

Клиническая и медико-социальная эффективность терапевтического обучения больных с фибрилляцией предсердий

А.В.Муромкина¹, О.А.Назарова², Ю.В.Интякова³

¹ОБУЗ Кардиологический диспансер, Иваново;

²ГБОУ ВПО Ивановская государственная медицинская академия Минздрава России;

³ФБУЗ Центр гигиены и эпидемиологии в Ивановской области

Резюме. Недостаточная эффективность лечения пациентов с фибрилляцией предсердий (ФП) отчасти связана с их низкой приверженностью лечению, что обусловлено слабой информированностью пациентов о заболевании. В статье изложена методика терапевтического обучения больных с ФП, разработанная на базе ГБОУ ВПО ИвГМА, показано ее влияние на уровень информированности пациентов о заболевании, их приверженность лечению и качество жизни. Обучение в школе для больных с ФП приводило также к снижению количества обращений за амбулаторной и стационарной медицинской помощью в связи с ухудшением течения аритмии. Положительная динамика этих показателей отмечена как в ранние сроки после обучения, так и спустя 3 года после его окончания.

Ключевые слова: фибрилляция предсердий, терапевтическое обучение, информированность пациентов, приверженность лечению, качество жизни.

Clinical and medico-social effectiveness of therapeutic training of patients with atrial fibrillation

A.V.Muromkina¹, O.A.Nazarova², Yu.V.Intyakova³

¹Cardiological Dispensary, Ivanovo;

²Ivanovo State Medical Academy;

³Ivanovo Regional Center of Hygiene and Epidemiology

Summary. Lack of efficacy of treatment of patients with atrial fibrillation (AF) is partly due to their low adherence, stipulated by a lack of disease awareness among the patients. The article describes a technique of therapeutic training of patients with AF, developed on the basis of Ivanovo State Medical Academy and its influence on patients' awareness about the disease, their treatment adherence and quality of life. Schooling for patients with AF also led to a decrease in the number of applications for inpatient and outpatient medical care due to the worsening of arrhythmia. Positive dynamics of these indicators was noted early after training, and also 3 years after its closure.

Key words: atrial fibrillation, therapeutic education, patient awareness, treatment adherence, quality of life.

Сведения об авторах

Муромкина Анна Владимировна – канд. мед. наук, врач-кардиолог ОБУЗ Кардиологический диспансер.

E-mail: AMuromkina@mail.ru

Назарова Ольга Анатольевна – д-р мед. наук, проф., зав. каф. терапии и амбулаторной медицины ГБОУ ВПО ИвГМА.

E-mail: oanazarova@mail.ru

Интякова Юлия Викторовна – канд. мед. наук, врач ФБУЗ ЦГиЭ в Ивановской области. E-mail: intyaky@mail.ru

Фибрилляция предсердий (ФП) – одно из самых распространенных нарушений ритма сердца, медицинская значимость которого определяется увеличением с каждым годом частоты встречаемости в популяции [1, 2], снижением качества жизни (КЖ) пациентов [3], а также признанием ФП в качестве независимого предиктора смерти [4, 5]. ФП лидирует среди других аритмий по количеству обращений за неотложной и плановой медицинской помощью, продолжительности госпитализаций и связанных с ними затрат на лечение. Несмотря на постоянное совершенствование лечения ФП, большая часть пациентов нуждаются в повторных госпитализациях для купирования приступов, коррекции медикаментозной терапии и лечения осложнений. Низкая эффективность лечения пациентов с ФП отчасти связана с их низкой приверженностью лечению, что обусловлено недостаточной информированностью пациентов о заболевании.

В последние годы для повышения информированности пациентов о своем заболевании внедряются специальные образовательные программы («Школы

здоровья» для отдельных категорий больных) [6–8]. Наряду с существующими школами для пациентов с гипертонической болезнью, хронической сердечной недостаточностью, сахарным диабетом, бронхиальной астмой, уже доказавшими свою эффективность, на базе кафедры терапии и амбулаторной медицины ГБОУ ВПО ИвГМА была разработана и зарегистрирована «Школа для пациентов с ФП» [9]. Обучение в школе привело к повышению уровня информированности пациентов, их приверженности постоянному медикаментозному лечению, снижению числа обращений за медицинской помощью по поводу аритмии, улучшению КЖ больных. Положительная динамика этих показателей отмечена как сразу после обучения, так и в первые месяцы после его окончания [10, 11]. Однако не оценивалась долгосрочная эффективность обучения.

Цель исследования – оценка динамики показателей эффективности терапевтического обучения в школе для пациентов с ФП через 3 года после окончания обучения.

Таблица 1. Программа занятий школы для пациентов с ФП

№	Название	Цель занятия	Содержание занятия
1	Понятие о ФП, клинические симптомы заболевания	Сформировать понятие о сути заболевания, научиться выявлять его симптомы и правильно оценивать свое состояние	Пациентам предоставляются краткие сведения о строении сердца и его проводящей системе, об анатомическом субстрате ФП, данные о клинической картине ФП с описанием симптомов аритмии. На занятии отбатываются навыки определения частоты и ритмичности пульса, правила оформления и ведения дневников самоконтроля состояния
2	Причины развития ФП и ее осложнения	Пациенты должны узнать о причинах развития ФП, ее осложнениях и способах профилактики	Освещаются круг заболеваний, являющихся причиной развития аритмии, факторы риска возникновения пароксизмов ФП или ухудшения состояния при постоянной форме ФП, разбираются вопросы, касающиеся осложнений ФП (инсульт), их профилактика
3	Лечение ФП	Повысить приверженность пациентов регулярному приему препаратов и сформировать навыки поведения в случае ухудшения самочувствия	Разбираются основные цели лечения – профилактика или уменьшение частоты пароксизмов ФП, способы купирования пароксизма ФП, методы медикаментозной и немедикаментозной профилактики приступов при пароксизмальной или персистирующей форме ФП, урежение ЧСС, способы лечения при постоянной форме ФП

Материал и методы исследования

Исследование проводилось на базе ОБУЗ Кардиологический диспансер г. Иваново. В него были включены 116 пациентов с ФП (61 женщина и 55 мужчин, средний возраст $60,6 \pm 8,4$ года), прошедших обучение в школе в 2007–2008 гг. Постоянная форма ФП диагностирована у 30, пароксизмальная – у 69 (в том числе 15 больных с впервые выявленной ФП), персистирующая – у 17 человек. 58,6% больных имели среднее и средне-специальное образование, работающие пациенты составили 41,3%. Диагноз ФП устанавливался в соответствии с рекомендациями Всероссийского научного общества кардиологов «Диагностика и лечение фибрилляции предсердий» (2005 г.). Этиологическими факторами аритмии были гипертоническая болезнь – 50,5%, ишемическая болезнь сердца – 5,9%, сочетание гипертонической болезни и ишемической болезни сердца – 15,8%, миокардиодистрофия – 25,8% (10,9% – на фоне гипертиреоза, который на момент включения в исследование был компенсирован, 5,9% – на фоне частого употребления алкоголя). У 2% пациентов установлена идиопатическая форма ФП. В исследование не включались больные, имеющие в анамнезе мозговой инсульт или инфаркт миокарда давностью менее 1 года, синдром Вольфа–Паркинсона–Уайта, хроническую сердечную недостаточность выше II А стадии, а также хронические заболевания в стадии суб- и декомпенсации. Протокол исследования больных утвержден этическим комитетом ГБОУ ВПО ИвГМА. Все больные получали терапию по поводу основного заболевания, а также при необходимости – антиаритмические препараты или препараты для контроля частоты сердечных сокращений (ЧСС).

Занятия в школе проводились подготовленным врачом в группах по 5–6 человек. Курс обучения состоял из 3 занятий, каждое продолжительностью не более 60 мин. Программа их представлена в табл. 1.

Эффективность обучения оценивалась по динамике информированности пациента о своем заболевании, мотивации к обучению в школе, приверженности постоянному медикаментозному лечению и КЖ. Динамика этих показателей оценивалась через 3 года и сопоставлялась с данными, полученными через 1, 3 и 6 мес после окончания обучения.

Информированность пациентов о заболевании изучалась с помощью оригинальной анкеты, включающей 10 вопросов, касающихся причин ФП, клинических проявлений, осложнений, а также уточняющих наличие навыков контроля своего состояния. Результаты анкетирования оценивались в баллах (максимально – 10 баллов). Уровень информированности

менее 5 баллов оценивался как низкий, 6–8 – средний, 9–10 – высокий.

Приверженность пациентов лечению изучалась по данным опроса и характеризовалась как высокая (точное выполнение большим количеством рекомендаций врача по приему лекарств), средняя (частичное следование рекомендациям) или низкая (невыполнение схемы лечения).

Клиническая эффективность терапевтического обучения пациентов с ФП оценивалась по динамике числа эпизодов ФП у больных с пароксизмальной и персистирующей формами аритмии и по динамике доли пациентов с постоянной формой ФП, эффективно контролируемых ЧСС.

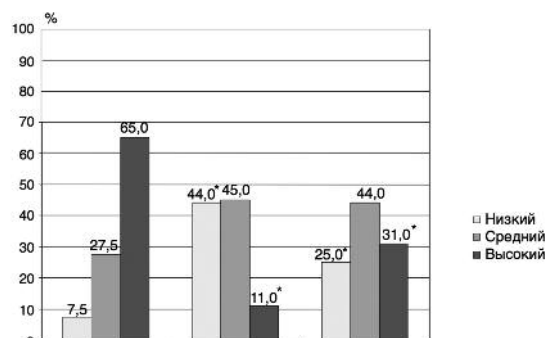
Медико-социальные критерии эффективности оценивались по динамике количества госпитализаций, вызовов скорой помощи, обращений в поликлинику по поводу ухудшения состояния.

КЖ больных изучалось по опроснику Medical Outcomes Study 36-item Short Form Health Status Survey (MOS SF-36), по 8 шкалам: физического функционирования, физического-ролевого функционирования, интенсивности боли, общего состояния здоровья, жизнеспособности, социального функционирования, эмоционально-ролевого функционирования, психического здоровья. Показатели шкалы варьируют от 0 до 100 баллов – полное здоровье оценивалось в 100 баллов. Для каждой шкалы рассчитывались медиана и интерквартильный размах (25–75%).

Через 3 года в исследовании приняли участие 93 (75,2%) человека (39 мужчин и 54 женщины), которые обучались в школе, в том числе с постоянной формой ФП – 22 и с пароксизмальной или персистирующей формой аритмии – 71 человек, средний возраст составил $63,7 \pm 9,1$ года. 17 (18,3%) человек отказались от дальнейшего участия в исследовании, 6 (6,5%) умерли.

Результаты

До обучения у 78,6% пациентов была выявлена недостаточная (низкая – 47% или средняя – 37,6%) приверженность постоянному медикаментозному лечению. Уровень информированности пациентов в среднем составил $4,4 \pm 2,3$ балла. Низкий уровень информированности выявлен у 68,1% опрошенных, высокий – лишь у 3,4%. 25,9% пациентов ранее не имели никакой информации о заболевании. Остальные чаще получали информацию от медицинских работников (69%), реже – из медицинской литературы (7,8%), средств массовой информации (3,4%), сети Интернет (3,4%). При этом никто из больных не отказался от посещения занятий в школе, что свидетельствует о

Рис. 1. Динамика доли пациентов с ФП с разным уровнем информированности о своем заболевании.

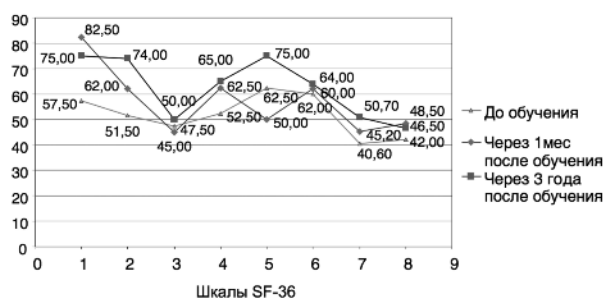
* Достоверность различий с уровнем информированности до начала обучения ($p < 0,05$).

высокой мотивации данной категории к терапевтическому обучению. Наибольший интерес у пациентов вызвали вопросы лечения ФП, а также действия при ухудшении состояния, причины развития и осложнения ФП. КЖ пациентов с ФП исходно было снижено за счет как психического, так и физического компонентов здоровья. Суммарный показатель физического компонента здоровья составил в среднем 40,6 (34,5–46,2) балла, психического – 42 (32,4–47,4) балла. В ряду изучаемых показателей самым низким оказался показатель по шкалам общего состояния здоровья – 47,5 (35–55), интенсивности боли – 51,5 (47–74) и жизнеспособности – 52,5 (30–55).

Сразу после обучения уровень информированности пациентов достиг $8,1 \pm 1,6$ балла ($p < 0,05$), через 1 мес – $7,5 \pm 1,7$, через 3 мес – $7,1 \pm 1,7$, через 6 мес – $6,6 \pm 1,7$ балла. Спустя 3 года после обучения в школе уровень информированности снизился до $6,1 \pm 1,4$ балла, но оставался достоверно выше, чем до обучения ($p < 0,05$). То есть через 1 мес после обучения 89% пациентов имели высокую и среднюю информированность о заболевании, через 3 года после обучения их доля снизилась до 69%, но оставалась достоверно выше исходного уровня ($p < 0,05$). Доля пациентов с низким уровнем информированности составляла через 3 года 31% от группы в целом (рис. 1).

Как следствие роста информированности произошел и рост приверженности медикаментозной терапии. Так, через 1 мес выявлены достоверное увеличение доли пациентов с высокой приверженностью лечению с 21,8 до 79,2% ($p < 0,05$), уменьшение доли пациентов с низкой и средней приверженностью до 20,8% ($p < 0,05$). Данная тенденция сохранялась и в дальнейшем: даже через 3 года после обучения более 1/2 (51,3%) опрошенных выполняли рекомендации врача в полном объеме. У 17 (18,3%) человек через 3 года мотивация к обучению исчезла, в связи с чем они отказались от дальнейшего участия в исследовании. Шесть (6,5%) человек умерли (причиной смерти у троих был инсульт, у одного – инфаркт миокарда, у двух пациентов причина смерти не уточнена). Это были лица с исходно более низкими показателями приверженности лечению, по данным исследования.

Повышение приверженности лечению привело к уменьшению числа пароксизмов ФП как в целом по группе (с 973 за 6 мес до включения в исследование до 475 за 6 мес сразу после обучения и до 623 за аналогичный период времени через 3 года после обучения), так и в расчете на одного наблюдаемого пациента ($p < 0,05$). В группе больных с постоянной фор-

Рис. 2. Динамика показателей КЖ больных с ФП на фоне терапевтического обучения.

мой ФП доля пациентов, эффективно контролирующей частоту желудочковых сокращений, достоверно выросла с 26,7% до обучения до 68,4% через 3 мес и 75,9% – спустя 6 мес после обучения. Через 3 года после обучения этот показатель снизился до 56,4%, однако достоверность различий с исходными показателями сохранялась ($p < 0,05$).

Через 3 года после обучения отмечено достоверное уменьшение среднего количества случаев обращений за всеми видами медицинской помощи по поводу пароксизмов и ухудшения состояния при ФП. Так, потребность в амбулаторных посещениях снизилась с 0,84 до 0,52 на одного больного ($p < 0,05$), число госпитализаций – с 0,71 до 0,25 ($p < 0,05$), вызовов скорой медицинской помощи – с 1,19 до 0,74 ($p < 0,05$), число дней временной утраты трудоспособности сократилось с $12,4 \pm 2,4$ до $8,5 \pm 1,7$ на одного больного ($p < 0,05$).

После обучения зарегистрировано достоверное улучшение КЖ наблюдаемых больных по всем шкалам опросника SF-36. Из составляющих физического компонента здоровья максимальная динамика была выявлена по шкалам интенсивности боли и физического функционирования. Из шкал КЖ, отражающих психический компонент здоровья, в наибольшей степени увеличились средние показатели социального функционирования. Данная тенденция стойко сохранялась и спустя 3 года после обучения (рис. 2).

Обсуждение полученных результатов

Несмотря на некоторый опыт обучения пациентов с ФП (школа для пациентов с ФП, получающих антикоагулянтную терапию [12], наличие информационных бюллетеней [13, 14], ознакомительных компьютерных программ и сайтов в сети Интернет), терапевтическое обучение пациентов с ФП еще не получило широкого развития. Среди больных с ФП выявлена высокая мотивация к обучению, чего не было отмечено другими авторами при иных заболеваниях (гипертоническая болезнь [15], хроническая сердечная недостаточность [8]). Полученные нами данные о низком уровне информированности пациентов о своем заболевании и их высокая мотивация к обучению подтверждают необходимость последнего.

Полученный рост уровня информированности пациентов о заболевании, повышение их приверженности лечению, а также улучшение КЖ свидетельствуют об эффективности терапевтического обучения больных с ФП. Результаты обследования пациентов спустя 3 года после обучения в школе выявили готовность 75,2% из них продолжать участие в данном проекте, эти лица демонстрировали наибольший уровень мотивации к обучению и как следствие – сохранение более высокого уровня информированно-

сти о заболевании и более выраженную приверженность лечению. Это, в свою очередь, привело к снижению количества обращений за амбулаторной и стационарной медицинской помощью в связи с ухудшением течения аритмии.

Таким образом, полученные результаты доказывают эффективность разработанной программы терапевтического обучения пациентов с ФП, которая позволит улучшить контроль за данным заболеванием.

Литература

1. Falk RN. Atrial fibrillation. *N Engl J Med* 2001; 344: 1067–78.
2. Kannel WB, Wolf PA, Benjamin EJ, Levy D. Prevalence, incidence, and predisposing for atrial fibrillation: population-based estimates. *Am J Cardiol* 1998; 82: 2N–N9.
3. Муромкина АВ, Назарова ОА. Качество жизни больных с фибрилляцией предсердий (материалы конгресса). От диспансеризации к высоким технологиям: материалы конгресса. Кардиоваск. терапия и профилактика. 2006; 5–6 (Прил.): 247.
4. Kalra L, Yu G, Perez I et al. Prospective cohort study to determine if trial efficacy of anticoagulation for stroke prevention in atrial fibrillation translates into clinical effectiveness. *BMJ* 2000; 320: 1236–9.
5. Kocbiadakis G, Igoumenidis N, Marcetou M et al. Low-dose amiodarone versus sotalol for suppression for recurrent symptomatic atrial fibrillation. *PACE* 1997; 20 (5) Part 11: 1448.
6. Булкина Л.С., Белевский А.С., Княжевская Н.П., Чучалин А.Г. Влияние обучения больных с бронхиальной астмой на течение заболевания. *Терапевт. арх.* 1996; 12: 30–5.
7. Гиляревский С.Р., Орлов В.А., Хамаганова Л.К. и др. Влияние терапевтического обучения больных с выраженной хронической сердечной недостаточностью на качество жизни и потребность в повторных госпитализациях: результаты 12-месячного рандомизированного исследования. *Кардиология*. 2002; 5: 56–61.
8. Евзерихина АВ, Торон П.В., Дианкина М.С. Методические основы обучения в школе больных хронической сердечной недостаточностью. *Сердечная недостаточность*. 2005; 6 (5): 213–6.
9. Интякова Ю.В., Назарова О.А., Муромкина АВ. Школа для пациентов с фибрилляцией предсердий. Программа занятий: метод. рекомендации. 2009.
10. Муромкина АВ, Интякова Ю.В. Терапевтическое обучение больных с фибрилляцией предсердий. *Вестн. Ивановской медицинской академии*. 2007; 3–4: 52–3.
11. Муромкина АВ, Интякова Ю.В., Назарова О.А. Методика и эффективность обучения в «Школе для пациентов с фибрилляцией предсердий». *Вестн. аритмологии*. 2008; 52: 37–40.
12. Необходимый этап улучшения прогноза больных с фибрилляцией предсердий, получающих антикоагулянтную терапию. Федеральный центр сердца, крови и эндокринологии им. В.А.Алмазова. *CorVasaSaNgvis*. 2007; 2.
13. Поздняков В.М., Тарасов АВ, Белоносова С.В. Если сердце бьется неровно. Памятка для пациентов с фибрилляцией предсердий. М., 2011.
14. Сулимов ВА. Что нужно знать пациенту с мерцательной аритмией. Вопросы и ответы. М., 2006.
15. Корянчу Л.И., Концевая АВ, Шутемова Е.А. и др. Мотивация к обучению и самоконтролю своего заболевания больных артериальной гипертензией разных возрастных групп. Сборник тезисов научно-практической конференции «Артериальная гипертензия: возрастные аспекты». Иваново, 2003; с. 67.