

5. Рекомендации VII конф. Американской коллегии торакальных врачей по антитромботической и тромболитической терапии // Клиническая фармакология. - 2005. - №14(1). - С. 67-72.

6. Щепин В.О., Тишук Е.А. Аналитический обзор региональных особенностей здоровья населения России // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. - 2006. - №1. - С. 3.

Координаты для связи с авторами: Иванова Альбина Аммосовна — канд. мед. наук, доцент кафедры анестезиологии, реаниматологии и интенсивной терапии с курсом скорой медицинской помощи Института последипломно-

го обучения врачей СВФУ, e-mail: iaa 60@mail.ru, тел.: 8-924-762-29-16; *Потапов Александр Филиппович* — доктор мед. наук, профессор, зав. кафедрой анестезиологии, реаниматологии и интенсивной терапии с курсом скорой медицинской помощи Института последипломного обучения врачей СВФУ; *Мярина Лиля Михайловна* — зав. отделением реанимации и интенсивной терапии для сердечно-сосудистых больных Якутской городской клинической больницы, тел.: 8-914-268-16-95; *Махарова Наталья Владимировна* — доктор мед. наук, ст. науч. сотр. Якутского научного центра комплексных медицинских проблем СО РАМН.



УДК 616.12 - 06 - 08(07)

Е.А. Сироцинская³, С.Л. Жарский¹, И.М. Жарская², О.В. Баранова⁴

РОЛЬ ОБУЧАЮЩЕЙ ПРОГРАММЫ В СОВЕРШЕНСТВОВАНИИ АМБУЛАТОРНОГО ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКЕ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С ПОСТОЯННОЙ ФОРМОЙ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ

Дальневосточный государственный медицинский университет¹, 680000, ул. Муравьева-Амурского, 35, тел.: 8(4212) 32-63-93, e-mail: nauka@mail.fesmu.ru; Консультативно-диагностический центр «Вивея»², 680000, ул. Запарина, 83, тел.: 8(4212) 45-11-11; ФГБУ «Федеральный центр сердечно-сосудистой хирургии» Минздрава России³; НУЗ «Отделенческая поликлиника ст. Хабаровск-1 ОАО «РЖД»⁴, 680038, ул. Джамбула, 2, тел.: 8(4212) 38-35-89, г. Хабаровск

В структуре сердечно-сосудистых заболеваний важная роль отводится нарушениям ритма сердца, и среди них значительное место занимает фибрилляция предсердий (ФП). По своей частоте, в сравнении с другими аритмиями, ФП уступает только экстрасистолии и встречается примерно в 10 раз чаще, чем все остальные варианты пароксизмальной наджелудочковой тахикардии [1]. ФП является основным фактором риска развития застойной сердечной недостаточности и ишемического тромбоэмболического инсульта. Возникновение ФП в трудоспособном возрасте вызывает инвалидизацию у 88% больных [1]. Несмотря на большой арсенал возможностей, которые могут быть сегодня использованы в комплексной терапии ФП и ассоциированных с ней заболеваний, доля больных, получающих адекватное лечение, все еще остается низкой.

Применение образовательных программ для больных позволяет не только повысить регулярность приема лекарств и проведения самоконтроля ЧСС и АД, но и способствует коррекции факторов риска, влияющих на течение сердечно-сосудистой патологии [3]. В настоящее время уже накоплен некоторый опыт применения обучающих программ для больных фибрилляцией предсердий. По данным А.В. Муромкина и соавт. (2008 г.), обучение

пациентов в специализированных группах является более эффективным для повышения контроля над заболеванием, чем получение стандартных рекомендаций от лечащего врача [2]. Однако до настоящего времени остается малоизученным влияние образовательных программ на параметры, комплексно характеризующие динамику состояния сердечно-сосудистой системы у больных с постоянной формой ФП.

Цель нашего исследования состояла в совершенствовании амбулаторного лечения постоянной формы ФП с помощью образовательной программы для больных и врачей первичного звена здравоохранения.

Материалы и методы

В исследовании добровольно приняли участие 120 больных с постоянной формой ФП в возрасте от 50 до 72 лет. Критериями исключения были: наличие показаний для различных видов хирургического лечения, фракция выброса <30%, любые тяжелые декомпенсированные сопутствующие заболевания, изменения в характере терапии в течение предшествующего месяца, вероятность несоблюдения расписания визитов по любой причине.

Больные в процессе отбора были разделены на две группы. Основная группа прошла курс обучения с ис-

пользованием образовательной программы и находилась под наблюдением врачей первичного звена. Контрольную группу составили пациенты, находившиеся на обычном диспансерном наблюдении в условиях реальной клинической практики в поликлиниках г. Хабаровска.

На момент начала исследования статистически значимых различий в обеих группах по возрасту, полу, клинично-инструментальным показателям, а также по проводимой терапии не было (табл. 1).

Структурированная образовательная программа (СОП) школы для больных постоянной формой фибрилляции предсердий была разработана на базе кафедры факультетской терапии Дальневосточного государственного медицинского университета. Группы обучения формировались по 5 чел. Курс обучения состоял из четырех занятий, продолжительностью по 60 мин. Все участники исследования каждые полгода на протяжении двух лет проходили обследование по протоколу, согласно которому оценивали:

- клинические показатели (выраженность одышки в баллах по шкале Борга (0-10 баллов: 0 — нет одышки, 10 — максимальная одышка) [4], функциональный класс ХСН по NYHA, АД, ЧСС);

- лабораторно-инструментальные показатели (липидный спектр, МНО, данные суточного мониторинга ЭКГ, эхокардиография);

- риск ишемического инсульта и системных эмболий по шкале CHA2DS2VASc [5];

- объем медикаментозной терапии;

- социально-трудовой статус (дни нетрудоспособности, выход на инвалидность, изменение группы инвалидности).

Для статистической обработки результатов использовали методы математической статистики. Сравнение групп по количественным признакам проводили при помощи t-критерия Стьюдента (при параметрическом распределении признака). Для оценки межгрупповых различий по качественным и бинарным признакам применяли методы непараметрической статистики (кси-квадрат — вариант максимального правдоподобия). Для оценки связи признаков вычислялись коэффициенты ранговой корреляции Спирмена. Различия считали достоверными при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение

Всем пациентам основной группы в процессе обучения была оптимизирована терапия в соответствии с рекомендациями ВНОК, в результате чего статины, ингибиторы АПФ или блокаторы рецепторов ангиотензина и бета-блокаторы стали получать 100% больных, варфарин — 96,6%, дигоксин — 66,6%, нитраты продленного действия — 23,3%. Терапия же пациентов контрольной группы за время наблюдения существенных изменений не претерпела.

Динамика основных клинично-инструментальных показателей представлена в табл. 2. В группе обучения, в отличие от контроля, отмечено уменьшение средней ЧСС по данным холтеровского мониторирования с 111 до 81 уд./мин. Одышка, оцениваемая по визуально-аналоговой шкале Борга, также уменьшилась с 4,8 до 2,4 балла. Доля больных с I ФК возросла с 6,6 до 26,6%, в то время как количество больных с III ФК уменьшилось с 28,3 до 0%.

С целью изучения эффективности школ для больных с постоянной формой фибрилляции предсердий обследовано в динамике 120 пациентов в возрасте от 50 до 72 лет, половина из которых (60 чел.) прошли обучение по специальной образовательной программе. Длительность наблюдения составила 2 г. В группе обучения, в отличие от пациентов, находившихся под обычным амбулаторным контролем, отмечено уменьшение частоты сердечных сокращений с 111 до 81 уд./мин, одышки с 4,8 до 2,4 балла по шкале Борга, уменьшилась доля больных с III ФК ХСН и увеличилась доля с I ФК, АД снизилось до 120/76 мм рт.ст., достигнут целевой уровень МНО — 2,4. В основной группе тромбозомболические осложнения отсутствовали, тогда как у 4 больных контрольной группы развился ишемический инсульт. Обучение больных с постоянной формой ФП позволило улучшить приверженность больных к лечению, повысить эффективность антигипертензивной, антитромботической терапии, оптимизировать частоту желудочкового ритма, уменьшить функциональный класс ХСН и снизить количество тромбозомболических осложнений.

Ключевые слова: фибрилляция предсердий, обучение больных.

E.A. Sirotsinskaya, S.L. Zharskiy,
I.M. Zharskaya, O.V. Baranova

THE ROLE OF THE TRAINING PROGRAM FOR IMPROVING OUTPATIENT TREATMENT AND PREVENTING COMPLICATIONS IN PATIENTS WITH PERMANENT ATRIAL FIBRILLATION

*Far Eastern state medical university;
Consulting and Diagnostical Center «Viveya»;
Federal Center of Cardiovascular Surgery;
Divisional Polyclinic on the Khabarovsk-I - Railway
Station, Khabarovsk*

Summary

120 patients with permanent atrium fibrillation (AF), 60 of whom being trained in the special education program, have been examined at baseline and after 2 years of observation. In the training group, in contrast to patients who were under regular outpatient control, a marked decrease in heart rate from 111 to 81 beats/min, in breathlessness from 4,8 to 2,4 on the Borg-scale, the reduction of patients with CHF class-III (NYHA) and increase in proportion with class-I were observed.

After education patients happened to achieve average blood pressure levels 120/76 mmHg and INR 2,4. In the training group, there were no thromboembolic complications, whereas 4 patients of the control group suffered from ischemic stroke. The application of the educational program has allowed improving patients' compliance to prescribed medications and increasing the efficiency of anti-hypertensive and antithrombotic therapy as well as optimizing heart-rate control, decreasing the severity of heart failure and minimizing thromboembolic complications.

Key words: atrium fibrillation, education of patients.

В контроле же процент лиц с III ФК ХСН увеличился с 21,6 до 30%. После обучения отмечено снижение АД с 139,8/86,8 до 119,8/76,1 мм рт.ст. В основной группе на-

Сравнительная характеристика больных с постоянной формой фибрилляции предсердий на момент начала исследования

Показатель	Группа обучения (n=60)	Контрольная группа (n=60)	P
Возраст, лет	60,1±0,6	59,7±0,6	>0,05
Мужской пол (n[%])	30 [50]	30 [50]	>0,05
Индекс массы тела, кг/м ²	25,8±0,3	25,4±0,3	>0,05
Артериальная гипертензия (n[%])	52 [86,6]	55 [91,6]	>0,05
Сахарный диабет (n[%])	10 [16,6]	8 [13,3]	>0,05
Стенокардия напряжения II-III ФК (n[%])	42 [69,9]	43 [71,6]	>0,05
Перенесенный инфаркт миокарда (n[%])	18 [30]	17 [28,3]	>0,05
ХСН (n[%]): - I ФК по NYHA	4 [6,6]	4 [6,6]	>0,05
- II ФК по NYHA	39 [65]	43 [71,6]	>0,05
- III ФК по NYHA	17 [28,3]	13 [21,6]	>0,05
Левое предсердие, мм	45,7±0,5	44,1±0,38	>0,05
Гипертрофия левого желудочка (n[%])	47 [78,3]	43 [71,6]	>0,05
КДО, мл	135,5±2,9	140,4±3,4	>0,05
Фракция выброса, %	57,3±0,8	58,1±0,9	>0,05
Средняя ЧСС по данным суточного мониторинга ЭКГ	111±2	109±2	>0,05
Дни нетрудоспособности за 3 мес. до начала исследования	4,9±0,7	3,3±0,6	>0,05
Основная терапия			
Бета-адреноблокаторы (n[%])	49 [81,6]	55 [91,6]	>0,05
иАПФ (n[%])	41 [68,3]	42 [70]	>0,05
БРА (n[%])	7 [11,6]	7 [11,6]	>0,05
Дигоксин (n[%])	25 [41,6]	26 [43,3]	>0,05
Диуретики (n[%])	25 [41,6]	28 [46,6]	>0,05
Варфарин (n[%])	6 [10]	8 [13,3]	>0,05
Ацетилсалициловая кислота (n[%])	53 [88,3]	52 [86,6]	>0,05
Антагонисты кальция (n[%])	2 [3,3]	3 [5]	>0,05
Статины (n[%])	39 [65]	41 [68,3]	>0,05
Нитраты (n[%])	44 [73,3]	43 [71,6]	>0,05

Примечание. Группа обучения — лица, прошедшие обучение по программе школы для больных с ФП; группа контроля — больные, находившиеся на обычном лечении.

блюдали более выраженное, чем в контроле, снижение общего холестерина (ОХС) с 6,35 до 4,81 ммоль/л, ЛПНП — с 4,36 до 3,00 ммоль/л. В результате более тщательного подбора и контроля доз варфарина МНО у обученных больных достигло целевого уровня, изменившись от 1,29 до 2,4, в то время как в контроле этот показатель оставался низким — 1,27.

В группе контроля, в отличие от группы обучения, увеличились размеры левого предсердия с 44,1 до 45,8 мм, уменьшилась фракция выброса с 58,1 до 54,5%. В группе обучения фракция выброса несколько возросла — с 57,3 до 60,7%. В основной группе не наблюдали тяжелых сердечно-сосудистых осложнений, тогда как в контрольной у 4 пациентов развился ишемический

Динамика основных клинико-инструментальных показателей за 2 г. в группах больных ФП, прошедших и не прошедших обучение

Показатель	Группа обучения			Контрольная группа			P ₂
	исходно	через 2 г.	P ₁	исходно	через 2 г.	P ₁	
Систолическое АД, мм рт.ст.	139,8 ±2,8	119,8 ±0,8	<0,01	136,1 ±2,7	131,1 ±2,1	>0,05	<0,01
Диастолическое АД, мм рт.ст.	86,8 ±1,7	76,1 ±0,7	<0,01	86,0 ±1,3	82,5 ±1,3	>0,05	<0,01
Средняя ЧСС по данным суточного мониторинга ЭКГ	111 ±2	81 ±1	<0,01	109 ±2	105 ±2	>0,05	<0,01
Одышка, баллы	4,81 ±0,21	2,40 ±0,07	<0,01	4,18 ±0,17	4,50 ±0,18	>0,1	<0,01
Отеки голеней (n[%])	20 [33,3]	7 [11,6]	<0,05	23 [38,3]	24 [40,0]	>0,05	<0,05
Левое предсердие, мм	45,7 ±0,5	44,4 ±0,5	>0,05	44,1 ±0,4	45,8 ±0,4	<0,01	<0,02
Фракция выброса, %	57,3 ±0,8	60,7 ±0,7	<0,01	58,1 ±0,9	54,5 ±0,8	<0,01	<0,01
Общий холестерин, ммоль/л	6,35 ±0,13	4,81 ±0,04	<0,01	6,01 ±0,11	5,25 ±0,08	<0,01	<0,01
ЛПНП, ммоль/л	4,36 ±0,08	3,00 ±0,04	<0,01	4,12 ±0,08	3,73 ±0,07	<0,01	<0,01
МНО	1,29 ±0,03	2,40 ±0,03	<0,01	1,19 ±0,03	1,27 ±0,04	>0,1	<0,01
Дни нетрудоспособности по неотложным показаниям	4,8 ±0,7	0	<0,01	3,3 ±0,6	11,8 ±2,3	<0,01	<0,01

Примечания. P₁ — достоверность отличий в группе исходно и через 2 г.; P₂ — достоверность отличий между группами обучения и контроля через 2 г. наблюдения.

инсульт. Количество дней госпитализации по поводу декомпенсации ХСН в группе обучения уменьшилось с 4,9 до 0, тогда как в группе контроля увеличилось с 3,3±0,6 до 11,8.

Выводы

1. Обучение больных с постоянной формой ФП по СОП позволяет повысить информированность больных о заболевании и улучшить приверженность больных к следованию рекомендациям врача.

2. Занятия в школе ФП способствуют повышению эффективности лечения, оптимизации частоты желудочкового ритма, что сопровождается улучшением таких показателей, как ЧСС, АД, функциональный класс ХСН, а также снижением числа тромбоэмболических осложнений.

Л и т е р а т у р а

1. Бойцов С.А. Мерцательная аритмия. - СПб.: Элби СПб., 2001. - 335 с.

2. Муромкина А.В., Интякова Ю.В., Назарова О.А. Методика и эффективность обучения в школе для пациентов с фибрилляцией предсердий // Вестник аритмологии. - 2008. - №52. - С. 37-40.

3. Петричко Т.А., Шапиро И.А. Эффективность профилактического обучения больных артериальной гипертензией в первичном звене здравоохранения // Дальневост. мед. журнал. - 2008. - №2. - С. 16-19.

4. Borg G. Psychophysical bases of perceived exertion // Med Sci Sport Exerc. - 1982. - Vol. 14. - P. 436-447.

5. Guidelines for the management of atrial fibrillation // European Heart Journal. - 2010. - Vol. 31. - P. 2369-2429.

Координаты для связи с авторами: Сироцинская Елизавета Алексеевна — аспирант кафедры факультетской терапии ДВГМУ, врач-кардиолог ФГУ ФЦССХ, тел.: 8-924-408-99-04, e-mail: Danilovaliza@yandex.ru;

Жарский Сергей Леонидович — доктор мед. наук, профессор, зав. кафедрой факультетской терапии ДВГМУ, тел.: 8-914-541-81-93, e-mail: sergey.zharskiy@mail.ru; Жарская Ирина Михайловна — канд. мед. наук, врач ультразвуковой диагностики КДЦ «Вивея», тел.: 8-914-540-93-29; Баранова Ольга Владимировна — врач-кардиолог НУЗ «Отделенческая поликлиника ст. Хабаровск-1 ОАО «РЖД», тел.: 8-914-191-94-20.



УДК 616.12 - 008.1 - 072.7

Н.В. Воронина, В.И. Скидан, И.А. Чирикова, Н.П. Слущкая

ПРИМЕНЕНИЕ КОМПЛЕКСА НАГРУЗОЧНЫХ ПРОБ У ПАЦИЕНТОВ С ПОСТОЯННОЙ ЭЛЕКТРОКАРДИОСТИМУЛЯЦИЕЙ ПРИ ХОЛТЕРОВСКОМ СУТОЧНОМ МОНИТОРИРОВАНИИ

Дальневосточный государственный медицинский университет,
680000, ул. Муравьева-Амурского, 35, тел.: 8(4212) 30-53-11, e-mail: rec@mail.fesmu.ru, г. Хабаровск

В связи с расширением показаний к проведению постоянной ЭКС ежегодно увеличивается количество пациентов с имплантируемыми кардиостимуляторами [1, 2, 8]. Согласно отчету Центра хирургической и интервенционной аритмологии, количество пациентов с постоянной электрокардиостимуляцией (ЭКС) в России, состоящих на диспансерном учете, в 2008 г. составило 103 960, что на 28% больше, чем в 2007 г. [3].

Современный имплантируемый ЭКС является сложным программируемым устройством и инородным телом. Порой, электрофизиологические нарушения у пациентов с постоянной ЭКС имеют скрытый характер, могут встречаться при эффективной работе внутрисердечного устройства (ВСУ), но в то же время потенциально способны приводить к неблагоприятным гемодинамическим последствиям, вызывать жалобы и дискомфорт [4, 5]. Поэтому после имплантации ВСУ пациенту требуются тщательное динамическое наблюдение, своевременная проверка параметров стимуляции, диагностика и устранение нарушений, связанных с постоянной ЭКС [7, 12, 13].

По мнению многих авторов, достаточно информативным и распространенным методом для оценки эффективности работы ЭКС является холтеровское суточное мониторирование (ХСМ) [4, 5, 8-10].

К сожалению, ХСМ как исследование у больных с имплантированными ВСУ в нашей стране не имеет четкой стандартной методики проведения, поэтому важно правильно сформировать протокол обследования. Кроме того, в ряде случаев у данной категории больных возникает необходимость включения в протокол нагрузочных проб для моделирования ситуаций, при которых пациенты вероятнее всего предъявят жалобы определенного характера, и на ЭКГ будут зарегистрированы электрофизиологические феномены, обусловленные влиянием постоянной ЭКС.

Некоторыми авторами в качестве нагрузочных тестов предлагаются пробы с физической нагрузкой, с изометрическим сокращением мышц верхнего плечевого пояса, позиционные пробы, а также гипервентиляционные тесты и пробы с задержкой дыхания. Особое место занимают технологии с моделированием психоэмоционального стресса [4, 5, 8, 10].

Известно, что нарушения в системе постоянной ЭКС могут возникать на различных уровнях составляющих ее компонентов и проявляться электрофизиологическими нарушениями только при определенных обстоятельствах. Согласно нашей гипотезе, применение комплекса провокационных проб, направленных на все звенья системы стимуляции, позволит выявить возможные скрытые отклонения у больных с постоянной ЭКС различных режимов.

Цель исследования состояла в сравнительном анализе электрофизиологических нарушений у больных с постоянной ЭКС при ХСМ в базальных условиях и на фоне комплекса нагрузочных проб.

Материалы и методы

В исследование были включены 47 пациентов с ВСУ (23 мужчины и 24 женщины), средний возраст 65,3±10,1 лет, предъявляющих жалобы на повышенную утомляемость, слабость, дискомфорт и боли в области грудной клетки, головокружение, перебои в работе сердца. Показаниями к имплантации ЭКС в 13 (27,6%) случаях были нарушения АВ проводимости, в 18 (38,3%) случаях СССУ I/II типа, у 11 (23,4%) пациентов брадикардия фибрилляции-трепетания предсердий, 5 (10,7%) лиц имели бино-