

МЕТОДЫ ОБУЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ

ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЕ ОБУЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА С ВЫСОКИМ РИСКОМ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ

Палфёрова Е.А.¹, Орлов В.А.²

Бутурлиновская ЦРБ Воронежской области¹; кафедра клинической фармакологии и терапии РМАПО Росздрава², Москва

Резюме

Проведено изучение возможности качественного терапевтического обучения (ТО) больных сахарным диабетом 2 типа в сочетании с артериальной гипертонией в реальных условиях амбулаторного приема. Исследование показало, что при желании и энтузиазме врача эффективность его не уступает обучению в «Школах диабета и гипертонии». Методика может быть рекомендована как дополнительное ТО в рамках мультидисциплинарного интегрированного подхода к лечению пациентов этого профиля, а при недоступности обучения в «Школах» — как альтернатива этому процессу.

Ключевые слова: сахарный диабет 2 типа, сердечно-сосудистые осложнения, артериальная гипертония, комплаентность, терапевтическое обучение.

Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) являются основной причиной ранней инвалидизации и преждевременной смертности больных сахарным диабетом 2 типа (СД 2) [1]. Для таких пациентов характерно сочетание целого ряда факторов риска (ФР), способствующих ускорению прогрессирования атеросклероза и возникновению сердечно-сосудистых осложнений (ССО), взаимно усиливающих негативное действие друг друга. Теоретически каждый человек, страдающий СД 2, должен получать оптимальное лечение, направленное на поддержание целевых уровней артериального давления (АД), глюкозы и холестерина крови, а также терапию дезагрегантами с целью предупреждения тромботических осложнений [2–5]. Однако на практике качество профилактики и лечения ССЗ у больных СД 2 не всегда соответствует современным стандартам [6–10].

Одна из составных частей сложившейся проблемы связана с низкой комплаентностью пациентов: только 7 % из них следуют врачебным предписаниям в полном объеме (относительно изменения образа жизни, самоконтроля и фармакотерапии). Под удовлетворительной комплаентностью понимают корректный прием лекарственных средств (не менее 80 % от должного), и в этом случае процент значительно выше. Неудовлетворительная комплаентность может проявляться в виде использования меньших доз препаратов, пропусков приема лекарств, частой отмены их с последующим возобновлением лечения и в большей дозе и пр. Установлено, что до 50 % больных артериальной гипертонией (АГ) прекращают регулярный прием антигипертензивных средств в течение года. Все это способствует повышению риска сердечно-сосудистых исходов и увеличивает расходы на оказание медицинской помощи. Как показывают исследо-

вания, низкая приверженность к терапии не всегда зависит от уровня образования пациента, пола, материальной обеспеченности и кратности визитов к врачу [1, 11]. Причем сами больные редко признают, что не выполняют рекомендации врача: так, по данным одного крупного европейского исследования, в этом признались лишь 16 % опрошенных. Причины, побуждающих больных нарушать схемы медикаментозной терапии, множество: недостаточная мотивация на длительное лечение, страх перед побочными эффектами, сложный режим назначения, бессимптомность болезни или синдрома (дислипидемии, например), стоимость препаратов и пр. Многочисленные опросы демонстрируют незнание больными целевых уровней АД, показателей липидов крови, непонимание опасности их повышения и необходимости постоянного лечения, плохое владение навыками самоконтроля [12,13]. И, хотя стопроцентное соблюдение всех, полученных от врача рекомендаций при хронических заболеваниях невозможно, иногда обстоятельства повседневной жизни заставляют пациентов нарушать схему и режим назначенного лечения, выбирая по своему усмотрению мероприятия, которыми можно пренебречь, тем не менее для эффективного снижения сердечно-сосудистой заболеваемости и смертности у больных СД 2 нужно добиваться максимально возможного повышения комплаентности. Это — одна из важнейших задач врача.

Решению этой сложной медико-социальной проблемы способствует санитарно-просветительская работа, в том числе и в средствах массовой информации, повышающая уровень медицинских знаний населения и конкретное обучение пациентов. Терапевтическое обучение (ТО) [14, 15] включает в себя не только информацию о заболевании, но и обучение методам са-

моконтроля и самопомощи, оно предусматривает активное вовлечение больного в самостоятельное управление хроническим заболеванием с постепенным повышением уровня ответственности за свое состояние. ТО способствует выработке и удержанию внутренней мотивации пациента к использованию полученных знаний с целью сохранения здоровья. Кроме того, качественное ТО обеспечивает обязательную психологическую поддержку больному человеку и членам его семьи. Программа обучения должна быть структурирована, снабжена наглядными пособиями. В процессе обучения необходимо соблюдать этапность подачи информации в доступной для пациентов форме. Официально рекомендованные программы предполагают выбор предпочтительных обучающих стратегий, разработку и внедрение на местах собственных программ, адаптированных к конкретным условиям и возможностям лечебного учреждения.

Прекрасные результаты в обучении показывают «Школы пациента». Еще в 1925 году Эрнесто Рома в Португалии и Эллиот Проктор Джослин в Америке одновременно стали создавать «Школы диабета» для больных диабетом. В 1998 г. ТО было официально включено ВОЗ в систему диабетологической помощи, и ныне оно является неотъемлемой частью лечебного процесса, так же, как терапевтические, физиотерапевтические и др. методы. Это позволило значительно снизить число госпитализаций по поводу диабетических ком, уменьшить количество ампутаций нижних конечностей, повысить качество жизни пациентов [27].

По поводу этого факта возникает только один вопрос. Несмотря на повсеместное открытие «Школ» до настоящего времени обучение в них (в силу различных причин) прошли далеко не все нуждающиеся. Кроме того, даже обучение пациента в «Школе» не гарантирует того, что он хорошо усвоил полученную информацию и не снимает ответственности с врача первичного звена медико-санитарной помощи за его адекватное лечение.

Целью данного исследования явилось изучение возможности эффективного ТО больных СД 2 с высоким риском ССО терапевтом поликлиники (участковым, семейным врачом) в рамках реального режима рабочего времени, отведенного на прием.

Материал и методы

Работа выполнена на базе поликлиники Бутурлиновской ЦРБ.

Для индивидуальных занятий в условиях амбулаторного приема были выбраны 50 больных СД 2 с высоким риском ССО, последовательно обратившихся к терапевту (клинико-демографическая характеристика больных дана в табл. 1). На первом занятии (в течение 15 минут) врачом были кратко изложены общие сведения о ФР при СД 2, поражении органов-мишеней и развитии ССЗ; о целевых уровнях АД, холестерина крови; необходимости самоконтроля и постоянного лечения. В процессе беседы использовался предварительно подготовленный альбом с наглядной информацией. Каждому пациенту была выдана для самостоятельного изучения «Памятка» объемом в 15 машинописных листов, при составлении которой использовались данные соответствующей литературы и программы обучения в «Школах» пациентов с АГ и СД. При последующих визитах происходило обсуждение полученной пациентом информации, текущих значений АД и лабораторных показателей, достигнутых успехов в контроле заболеваний или возникших проблем. В течение года наблюдения проводилось постоянное разъяснение, повторение и напоминание учебного материала со ссылками на «Памятку». Параллельно выполнялись все, предусмотренные стандартами обследования и лечения, мероприятия.

На основании записей в журналах «Школы диабета» и «Школы АГ» были произвольно выбраны и проанализированы амбулаторные карты 50 прошедших обучение больных СД 2 в сочетании с АГ.

Было проведено сравнение средних значений систолического (САД) и диастолического артериального

Таблица 1

Клиническая характеристика больных

| Характеристика | Индивидуальное ТО | «Школа АГ» | Значения p |
|---|-------------------|--------------|------------|
| Число больных | 50 | 50 | |
| Средний возраст, годы | 63,3 ± 9,3 | 62,5 ± 10,9 | 0,758 |
| Пол: м/ж | 19/31 | 20/30 | 0,064 |
| Давность установления диагноза СД 2, годы | 8,7 ± 8,3 | 9,1 ± 6,1 | 0,849 |
| ИБС (%) | 33 (66) | 34 (68) | 1,000 |
| ИМ в анамнезе (%) | 10 (20) | 11 (22) | 0,543 |
| НМК в анамнезе (%) | 7 (14) | 4 (8) | 1,000 |
| Давность установления диагноза АГ, годы | 10,9 ± 8,4 | 11,8 ± 7,1 | 0,937 |
| Средние значения САД, мм рт. ст. | 155,8 ± 17,3 | 157,3 ± 15,5 | 0,816 |
| Средние значения ДАД, мм рт. ст. | 90,1 ± 9,7 | 92,1 ± 8,3 | 0,439 |
| Доля больных с целевыми значениями АД (%) | 3 (6) | 3 (6) | |

Таблица 2

Итоги работы по терапевтическому обучению больных СД2 в сочетании с АГ

| | Через 1 месяц | | Через 1 год | |
|---|---------------|--------------|-------------|--------------|
| | иТО | школа | иТО | школа |
| Средние значения САД, мм рт. ст. | 141± 14,2 | 134,9 ± 17,6 | 130,1 ± 8,2 | 130,5 ± 11,1 |
| Средние значения ДАД, мм рт. ст. | 85,6 ± 8,4 | 77,8 ± 7,9 | 81,3 ± 8,1 | 79,9 ± 8,5 |
| Доля больных с целевыми значениями АД (%) | 11 (22) | 24 (48) | 31 (62) | 28 (56) |

Обозначения: иТО – индивидуальное ТО; школа – групповое обучение в «Школе АГ».

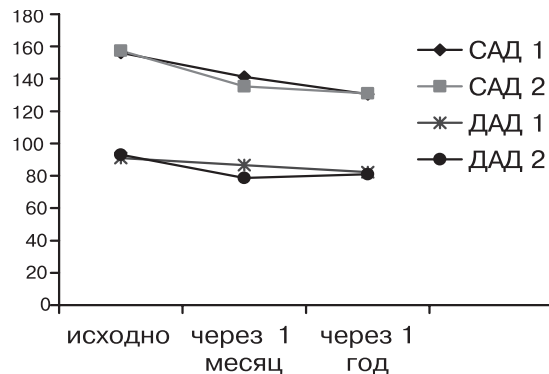


Рис. 1. Средние значения САД и ДАД.

Обозначения:

- 1 – значения АД пациентов, прошедших индивидуальное ТО на приеме;
2 – значения АД пациентов, закончивших обучение в «Школе АГ».

давления (ДАД), а также числа больных, добившихся целевых уровней АД через 1 месяц и через 1 год после начала индивидуальных или групповых (в «Школе АГ») занятий.

Статистическая обработка полученных результатов проводилась с помощью программы STATISTICA (версия 6.0).

Результаты и обсуждение

За 4 года работы амбулаторной «Школы АГ» в Бутурлиновском районе обучение в ней прошли всего 127 пациентов с СД 2 типа – 17,9 % от нуждающихся. И на это есть объективные причины. Цикл обучения в «Школе АГ» состоит из 5 занятий по 2 – 3 часа 3 раза в неделю. Для лучшего усвоения предлагаемого материала учебная группа не должна включать в себя более 10-12 человек. То есть имеется определенная пропускная способность «Школы», не позволяющая одномоментно обеспечить массовый охват населения обучением. Кроме того, сами пациенты не всегда имеют желание и возможность регулярно посещать занятия. Это является проблемой для работающих граждан, сельских жителей и др. Поэтому представляется актуальным поиск альтернативных возможностей для обучения пациентов.

ТО на приеме имеет свои преимущества и сложности: больной наблюдается у постоянного врача, знающего его индивидуальные особенности, может выбрать удобное для него время визита, не ограничен

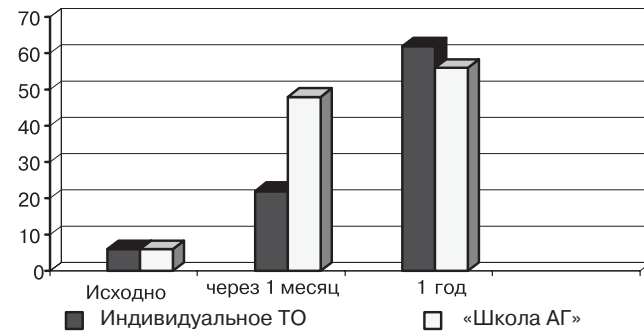


Рис. 2. Доля пациентов с целевыми значениями АД.

пятью занятиями в строго фиксированное время и пр. Сложность заключается, главным образом, в загруженности медработников и дефиците времени, отведенного на прием. Тем не менее, при желании и энтузиазме врача и медсестры организовать качественное ТО пациентов можно.

Из табл. 1 следует, что больные, прошедшие обучение в «Школе АГ» и индивидуальное обучение у терапевта, по исходным характеристикам статистически значимо не отличались. Итоги работы по ТО больных СД 2 в сочетании с АГ отражены в табл. 2 и на рис. 1 и 2. Сравнение полученных результатов, приводит к заключению о равноценной эффективности двух обучающих стратегий: обучение в «Школе» дает несколько более быстрый результат, а постоянная работа с пациентами – более стабильный.

Выводы

1. Для эффективного снижения риска ССО необходимо использовать все возможности, чтобы обеспечить больным СД 2 качественное ТО.
2. В условиях реального времени амбулаторного приема можно организовать ТО.
3. Обе стратегии обучения пациентов с СД 2 в сочетании с АГ (групповые занятия в «Школе АГ» и индивидуальное ТО в течение врачебного приема) эффективны.
4. Методика индивидуального обучения может быть использована как дополнительное ТО в рамках мультидисциплинарного интегрированного подхода к лечению пациентов этого профиля, а при недоступности обучения в «Школах» – как альтернатива этому процессу.

Литература

1. И.И.Дедов, М.И.Балаболкин, Е.М.Клебанов и др. Сахарный диабет: патогенез, классификация, диагностика и лечение. Пособие для врачей. М 2003: 79-80; 83; 106-109.
2. Executive Summary of the Third Report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III)// JAMA 2001:2486 –2497.
3. American Diabetes Association. Position statement – management of dyslipidemia in adults with diabetes// Diabetes Care. 2002; 25: S74 – S77.
4. ВНОК. Профилактика, диагностика и лечение артериальной гипертензии. Российские рекомендации (второй пересмотр). М. 2004: 5;10 - 18.
5. А.Т.Шубина, Ю.А.Карпов. Возможности предотвращения сердечно-сосудистых осложнений у больных сахарным диабетом 2 типа// РМЖ, т. 11, №19 (191), 2003: 1097-1110.
6. Kappagoda ST. Type 2 Diabetes and Preventive Cardiology: Talking the Talk and Walking the Walk// Prev. Cardiol. 2003; 6 (1): 5 –7.
7. CDC. Levels of diabetes-related preventive-care practices – US, 1997 –1999// MMWR 2000; 49: 954 –8.
8. CDC. Preventive-care practices Among Persons With Diabetes – US, 1995 - 2001. MMWR 2002; 51 (43): 965 –969.
9. Rolca DB, Fagot-Campagna A, Venkat Narayan KM. Aspirin use among adults with diabetes. Estimates from the third national health and nutrition examinations survey// Diabetes Care 2001; 24: 197 – 201.
10. Chaiyakunapruk N, Boudreau D, Ramsey SD. Pharmacoeconomic impact of HMG-CoA reductase inhibitors in type 2 diabetes// J Cardiovasc Risk 2001; 8 (3): 127 –132.
11. Birtwistle RV, Gpdwin MS, Delva MD, et al. Randomized equivalence trial comparing three month and six month follow up of patients with hypertension by family practitioners// BMJ, doi:10.1136/bmj3767374063.EE (January 2004).
12. Kjellgren KI, Svensson S, Ahlner J. et al. Hypertensive patients knowledge of high blood pressure// Scand J Prim Health Care 1997 Dec; 15 (4): 188 – 92.
13. Gruesser M, Hartman P, Schottmann N et al. Structured patient education for out-patients with hypertension in general practice: a model project in Germany// J Hum Hypertens 1997 Aug; 11 (8): 501-6.
14. Пархоменко А., Пархоменко И. Значение психотерапевтических элементов в программах обучения самоконтролю пациентов с сахарным диабетом// Диабетография, № 11, 1998, 17 – 19.
15. Терапевтическое обучение больных. Отчет рабочей группы ВОЗ. Москва, 2001, 1 – 96. а. Конради А. О., Полуничева Е. В. Недостаточная приверженность к лечению артериальной гипертензии: причины и пути коррекции// Артериальная гипертензия, т 10, № 3, 2004 г.

Abstract

The real-world, out-patient potential of therapeutic education (TE) among individuals with Type 2 diabetes mellitus (DM-2) and arterial hypertension (AH) was investigated. Provided physicians were interested and motivated to participate, the effectiveness of this TE program was no less than that for DM and AH Schools. The method could be recommended as an addition to multidisciplinary, integrated management of such patients, or as an alternative, if no Schools are available.

Keywords: Type 2 diabetes mellitus, cardiovascular events, arterial hypertension, compliance, therapeutic education.

Поступила 30/06-2007