

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ОБУЧАЮЩЕЙ ПРОГРАММЫ В ПОВЫШЕНИИ ПРИВЕРЖЕННОСТИ К ЛЕЧЕНИЮ У ПАЦИЕНТОВ С ПРОТЕЗИРОВАННЫМИ КЛАПАНАМИ СЕРДЦА

Е. В. Горбунова, Т. В. Горшкова, М. П. Романова, С. А. Макаров

Учреждение Российской академии медицинских наук Научно-исследовательский институт комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний Сибирского отделения РАМН, Кемерово

Обследованы 94 пациента с протезированными клапанами сердца (средний возраст $55,5 \pm 6,8$ года): 47 (50%) с ревматической болезнью сердца, 26 (27,7%) с инфекционным эндокардитом, 21 (22,3%) с синдромом соединительнотканной дисплазии. Оценивали приверженность к лечению по методике С. В. Давыдова до проведения обучения и после завершения школы. Ведущими причинами уменьшения приверженности к лечению у пациентов с протезированными клапанами сердца являются недостаточный уровень медико-социальной информированности, неудовлетворенность режимом назначенной терапии. На фоне обучающей программы в 3 раза уменьшилась встречаемость негативных факторов формирования приверженности и в 1,5 раза увеличилась распространенность позитивных факторов. Статистически значимо на 45,8% увеличилась медико-социальная информированность, на 45,7% — удовлетворенность режимом назначенной терапии и на 37,1% удовлетворенность результатами проводимой терапии ($p < 0,05$). Интегральный показатель приверженности к лечению пациентов с протезированными клапанами сердца до проведения обучения составил $4,39 \pm 0,09$ балла, соответствовал умеренно положительному комплаенсу. По завершении обучающей программы выявлено статистически значимое увеличение приверженности к лечению ($p < 0,01$), интегральный показатель приверженности к лечению составил $8,11 \pm 1,23$ балла. Обучающая программа для пациентов с протезированными клапанами сердца, основанная на принципе преемственности стационарного и амбулаторного этапов ведения больных способствует улучшению приверженности к лечению, повышению медико-социальной адаптированности и информированности пациентов, устранению медико-социальной изолированности, удовлетворенности пациентов режимом и результатами проводимой терапии.

К л ю ч е в ы е с л о в а: обучающая программа, школа больных, протезирование клапанов сердца, приверженность к лечению

EFFICACY OF THE EDUCATION PROGRAM IN THE IMPROVEMENT OF TREATMENT COMPLIANCE IN PATIENTS WITH ARTIFICIAL HEART VALVES

E.V. Gorbunova, T.V. Gorshkova, M.P. Romanova, S.A. Makarov

Research Institute of Complex Problems of Cardiovascular Diseases, Siberian Division of Russian Academy of Medical Sciences

The study included 94 patients with artificial heart valves aged 55.5 ± 6.8 years including 47 (50%) with rheumatic heart diseases, 26 (27.7%) with infectious endocarditis, 21 (22.3%) with connective tissue dysplasia. Compliance with the treatment was estimated by the method of S.V. Davydov before and after education. The leading causes of poor compliance was insufficient socio-medical knowledge and dissatisfaction with the prescribed therapeutic regimen. The education program permitted to achieve a 3-fold decrease in the incidence of negative factors affecting compliance and 1.5-fold increase in the frequency of positive factors; socio-medical awareness and satisfaction with the prescribed treatment increased by 45.8% and 37.1% respectively ($p < 0.05$). The integral index of compliance before education $+4.39 \pm 0.09$ characterized it as a moderately positive one. It increased to $+8.11 \pm 1.23$ after education ($p < 0.01$). It is concluded that the education program based on the principle of continuity of in- and out-patient treatment improved compliance and socio-medical awareness of the patients, promoted their medico-social adaptation, increased satisfaction with the prescribed treatment and its outcome.

Key words: education program, patient school, valve replacement, compliance with therapy

В настоящее время разработаны и внедрены обучающие программы для пациентов с хроническими заболеваниями, в том числе сердечно-сосудистыми [1]. Главной целью обучающей программы является повышение приверженности к лечению, способствующей улучшению прогноза и качества жизни. Приверженность к выполнению врачебных рекомендаций тесно связана со знаниями пациента о болезни, собственным восприятием здоровья и преимуществ, получаемых от лечения и изменения образа жизни [2]. Для оценки эффективности терапевтического обучения недостаточно оценить уровень знаний больных о заболевании, необходимо определить приверженность к лечению — комплаенс [3].

Авторы ряда работ изучали медико-социальные факторы комплаенса с помощью методики количественной оценки приверженности к лечению [4, 5], однако вопросы формирования приверженности к лечению у пациентов с протезированными клапанами сердца не рассматривались.

Цель исследования — оценить эффективность обучающей программы у пациентов с протезированными

клапанами сердца с учетом медико-социальных факторов формирования приверженности к лечению.

Материал и методы

В исследовании приняли участие 94 пациента (45 женщин и 49 мужчин) с протезированными клапанами сердца; средний возраст больных $55,5 \pm 6,8$ года. В анамнезе у 47 (50%) больных имела место ревматическая болезнь сердца, у 26 (27,7%) — перенесенный инфекционный эндокардит, у 21 (22,3%) — синдром соединительнотканной дисплазии. Клинические проявления хронической сердечной недостаточности III функционального класса регистрировались у 31 (33%) больных, II функционального класса — у 63 (67%). Проявления дисфункции искусственного клапана сердца отсутствовали на протяжении всего периода наблюдения.

Преобладали пациенты со средним специальным образованием (65%). Неполное среднее образование имели 15% пациентов, высшее и неполное высшее образование — 12 и 15% соответственно.

Проводилась стандартная медикаментозная терапия, включающая ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента или блокаторы рецепторов к ангиотензину II, блокаторы β -адренергических рецепторов, антагонисты альдостерона и диуретики, по показаниям назначался амиодарон или дигоксин. Всем пациентам назначали варфарин под контролем международного нормализованного отношения с учетом вида протезированного клапана сердца [6].

Обучающая программа для пациентов с протезированными клапанами сердца построена по принципу преемственности стационарного и амбулаторного этапов ведения больных.

Первый урок обучающей программы проводится в стационаре за 3—5 дней до предстоящей операции с целью повышения мотивации пациентов на необходимость хирургического лечения и обучение правилам поведения в раннем послеоперационном периоде. Целью второго урока, который проводится после операции в условиях кардиохирургического отделения, является мотивация пациентов на необходимость последующего динамического наблюдения и выполнения врачебных рекомендаций.

Последующие три урока проводятся на амбулаторном этапе. Через 1 и 3 мес после операции в рамках обучающей программы определяется тактика дальнейшего ведения пациентов, продолжается обучение правилам назначения антикоагулянтной терапии и профилактики протезного эндокардита, коррекция психологического статуса пациентов с использованием методов мышечной релаксации и точечного массажа.

На заключительном уроке через 6 мес после выписки больных с протезированными клапанами сердца из стационара оценивается уровень их знаний и вручается диплом об окончании школы. Пациентов до проведения обучающей программы и по завершении обучения определялась приверженность к лечению по методике А. С. Галайвича и С. В. Давыдова [4], суть которой заключается в вычислении интегрального показателя приверженности к лечению (ИППКЛ) с учетом выраженности силы влияния факторов, характеризующих готовность индивидуума следовать рекомендациям врача. Методика представляет собой анкетный опросник, включающий 9 оценочных шкал, каждая из которых предназначена для оценки силы влияния соответствующего ей фактора комплаенса в диапазоне от -2 до +2 баллов. При суммировании полученных числовых значений девяти шкал определяется ИППКЛ.

Анализ данных проводили при помощи пакета Statistica 6.0. При статистической обработке рассчитывали среднее значение и стандартную ошибку среднего. Соответствие нормальному распределению определяли визуально по гистограмме и с помощью критерия Колмогорова—Смирнова. Схожесть дисперсий оценивали с помощью критерия Левина. При соответствии распределения исследуемого количественного признака нормальному и при равенстве дисперсий в сравнимых группах различия оценивали с помощью критерия t Стьюдента. При несоблюдении указанных условий использовали непараметрический критерий Вилкоксона, при оценке различий качественных показателей — критерий χ^2 Пирсона, для исследования возможной взаимосвязи — непараметрический метод корреляционного анализа Спирмена. Критическим уровнем статистической значимости считали 95% ($p < 0,05$).

Таблица 1. Факторы комплаенса у пациентов с протезированными клапанами сердца в формировании приверженности к лечению

Фактор комплаенса	До обучения		После обучения	
	(-)	(+)	(-)	(+)
Готовность оплачивать лечение	12/12,8	63/67,0	11/11,7	70/74,5
Медико-социальная адаптированность	19/20,2	43/45,8	12/12,8	61/64,9
Медико-социальная информированность	42/44,7	38/40,4	—	81/86,2
Отсутствие приверженности к лечению нетрадиционными способами	24/25,5	43/45,8	23/24,5	46/49,0
Медико-социальная коммуникабельность	22/23,4	60/63,8	18/19,1	76/80,9
Удовлетворенность режимом назначенной терапии	42/44,7	37/39,4	—	80/85,1
Отсутствие склонности к медико-социальной изоляции	23/24,5	50/53,2	15/15,9	64/68,2
Доверие к терапевтической стратегии лечащего врача	21/22,3	57/60,6	—	81/86,2
Удовлетворенность результатами проводимой терапии	32/34,0	45/48,0	—	80/85,1

Примечание. (-) негативное влияние факторов комплаенса; (+) позитивное влияние факторов комплаенса. В числителе — абсолютное количество, в знаменателе — процент.

Результаты и обсуждение

В формировании приверженности к лечению участвует множество факторов, прежде всего зависящих от пациента, врача и характера терапии (кратность приема, переносимость и эффективность). Весомое влияние оказывают особенности заболеваний, социально-экономические факторы. Есть мнение, что приверженность к лечению зависит от гендерных, социальных и демографических особенностей пациентов [7]. Более последовательно лечатся женщины, пожилые люди, пациенты с высоким уровнем образования и дохода [8, 9].

В нашем исследовании не выявлено взаимосвязи приверженности к лечению от пола, возраста и уровня образования, что согласуется с мнением других авторов [10, 11].

Приверженность к лечению формируется в силу определенной выраженности влияния факторов комплаенса: физической готовности оплачивать лечение; медико-социальной адаптированности индивидуума; медико-социальной информированности; отсутствия приверженности к лечению нетрадиционными способами; медико-социальной коммуникабельности; удовлетворенности режимом назначенной терапии; отсутствием склонности к медико-социальной изоляции; доверия к терапевтической стратегии лечащего врача; удовлетворенности результатами проводимой терапии [4].

В исследовании оценивалась приверженность к лечению с учетом представленных выше факторов комплаенса до и после проведения обучающей программы.

С. В. Давыдов [12] выделяет негативный тип влияния фактора комплаенса, способствующий снижению ИППКЛ и уменьшению приверженности к лечению. Нейтральный тип влияния фактора комплаенса поддерживает приверженность на уже достигнутом уровне. И только позитивный тип влияния фактора комплаенса, способствующий повышению ИППКЛ, улучшает приверженность к лечению.

Результаты проведенного нами исследования свидетельствуют о том, что ведущими причинами снижения приверженности к лечению у пациентов с протезированными клапанами сердца до проведения обучающей

Таблица 2. Динамика ИППкЛ у пациентов с протезированными клапанами сердца на фоне обучающей программы ($M \pm m$)

Фактор комплаенса	До обучения	После обучения	p
Готовность оплачивать лечение	0,56 ± 0,05	0,59 ± 0,07	> 0,05
Медико-социальная адаптированность	0,67 ± 0,06	1,14 ± 0,08	< 0,001
Медико-социальная информированность	0,22 ± 0,02	1,10 ± 0,09	< 0,001
Отсутствие приверженности к лечению нетрадиционными способами	0,38 ± 0,03	0,40 ± 0,02	> 0,05
Медико-социальная коммуникабельность	0,29 ± 0,05	0,32 ± 0,05	> 0,05
Удовлетворенность режимом назначенной терапии	0,33 ± 0,05	0,96 ± 0,06	< 0,001
Отсутствие склонности к медико-социальной изоляции	0,73 ± 0,06	1,12 ± 0,08	< 0,01
Доверие к терапевтической стратегии лечащего врача	0,92 ± 0,09	1,48 ± 0,12	< 0,01
Удовлетворенность результатами проводимой терапии	0,29 ± 0,06	1,00 ± 0,07	< 0,001
ИППкЛ	4,39 ± 0,09	8,11 ± 1,23	< 0,01

программы являются недостаточный уровень медико-социальной информированности, неудовлетворенность режимом назначенной терапии, в то время как готовность оплачивать лечение, медико-социальная адаптивность и коммуникабельность, отсутствие склонности к медико-социальной изоляции, доверие к терапевтической стратегии лечащего врача и удовлетворенность результатами проводимой терапии способствуют повышению приверженности к лечению.

После завершения обучающей программы среди обследуемых в 3 раза уменьшилась встречаемость негативных факторов формирования приверженности и в 1,5 раза увеличилась распространенность позитивных факторов. Статистически значимо ($p < 0,05$) на 45,8% увеличилась медико-социальная информированность, на 45,7% — удовлетворенность режимом назначенной терапии и на 37,1% — удовлетворенность результатами проводимой терапии (табл. 1).

ИППкЛ пациентов с протезированными клапанами сердца до проведения обучения составил $4,39 \pm 0,09$ балла и соответствовал умеренно положительному комплаенсу.

По завершении обучающей программы выявлено статистически значимое ($p < 0,01$) увеличение приверженности к лечению — ИППкЛ составил $8,11 \pm 1,23$ балла (табл. 2).

По данным литературы [4], у здоровых субъектов ИППкЛ равен $2,5 \pm 0,4$ балла, что соответствует слабopоложительному комплаенсу. Более высокое значение ИППкЛ у пациентов с протезированными клапанами сердца объясняется особенностями медикаментозной терапии, а именно необходимостью постоянной антикоагулянтной терапии и профилактики протезного инфекционного эндокардита [6].

На фоне проведения обучающей программы выявлено статистически значимое повышение ($p < 0,001$) медико-социальной адаптированности и информированности пациентов; они в большей степени были удовлетворены режимом и результатами проводимой терапии ($p < 0,001$). Регистрировалось отсутствие склонности к медико-социальной изоляции, доверие к терапевтической стратегии лечащего врача ($p < 0,01$).

Заключение
Известно, что одним из путей повышения приверженности к лечению является не только изменение общественного сознания, но и создание системы обучения кардиологических пациентов, оптимизация контакта врач — пациент [13].

Обучающая программа для пациентов с протезированными клапанами сердца, построенная на принципе преемственности стационарного и амбулаторного этапов ведения больных, направленная на повышение осведомленности пациентов в вопросах назначения антикоагулянтной терапии и профилактики протезного инфекционного эндокардита, физической и психологической реабилитации, способствует увеличению приверженности к лечению.

В исследовании для определения эффективности обучающей программы оценивали в динамике медико-социальные факторы комплаенса с помощью методики количественной оценки приверженности к лечению. После проведения школы больных уменьшилось выявление негативных факторов и одновременно увеличилось влияния позитивных факторов на формирование приверженности к лечению.

Применение обучающей программы в реабилитации пациентов после кардиохирургического лечения способствует повышению медико-социальной адаптированности и информированности пациентов, устранению медико-социальной изолированности, удовлетворенности пациентов режимом и результатами проводимой терапии.

Повышение приверженности к лечению при проведении школы больных с протезированными клапанами сердца свидетельствует об эффективности разработанной обучающей программы.

Сведения об авторах:

Учреждение РАМН научно-исследовательский институт комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний СО РАМН, Кемерово

Горбунова Елена Владимировна — канд. мед. наук, ст. науч. сотрудник лаб. нарушения ритма сердца и электрокардиостимуляции; e-mail: e.v.gorbunova@yandex.ru

Горшкова Татьяна Владимировна — науч. сотрудник.

Романова Мария Петровна, — мл. науч. сотрудник.

Макаров Сергей Анатольевич, — д-р мед. наук, зав. лаб. моделирования управленческих технологий отдела оптимизации медицинской помощи при сердечно-сосудистых заболеваниях.

ЛИТЕРАТУРА

1. **Оганов Р. Г., Калинина А. М., Поздняков Ю. М.** Организация школ здоровья в первичном звене здравоохранения: Организационно-метод. письмо Минздрава РФ. М.; 2002.
2. **Werlemann B. C., Offers E., Kolloch R. H.** Compliance problems in therapy resistant. Hypertension 2004; (3): 271—275.
3. **Пономарева Н. Н.** Эффективность терапевтического обучения больных, основанного на мотивационной технологии, в профилактике и лечении артериальной гипертонии: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Барнаул; 2006.
4. **Галевич А. С., Давыдов С. В.** Качество жизни и приверженность к лечению больных гипертонической болезнью. Казан. мед. журн. 2001; 3: 198—202.

5. Бирюкова Л. А. Приверженность к лечению больных ишемической болезнью сердца с болевой и безболевой формой. Сиб. мед. журн. 2008; 4: 75—77.
6. Журавлева И. Ю., Рутковская Н. В., Одаренко Ю. Н., Горбунова Е. В. Основные принципы ведения пациентов с искусственными клапанами сердца: Метод. рекомендации. Кемерово, 2011.
7. Погосова Г. В., Колтунов И. Е., Рославцева А. Н. Улучшение приверженности к лечению артериальной гипертонии и ишемической болезни сердца — ключевое условие снижения сердечно-сосудистой смертности. Кардиология 2007; 3: 79—85.
8. Гуревич К. Г. Комплаенс больных, получающих гипотензивную терапию. Качеств. клин. практика 2003; 4: 53—58.
9. Jokisalo E., Enlund H., Halonen P. et al. Factors related to poor control of blood pressure with antihypertensive drug therapy. Blood Press 2003; 12 (1): 49—55.
10. Хохлова А. Л., Лисенкова Л. А., Раков А. А. Анализ факторов, определяющих приверженность к антигипертензивной терапии. Качеств. клин. практика 2003; 4: 59—66.
11. Ragot S., Sosner P., Bouche G. et al. Appraisal of the knowledge of hypertensive patients and assessment of the role of the pharmacists in the management of hypertension results of a regional survey. J. Hum. Hypertens. 2005; 19 (7): 577—584.
12. Давыдов С. В. Артериальная гипертония: медико-демографическая ситуация, приверженность к лечению, качество жизни: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Казань; 2004.
13. Кондради А. О., Полуничева Е. В. Недостаточная приверженность к лечению артериальной гипертонии: причины и пути коррекции. Артериал. гипертенз. 2004; 3: 137—143.

Поступила 10.11.11

© С. А. МАТВЕЕВА, 2012
УДК 616.127-005.4-02-07

СВОЕВРЕМЕННАЯ ОЦЕНКА ФАКТОРОВ РИСКА ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА — ОСНОВА ПРОФИЛАКТИКИ ЕЕ ОСЛОЖНЕНИЙ

С. А. Матвеева

Медицинский центр «Атенон», Рязань

Изучена сравнительная распространенность и длительность воздействия распространенных факторов риска (ФР): артериальной гипертензии (АГ), курения, злоупотребления алкоголем, избыточного употребления продуктов, содержащих животные жиры, углеводы, психоэмоционального напряжения, наследственной отягощенности по ишемической болезни сердца (ИБС), АГ, сахарному диабету (СД), а также избыточной массы тела/ожирения, гиперхолестеринемии (ГХС) и гипертриглицеридемии (ГТГ) в формировании сочетанной сердечно-сосудистой патологии и выявления риска развития инфаркта миокарда (ИМ).

Проведено комплексное обследование 190 больных ИБС (средний возраст $53,0 \pm 0,6$ года): 82 (43,2%) мужчины и 108 (56,8%) женщины со стенокардией напряжения (СН) I—III функционального класса, метаболическим синдромом и СД 2-го типа.

Установлено, что сочетание таких ФР, как АГ, ГХС, ГТГ, психоэмоциональное напряжение, неправильное питание, избыточная масса тела/ожирение, СД 2-го типа, курение, злоупотребление алкоголем, ассоциируется с развитием ИБС, ИМ. При этом 4 ФР определялись у мужчин и женщин в 37,4 и 31,1% случаев соответственно, 5 ФР — в 33,1 и 39,5%, 6 ФР — в 29,5 и 15,3%, 7 ФР выявлялись у 14,1% мужчин.

ИМ в анамнезе диагностирован у 101 (53,2%) больного, Q-ИМ — у 55 (28,9%), неQ-ИМ — у 46 (24,3%). Q-ИМ установлен у мужчин и женщин с частотой 14,2 и 14,7%, неQ-ИМ — у женщин в 1,2 раза чаще, чем у мужчин.

Ранняя диагностика и коррекция ФР у людей молодого, среднего возраста могут способствовать профилактике или замедлению прогрессирования АГ, метаболического синдрома, ИБС и СД 2-го типа.

Ключевые слова: распространенность и длительность воздействия факторов риска, ишемическая болезнь сердца, метаболический синдром, сахарный диабет 2-го типа, инфаркт миокарда

TIMELY ESTIMATION OF RISK FACTORS OF CORONARY HEART DISEASE AS A BASIS OF PREVENTION OF ITS COMPLICATIONS

S.A. Matveeva

Atenon Medical Centre, Ryazan

We compared the prevalence and duration of action of common risk factors (RF) of arterial hypertension (AH), smoking, alcohol abuse, excess consumption of animal fats and carbohydrates, psychoemotional stress, inherited risk of coronary heart disease (CHD), AH, diabetes mellitus (DM), overweight/obesity, hypercholesterolemia (HC) and hypertriglyceridemia (HTG) contributing to combined cardiovascular pathology. In addition, RF of myocardial infarction (MI) were elucidated. The study involved 190 patients with CHD including 82 (43.2%) and 108 (56.8%) (mean age 53.0 ± 0.6 yr) suffering functional class I-III angina of effort (AE), metabolic syndrome and DM2. A combination of such RF as AH, HC, and HTG, psychoemotional stress, unhealthy diet, overweight/obesity, DM2, smoking, and alcohol abuse were found to be associated with CHD and MI. Four RF were identified in 37.4 and 31.1% of the men and women respectively, 5 FR in 33.1 and 39.5%, 6 RF in 29.5 and 15.3%; 7 RF were revealed in 14.1% of the men. The history of IM was documented in 101 (53.2%) patients, Q-wave IM in 55 (28.9%), non-Q-wave MI in 46 (24.3%). Q-wave MI occurred in 142 and 14.7% of men and women respectively; non-Q-wave MI occurred 1.2 times more frequently in women than in men. It is concluded that early diagnosis of RF in young and middle-aged subjects may promote prevention or slow down progression of metabolic syndrome, AH, CHD, and DM2.

Key words: prevalence and duration of action of common risk factors, ischemic heart disease, metabolic syndrome, type 2 diabetes mellitus, myocardial infarction

Термин «фактор риска» (ФР) был предложен в 1961 г. W. Kannel — одним из пионеров Framingham Study [1].

Это исследование ввело понятие «факторы риска» (модифицируемые, немодифицируемые).