

Н.Ю. Боровкова ^{1*}, Н.Н. Боровков ², Т.И. Маслова ⁴, Е.И. Боровкова ³,
Ю.А. Хорькина ¹

ГБОУ ВПО «Нижегородская государственная медицинская академия», ¹ кафедра внутренних болезней, ² кафедра госпитальной терапии им. В.Г. Вогралика, ³ лечебный факультет, г. Нижний Новгород

⁴ ГБУЗ НО «Нижегородская областная клиническая больница им. Н.А. Семашко», нефрологическое отделение

ВЛИЯНИЕ ОБУЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ НА ПРИВЕРЖЕННОСТЬ ЛЕЧЕНИЮ РЕНОПАРЕНХИМАТОЗНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Резюме

Целью работы было уточнить влияние обучения пациентов на повышение приверженности лечению РАГ. Для больных с РАГ на базе специализированного нефрологического стационара было организовано обучение в тематической «Школе пациента». В ней проводилась разъяснительная работа о важности лечения не только основного заболевания почек, но и РАГ. При изначально крайне низкой приверженности лечению РАГ через 6 месяцев занятий у пациентов с заболеванием почек происходил значимый рост позитивного отношения к антигипертензивному лечению. Впоследствии все пациенты продолжали антигипертензивную терапию амбулаторно, что имело положительное влияние на исходы основного заболевания. Таким образом, обучение пациентов является важным фактором повышения приверженности лечению РАГ.

Ключевые слова: ренопаренхиматозная артериальная гипертензия, приверженность лечению, обучение пациентов.

Abstract

Purpose: clarify the effect of patient education to improve adherence to treatment renoparenchymal arterial hypertension. For patients with a renoparenchymal arterial hypertension on the basis of the specialized nephrology hospital training was provided in a thematic «School of the patient». In it was carried out explanatory work about the importance of treating not only the main renal disease, but the syndrome of arterial hypertension. Results: with initially very low commitment to treatment renoparenchymal arterial hypertension after 6 months of training in patients with kidney disease occurred a significant increase in positive attitude to antihypertensive treatment. Subsequently all patients continued to outpatient antihypertensive therapy that has had a positive effect on the outcomes of the underlying disease. Conclusions: patient education is an important factor in improving adherence to treatment renoparenchymal arterial hypertension.

Key words: renoparenchymal arterial hypertension, adherence to treatment, patient education.

АГ — артериальная гипертензия, РАГ — ренопаренхиматозная артериальная гипертензия, АД — артериальное давление, САД — систолическое артериальное давление, ДАД — диастолическое артериальное давление, ХГН — хронический гломерулонефрит, ЧП — частота пульса, ДСАД — дневника самоконтроля артериального давления.

Лечение синдрома АГ при болезнях почек является важнейшим механизмом воздействия на торможение прогрессирования основного заболевания и, как следствие, влияния на развитие и усугубление хронической почечной недостаточности [6, 7]. При этом адекватное лечение РАГ у нефрологических больных позволяет не только продлевать додиализный период, но и предупреждать сердечно-сосудистые осложнения на любой стадии хронической болезни почек [2, 7]. Для успешного лечения РАГ на современном этапе в арсенале врачей имеется немало количество различных антигипертензивных препаратов, доказавших свою эффективность в многочисленных исследованиях [6, 7]. При этом особую актуальность приобретает приверженность пациентов соблюдению рекомендованной врачом терапии [3, 5, 8]. Как

правило, именно безупречное исполнение назначенного врачом лечения является трудной задачей для большинства пациентов во всех странах мира. Это подтверждается и статистическими данными по эссенциальной АГ, согласно которым уровень достижения «целевого» АД при её лечении в развитых странах не превышает 30% [2, 9, 10].

Недавние российские исследования, проведённые среди пациентов высокого сердечно-сосудистого риска, имеющих АГ, наглядно показали актуальность проблемы взаимодействия врача и пациента для достижения адекватного контроля АД [4, 5]. При этом реальная частота достижения «целевого» уровня АД у больных эссенциальной АГ за 2005–2009 гг. колебалась от 20 до 24,4% [4, 8]. По мнению врачей, участвовавших в исследованиях, основной

*Контакты. E-mail: borovkov-nn@mail.ru. Телефон: (831) 438-93-27

причиной низких показателей контроля АД являлась плохая приверженность лечению. В первую очередь она была обусловлена недостаточными знаниями людей как о самой АГ, а так и о её осложнениях. В итоге была подчеркнута необходимость проведения образовательных программ для пациентов, направленных на улучшение их приверженности лечению АГ.

По данным экспертов Всемирной организации здравоохранения, обучение пациентов должно рассматриваться как необходимая часть программ лечения хронических заболеваний [10]. Это утверждение хорошо иллюстрируют успехи в терапии сахарного диабета, где повышение информированности больных о заболевании и итоги обучения их самоконтролю привели к росту положительных результатов лечения [1].

В последние годы успехи исследователей и практических врачей в области нефрологии усилили интерес к лечению АГ при заболеваниях почек. При этом в доступной литературе практически не встречаются статистические сведения о числе больных с РАГ, достигающих при лечении «целевых» значений АД. Это, с одной стороны, связано с разнообразием нозологических форм почечной патологии, при которой развивается синдром АГ, а с другой, с отсутствием единства мнений об оптимальном уровне АД, способствующему торможению прогрессирования основного заболевания [2, 6, 7]. Вместе с тем важным остаётся отношение больного с заболеванием почек к повышенному АД и понимание необходимости его коррекции. Учитывая вышеизложенное, мы задались целью уточнить влияние обучения пациентов на повышение приверженности лечению РАГ.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Настоящее исследование было проведено на базе нефрологического отделения Нижегородской областной клинической больницы им. Н.А. Семашко. Оно было основано на результатах наблюдения 136 больных (57 женщин и 79 мужчин) морфологически верифицированным ХГН, имеющих синдром АГ (далее обозначается РАГ). Средний возраст пациентов составил $39,2 \pm 14,6$ года, длительность ХГН (время постановки диагноза) в среднем была $6,9 \pm 2,7$ года, РАГ $7,5 \pm 1,2$ года.

На базе указанного отделения НОКБ была организована тематическая «Школа пациента» для нефрологических больных, имеющих РАГ. Все пациенты были разделены на группы по 15–25 человек. В рамках «Школы» с ними проводили плановые занятия, включавшие разъяснительную работу о их заболевании и важности лечения РАГ. Согласно плану занятий, больным объяснялась важность как не-

медикаментозного, так медикаментозного лечения не только заболевания почек, но и РАГ. Пояснялась необходимость точного исполнения рекомендаций врача по применению назначенных антигипертензивных препаратов, их количества, доз и кратности приёма.

Неотъемлемой частью «Школы пациента» являлось обучение больных способам самоконтроля АД, разъяснение необходимости регистрации показателей АД и ЧП путём ведения дневников самоконтроля. Обсуждались различные варианты заполнения ДСАД. При этом наряду с численной фиксацией АД пациентам предлагалась и графическая регистрация значений САД, ДАД, ЧП. В результате вырисовывалась наглядная картина динамики показателей АД и пульса в течение длительного времени (дней, месяцев). По ДСАД можно было проследить динамику показателей АД и ЧП на фоне терапии. Таким образом, данные ДСАД способствовали объективизации АД и ЧП, что позволяло оценить эффективность антигипертензивной терапии, а также внести необходимые коррективы в её тактику.

Важнейшим положительным моментом ведения ДСАД, по нашему мнению, является факт осознанного участия самого пациента в лечении АГ.

Лечение РАГ у исследуемых больных проводилось согласно принятым рекомендациям и состояло из немедикаментозного (ограничение пищевой соли в диете, вне стационара щадящий режим труда и отдыха) и медикаментозного лечения [7]. Учитывая иммунно-воспалительный характер заболевания (ХГН), все пациенты получали патогенетическую иммунносупрессивную терапию с учётом активности заболевания.

Эффективность терапии РАГ у наблюдаемых больных оценивали по показателю «целевого» уровня АД. Согласно международным и национальным рекомендациям, «целевым» уровнем АД для больных с патологией почек и АГ считается уровень менее 130/80 мм рт. ст. [2, 7, 9].

Результаты эффективности проводимой «Школы пациента» у больных РАГ оценивались нами через 6 месяцев. Из 136 пациентов всю программу обучения завершили 80 человек. Выбыли 56 человек по различным причинам (перемена места жительства, отказ от участия в обучении и даже отказ от лечения).

Результаты исследования обработаны при помощи пакета программ Statistica 6.0 (StatSoft, Inc., США). Различия между долями оценивали при помощи критерия χ^2 и точного критерия Фишера. В качестве критерия достоверности различий принималась величина $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

При первичном обследовании больных РАГ прежде всего обращала внимание их исходно низкая приверженность антигипертензивной терапии. Большая часть пациентов считала главной задачей лечение основного заболевания (табл. 1). Поэтому они осознанно откликнулись на патогенетическую иммуносупрессивную терапию (даже при её плохой переносимости) и мало обращали внимание на лечение РАГ. Так, из 136 больных в начале настоящего исследования 59 (43%) не считали лечение РАГ необходимым. Другие 77 (57%), хотя и соглашались с необходимостью коррекции АД (табл. 1), но реально не лечились или лечились недостаточно (эпизодически, не эффективными дозами антигипертензивных препаратов), не достигая «целевых» показателей АД.

Медицинская документация свидетельствовала, что в соответствии со стандартами лечения в стационаре или поликлинике при выявлении РАГ всем больным ХГН назначалась антигипертензивная терапия. Однако они или не начинали её совсем, или, начав, прекращали приём препаратов самостоятельно, в дальнейшем применяя антигипертензивные средства лишь в случае гипертензивных кризов. Из 136 обследованных 84 человека (62%) осуществляли медикаментозную антигипертензивную терапию лишь во время госпитализации, затем прекращали её. Остальные 52 (38%) продолжали приём антигипертензивных средств в амбулаторных условиях (табл. 1), но не регулярно или недостаточно. В итоге ни один из этих пациентов не получал долговременной адекватной терапии РАГ.

Важно подчеркнуть, что немедикаментозному лечению РАГ большинство больных (110 человек, 81%) также не придавало должного значения. Это касалось ограниче-

ния потребления поваренной соли, алкоголя, снижения избыточного веса, отказа от курения, необходимости рациональной организации режима труда и отдыха (27 человек, 20%, работали в ночные смены). Другие пациенты (26 человек, 19%), согласившись с необходимостью ограничений в диете и изменения образа жизни для снижения АД, не могли точно сформулировать суть необходимых действий (табл. 1).

Нами также было выяснено, что ни один из пациентов самостоятельно систематически не контролировал АД, а измерял его эпизодически или только в случае объективизации плохого самочувствия. Подавляющее большинство пациентов (88%) для измерения АД прибегало к помощи других лиц в связи с отсутствием навыков самостоятельного измерения, и лишь 12% могли измерить АД самостоятельно. По результатам первичного обследования нами было отмечено, что ни у одного из госпитализированных больных РАГ в начале настоящего исследования АД «целевому» уровню не соответствовало.

Обобщая вышеизложенное, можно констатировать, что в начале настоящего исследования большинство больных считали лечение РАГ не обязательным, лечили её недостаточно (или эпизодически) или не лечили совсем. Также они не считали нужным регулярно контролировать и не контролировали АД, в результате его уровень не соответствовал рекомендованному «целевому» значению.

С учётом сложившейся ситуации, для достижения основной цели лечения («целевое» АД) на базе НОКБ была организована «Школа пациента» для нефрологических больных, имеющих РАГ. Анализ занятий в «Школе пациента» показал (табл. 1), что все больные ХГН (80 человек, 100%) по завершении обучения уяс-

Таблица 1. Эффективность занятий в «Школе пациента» по отношению к лечению РАГ (абсолютные и процентные показатели)

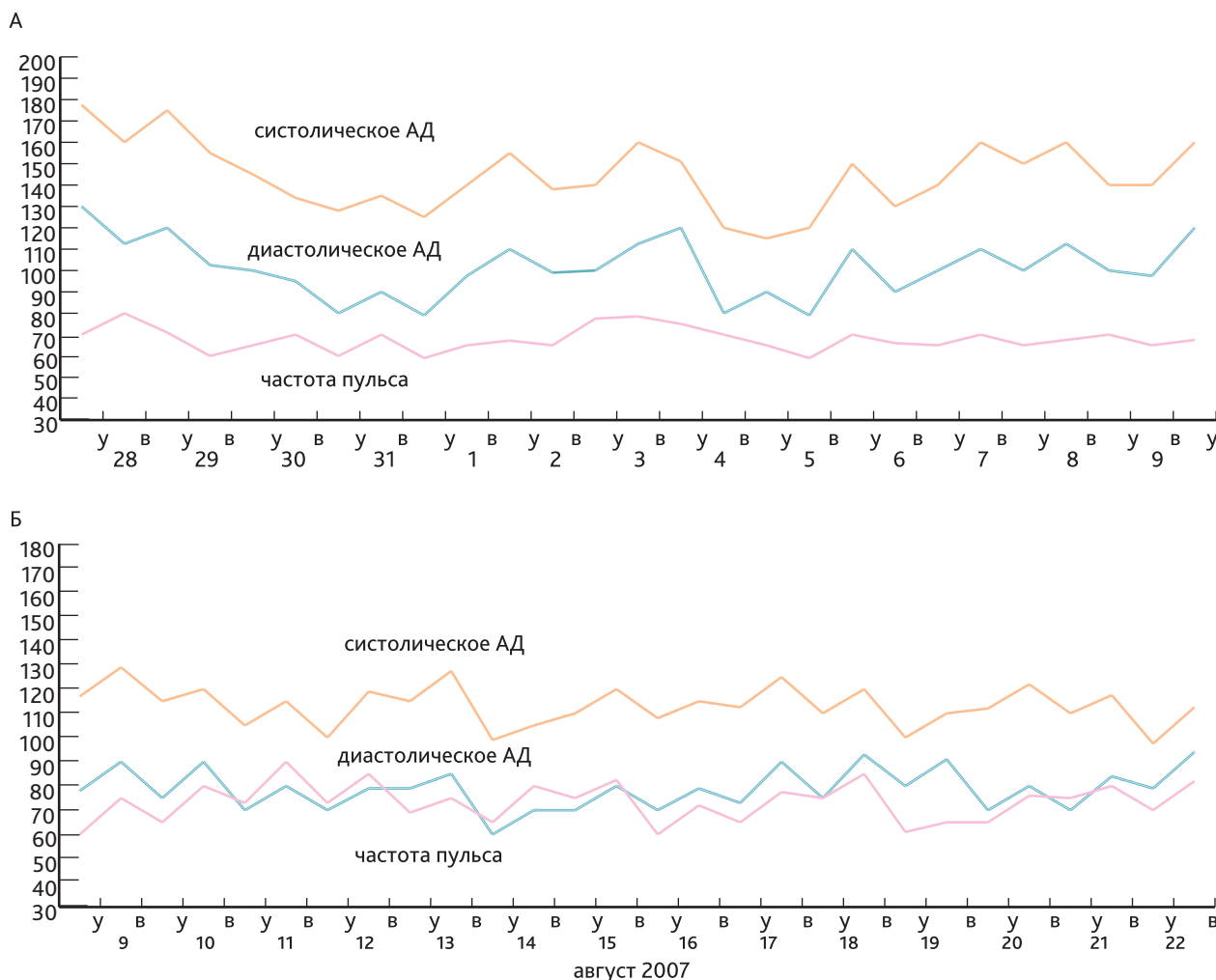
Мнение и действие больных ХГН с синдромом АГ	До занятий в «Школе пациента» (n = 136)	По результатам занятий в «Школе пациента» (n = 80)	Критерии достоверности
Считали необходимым лечить АГ	77 (57%)	80 (100%)	$\chi^2 = 14,00$; $p < 0,001$
Считали, что нет необходимости лечить АГ	59 (43%)	0	$p < 0,005$ по критерию Фишера
Считали нужным немедикаментозное лечение АГ	26 (19%)	71 (89%)	$\chi^2 = 19,79$; $p < 0,0001$
Считали не нужным немедикаментозное лечение АГ	110 (81%)	9 (11%)	$\chi^2 = 109,49$; $p < 0,0001$
Продолжали амбулаторное лечение АГ после выписки из стационара	52 (38%)	80 (100%)	$\chi^2 = 14,00$; $p < 0,001$
Осуществляли самостоятельный контроль АД	0	63 (79%)	$p < 0,0001$ по критерию Фишера
Вели ДСАД	0	31 (39%)	$p < 0,0001$ по критерию Фишера
Достигли «целевого» уровня АД (130/80 мм рт. ст.)	0	20 (25%)	$p < 0,0001$ по критерию Фишера

нили необходимость лечения РАГ. В отдалённый период (через 6 месяцев) оказалось, что из всех участников «Школы пациента» 71 больной (89%) стал строго придерживаться рекомендаций по немедикаментозному лечению АГ. Тем не менее, 9 человек (11%) не сочли нужным проводить коррекцию своего образа жизни.

Все больные с РАГ (100%), согласно рекомендациям «Школы», продолжили амбулаторно приём антигипертензивных препаратов после выписки из стационара. Самостоятельный контроль АД стали осуществлять 63 человека (79%), среди них 31 пациент (39%) регулярно вёл ДСАД (табл. 1).

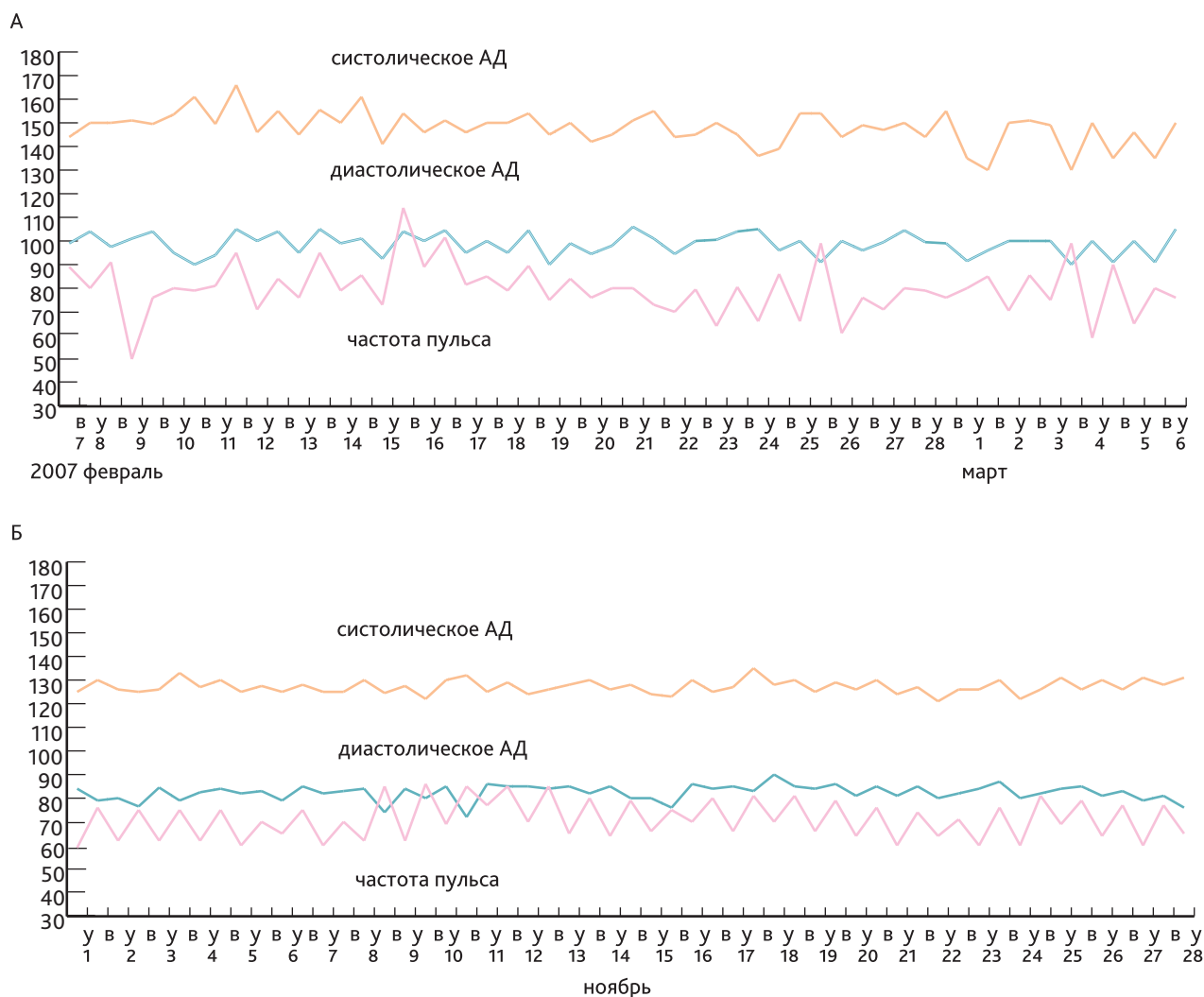
Оценка эффективности занятий в «Школе пациента» по отношению к коррекции РАГ больными, прошедшими обучение, суммарно приведена в табл. 1. Из неё следует, что в результате проведённой работы не только возросло количество больных, согласившихся с необходимостью антигипертензивного лечения

(77 человек до обучения против 80 после участия в занятиях; $\chi^2 = 14,00$; $p < 0,001$), но среди них практически не стало лиц, отрицающих важность лечения АГ (59 человек до против 0 после обучения; $p < 0,005$ по критерию Фишера). Возросло и число пациентов, осознающих роль немедикаментозного лечения АГ (с 26 до 71 в результате участия в «Школе пациента»; $\chi^2 = 19,79$; $p < 0,0001$). Одновременно уменьшилось и число лиц, отрицающих её значимость (110 против 9; $\chi^2 = 109,49$; $p < 0,0001$). Увеличилось количество больных, продолжающих антигипертензивную терапию амбулаторно (с 52 до 80 человек; $\chi^2 = 14,00$; $p < 0,001$). При этом больные стали самостоятельно контролировать АД (до начала обучения никто из них не измерял АД (0 человек) против 63 проводивших контроль после обучения в «Школе пациента») с ведением ДСАД (0 против 31 человека, $p < 0,0001$ по критерию Фишера). Примеры активного участия больных ХГН в лечении АГ с помощью ДСАД можно видеть на рис. 1, 2.



Примечание. А — исходно (начало лечения и занятий в «Школе пациента»), Б — через 6 месяцев в результате лечения и занятий в «Школе пациента». По вертикали показатели АД и пульса, по горизонтали — дни наблюдения (утро, вечер).

Рисунок 1. «Дневник самоконтроля АД» больной Р., 23 года, с ХГН, мембранопролиферативным, гипертонической формы



Примечание. А — исходно (начало лечения и занятий в «Школе пациента»), Б — через 6 месяцев в результате лечения и занятий в «Школе пациента». По вертикали показатели АД и пульса, по горизонтали дни наблюдения (утро, вечер).

Рисунок 2. «Дневник самоконтроля АД» больного Ж., 44 года, с ХГН, морфологически мезангиопролиферативный вариант, гипертонической формы

Из рис. 1а видно, что в начале лечения у больной Р., 23 года, страдающей ХГН, регистрировались высокие показатели САД и ДАД. При этом отмечались резкие перепады АД в связи с эпизодическим приёмом короткодействующих антигипертензивных средств. В ходе наблюдения у больной осуществлен подбор антигипертензивной терапии, на фоне патогенетического иммуносупрессивного лечения. На рис. 1б видно, что после 6 месяцев лечения, включавшего регулярный приём современных антигипертензивных препаратов, САД и ДАД «вошли» в пределы «целевых» значений. Важным результатом обучения в данном случае следует считать осознанное участие пациентки в лечении и контроле АД.

На рис. 2а можно проследить аналогичную картину динамики АД в процессе лечения пациента у Ж., 44 года, страдающего ХГН. При первичном обращении он имел показатели АД 200/110 – 220/120 мм рт. ст., не обладал навыками ведения ДСАД, антигипертен-

зивные средства принимал эпизодически лишь при повышении АД. За время обучения в «Школе пациента» больной не только стал вести ДСАД, но и значительно ответственнее стал подходить к лечению АГ. Он точно выполнял рекомендации врача как в отношении немедикаментозной терапии (диета с ограничением поваренной соли, нормализация режима труда и отдыха), так и медикаментозной (наряду с иммуносупрессивной терапией осуществлял регулярный приём антигипертензивных препаратов, рекомендованных врачом). Как видно на рис. 2б, в результате проводимых мероприятий отмечалось стойкое снижение показателей АД, которые стали приближаться к «целевому».

Значимым результатом проведённой работы в «Школе пациента» следует считать появление группы пациентов, достигших «целевого» уровня АД (20 человек, имеющих АД $\pm$ 130/80 мм рт. ст. при отсутствии таковых до обучения).

Выводы

Настоящее исследование выявило исходно крайне низкую приверженность больных РАГ лечению. В связи с этим организованная на базе специализированного нефрологического отделения областной больницы «Школа пациента» способствовала значимому росту осознания нефрологических больных необходимости лечения АГ согласно рекомендациям врача. Это касалось как немедикаментозного, так и соответствующего регулярного медикаментозного лечения АГ с одновременным ведением дневника самоконтроля. Итогом явилось достижение «целевых» уровней АД ($\leq 130/80$ мм рт. ст.) 25% больных.

Таким образом, обучение нефрологических больных в «Школе пациента» можно считать не только важным фактором роста приверженности больных лечению РАГ, но и способствующим повышению его эффективности.

Ⓐ

Список литературы

1. Дедов И.И., Суркова Е.В., Майоров А.Ю. Терапевтическое обучение больных сахарным диабетом. М.: Реафарм, 2004. 120 с.
2. Диагностика и лечение артериальной гипертензии. Российские рекомендации (четвертый пересмотр) // Системные гипертензии. 2010. № 3. С. 5–26.

3. Калинина А.М. Школа здоровья для больных как фактор повышения эффективности контроля артериальной гипертензии // Трудный пациент. 2006. Т. 4. № 8. С. 2–23.
4. Кобалава Ж.Д., Котовская Ю.В., Старостина Е.Г. Проблемы взаимодействия врача и пациента и контроль артериальной гипертензии в России. Основные результаты Российской научно-практической программы АРГУС-2 // Кардиология. 2007. № 3. С. 3–47.
5. Конради А.О., Соболева А.В., Максимова Т.А. Обучение больных гипертонической болезнью — бессмысленная трата времени или реальный инструмент в повышении качества контроля заболевания? // Артериальная гипертензия. 2002. № 8. С. 6–12.
6. Хроническая болезнь почек. Методическое руководство для врачей под ред. Е.М. Шиловой. Москва. 2012. 76 с.
7. Хроническая болезнь почек: основные принципы скрининга, диагностики, профилактики и подходы к лечению. Национальные рекомендации. Рабочая группа членов Правления Научного общества нефрологов России. Изд. «Левша. Санкт-Петербург», 2012. 51 с.
8. Шальнова С.А. Артериальная гипертензия и приверженность терапии // Врач. 2009. № 12. С. 39–42.
9. ESH-ESC Guidelines Committee. 2007 guidelines for the management of arterial hypertension // J. Hypertens. 2007. Vol. 25. P. 1105–87.
10. World Health Organization (WHO)/International Society of Hypertension (ISH) statement on management of hypertension // J. Hypertens. 2003. Vol. 21. P. 1983–1992.

Авторы заявляют, что данная работа, её тема, предмет и содержание не затрагивают конкурирующих интересов.

КОНТРОЛЬНАЯ РАБОТА ПО ТЕРАПИИ

В 2013 году в каждом номере журнала мы публиковали описания реальных клинических случаев и предлагали вам поставить диагноз и назначить лечение. Рубрика вызвала большой интерес читателей, и мы благодарим тех из вас, кто нашёл возможным прислать ответы. В 2014 году мы опубликуем особенно интересные письма и имена самых активных диагностов. Сегодня предлагаем вашему вниманию последнюю в этом году задачу. Ответы просим присылать на электронную почту editor@medarhive.ru и info@medarhive.ru. Удачи!

Пациентка 35 лет обратилась к врачу в связи с выраженным кожным зудом, желтушностью кожных покровов. Слов пациентки вышеуказанные жалобы нарастали в течение последних 3-х месяцев. Работа пациентки связана с повышенными эмоциональными нагрузками, по поводу чего она самостоятельно принимает валокордин. В последнее время отметила, что на фоне приёма валокордина снижается выраженность кожного зуда. В анамнезе в течение нескольких лет приём оральных контрацептивов, последние 6 месяцев препараты не принимает. Пациентка алкоголя, наркотиков не употребляет. Объективно: избыточной массы тела. Кожные покровы и видимые слизистые желтушные, на коже век выявляются белесые образования (рис. 1), на спине расчёсы. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет; ЧДД, границы сердца в пределах нормы. Ослабление тонов сердца,



Рисунок 1. На коже век пациентки белесые образования

АД 110/60 мм рт. ст., ЧСС 56 в минуту. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень 12×10×10 см, селезёнка не увеличена. Симптом поколачивания отрицателен с обеих сторон. Физиологические отправления: светлый кал, тёмная моча. Врачом был рекомендован рифампицин.

Вопросы:

- Предположите диагноз.
- Предложите и обоснуйте план обследования.
- Предложите тактику ведения пациентки.
- По какой причине на фоне применения валокордина пациентка отметила снижение выраженности кожного зуда?
- Какова цель назначения рифампицина данной пациентке?

Ⓐ