthma-schools (33%) by patients with BA, a low adherence of peak flow measurements, keeping a self-control diary (50%), nor doing physical exercise and breathing exercises (30%). **Conclusions.** Most patients with BA satisfied with educational activities carried out by nurses, but more than the half of them do not attend Asthma-schools (67%). Adherence to the implementation of the peak flow measurements and keeping a diary of self-control was also poor. These methods do not need large financial investments and should be close to 100% coverage of patients of this group. For higher efficiency of medical rehabilitation, it is necessary to systematize short-term recommendations and tips in specially developed programs of training schools by nurses.

Key words: bronchial asthma, nurse, training, rehabilitation.

For reference: Palmova LYu, Ishmurzin GP, Podolskaya AA. The Role of hospital nurses in training and rehabilitation patients with bronchial asthma. The Bulletin of Contemporary Clinical Medicine. 2019; 12 (5): 41-45. DOI: 10.20969/VSKM.2019.12(5).41-45.

Введение. Обучение и реабилитация пациентов является неотъемлемым в системе медицинской помощи при различных острых и хронических патологиях. Они призваны формировать партнерские отношения между медицинскими работниками, пациентом и его семьей. Этот вопрос является крайне важным при ведении пациентов с бронхиальной астмой (БА). В медицинскую реабилитацию и обучение больных БА входит комплекс мероприятий, направленных на достижение надежной компенсации заболевания и достижения удовлетворительного контроля астмы. К описанным выше мероприятиям относятся медикаментозное лечение, гипоаллергенный режим, лечебная физкультура, диетотерапия, массаж, физиотерапия, пикфлоуметрия. Предупреждение и предотвращение обострений БА – существенный элемент полноценного и стабильного контроля заболевания [1, 2].

Важным участником в процессе обучения и медицинской реабилитации является медицинский работник. Специфика функций медицинской сестры заключается в том, что она должна принимать участие в течение всего периода лечения и реабилитации пациента, причем в часто меняющихся условиях и различных отношениях с пациентом и его семьей. Психологическое взаимодействие с пациентом и его семьей является существенным элементом реабилитационного процесса. В программе ведения БА также актуальны меры вторичной профилактики БА, направленные на предотвращение обострений и осложнений. Крайне важным является мониторинг функций сердечно-сосудистой системы, особенно артериального давления, обучение пациентов методикам правильного дыхания. С целью продления периода ремиссии БА необходимо соблюдать ряд правил, выполнение которых контролирует медицинская сестра (отказ от вредных привычек, контроль за пикфлоуметрией, питанием и выполнением дыхательной гимнастики). Она обязана следить за своевременностью и продолжительностью самостоятельных занятий пациента, вовремя информировать врача обо всех неадекватных реакциях на физическую нагрузку [3].

В глобальной инициативе по бронхиальной астме (GINA) большое внимание уделяют обучению пациентов и индивидуальному подходу. Информированность больных о своем заболевании в целом, методах терапии, правилах пользования ингаляторами и пикфлоуметром, о поведении при приступе БА имеет огромное влияние на достижение контроля заболевания. И в этом роль медицинской сестры просто неоспорима [4, 5].

Для лечения БА существуют различные противоастматические лекарственные средства, разные типы ингаляторов и небулайзеров. Эти факторы могут вызвать немалые затруднения у пациентов. В обязанности медицинской сестры входит контроль за правильностью выполнения той или иной ингаляции с учетом группы медикаментов и типа используемого устройства [6].

Немаловажное значение имеет контроль над течением БА. С целью оценки степени контроля

заболевания лучше использовать валидизированные инструменты, такие как Asthma Control Test (ACT) и опросник Asthma Control Questionnaire (ACQ). Они могут использоваться больными для самооценки, позволяя определять изменения клинических симптомов. С помощью данных тестов можно анализировать достигнутые результаты выполненной терапии. Для контроля БА и раннего выявления обострений важно проводить пикфлоуметрию. При начальных признаках обострения астмы наблюдается устойчивое снижение утренней величины пиковой скорости выдоха (ПСВ). Данную процедуру можно сравнить с контролем артериального давления при гипертонии и с измерением уровня глюкозы при сахарном диабете. Систематическое выполнение этой рутинной методики позволит вовремя распознать признаки начинающегося обострения БА и предупредить ухудшение состояния. Измерение ПСВ, ведение дневника помогает больным лучше взаимодействовать с медицинскими работниками, а при ухудшении состояния – самим регулировать свое лечение. Это несомненно снижает зависимость от болезни и позволяет вести активный образ жизни, что трудно переоценить в современных условиях. Обучение пациентов с БА является доказано эффективным [5, 6].

Однако в реальной клинической практике индивидуальный подход к пациентам с БА не всегда находится на должном уровне.

Цель исследования – изучить удовлетворенность пациентов бронхиальной астмой образовательной ролью медицинских сестер в терапевтической практике.

Материал и методы. Было проанкетировано 30 пациентов с БА, находившихся на лечении в терапевтическом отделении одной из городских клинических больниц г. Казани. С этой целью использовалась анкета из 18 вопросов закрытого типа, разработанная сотрудниками кафедры внутренних болезней КГМУ. С целью получения объективных данных, касающихся степени тяжести, стажа заболевания, частоты обострений в год, было проанализировано 30 историй болезни этих же пациентов. Также опрос проводился среди медицинских сестер ($n=10$) того же терапевтического отделения, где пациенты с БА получали лечение. Анкета была анонимной и содержала 10 вопросов закрытого типа. Полученные данные обрабатывали с помощью программы Microsoft Excel 2010. Различия показателей считали статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение. Средний возраст пациентов составил ($60,5 \pm 3,07$) года, среди них 18 женщин и 12 мужчин. Распределение больных БА в зависимости от степени тяжести было следующим: легкое интермиттирующее течение – 20%, легкое персистирующее течение – 30%, средняя степень тяжести – 40%, тяжелое течение – 10%. Все они были вне контроля и находились в стадии обострения. 27% больных имели продолжительность БА до 5 лет, 13% – 5–10 лет, 43% – 10–15 лет, 17% – 15 и более лет. У 37% опрошенных пациен-

тов обострения возникали 2–3 раза в год, у 27% – 1–2 раза, у 23% – 3–4 и у 13% – 4–5 обострений в год. Частота обострений, требующих госпитализации в стационар по поводу БА, составила 1 раз в год у 8 (26,7%) человек, 2 раза в год – у 14 (46,7%) человек, 3 раза в год – у 7 (23,3%) человек и 4 раза в год – у 1 (3,3%) пациента.

Согласно опроснику с целью купирования приступа БА пациенты пользовались различными группами препаратов. Так выяснилось, что 33% лиц используют беродуал, 27% – симбикорт, 23% – будесонид (пульмикорт), 17% – сальбутамол. Видеть в данном перечне будесонид было весьма неожиданно, ведь этот препарат не относится к препаратам скорой помощи. В этой связи напрашивается вывод о недопонимании пациентами основ лечения, а следовательно, низком уровне знаний о применяемой терапии. Только 33% пациентов ответили, что когда-либо посещали занятия в астма-школе, а 67% не посещали ее ни разу (рис. 1).

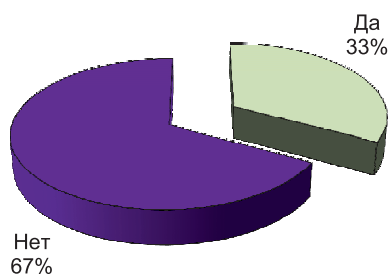


Рис. 1. Посещение пациентами астма-школы

На вопрос, давали ли медицинские сестры советы по профилактике обострений и правильному приему препаратов, все пациенты ответили положительно. Опираясь на свой многолетний опыт работы в терапевтическом отделении, отметим, что проводимые обучающие беседы с больными БА в повседневной практике, к сожалению, не носят систематичный характер. Большею частью они кратковременны, нерегулярны и весьма хаотичны.

При этом следует отметить, что не все пациенты имеют возможность госпитализироваться в специализированные отделения, в частности в отделения пульмонологического профиля. В этой связи необученный пациент будет допускать тактические ошибки. Уверены, что разрозненные беседы должны быть систематизированы и внедрены в рамках образовательных школ.

Анкетирование показало, что 79% пациентов соблюдают диету и гипоаллергенный режим, а 21% не соблюдают. На вопрос «Обучали ли медицинские сестры правильному использованию ингалятора?» все из опрошенных пациентов ответили положительно. 77% пациентов информированы о причинах возникновения приступов БА и способах их профилактики, а 23% не владеют достаточной информацией. 50% опрошенных пациентов ежедневно проводят пикфлоуметрию и ведут дневник самоконтроля, 33% проводят ее лишь иногда, а 17% лиц с БА не используют этот метод контроля (рис. 2).

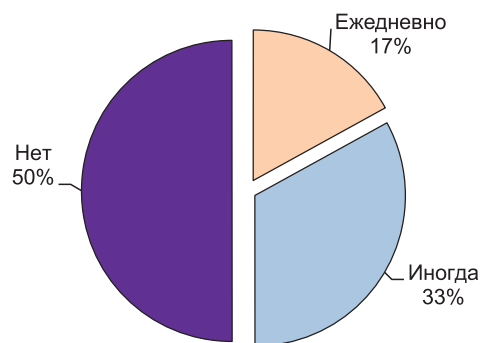


Рис. 2. Проведение пикфлоуметрии и ведение дневника самоконтроля

Дыхательной гимнастикой и физическими упражнениями ежедневно занимаются 30% пациентов, 50% лишь иногда проводят данные мероприятия, а 20% не занимаются вовсе (рис. 3). Также не следует забывать, что то или иное мнение пациентов не всегда свидетельствует о выполняемых действиях.

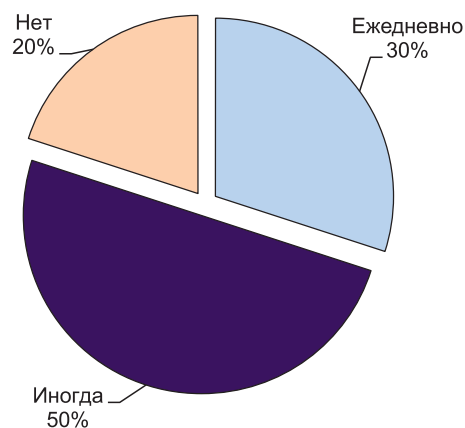


Рис. 3. Занятия дыхательной гимнастикой и физическими упражнениями

Следует отметить, что данные методы не требуют больших медицинских затрат и финансовых вложений и в идеале должны приближаться к 100% охвату данного контингента больных. В этой связи необходимо более активно сотрудничать с пациентами на всех этапах оказания лечебно-диагностической помощи и повышать их комплаентность, что в конечном итоге предопределяет лучшую эффективность комплексного лечения.

Подверглись анализу источники информации, откуда пациенты получают сведения о своем заболевании. 16 (53%) пациентов обращались к своему лечащему врачу, 8 (27%) – консультировались у медицинских сестер, 4 пациента использовали веб-ресурсы (13%), а у 2 (7%) имелись какие-то иные источники информации (рис. 4).

Таким образом, 80% пациентов получали сведения о заболевании из достоверных источников, 27% из них – от среднего медицинского персонала.

По мнению большинства пациентов (83%), они обладают достаточной информацией о своем заболевании, частично владеют информацией 17% больных. Нам видится, что с целью повышения качества обучения пациентов с БА как части комп-

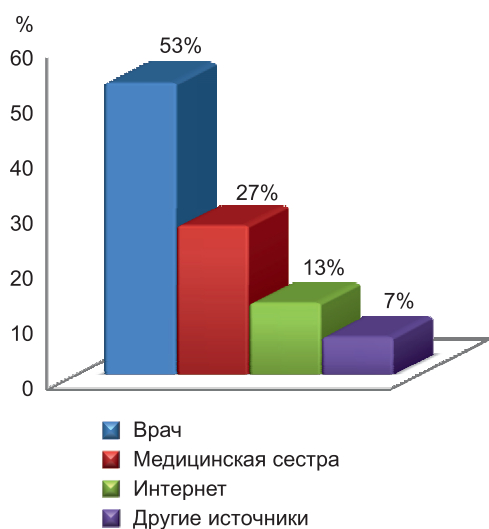


Рис. 4. Источники получения информации о заболевании

лексного ведения хронического заболевания имеет смысл упорядочить этот процесс. На стационарном этапе актуально медикаментозное купирование обострения, информирование о лекарственных средствах, методиках самоконтроля, устранение факторов риска обострений и развития осложнений, обучение комплексу дыхательной гимнастики. Довольно небольшой койко-день [в нашем исследовании он составил $(8 \pm 1,44)$ дня] вносит ограничение по времени обучения. Чаще всего рекомендации носят кратковременный и нерегулярный характер, что объясняется спецификой стационарного этапа оказания экстренной медицинской помощи. Для пациентов это слишком короткие сроки, за которые их знания закрепились бы и упорядочились. В этой связи крайне важным становится принцип преемственности между стационаром и амбулаторным учреждением. После выписки пациентов с рассматриваемой патологией целесообразно их объединять в небольшие группы и продолжать обучать, но уже силами медицинских сестер поликлиники. Специально разработанные двухэтапные программы (стационар-поликлиника) могли бы стать основой качественного обучения пациентов с БА. Только в этом случае можно вести речь о реализации образовательных школ для больных астмой.

На втором этапе исследования анализировались сведения, полученные от медицинских сестер. Возрастной состав среднего медицинского персонала был таковым: до 25 лет – 37,5%, 26–35 лет – 25%, 36–45 лет – 37,5%. 50% медицинских сестер имели высшую квалификационную категорию, 37,5% не имели категории, 12,5% обладали I квалификационной категорией. 100% из опрошенных сотрудников признают значимым проведение профилактических бесед с больными БА. При этом на вопрос «Обучаете ли вы пациентов с БА физическим упражнениям и дыхательной гимнастике?» 100% ответили, что не обучают. Это связано с тем, что данные мероприятия в терапевтическом отделении конкретной клиники проводит специалист кабинета лечебной физкультуры. 75% медицинских сестер проводят беседу с

больными о соблюдении гипоаллергенного режима и диеты, а 25% – нет. 75% среднего медперсонала ответили, что проводят беседы с больными о причинах возникновения приступов БА и их профилактике, 25% их не проводят (рис. 5). Это является крайне важным, так как устранение воздействия факторов риска является обязательным компонентом в программе ведения пациентов с БА.

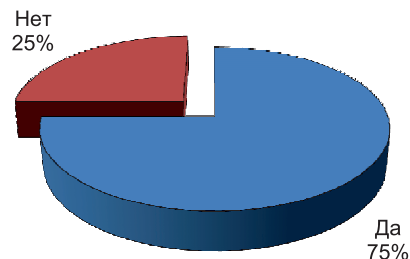


Рис. 5. Проведение бесед о причинах возникновения приступов БА и их профилактике

Обнадеживающим фактом явилось то обстоятельство, что в 100% случаев медицинские сестры ответили утвердительно по поводу обучения правильной технике ингалирования. Однако, что касается проведения пикфлоуметрии и ведения дневника, дело обстояло не столь оптимистично – половина из них не беседует с больными о данной методике самоконтроля течения заболевания. Этот факт негативно сказывается на мониторинговании тяжести БА. Именно опросник симптомов (АСТ) и количественная оценка функционального состояния легких (ПСВ) являются доказано эффективными инструментами по оценке течения и уровня контроля БА.

Как показал анонимный опрос, при обучении пациентов не используется наглядный раздаточный материал – все опрошенные медицинские сестры ответили отрицательно на данный вопрос. Это вполне объяснимо (но не оправданно), так как на своем рабочем месте, в условиях конкретного отделения медицинская сестра использует тот арсенал средств, который ей доступен.

Выводы:

1. Большая часть пациентов с БА удовлетворена образовательной ролью медицинских сестер. При этом больше половины больных не посещает астмашколу (67%), а 20% избегают достоверных источников информации. Приверженность к выполнению пикфлоуметрии и ведению дневника самоконтроля также оказалась невысокой. В связи с доказанной эффективностью и низкой стоимостью этих методик необходимо стремиться к полному охвату данной категории лиц.

2. С целью повышения значимости медицинской реабилитации и вторичной профилактики БА следует систематизировать кратковременные рекомендации и советы в специально разработанные программы обучающих школ силами медицинских сестер. В этом случае процесс обучения управляемому самоведению с самостоятельным контролем симптомов и показателем ПСВ может стать более плодотворным.

Прозрачность исследования. Исследование не имело спонсорской поддержки. Авторы несут

полную ответственность за предоставление окончательной версии рукописи в печать.

Декларация о финансовых и других взаимоотношениях. Все авторы принимали участие в разработке концепции, дизайна исследования и в написании рукописи. Окончательная версия рукописи была одобрена всеми авторами. Авторы не получали гонорар за исследование.

ЛИТЕРАТУРА

1. Пономаренко, Г.Н. Медицинская реабилитация / Г.Н. Пономаренко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 360 с.
2. Ненасьева, Н.М. Обострение бронхиальной астмы: лечение и профилактика / Н.М. Ненасьева // Русский медицинский журнал. – 2013. – Т. 21, № 29. – С. 1490–1495.
3. Исламова, Д.А. Лечебная физкультура как элемент лечения и профилактики бронхиальной астмы / Д.А. Исламова // Вопросы науки и образования. – 2017. – № 1. – С. 107–109.
4. Белевский, А.С. Взаимодействие врача и медицинской сестры при ведении больного бронхиальной астмой / А.С. Белевский // Атмосфера. Пульмонология и аллергология. – 2008. – № 2. – С. 60–62.
5. Глобальная стратегия лечения и профилактики бронхиальной астмы (пересмотр 2014) / пер. с англ. А.С. Белевского. – М.: Российское респираторное общество, 2015. – 148 с.
6. Рогачиков, А.И. Техника ингаляции лекарственных средств и контроль над бронхиальной астмой / А.И. Рогачиков, О.М. Урясьев // Российский медико-биологический вестник им. академика И.П. Павлова. – 2016. – Т. 24, № 3. – С. 86–91.

REFERENCES

1. Ponomarenko GN. Medicinskaya reabilitaciya [Medical rehabilitation]. Moskva: GEOTAR-Media [Moscow: GEOTAR-Media]. 2014; 360 p.
2. Nenasheva NM. Obostrenie bronhial'noj astmy: lechenie i profilaktika [Exacerbation of bronchial asthma: treatment and prevention]. Russkij medicinskij zhurnal [Russian medical journal]. 2013; 21 (29): 1490-1495. Islamova DA. Lechebnaya fizkul'tura kak element lecheniya i profilaktiki bronhial'noj astmy [Physical therapy as an element of treatment and prevention of bronchial asthma]. Voprosy nauki i obrazovaniya [Science and education]. 2017; 1: 107-109.
3. Belevskij AS. Vzaimodejstvie vracha i medicinskoj sestry pri vedenii bol'nogo bronhial'noj astmoj [Interaction of a doctor and a nurse in the management of a patient with bronchial asthma]. Atmosfera; Pul'monologiya i allergologiya [Atmosphere; Pulmonology and Allergology]. 2008; 2: 60-62.
4. Global'naya strategiya lecheniya i profilaktiki bronhial'noj astmy (peresmotr 2014) [Global strategy for the treatment and prevention of bronchial asthma (revision 2014)]. Perevod s angliiskogo AS Belevskogo [Translation from English AS Belevsky]. Moskva: Rossijskoe respiratornoe obshchestvo [Moscow: Russian respiratory society]. 2015; 148 p.
5. Rogachikov AI. Tekhnika ingyacii lekarstvennyh sredstv i kontrol' nad bronhial'noj astmoj [Technique of inhalation medicines and the control over bronchial asthma]. Rossijskij mediko-biologicheskij vestnik imeni akademika IP Pavlova [Russian medical and biological Bulletin named by academician IP Pavlov]. 2016; 24 (3): 86-91.

© А.А. Подольская, Л.Ю. Пальмова, З.А. Шайхутдинова, 2019

УДК 616.12-008.46-036.12

DOI: 10.20969/VSKM.2019.12(5).45-49

ХРОНИЧЕСКАЯ СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ В РЕАЛЬНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

ПОДОЛЬСКАЯ АЛЛА АНАТОЛЬЕВНА, канд. мед. наук, зав. терапевтическим отделением № 1 ГАУЗ «Городская клиническая больница № 7», Россия, 420103, Казань, ул. Чуйкова, 54; доцент кафедры внутренних болезней № 2 ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, e-mail: alla.podolskaya@yandex.ru

ПАЛЬМОВА ЛЮБОВЬ ЮРЬЕВНА, канд. мед. наук, доцент кафедры внутренних болезней ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, 420012, Казань, ул. Бутлерова, 49, e-mail: palmova@bk.ru

ШАЙХУТДИНОВА ЗУЛЬФИЯ АНАСОВНА, зам. главного врача по медицинской части ГАУЗ «Городская клиническая больница № 7», Россия, 420103, Казань, ул. Чуйкова, 54

Реферат. Цель исследования – анализ случаев декомпенсации хронической сердечной недостаточности III–IV функционального класса (НУНА), потребовавших госпитализации в терапевтическое отделение многопрофильного стационара. **Материал и методы.** Проанализировано 422 истории болезни пациентов с декомпенсацией хронической сердечной недостаточности (31,3%) из 1345 (100%) госпитализированных за год. Математический анализ данных осуществлялся при помощи компьютерных программ с использованием статистических критериев значимости Стьюдента. Статистически значимое различие определялось при $p < 0,05$. **Результаты и их обсуждение.** Госпитализированных женщин, поступивших по поводу декомпенсации хронической сердечной недостаточности, оказалось значительно больше (58%), чем мужчин (42%). Средний возраст пациентов составил $(74,9 \pm 10,5)$ года [мужчины – $(69,6 \pm 10,2)$ года, женщины – $(75,6 \pm 8,8)$ года; $p < 0,0001$]. Летальность от хронической сердечной недостаточности составила 7,4%, за отчетный период (12 мес) умерло 54 пациента (средний возраст – 69,2 года; 16 мужчин и 38 женщин). Повторные госпитализации по поводу хронической сердечной недостаточности составили 7,1% (30 пациентов). Ретроспективно постоянную терапию согласно клиническим рекомендациям в течение последнего года получали только 18,5% госпитализированных пациентов. Остальные пациенты (81,5%) не получали на амбулаторном этапе комплексную терапию хронической сердечной недостаточности. **Выводы.** Основными этиологическими причинами декомпенсации хронической сердечной недостаточности у пациентов с III–IV функциональным классом по НУНА являются постинфарктный кардиосклероз, наличие хронической фибрилляции предсердий, которые ассоциированы с неэффективным контролем частоты сердечных сокращений