

# **ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩИЕ ТЕХНОЛОГИИ**

**В. В. Загайнов,  
Н. И. Кустова,  
О. М. Хромцова**

## **ОРГАНИЗАЦИЯ ОБУЧЕНИЯ В УСЛОВИЯХ ШКОЛЫ БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ**

В статье представлены результаты обучения в школе больных гипертонической болезнью, проводимого в соответствии с региональной программой «Профилактика и лечение артериальной гипертонии в Свердловской области».

Артериальная гипертония – одна из серьезнейших проблем современной медицины во всем мире. Несмотря на принимаемые меры, заболеваемость гипертонической болезнью (ГБ) не имеет тенденции к снижению [5]. В целях комплексного решения проблем по снижению заболеваемости и смертности населения Российской Федерации от болезней сердечно-сосудистой системы постановлением Правительства Российской Федерации от 17 июля 2001 г. принята Федеральная целевая программа «Профилактика и лечение артериальной гипертонии в Российской Федерации». В рамках данной программы осуществляется региональная программа «Профилактика и лечение артериальной гипертонии в Свердловской области», заключающаяся в выявлении больных артериальной гипертонией, проведении регулярных лечебно-профилактических мероприятий, в информационном обучении больных методам измерения артериального давления (АД), основам длительного немедикаментозного и медикаментозного лечения, в консультировании и обучении населения навыкам снижения уровней факторов риска в соответствии с социально-экономическими и другими условиями жизни.

Большое значение в лечении пациента с хроническими терапевтическими заболеваниями имеет личность самого больного, его отношение к своему состоянию, лечению, нарушенным в результате болезни социальным связям. Эффективность терапии во многом зависит от знаний больного о заболевании, правильного понимания роли и влияния болезни на жизненное функционирование, на эмоциональные и поведенческие реакции. Динамика

заболевания, эффективность или неэффективность лечения оказывают влияние на психоэмоциональное состояние, социальные контакты и активность больных.

Качество жизни (КЖ) – интегральная характеристика физического, психического, эмоционального и социального функционирования больного, основанного на его субъективном восприятии [1, 2, 3, 8, 9]. Определение КЖ наиболее важно при хронических заболеваниях, требующих постоянной терапии на протяжении многих лет. Не только болезнь, но и проводимые лечебные мероприятия существенно влияют на жизнь людей. Ухудшение самочувствия, плохая переносимость терапии и сложный режим приема лекарств могут снижать качество жизни пациентов, что значительно уменьшает полезность лечения для больного.

Нередко информация о состоянии больного, опирающаяся только на точку зрения врача, обобщающего данные лабораторно-инструментальных исследований, недостаточна при оценке результатов лечения [4]. Предпочтение следует отдавать оценке динамики КЖ больными. Врачи выявляют улучшение качества жизни почти у всех больных, очевидно, имея в виду, прежде всего, снижение АД; больные отмечали улучшение лишь в половине случаев, ориентируясь на субъективные ощущения, и именно их оценка оказалась наиболее взвешенной [1, 4].

Мировой медицинской практикой признано, что одним из прогрессивных подходов к решению проблем, связанных с лечением хронических неинфекционных заболеваний, в том числе и ГБ, является организация системы информационного обучения больных [6, 7]. Большой интерес вызывают создаваемые в клиниках школы для больных ГБ.

*Цель работы* – определить роль школы больных ГБ в комплексном лечении пациентов с артериальной гипертонией и оценить изменение КЖ пациентов на фоне длительной антигипертензивной терапии.

*Материалы и методы.* Нами проводится длительное наблюдение (от полугода до пяти лет) за больными ГБ на базе городской больницы № 7. Пациенты включены в основную группу и группу сравнения. Клинико-демографическая характеристика больных представлена в табл. 1.

Изучаемые группы больных были сопоставимы по полу и возрасту, давности ГБ и степени ее тяжести, по количеству сопутствующих заболеваний.

В группу сравнения вошли больные ГБ, отказавшиеся от систематической антигипертензивной терапии, регулярных посещений кардиолога и проведения контрольных обследований, принимавшие антигипертензивные средства курсами либо эпизодически, при подъемах АД, обращавшиеся к врачу только при ухудшении самочувствия.

Контрольную группу составили 40 мужчин и 40 женщин, не страдающих артериальной гипертонией, средний возраст  $52,9 \pm 1,2$  года.

Таблица 1

Характеристика групп больных гипертонической болезнью

Показатель	Основная группа (250 чел.)	Группа сравнения (250 чел.)
Возраст, годы ( $M\pm m$ )	53,1 $\pm$ 0,8	53,0 $\pm$ 0,9
Число больных:		
молодого возраста (18–44 года)	73	71
среднего (45–59 лет)	75	77
пожилого (60–74 года)	102	102
Образование:		
высшее	125	110
среднее специальное	123	137
незаконченное среднее	2	3
Семейное положение:		
состоящие в браке	182	175
не состоящие в браке	68	75
Работающие, %	52,0	56,0
Длительность ГБ, годы ( $M\pm m$ )	12,4 $\pm$ 0,6	12,8 $\pm$ 0,5
Регулярное лечение до начала наблюдения, %	11,2	7,6
Курение, %	32,0	40,8
Систолическое АД, мм рт. ст. ( $M\pm m$ )	149,3 $\pm$ 1,1	146,5 $\pm$ 0,9
Диастолическое АД, мм рт. ст. ( $M\pm m$ )	85,9 $\pm$ 0,8	83,9 $\pm$ 0,7

Примечание.  $p > 0,05$  (достоверность различий между показателями основной группы и группы сравнения).

Для оценки КЖ используется русифицированный вариант опросника 36-Item Health Survey (SF-36), результаты оцениваются в условных единицах [2, 3, 8].

1. Физическое здоровье:

- физическое функционирование (ФФ) – предусматривает возможность выполнения нагрузок разных уровней, от бытовых до занятий спортом без каких-либо ограничений;

- ролевое физическое функционирование (РФФ) – определяет возможность выполнения типичной для данного возраста и социального статуса работы, ограничения, связанные с нагрузками (работа, домашние занятия);

- физическая боль (ФБ) – оценивается по степени ограничения обычной активности пациента в связи с болью;

- общее восприятие здоровья (ОВЗ) – предусматривает самооценку состояния физического здоровья в прошлом, настоящем и в возможной перспективе.

2. Ментальное здоровье:

- жизнеспособность (ЖС) – оценивает субъективное восприятие энергичности, от постоянной утомляемости до постоянного ощущения прилива сил;

- социальное функционирование (СФ) – отражает ограничения в выполнении любых социальных функций;
- психическое здоровье (ПЗ) – выявляет ограничения, связанные с психическими или интеллектуальными нагрузками;
- ролевое эмоциональное функционирование (РЭФ) – отражает влияние эмоционального статуса пациента на повседневную деятельность и общение с окружающими, ограничения из-за нервозности или депрессии;
- сравнение самочувствия с предыдущим годом (СС).

Комплексное клинико-инструментальное обследование больных ГБ с оценкой КЖ было проведено в начале наблюдения и через полгода на фоне индивидуально подобранной антигипертензивной терапии.

Обработка информации производилась с помощью пакета прикладных программ STATISTICA 6.0 с использованием парных критериев Стьюдента и критерия согласия  $\chi^2$ . Различия между показателями считали достоверными при  $p < 0,05$ .

*Результаты.* В обеих группах анализ исходных показателей КЖ (табл. 2) обнаружил достоверное ухудшение среднего показателя физической активности.

Таблица 2

Средние показатели КЖ в изучаемых и контрольной группах в начале наблюдения ( $M \pm m$ )

Показатель	Основная группа (250 чел.)	Группа сравнения (250 чел.)	Контрольная группа (80 чел.)
ФФ	47,2±1,0*	47,4±0,9*	50,1±0,9
РФФ	44,8±1,0*	45,2±1,3*	51,9±0,8
ФБ	40,9±1,3**	44,9±1,1*	56,0±1,0
ОВЗ	46,4±1,3	47,6±1,4	48,8±0,9
ЖС	48,6±1,7	49,2±1,4	49,6±0,7
СФ	38,1±1,0*	40,8±1,4*	54,5±0,7
РЭФ	34,6±1,6**	46,5±1,6*	54,9±0,5
ПЗ	49,1±1,1	49,9±0,9	51,3±0,6

*Примечание:*

\* Достоверность различий с контрольной группой.

\*\* Достоверность различий между основной и группой сравнения.

Несмотря на то что показатель физической функции снижен, большинство пациентов могут выполнять достаточно большой объем нагрузок. Снижение РФФ в основном связано с затруднением профессиональной деятельности, в меньшей степени – с повседневной домашней работой. Физическая боль была представлена головными болями и кардиалгией. При оценке общего здоровья пациенты отмечали стабильное состояние, около половины из них рассчитывали на его предстоящее улучшение. Интересно, что достаточно низкий показатель жизнеспособности практически не отличался от такового у основной популяции жителей России [2]. В наибольшей степени

были снижены показатели состояния социального и эмоционального функционирования, т. е. значительно возросла роль социальных и эмоциональных проблем в ограничении жизнедеятельности. Последние отмечены более чем у половины больных, в основном они были связаны с профессиональными трудностями. При этом ощущение счастья и умиротворенности отмечено всего в нескольких анкетах. Показатель эмоционального благополучия был достоверно ниже у женщин ( $p < 0,01$ ), чем у мужчин. Показатели психического здоровья оценены довольно высоко, причем склонность к депрессивным состояниям отмечена менее чем у 15% больных. Однако пациентами отмечено ухудшение самочувствия за последний год ( $p < 0,01$ ) в сравнении со здоровыми людьми.

В основной группе больных достоверно чаще беспокоила физическая боль, было больше эмоциональных проблем, чем в группе сравнения. Вероятно, это объясняет положительный настрой больных на обследование и лечение, а также желание находиться под наблюдением врача.

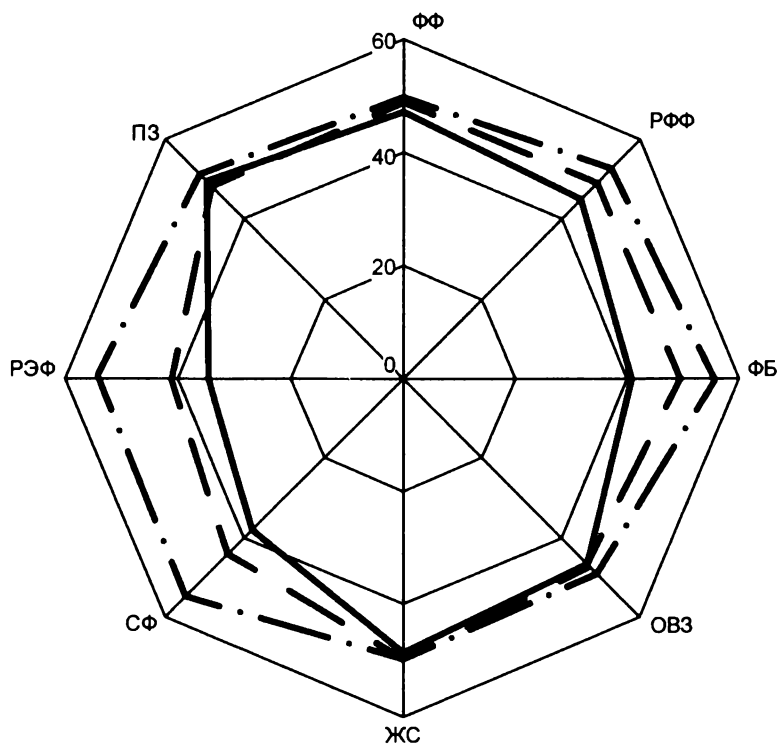
При анализе показателей КЖ в зависимости от семейного положения и уровня образования в обеих группах не было получено достоверных различий. С другой стороны, у пожилых пациентов отмечены более низкие средние показатели РФФ в сравнении с больными молодого и среднего возраста ( $p < 0,05$ ).

На базе кардиологического отделения была организована школа для больных ГБ, разработана программа обучения. Занятия проводились в группах по 12–15 пациентов методом лекции-беседы с обсуждением актуальных для каждого участника группы проблем и выработкой активной позиции больных. Разбирались причины развития ГБ, факторы риска и возможности их коррекции, клинические проявления заболевания, в том числе проявления гипертонического криза, тактика оказания самопомощи (но не самолечения!) при нем, обсуждались вопросы немедикаментозной и медикаментозной долгосрочной терапии. Пациенты основной группы прошли подготовку в школе больного ГБ, им была подобрана индивидуальная антигипертензивная терапия с учетом возраста, тяжести артериальной гипертонии и наличия сопутствующих заболеваний.

Пациенты группы сравнения не посещали занятий и отказались от врачебного наблюдения в клинике, мотивируя это профессиональной занятостью, неверием в эффективность терапии, нежеланием систематически принимать фармпрепараты либо невозможностью постоянного лечения по финансовым причинам.

Через полгода у больных основной группы, соблюдавших врачебные рекомендации по здоровому образу жизни и медикаментозному лечению, на фоне продолжающейся антигипертензивной терапии был достигнут оптимальный уровень АД даже при длительном анамнезе ГБ. Следует отметить существ-

венные изменения, произошедшие в физическом и психоэмоциональном статусе этих больных (рисунок):



Динамика показателей качества жизни в основной группе и контроле:  
— до лечения; - - - через 6 месяцев; — · — контроль

Средние показатели РФФ, ФБ, СФ, РЭФ достоверно возросли в сравнении с исходными ( $p < 0,05$ ). У больных значительно повысилась физическая активность, социальная адаптация, уменьшились болевые ощущения, снизилась роль эмоциональных проблем в ограничении жизнедеятельности. Показатели физической и ментальной сферы были тем выше, чем лучше эффект от проводимой антигипертензивной терапии, тем не менее в большинстве они не достигли уровня контрольной группы. Больные, достигшие оптимального уровня АД, были наиболее адаптированы в социальной сфере и не отмечали существенных проблем с физическим здоровьем.

В группе сравнения достоверных положительных изменений показателей КЖ не произошло, более того, показатель эмоционального благополучия стал ниже в сравнении с исходным. На протяжении последующих четырех лет у этих больных сохранялись частые гипертонические кризы, в том числе требовавшие госпитализации, у пяти больных развился мозговой инсульт.

В основной группе у 73,6% пациентов сформировалась стойкая приверженность к длительному лечению ГБ, у них был достигнут целевой уровень АД, они вели дневники самоконтроля АД, отмечалось хорошее самочувствие, наблюдалось отсутствие осложнений ГБ за 4-летний период, хотя к четвертому году число больных с высокой приверженностью к лечению уменьшилось до 47,2%. Среди больных с высоким комплаенсом преобладали женщины. Было также отмечено влияние уровня образования и семейного положения на приверженность к лечению: 66,4% больных имели высшее образование, 3/4 пациентов состояли в браке.

У 26,4% больных основной группы сформировалась частичная приверженность к систематическому лечению, они менее строго выполняли рекомендации врача, периодически пропуская прием препаратов и не всегда соблюдая рекомендации по здоровому образу жизни, однако и они отмечали положительную динамику самочувствия. Оптимальное АД у этой категории больных не всегда было достигнуто, но показатели АД стали достоверно ниже, чем в начале наблюдения. Следует отметить, что плохая приверженность к лечению – скорее норма человеческого поведения, чем какая-то личная особенность. Больные могут просто не отдавать себе отчет в том, что они плохо соблюдают предписанные рекомендации по приему препаратов, особенно если речь идет о неоднократном приеме в течение суток. При этом не следует забывать о том, что 100-процентное соблюдение комплаентности невозможно при длительном лечении и отклонения в приверженности неизбежны.

*Выводы:*

1. Гипертоническая болезнь вызывает не только физические проблемы у больных, но приводит к нарушениям и в ментальной сфере, ухудшая качество жизни пациентов.

2. Участие в образовательной программе формирует правильное представление о болезни, факторах риска ее возникновения и условиях прогрессивного течения, что позволяет больному более четко выполнять комплекс рекомендаций в течение длительного времени, формирует активную жизненную позицию самих пациентов и их близких в дальнейшем процессе оздоровления.

3. Школа больных ГБ является эффективным методом в комплексной терапии пациентов, способствует профилактике возникновения осложнений артериальной гипертензии, адекватному контролю систолического и диастолического АД, что приводит к стабилизации состояния пациентов и улучшению качества их жизни.

4. К факторам, повышающим приверженность пациента к терапии, относятся: женский пол, высокий уровень образования, семья.

### Литература

1. Белоусов Ю. Б. Клиническая фармакология и фармакотерапия. – М.: Универсум паблишинг, 1997. – 530 с.

2. Захаревич О. А. Изучение качества жизни у больных артериальной гипертонией: методы оценки и значение в клинической практике // *Международный медицинский журнал*. – 2001. – № 5. – С. 412–416.
3. Кашерининов Ю. Р., Шаваров А. А., Виллевальде С. В., Конради А. О., Шляхто Е. В. Качество жизни у больных гипертонической болезнью на фоне терапии рилменидином в сравнении с ателололом // *Артериальная гипертензия*. – 2004. – Т. 10. – № 4. – С. 211–214.
4. Леонова М. В. Практические аспекты лечения АГ: эффективность и комплаентность // *Российский кардиологический журнал*. – 2003. – № 2. – С. 66–71.
5. 2003 European Society of Hypertension – European Society of Cardiology guidelines for the management of arterial hypertension / *J. Hypertens.* – 2003. – Vol. 21, № 6. – P. 1011–1053.
6. Lacroix A. Therapeutic Education of patients: New approaches to chronic illness / A. Lacroix, J. P. Assal // *Editions Vigot*. – 2000. – 203 p.
7. Toscani M. R. Evaluating and Creating Effective Patient Education Programs / M. R. Toscani, R. Patterson // *Drug Benefit Trends*. – 1995. – Vol. 7. – № 9. – P. 36–39.
8. Ware J. E. The Mos 36-item Short-Form Health Survey (SF-36). I Conceptual Framework and item selection / J. E. Ware, C. D. Sberbourne // *Medical Care*. – 1992. – Vol. 30. – № 6. – P. 473–483.
9. Williams T. Geriatrics: perspective on quality of life and care for older people / T. Williams // *Philadelphia*, 1996. – P. 803–807.