

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ (см. REFERENCES стр. 9–11)

1. Бадюкин В.В. // Consilium Medicum. — 2008. — Т. 9, №8. — С. 147–152.
2. Бадюкин В.В. Суставной синдром и системные проявления псориазического артрита. — М.: Ассоциация ревматологов России, 2006. — 40 с.
3. Годзенко А.А. // Ревматология. — 2006. — Т. 8. — №2. — С. 3–11.
4. Каратеев Д.Е., Лучихина Е.Л., Тюрин Л.Н. и соавт. // Тер. архив. — 2008. — Т. 80, №5. — С. 8–13.
5. Клиническое руководство по лабораторным тестам. Под ред. Тица Н.У. — М.: Юнимед-пресс, 2003. — 942 с.
6. Насонов Е.Л. // Научно-практич. ревматология. — 2008. — № 2. — С. 4–5.
7. Русакова М.С., Яковлева Г.И., Мульдьяров П.Я., Мазнева Л.М. // Ревматология. — 1985. — № 4. — С. 31–36.
8. Салугина С.О., Кузьмина Н.Н., Мовсисян Г.Р. и соавт. // Научно-практич. ревматология. — 2007. — № 4. — С. 72–80.
4. Karateev D.E., Luchikhina E.L., Tyurina L.N., et al. // Ter. Arkhiv. — 2008. — Vol. 80. — 5. — P. 8–13 (in Russian).
5. Tits N.U., ed. Clinical manual on laboratory tests. — Moscow: Unimed-press, 2003. — 942 p. (in Russian).
6. Nasonov E.L. // Nauchno-praktich. revmatologiya. — 2008. — 2. — P. 4–5 (in Russian).
7. Rusakova M.S., Yakovleva G.I., Mul'diyarov P.Ya., Mazneva L.M. // Revmatologiya. — 1985. — 4. — P. 31–36 (in Russian).
8. Salugina S.O., Kuz'mina N.N., Movsisyan G.R., et al. // Nauchno-praktich. Revmatologiya. — 2007. — 4. — P. 72–80 (in Russian).
9. Emery P. // Ann. Rheum. Dis. — 2003. — № 2. — SP. 0001.
10. Martinoly C., Derchi L.E. // Radiology. — 1997. — № 202. — P. 284–285.
11. Smolen J. et al. // Best Practice & Research Clinical Rheumatology. — 2005. — Vol. 19. — № 1. — P. 163–177.

Поступила 19.09.2016

REFERENCES

1. Badokin V.V. // Consilium Medicum. — 2008. — Vol. 9. — 8. — P. 147–152 (in Russian).
2. Badokin V.V. Joint syndrome and systemic manifestations of psoriatic arthritis. — Moscow: Assotsiatsiya revmatologov Rossii, 2006. — 40 p (in Russian).
3. Godzenko A.A. // Revmatologiya. — 2006. — Vol. 8. — 2. — P. 3–11 (in Russian).

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

Хабарина Наталья Викторовна (Habarina N.V.),
доц. каф. лучевой диагн. ФГБУ ДПО «ЦГМА» УД Президента РФ, канд. мед. наук. E-mail: khabarin55@yandex.ru.
Есин Евгений Витальевич (Esin E.V.),
ректор ФГБУ ДПО «ЦГМА» УД Президента РФ, канд. мед. наук. E-mail:kafedra97@inbox.ru.

УДК 616-009.11-031.4

Л.А. Егорова¹, К.В. Котенко², О.М. Масленникова¹, Г.А. Барышникова¹, С. А. Чорбинская¹

ОПТИМИЗАЦИИ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ОБУЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

¹ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия» УД Президента РФ, ул. Маршала Тимошенко, д. 19, стр. 1 А, Москва, Россия, 121359

² Главное медицинское управление УД Президента РФ, ул. Б. Черкасский переулок, д. 11, Москва, Россия, 109012

Целью данного исследования явилась оценка эффективности лечения больных хронической сердечной недостаточностью (ХСН) с применением терапевтического обучения. В исследование вошли 137 больных. Включение терапевтического обучения в терапию больных ХСН способствовало уменьшению количества пациентов с III функциональным классом, повышению толерантности к физической нагрузке, информированности больных, увеличению числа пациентов, владеющих навыками самоконтроля, приверженных рекомендованному врачом лечению, улучшению качества жизни больных ХСН. Медико-социальная значимость заключалась в уменьшении частоты госпитализаций, обращений в поликлинику, вызовов скорой медицинской помощи.

Ключевые слова: сердечная недостаточность, терапевтическое обучение.

L.A. Egorova¹, K.V. Kotenko², O.M. Maslennikova¹, G.A. Baryshnikova¹, S.A. Chorbinskaya¹. **Optimization of therapeutic teaching of patients with chronic cardiac failure**

¹Central state medical academy of department of presidential affairs of the Russian Federation, 19, build. 1, Marshala Timoshenko Str., Moscow, Russia, 121359

²The main medical administration of the Department of presidential Affairs of the Russian Federation, 11, B. Cherkassky pereulok Str., Moscow, Russia, 109012

The study was aimed to evaluate treatment efficiency of patients with chronic cardiac failure via therapeutic teaching. The study included 137 patients. Implementation of therapeutic teaching into treatment of chronic cardiac failure patients resulted in less number of patients with III functional grade, better tolerance to physical exertion, more awareness, greater number of patients with self-control skills and adherence to recommended treatment, better life quality of the patients. Medical and social significance manifested in less frequent hospitalizations and calls for emergency medical care.

Key words: *cardiac failure, therapeutic teaching.*

Перспективным направлением в повышении эффективности терапии наиболее распространенных хронических заболеваний является формирование здоровьесберегающего поведения пациентов путем терапевтического обучения больных.

Цель: оценить клиническую, медико-социальную эффективность лечения больных хронической сердечной недостаточностью (ХСН) с применением терапевтического обучения.

Материалы и методы. В исследование вошли 137 больных ХСН I-III стадии I-III функционального класса (ФК). Средний возраст пациентов, 75,7% которых были женщины, составил 72,5±6,2 лет.

Чаще ХСН развивалась на фоне сочетания ишемической болезни сердца (ИБС) и артериальной гипертензии (АГ) (64%), у 22% больных — на фоне изолированной ИБС, а у 12% — на фоне изолированной АГ. Прочие заболевания сердца встречались у 2% больных. Все больные получали адекватное медикаментозное лечение.

Выраженность симптомов ХСН оценивали клинически, а также по шкале оценки клинического состояния (ШОКС) В.Ю. Мареева [1], в которую включены следующие симптомы: одышка, перебои в работе сердца, наличие набухших шейных вен, снижение систолического АД, увеличение печени, отеки. При аускультации выслушиваются хрипы в легких и галопирующий ритм сердца. Показатель клинического состояния выражался в баллах, более высокий балл соответствует большей выраженности клинических симптомов.

Для уточнения ФК ХСН и определения толерантности к физической нагрузке проводили 6-минутный тест в соответствии со стандартным протоколом [2].

Для оценки функциональных возможностей пациентов определяли повседневную двигательную активность больных по опроснику «Батарея тестов физических возможностей» [5]. Высокой степени двигательной активности соответствует наибольшее количество баллов.

Информированность пациента с ХСН о своем заболевании оценивалась на основании знаний больного о клинических проявлениях, необходимых для самоконтроля (затруднение дыхания при физических нагрузках или в горизонтальном положении; наличие отеков, сердцебиения; уровня АД, увеличение веса; нарастание усталости); осведомленности об особен-

ностях питания, двигательного режима. Кроме этого оценивали приверженность больных медикаментозному лечению. У больных отслеживали динамику полученных навыков самоконтроля заболевания. Были разработаны оригинальные анкеты, оценка проводилась в баллах.

Для изучения уровня мотивации к достижению улучшения собственного состояния использовали опросник «Восстановление локуса контроля» [3].

Качество жизни исследовалось с помощью специфического опросника: Миннесотский опросник «Жизнь с сердечной недостаточностью» — Minnesota Living with Heart failure Questionnaire (MLHFQ) [4], который предназначен для исследования динамики качества жизни больных ХСН.

Программа обучения для больных ХСН была заимствована из Российского исследования «ШАНС» и адаптирована для лиц пожилого и старческого возраста с учетом их когнитивных и психологических особенностей. Занятия проводились ежедневно в малых группах (5–10 человек) и были посвящены наиболее важным проблемам контроля ХСН. Обучение состояло из 9 занятий по 40 мин. Далее в течение года при каждой встрече медицинская сестра контролировала информированность пациента и навыки самоконтроля заболевания, ведение дневников и при необходимости восполняла знания и проводила коррекцию навыков.

Повторные осмотры и тестирование проводили через 1, 3, 6 и 12 месяцев после обучения.

В качестве контроля эффективности терапевтического обучения оценивали следующие критерии:

- клиническую эффективность: изменение степени выраженности клинических симптомов, функциональных классов, толерантности к физической нагрузке, показателей повседневной двигательной активности;
- информированность;
- формирование навыков самоконтроля заболевания;
- динамику уровня информированности о ХСН, мотивации к достижению улучшения собственного состояния, приверженности лечению;
- изменения качества жизни пациентов;
- медико-социальную эффективность: частоту госпитализаций, обращаемости в поликлинику, вызовов скорой медицинской помощи.

Результаты. Аспекты клинической эффективности внедрения терапевтического обучения представлены в табл. 1. За период наблюдения средний балл по ШОКС достоверно снизился по сравнению с исходными данными. Уменьшилось количество пациентов с III ФК, увеличилось — с I и II ФК. Динамика результатов 6-минутного теста ходьбы и показателя повседневной двигательной активности у больных была достоверно положительной к двенадцатому месяцу наблюдения.

Таблица 1

Клиническая эффективность пролонгированного терапевтического обучения больных ХСН

Показатель	Исходные данные	Через 12 месяцев
Средний балл по ШОКС, баллы	5,5±1,7	4,6±1,3*
Функциональные классы ХСН, % больных		
I ФК ХСН	11,2	20,8
II ФК ХСН	44,4	55,5*
III ФК ХСН	44,4	23,7*
Дистанция шестиминутной ходьбы, м	296,1±71,6	329,2±67,3*
Повседневная двигательная активность, баллы	24,4±2,6	26,0±1,8*

* — $p < 0,05$.

Одним из факторов, способствующих положительной динамике клинических проявлений ХСН у больных, являются повышение информированности больных о заболевании, приверженности как медикаментозному, так и немедикаментозному лечению, и улучшение самоконтроля заболевания в результате терапевтического обучения.

Информированность больных о своем заболевании выросла за время наблюдения: количество пациентов, имеющих удовлетворительный уровень информированности на момент начала исследования составила 4,1%, сразу после обучения — 82,0% ($p < 0,05$), а через год наблюдения — 86,0% ($p < 0,05$).

В течение трех месяцев у пациентов сохранялся достоверно более высокий, по сравнению с исходным, уровень информированности, который не снизился через шесть месяцев и остался достаточным через двенадцать месяцев после обучения (табл. 2).

Таблица 2

Динамика информированности больных ХСН о заболевании

Сроки наблюдения	Информированность пациентов о заболевании (средний балл)
Исходно	5,1 ± 1,0
3 месяца	8,1 ± 1,2*
6 месяцев	8,9 ± 1,7*
12 месяцев	9,8 ± 1,8*

* — достоверность различий с исходным показателем ($p < 0,05$)

Отмечалась положительная динамика в формировании навыков самоконтроля заболевания. Через двенадцать месяцев наблюдения на фоне терапевтического обучения у больных ХСН отмечено достоверное увеличение уровня мотивации к достижению улучшения собственного состояния (с 21,3±3,1 балла на момент начала исследования до 26,4±2,8 балла через 12 месяцев, $p < 0,05$), числа пациентов в достаточной степени владеющих навыками самоконтроля заболевания. Так, количество больных, контролирующих диурез, вес, выраженность одышки, утомляемости выросла с 4,1% в начале исследования до 92,0% к концу года ($p < 0,05$).

На фоне терапевтического обучения увеличилось количество больных ХСН, приверженных как немедикаментозному, так и медикаментозному лечению. Через двенадцать месяцев достоверно ($p < 0,05$) положительно изменили свое пищевое поведение: ограничили потребление поваренной соли (с исходных 45,0% до 71,0% респондентов), контролировали объем потребляемой жидкости (с исходных 43,0% до 71,0% респондентов). Количество больных, изменивших свое отношение к физическим нагрузкам и выполняющих индивидуально подобранный комплекс лечебной физкультуры, увеличилось с исходных 41,6% до 98,6% ($p < 0,05$).

Анализ приверженности медикаментозному лечению показал, что исходно ежедневно принимали лекарственные средства 20,7% респондентов, остальные пользовались препаратами нерегулярно. После обучения необходимость регулярного лечения стали признавать 95,1% пациентов ($p < 0,05$).

Следует отметить, что при оценке динамики информированности о заболевании, способности к самоконтролю и уровня мотивации к достижению улучшения собственного состояния, приверженности лечению лучшие результаты отмечены у пациентов возрастной группы 65–69 лет, имеющих среднее или высшее образование.

Общий показатель качества жизни пациентов с ХСН достоверно улучшился к шестому месяцу наблюдения и продолжал положительно изменяться к двенадцатому месяцу (табл. 3).

Таблица 3

Динамика качества жизни больных ХСН (по MLHFQ)

Показатель, % от максимального	Исходные данные	Через 12 месяцев
Общей показатель качества жизни	42,4	30,0*
Физическая составляющая качества жизни	55,0	42,5*
Эмоциональная составляющая качества жизни	30,0	30,0

* — $p < 0,05$.

Динамика физической составляющей здоровья пациентов, отражающей степень, в которой общее со-

стояние ограничивает выполнение физических нагрузок (самообслуживание, ходьба, подъем по лестнице, перенос тяжестей и т. п.), изменялась однонаправлено с общим показателем качества жизни, что, вероятно, объясняется стабильным течением ХСН на фоне оптимального сочетания медикаментозной терапии и немедикаментозных методов лечения.

Эмоциональная составляющая здоровья не ухудшилась за двенадцать месяцев наблюдения и сохранила умеренные (30% от наихудшего) значения.

Таким образом, терапевтическое обучение способствует улучшению качества жизни больных ХСН преимущественно за счет физического компонента.

Среди пациентов, находившихся под наблюдением, за год, предшествующий исследованию, было зафиксировано 112 госпитализаций (0,82 случая на одного больного), через год их количество стало 44 (0,32 случая на одного больного), произошло уменьшение частоты госпитализации на 61% ($p < 0,05$).

Обращений в поликлинику среди наблюдавшихся пациентов за год, предшествующий исследованию, было зафиксировано 932 (на одного больного — 6,8 случая), за период наблюдения их количество стало 327 (на одного больного — 2,4 случая), таким образом, произошло уменьшение частоты обращений в поликлинику на 64,9% ($p < 0,05$).

За год, предшествующий исследованию, было зафиксировано 269 вызовов скорой медицинской помощи (1,96 случаев на одного больного), за период наблюдения их количество стало 69 (0,5 случаев на одного больного), произошло уменьшение вызовов скорой медицинской помощи на 74,1% ($p < 0,05$).

Заключение. Включение терапевтического обучения в терапию больных ХСН способствует клинической эффективности лечения, повышает качество жизни пациентов, имеет высокую медико-социальную значимость.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ (см. REFERENCES пп. 2–5)

1. Национальные рекомендации ОССН, РКО и РНМОТ по диагностике и лечению ХСН (четвертый пересмотр). Утверждены на Конгрессе ОССН 7 декабря 2012 г., на правлении ОССН 31 марта 2013 и Конгрессе РКО 25 сентября 2013

года // Сердечная недостаточность. — 2013. — Т. 14. — № 7 (81). — С. 386

REFERENCES

1. National recommendations OSSN, RKO and RNMOT on diagnosis and treatment of chronic cardiac failure (IV revision). Approved on OSSN Congress on 7 December 2012, on OSSN Administration on 31 March 2013 and on RKO Congress on 25 September 201 // *Serdechnaya Nedostatochnost'*. — 2013. — Vol 14. — 7 (81). — P. 386 (in Russian).

2. Enright P.L., Sherill D.L. // *Am J Respir Crit Care Med.* — 1998. — Vol. 63. — P. 1384–1387.

3. *Patridge C., Johnstone M.* // *Br. J. Clin. Psychol.* — 1989. — Vol. 28. — P. 53–59.

4. *Rector T.S., Cobn J.* // *Am. Heart J.* 1992. — Vol. — 124 (4). — P. 1017–1025.

5. Wade D.T. // Oxford University Press. — 1992.

Поступила 19.09.2016

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

Егорова Лариса Александровна (Egorova L.A.),
проф. каф. внутр. болезней и проф. мед. ФГБУ ДПО «ЦГМА» УД Президента РФ, д-р мед. наук. E-mail: egorova-ossn@yandex.ru.

Котенко Константин Валентинович (Kotenko K.V.),
зам. Управляющего делами Президента РФ — нач. Гл. мед. управления УД Президента РФ, зав. каф. обществ. здоровья и здравоохранения с курсом клинич. психологии и педагогики ФГБУ ДПО «ЦГМА» УД Президента РФ, д-р мед. наук, проф. E-mail: kaffizio@gmail.com.

Масленникова Ольга Михайловна (Maslennikova O.M.),
зав. каф. внутр. болезней и проф. мед. ФГБУ ДПО «ЦГМА» УД Президента РФ, доктор мед. наук. E-mail: o.m. maslennikova@gmail.com.

Барышникова Галина Анатольевна (Baryshnikova G.A.),
проф. каф. семейной мед. ФГБУ ДПО «ЦГМА» УД Президента РФ, д-р мед. наук. E-mail: org@cgma.su.

Чорбинская Светлана Алексеевна (Chorbinskaya S.A.),
зав. каф. семейной мед. ФГБУ ДПО «ЦГМА» УД Президента РФ, д-р мед. наук, проф. E-mail: s. chorbinskaya@mail.ru.