

Обучение и самообразование пациента – важный шаг на пути повышения приверженности пациента лечению

И.Е.Чазова, Ф.Т.Агеев, Т.В.Фофанова, Н.М.Чихладзе, М.Б.Кузнецова, М.Д.Смирнова, В.А.Острогорская, Ю.С.Герасченко
Институт клинической кардиологии им. А.Л.Мясникова ФГБУ РКНПК Минздрава России, Москва

Резюме

Контроль уровня артериального давления (АД), а также длительный прием антигипертензивных препаратов являются актуальными и ключевыми моментами в амбулаторном ведении и лечении пациентов с артериальной гипертензией (АГ). В данной работе анализируются краткосрочные и долгосрочные результаты проведения обучения пациентов с АГ в школе пациента, а также эффективность обучения в отношении приверженности терапии у данной категории больных.

Цель – оценка эффективности получения знаний больными АГ с гипертрофией левого желудочка (ГЛЖ) в школе пациента в сравнении с контрольной группой и оценка степени приверженности и качества жизни у пациентов указанных групп в процессе наблюдения.

Материал и методы. В НДО ФГБУ РКНПК проведено 13 циклов занятий (курс занятий – 6 нед, по 1 разу в неделю). Тематика занятий и их продолжительность (90 мин), а также число пациентов, обучающихся в группах (8–10 человек), соответствовали нормам, утвержденным Минздравом России. Обучены 128 пациентов с АГ (из них 66 больных АГ без ГЛЖ и 27 пациентов с ГЛЖ). Группу контроля составили 65 пациентов с АГ, которые отказались от предложения посетить школу по разным причинам (41 пациент без ГЛЖ и 24 – с ГЛЖ). Группы прошедших и не прошедших обучение пациентов были сопоставимы по полу, возрасту, длительности АГ, индексу массы тела, уровню систолического (САД) и диастолического АД (ДАД). Инструментальные и лабораторные исследования (общеклиническое обследование, электрокардиография, биохимический анализ крови) проводились исходно, после окончания цикла обучения и через 24 мес амбулаторного лечения.

Результаты. Пациенты, прошедшие обучение в школе, показали достоверное снижение уровня АД. По окончании занятий в школе САД составило $139,3 \pm 7,4$, ДАД – $86,2 \pm 5,4$ мм рт. ст. ($p=0,0001$). Пациенты контрольной группы также показали достоверное снижение АД на завершающем визите, однако степень его снижения в этой группе была достоверно ниже. Целевое АД было достигнуто у 79% пациентов 1-й группы и у 54% пациентов 2-й группы ($p=0,003$). Динамика качества жизни, оцененная по визуально-аналоговой шкале (ВАШ), достоверно больше изменилась в группе пациентов, посещавших школу ($p=0,001$).

Приверженность терапии у пациентов, посетивших школу, достоверно выросла, в то время как у пациентов 2-й группы достоверных изменений в приверженности терапии не наблюдалось. Анкетирование и осмотр пациентов, проводимые через 1 год, показали, что в группе прошедших цикл обучения через 1 год показатели АД остаются достоверно ниже исходных (САД $154,7 \pm 8,2$ и ДАД $90,5 \pm 4,3$ мм рт. ст.; $p<0,05$). Качество жизни и приверженность терапии согласно опроснику Мориски–Грина (МГ) в данной группе не имели достоверной отрицательной динамики и оставались на достаточно высоком уровне (ВАШ $75,7 \pm 3,2\%$ – недостоверно, МГ $3,1 \pm 0,9$; $p=0,05$). У пациентов контрольной группы были отмечены прирост показателей АД (САД $154,7 \pm 8,2$ и ДАД $90,5 \pm 4,3$ мм рт. ст.) и ухудшение качества жизни (ВАШ $62,3 \pm 4,9\%$; $p=0,03$). Приверженность терапии оставалась на исходно низком уровне (МГ $1,9 \pm 0,2$ балла).

Заключение. Полученные результаты свидетельствуют о высокой эффективности проведения обучения в школе пациента среди больных АГ, в том числе и с ГЛЖ.

Ключевые слова: школа пациента с АГ, артериальная гипертензия, сердечно-сосудистые заболевания, обучение пациентов, приверженность терапии, длительное амбулаторное наблюдение.

Education and self-education of the patients is an important step towards increasing patients acceptance of therapy

I.Ye.Chazova, F.T.Ageev, T.V.Fofanova, N.M.Chikbladze, M.B.Kuznetsova, M.D.Smirnova, V.A.Ostrogorskaya, Yu.S.Geraschenko

Summary

The blood pressure level control and the long-term administration of anti-hypertensive agents are of high priority and play key role in treatment of patients with hypertension in the outpatient setting. This paper analyzes the short-term and long-term results of the education of patients with AH in a patient's School, and the effectiveness of the education concerning acceptance of therapy among these category of patients.

Aim. To analyze received knowledge of the patients with arterial hypertension associated with LVH at patient's School compared to the control group and the study of the degree of patients acceptance of therapy and quality of life of both group of patients during the study.

Material and methods. We underwent 13 cycles of education (course of education lessons with duration of 6 weeks, lessons 1 time per week). Topics and the duration of lessons (90 minutes), as well as the number of patients enrolled in the groups (8–10 people), corresponding to norms approved by the Ministry of Health of the Russian Federation. We educated 128 patients with AH (there were 66 patients with AH with out association with LVH and 27 patients, associated with LVH). The control group consisted of 65 patients with AH who had refused to attend patient's School for various reasons (41 patients without association with LVH and 24-associated with LVH).

The Groups of patients educated/failed the education were matched by sex, age, duration of AH, BMI, levels of SBP and DBP. Instrumental and laboratory studies (general clinical examination, ECG, biochemical analysis of blood) were underwent before the treatment, at the end of the education cycle and in 24-months of outpatient treatment.

Results. Patients who had been educated at the patient's School showed the statistically significant reduction of the BP level. In the end of School the systolic BP was $139,3 \pm 7,4$ mm Hg and the diastolic BP – $86,2 \pm 5,4$ mm Hg ($p=0,0001$). Patients in the control group also showed statistically significant reduction of BP during last visit, however, the degree of BP reduction in this group was statistically significant lower. The target BP was observed in 79% in the first group of patients and 54% in the second group of patients ($p=0,003$). Dynamics of the quality of life, estimated by the visual analog scale (VAS) was statistically significant higher in the group of patients, attending School ($p=0,001$). Acceptance of therapy among patients who had been visiting the School, significantly increased, but the statistically significant changes in acceptance of therapy in the second group of patients were not observed. Questioning and examination of the patients one year later, showed that in the group of patients who had received one cycle of education in the School, the BP level remained statistically significant below the basal value (SBP $154,7 \pm 8,2$ and DBP $90,5 \pm 4,3$ mm Hg, $p<0,05$). Quality of life and acceptance of therapy in this group did not have statistically significant negative dynamics and remained at a high level (VAS: $75,7 \pm 3,2\%$ ($3,1 \pm 0,9$ points) ($p=0,05$)). Patients in the control group noticed growth of BP level (SBP $154,7 \pm 8,2$ mm Hg and DBP $90,5 \pm 4,3$ mm Hg) and impairment of quality of life (VAS $62,3 \pm 4,9\%$ $p=0,03$). Morisky–Green test showed an initially low level ($1,9 \pm 0,2$ points).

Conclusion. The results show the high efficacy of the patient education at School among patients with AH, including the patients with AH and LVH.

Key words: AH patient School, arterial hypertension, cardiovascular diseases, patient education, acceptance of therapy, long-lasting outpatient observation.

Сведения об авторах

Чазова Ирина Евгеньевна – проф., чл.-кор. РАМН, рук. отд. системных гипертензий, дир. ИКК им. А.Л.Мясникова ФГБУ РКНПК. E-mail: it34@cardio.ru

Агеев Фаиль Таипович – д-р мед. наук, проф., рук. НДО ИКК им. А.Л.Мясникова ФГБУ РКНПК. E-mail: ageev@cardio.ru

Фофанова Татьяна Вениаминовна – канд. мед. наук, ст. науч. сотр. НДО ИКК им. А.Л.Мясникова ФГБУ РКНПК. E-mail: tfofanova@yandex.ru

Чихладзе Новелла Михайловна – д-р мед. наук, проф., вед. науч. сотр. отд. системных гипертензий ИКК им. А.Л.Мясникова ФГБУ РКНПК. E-mail: novella.cardio@mail.ru

Кузнецова Марина Борисовна – врач-кардиолог высшей категории НДО ИКК им. А.Л.Мясникова ФГБУ РКНПК. E-mail: mbkuznetsova@yandex.ru

Смирнова Мария Дмитриевна – канд. мед. наук, науч. сотр. НДО ИКК им. А.Л.Мясникова ФГБУ РКНПК. E-mail: natalya1@yandex.ru

Острогорская Вера Анатольевна – канд. мед. наук, врач функц. диагностики НДО ИКК им. А.Л.Мясникова ФГБУ РКНПК. E-mail: kantov.vera@gmail.com

Герасченко Юлия Световна – канд. мед. наук, ст. науч. сотр. НДО ИКК им. А.Л.Мясникова ФГБУ РКНПК

Герасченко Юлия Световна – канд. мед. наук, ст. науч. сотр. НДО ИКК им. А.Л.Мясникова ФГБУ РКНПК

Многочисленные опросы, проводимые среди больных артериальной гипертензией (АГ), демонстрируют недостаточное знание (или незнание) пациентами целевых уровней артериального давления (АД), плохое владение навыками самоконтроля АД, непонимание опасности повышенного АД, а также необходимости постоянной медикаментозной терапии [1–3]. Один из возможных путей решения этой проблемы заключается в обучении пациента и формировании мотивации для самообразования. Кроме того, формирование навыков регулярного лечения и контроля за своим состоянием может оказывать влияние на приверженность терапии. Реальную помощь в обучении пациента оказывают школы здоровья, в которых получают знания пациенты не только с АГ, но и с ишемической болезнью сердца (ИБС), хронической сердечной недостаточностью, сахарным диабетом (СД), остеопорозом и другими патологиями.

Цель организации школ – оптимизация, совершенствование и повышение охвата, доступности и качества медицинской профилактической помощи населению, в частности пациентам с АГ. Школа здоровья для пациентов с АГ включена в отраслевой классификатор «Сложные и комплексные медицинские услуги» (СКМУ) 91500.09.0002–2001 (Приказ Минздрава России от 16.07.2001 №268 «Система стандартизации в здравоохранении Российской Федерации»). В соответствии с этим классификатором школа здоровья для пациентов с АГ имеет шифр 04.015.01: 04 – медицинские услуги по профилактике; 015 – кардиология; 01 – вид услуги («школа») [4].

Целью настоящего исследования являлась оценка эффективности получения знаний пациентами с АГ и гипертрофией левого желудочка (ГЛЖ) в школе пациента в сравнении с контрольной группой, а также степени приверженности и качества жизни у пациентов двух групп в процессе наблюдения.

В НДО ФГБУ РКНПК проведено 13 циклов занятий (курс занятий – 6 нед, по 1 разу в неделю). Тематика занятий и их продолжительность (90 мин), а также число пациентов, обучающихся в группах (8–10 человек), соответствовали нормам, утвержденным Минздравом России.

Обучены 128 пациентов с АГ (из них 66 больных АГ без ГЛЖ и 27 пациентов с ГЛЖ). Группу контроля составили 65 пациентов с АГ, которые отказались от предложения посещать школу по разным причинам (41 пациент без ГЛЖ и 24 – с наличием ГЛЖ).

Группы прошедших и не прошедших обучение пациентов были сопоставимы по полу, возрасту, длительности АГ, индексу массы тела (ИМТ), уровню САД и ДАД (табл. 1). Практически у всех больных ИМТ превышал 25 г/м². Наследственная отягощенность отмечена в подавляющем большинстве случаев во всех группах. Длительность АГ в среднем превышала 10 лет во всех группах.

У части больных гипертензия была осложнена ГЛЖ и избыточной массой тела. Кроме того, у большинства пациентов присутствовало еще несколько факторов риска (гиперхолестеринемия, курение, наследственная отягощенность).

Несмотря на то, что все больные ранее получали антигипертензивную терапию, последняя была недостаточно эффективной, так как целевой уровень АД у них не был достигнут. Вероятно, это связано с низкой приверженностью пациентов лечению. Приверженность пациентов терапии была достаточно низкой в двух группах, что реально отражает ситуацию в амбулаторной практике. У всех пациентов образовательный уровень был достаточно низким (табл. 2).

Таким образом, необходимость проведения занятий в школе АГ диктовалась целым комплексом причин: исходно низким образовательным уровнем пациентов с АГ, неадекватно контролируемым уровнем АД, а также низкой приверженностью пациентов лечению.

Результаты и обсуждение

Пациенты, прошедшие обучение в школе, показали достоверное снижение уровня АД, как САД, так и ДАД. В конце наблюдения САД составляло 139,3±7,4 мм рт. ст., ДАД – 86,2±5,4 мм рт. ст. ($p=0,0001$). Пациенты 2-й группы также показали достоверное снижение АД на завершающем визите, однако степень снижения АД в 1-й группе была достоверно выше, чем во 2-й (см. рисунок). Целевое АД было достигнуто у 79% пациентов 1-й группы и у 54% у пациентов 2-й группы ($p=0,003$).

Динамика качества жизни, оцененная по визуально-аналоговой шкале (ВАШ), достоверно больше изменилась в группе пациентов, посещавших школу ($p=0,001$). Приверженность терапии у пациентов, посетивших школу, достоверно выросла, в то время как у пациентов 2-й группы достоверных изменений в приверженности терапии не наблюдалось (табл. 3).

Таблица 1. Характеристика пациентов, занимавшихся (1-я группа) и не занимавшихся (2-я группа) в школе АГ

Показатели	1-я группа (n=128)	2-я группа (n=65)	p
Возраст, лет	60,3±8,0	59,7±8,4	нд
Мужчин, n (%)	33 (26)	18 (28)	нд
Курящих, %			
Длительность АГ, годы	13,4±3,8	14,5±3,1	нд
Семейный анамнез ССЗ, %	75	70	нд
ИМТ г/м ²	29,8±4,7	30,3±2,9	нд
САД, мм рт. ст.	162,7±12,4	160,5±11,3	нд
ДАД, мм рт. ст.	90,9±9,7	90,1±7,8	нд
Сопутствующие заболевания:			
ИБС, %	19	15	нд
СД, %	10	8	нд
ВАШ, %	62,5±3,2	59,8±4,7	нд
МГ, баллы	1,8±0,9	1,9±0,8	нд

Примечание. ССЗ – сердечно-сосудистые заболевания, нд – недостоверно, МГ – опросник Мориски–Грина.

Таблица 2. Уровень исходных знаний у пациентов, согласившихся и не согласившихся пройти обучение в школе АГ

Уровень исходных знаний и бытовые привычки	1-я группа, %	2-я группа, %	p
Знание о факторах риска (не имеют)	78	76	нд
Знание о целевом уровне АД (не имеют)	25	26	нд
Знание о нормальном уровне холестерина (не имеют)	37	40	нд
Не придерживаются нормы потребления жидкости	45	42	нд
Не ограничивают потребление соли	9	10	нд
Не ограничивают потребление животных жиров	10	11	нд

Проводился отдельный анализ групп пациентов с АГ и ГЛЖ, посещавших (группа 1А, n=27) и не посещавших школу АГ (группа 1Б, n=21). Эти группы были сопоставимы по исходным параметрам (табл. 4).

В конце наблюдения отмечено достоверное снижение АД, однако степень снижения САД и ДАД была более выражена у больных, посещавших школу (табл. 5). Доля больных, достигших нормализации АД по классификации ВОЗ–ОАГ (менее 140/90 мм рт. ст.), составила в группе посещавших школу 66,7%, в группе не посещавших школу – лишь 29%.

Динамика качества жизни и приверженности терапии также была достоверно значимой в группе пациентов, посещавших школу.

Результативностью занятий в школе можно считать не только углубление знаний пациентов о течении и факторах риска АГ. Пациенты, прошедшие обучение, овладели навыками самоконтроля за течением АГ. Кроме того, большинство из них отметили, что занятия в школе оказывают им большую психологическую поддержку. Организацию и работу школы как «отличную» оценили 85% пациентов, как «хорошую» – 15%.

Анкетирование и осмотр пациентов, проводимые через 1 год, показали, что в группе больных, прошедших цикл обучения в школе, через 1 год показатели АД остаются достоверно ниже исходных (САД 142,3±5,7 и ДАД 88,5±4,3 мм рт. ст.; $p < 0,05$). Качество жизни и приверженность терапии в данной группе не имели достоверной отрицательной динамики и оставались на достаточно высоком уровне (ВАШ 75,7±3,2% – нд, МГ 3,1±0,9; $p = 0,05$). У пациентов контрольной группы отмечены прирост показателей АД (САД 154,7±8,2 и ДАД 90,5±4,3 мм рт. ст.) и ухудшение качества жизни (ВАШ 62,3±4,9%; $p = 0,03$). Приверженность терапии оставалась на исходно низком уровне (МГ 1,9±0,2 балла).

Анализируя полученные результаты, можно констатировать высокую эффективность работы школы, что проявлялось не только в достоверном снижении АД и большого числа больных, достигших целевого уровня АД, но и в удержании на достигнутых цифрах АД через 1 год после проведения школы. Данные показатели можно объяснить сохраняющейся высокой приверженностью терапии (табл. 6). После посещения цикла занятий в школе пациент начинает активно участвовать в своем лечении, осознанно принимает назначенную терапию, проводит контроль (и делает это правильно) своего АД, применяет навыки купирования гипертонических кризов, получен-

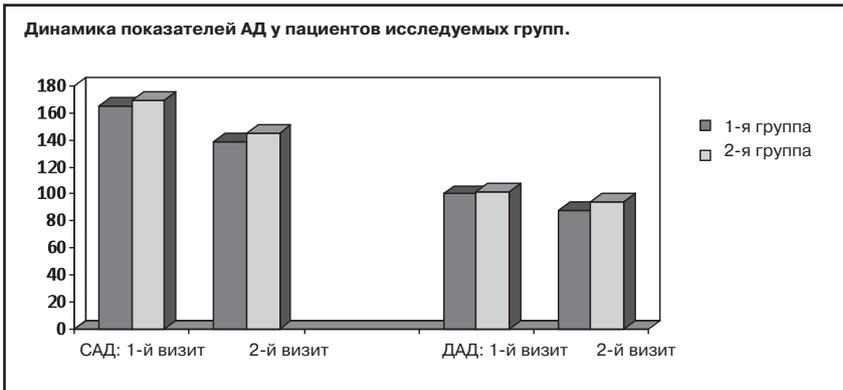


Таблица 3. Приверженность и качество жизни у пациентов изучаемых групп

Показатели	1-я группа		p	2-я группа		p
	1-й визит	2-й визит		1-й визит	2-й визит	
ВАШ, %	62,5±3,2	80,1±2,8	0,0001	59,8±4,7	68,7±3,4	0,04
МГ, баллы	1,8±0,9	3,9±0,1	0,0002	1,9±0,8	2,0±0,3	нд

ЭКСФОРЖ®
амлодипин/валсартан

ЖИТЬ ПОЛНОЙ ЖИЗНЬЮ...*
...это прислушиваться к настроению, а не к давлению.*

9 из 10 пациентов достигают целевого уровня АД¹

КРАТКОЕ ОПИСАНИЕ ЭКСФОРЖ®
Лекарственная форма. Амлодипин (в форме безилата) + Валсартан. Таблетки, покрытые пленочной оболочкой, 5/80 мг, 5/160 мг, 10/160 мг, 5/220 мг, 10/220 мг. **Показания к применению.** Артериальная гипертензия (пациентам, которым показана комбинированная терапия). **Противопоказания.** Повышенная чувствительность к амлодипину, другим производным дигидропиридинового ряда, валсартану, а также другим ангиотензиновым компонентам препарата; наследственный ангионевротический отек, либо отек у пациентов на фоне предыдущей терапии АРА II; тяжелая (3 балла по шкале Чайлс-Тью) степень нарушения функции печени; билатеральный стеноз; острая почечная недостаточность (КФК менее 30 мл/мин); гемодиализ; спондилевоз; беременность; лактация; период грудного вскармливания; тяжелая артериальная гипотензия (источников АД менее 50 мм рт. ст.); коллапс; кавадрогенный шок; обструкция венозного тракта желудка и кишечника (в том числе артериальный стеноз тяжелой степени); гемодинамически нестабильная сердечная недостаточность после острого инфаркта миокарда; одновременное применение с ализасидом у пациентов с сахарным диабетом 2 типа. **Способ применения и дозы.** Рекомендуемая суточная доза – 1 таблетка препарата Эксфорж®, содержащая амлодипин/валсартан в дозе 5/80 мг, 5/160 мг, 10/160 мг, 5/220 мг или 10/220 мг. **Предостережения и особые указания.** Следует с осторожностью назначать препарат Эксфорж® у пациентов с гиперкалиемией, депрессией или синдромом зрени. Пациентам с нарушением функции почек. Безопасность применения препарата у больных после недавно перенесенной трансплантации почки не установлена. Так же, как и при применении других вазодилаторов, следует соблюдать особую осторожность при назначении препарата у больных с нитратным или артериальным стенозом и гипертрофической обструктивной кардиомиопатией. Следует соблюдать осторожность при применении препарата Эксфорж® у пациентов с хронической сердечной недостаточностью В-И функционального класса по NYHA, с острым коронарным синдромом, после перенесенного острого инфаркта миокарда, у пациентов с нарушениями функции печени, obstructивными заболеваниями желчных путей. **Взаимодействие.** Одновременное применение с другими препаратами (например, нитратами АТФ или аспирин, блокаторами RAAS, приводит к повышению частоте возникновения случаев гипотензии, гипогликемии, нарушению функции почек. Необходимо контролировать показатели артериального давления. Функция почек, а также содержание электролитов в плазме крови. Следует соблюдать осторожность и проводить регулярный контроль концентрации калия в крови при применении вместе с блокаторами вазингенов, содержащими калий, калий-сберегающими диуретиками, калийсодержащими заменителями пищевой соли и другими лекарственными средствами, которые могут повышать концентрацию калия в плазме крови. Совместное применение с ГИИВ (включая ингибиторы LДП-2) может уменьшать выраженность гипотензивного эффекта. При совместном приеме с другими препаратами, у пациентов с синдромом Шугрена-Джосана, синдромом Стивена-Джосана, повышении активности печеночных ферментов в основном в связи с холестазом, мультиформная эритема. При применении валсартана в качестве монотерапии были отмечены следующие явления: транзитное опухание, опухание, аллергические реакции, паронихия, некроз ногтей, эритема, брадикардия, периферическая ангиопатия, васкулит, ангионевротический отек, буллезный дерматит, почечная недостаточность и нарушение функции почек. **Форма выпуска.** Таблетки, покрытые пленочной оболочкой, 5/80 мг, 5/160 мг или 10/160 мг; 10 или 14 шт. в блистере; 1, 2, 3, 4, 7, 14 или 28 блистеров по 14 таблеток вместе с инструкцией по применению в картонной упаковке. **Применение для врача.** Прежде чем назначить препарат, пожалуйста, проанализируйте также историю болезни пациента. **Новартис Фарма АГ**, швейцарское подразделение «Новартис Фарма Швейц АГ», Швейцария.

1. Allertans Y et al. Efficacy of the combination of amlopidine and valsartan in patients with hypertension uncontrolled with previous monotherapy: The ExforE in Failure after Single Therapy (EX-FAST) study // Journal of Clinical Hypertension (Greenwich), 2008; 10 (3): 185–194.

ООО «Новартис Фарма»: Россия, 125315, Москва, Ленинградский проспект, д. 72, корпус 3; тел.: (495) 967-12-70; факс: (495) 967-12-68; www.novartis.ru

*Не является свойством препарата Эксфорж®.

Информация предназначена для медицинских и фармацевтических работников.

NOVARTIS
PHARMACEUTICALS

Таблица 4. Сравнительная характеристика групп больных АГ с ГЛЖ, обучавшихся (1А-группа) и не обучавшихся (1Б-группа) в школе АГ

Показатели	1А-группа (n=27)	1Б-группа (n=21)	p
Возраст, лет	59,1±8,6	54,9±8,9	нд
ИМТ	29,7±5,5	31,7±6,5	нд
САД	169,7±11,6	168,5±13,5	нд
ДАД	101,4±6,9	101,1±7,1	нд
Общий холестерин	6,4±0,9	5,9±0,7	нд
Глюкоза	5,7±0,4	5,6±0,9	нд
ИММЛЖ	126,5±14,4	129,9±12,6	нд
ВАШ, %	63,5±8,4	58,7±10,6	нд
МГ, баллы	1,9±0,6	1,8±0,6	нд

Примечание. ИММЛЖ – индекс массы миокарда левого желудочка.

Таблица 5. Динамика АД у больных АГ с ГЛЖ, посещавших и не посещавших школу

Показатель	1А-группа		1Б-группа		p 2-й визит (1А–1Б)
	1-й визит	2-й визит	1-й визит	2-й визит	
САД	169,7±11,6	138,0±12,2**	168,5±13,5	147,7±8,5**	0,003
ДАД	101,4±6,9	86,1±8,3**	101,1±7,1	94,1±7,5	0,005
ΔСАД		-30,7±9,1		-20,3±9,3	0,004
ΔДАД		-15,3±6,9		-7,4±6,8	0,001
ИММЛЖ	126,5±14,4	112,8±16,1	129,9±12,6	118,9±16,9	нд
ΔИММЛЖ		-12,7±14,1		-10,0±12,3	нд

Таблица 6. Приверженность и качество жизни у больных АГ с ГЛЖ, посещавших и не посещавших школу

Показатели	1А-группа		p	1Б-группа		p
	1-й визит	2-й визит		1-й визит	2-й визит	
ВАШ, %	63,5±8,4	83,1±3,6	0,0002	58,7±10,6	63,9±4,8	0,06
МГ, баллы	1,9±0,6	3,5±0,4	0,0004	1,8±0,6	2,0±0,3	нд

ные на занятиях в школе. Как результат – высокое качество жизни, которое сохранилось и через 1 год после посещения занятий.

Следует отметить, что необходимо влиять не только на пациента, но и на врача. L.Cooper и соавт. [5] сравнили эффективность вмешательств в медицинских центрах, направленных как на пациента, так и на врача, с эффективностью минимальных вмешательств в наблюдаемых группах. Вмешательства подразумевали тренинги врача и пациента в плане работы над здоровьем и относительно знаний о заболевании. Контроль проводился через 3 и 12 мес. Группа врачей, прошедшая тренинг, продемонстрировала более позитивные коммуникативные изменения по сравнению с базовым уровнем ($p=0,04$), в отличие от врачей контрольной группы. Группа интенсивного вмешательства (тренинг врача + тренинг пациента) показала через 1 год явное улучшение в отчетах пациентов по предписанной врачом инструкции ($p=0,03$), степень вовлечения пациента в процесс лечения ($p=0,03$) в сравнении с группой минимального вмешательства. Авторами сделан вывод, что вмешательства, которые усиливают врачебные коммуникационные тренинги и побуждают пациентов участвовать в своем лечении, позитивно влияют на взаимодействие пациента и медицинского центра: пациент начинает осознавать обязательства по лечению, что, в свою очередь, может улучшить САД среди пациентов с неконтролируемой АГ.

Анализ результатов настоящего исследования показал необходимость активного вовлечения пациентов в процесс получения знаний о своем заболевании, улучшения организованности пациентов, четкого следования врачебным предписаниям, а также повышения приверженности терапии, что ведет к улучшению показателей уровня АД и качества жизни при длительном амбулаторном наблюдении.

Выводы

1. У больных с АГ, прошедших обучение в школе пациента, наблюдался отчетливый гипотензивный эффект со снижением уровней офисного САД и ДАД, которые сохранялись у них и через 1 год после посещения занятий.

2. Приверженность терапии и качество жизни в группе пациентов, посещавших школу, достоверно повысились и оставались на высоком уровне через 1 год после проведения школы.

3. Пациенты с АГ контрольной группы показали снижение АД, однако динамика АД была достоверно ниже по сравнению с группой пациентов, посетивших школу. Через 1 год отмечено достоверное повышение уровня АД в данной группе.

4. Приверженность терапии у пациентов контрольной группы оставалась низкой на всем протяжении исследования.

5. Школа пациента с АГ показала высокую эффективность в отношении АД, качества жизни пациентов и приверженности терапии не только в краткосрочном периоде наблюдения, но и при длительном амбулаторном наблюдении пациентов с АГ.

Литература

- Morgado M, Rolo S, Macedo AF et al. Predictors of uncontrolled hypertension and antihypertensive medication nonadherence. *J Cardiovasc Dis Res* 2010; 1 (4): 196–202.
- Schroeder K, Ebrahim Sb. How Can We Improve Adherence to Blood Pressure – Lowering Medication in Ambulatory Care? *Systematic Review of Randomized Controlled Trials. Arch Intern Med* 2004; 164: 722–32.
- Hewson MG. Patient education through teaching for conceptual change. *J Gen Intern Med* 1993; 8: 393–8.
- О мерах по совершенствованию организации медицинской помощи больным с артериальной гипертензией в Российской Федерации. Приказ Минздрава РФ №4 от 24.01.2003.
- Cooper LA, Roter DL, Carson KA et al. A randomized trial to improve patient-centered care and hypertension control in underserved primary care patients. *J Gen Intern Med* 2011; 26 (11): 1297–304.