Туманова С. А.¹, Тришкина Н. Н.¹, Горбунова Е. В.², Барбараш О. Л.²

¹ – ГБУЗ КО «КОККД им. акад. Л. С. Барбараша», 650002, Кемерово, Сосновый бульвар, д. 6

² – ФГБНУ «НИИ КПССЗ», 650002, Кемерово, Сосновый бульвар, д. 6

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ДЛИТЕЛЬНОЙ ОБУЧАЮЩЕЙ ПРОГРАММЫ У ПАЦИЕНТОВ С ПРОТЕЗАМИ КЛАПАНОВ СЕРДЦА

Ключевые слова: обучающая программа для пациентов с протезами клапанов сердца, преемственность ведения, приверженность к лечению, качество жизни

Ссылка для цитирования: Туманова С. А., Тришкина Н. Н., Горбунова Е. В., Барбараш О. Л. Эффективность длительной обучающей программы у пациентов с протезами клапанов сердца. Кардиология 2017;57(53):62–68

РЕЗЮМЕ

Цель. Оценить эффективность влияния длительной обучающей программы, включающей стационарный и амбулаторный этапы ведения больных, на приверженность к лечению и качество жизни через 5 лет после протезирования клапанов сердца. **Материалы и методы.** Методом «копи-пара» сформированы две группы больных. Обследуемые основной группы (n=176) прошли полный курс обучающей программы, включающий стационарный и амбулаторный этапы обучения. Контрольную группу (n=108) составили пациенты, прошедшие обучение только на стационарном этапе. Оценивалась приверженность к лечению и качество жизни до обучения, по завершении первого (стационарного), второго (амбулаторного) этапов обучения и через 5 лет после операции на сердце. Рассматривался интегральный показатель приверженности к лечению по опроснику С. В. Давыдова, качество жизни – по опроснику SF-36. **Результаты.** При завершении полного курса обучения у пациентов основной группы через пять лет наблюдения интегральный показатель приверженности к лечению оставался на прежнем уровне и в 1,4 раза был выше, чем при обучении, включающим только стационарный этап ведения больных. При полном курсе обучения отмечались более высокие показатели качества жизни, преимущественно за счет психологического компонента здоровья. В исследовании выявлена связь показателей физического и психологического компонентов здоровья с интегральным показателем приверженности к лечению на протяжении всего периода наблюдения. **Заключение.** Применение длительной обучающей программы, основанной на преемственности стационарного и амбулаторного этапов ведения больных, способствовало повышению приверженности к лечению, улучшению качества жизни преимущественно за счет психологического компонента здоровья. Неполный курс обучения, включающий только стационарный этап, характеризовался снижением приверженности к лечению и качества жизни в течение 5 лет наблюдения.

Tumanova S. A.¹, Trishkina N. N.¹, Gorbunova E. V.², Barbarash O. L.²

¹ – Kemerovo Regional Clinical Cardiac Dispensary named after the Academician L. S. Barbarash, Kemerovo, Russia 650002

² – Research Kemerovo Cardiology Dispensary, Sosnovy Bulvar 6, Kemerovo 650002

EFFECTIVENESS OF A LONG-TERM EDUCATION PROGRAM IN PATIENTS WITH PROSTHETIC HEART VALVES

Keywords: education program for patients with prosthetic heart valves, continuation of patient care, treatment compliance, quality of life

For citation: Tumanova S. A., Trishkina N. N., Gorbunova E. V., Barbarash O. L. Effectiveness of a long-term education program in patients with prosthetic heart valves. Kardiologiia. 2017;57(53):62–68

SUMMARY

Aim. The current study was aimed at assessing the effectiveness and the impact of a long-term education program, in both inpatient and outpatient treatment settings, on adherence to treatment and the quality of life 5 years after heart valve replacement. **Materials and Methods.** All the patients were randomly included into two study groups. The study group patients (n=176) underwent the long-term education program in both inpatient and outpatient treatment settings. The control group (n=108) consisted of patients who underwent only an inpatient education program. Adherence to treatment and the quality of life were assessed before education, at the end of the inpatient and outpatient education and 5 years after heart valve replacement. Patients' treatment adherence was estimated with the Davydov's questionnaire, and the quality of life – with the 36-Item Short Form Health Survey. **Results.** After the completion of the education program, the integral index reflecting patients' adherence to treatment in the study group remained at the same level, but was 1.4-fold higher compared to the control group in the 5-year follow-up. The long-term education program is associated with improved quality of life, mainly due to emotional well-being. The study reported a correlation between physical functioning and emotional well-being and the integral index reflecting patients' adherence to treatment during the follow-up period. **Conclusion.** The long-term education program in both inpatient and outpatient treatment settings contributed to improved patients' adherence to treatment and the quality of life, mainly due to physical functioning. The inpatient education program was associated with poor patients' adherence to treatment and the quality of life 5 years after heart valve replacement.

Введение

В настоящее время доказана эффективность обучающих программ при заболеваниях сердечно-сосудистой системы. Внедрение школ здоровья в практической медицине продемонстрировало положительные результаты, свидетельствующие об уменьшении частоты осложнений, улучшении качества и прогноза жизни в результате повышения приверженности к лечению и выполнения рекомендаций* [1–5]. Среди пациентов с протезированными клапанами сердца уменьшение частоты возникновения геморрагических и тромботических осложнений на фоне терапии варфарином является оптимальным результатом реабилитационных программ [6].

В ФГБНУ «НИИ комплексных проблем ССЗ» (г. Кемерово) с апреля 2010 года разработана и внедрена обучающая программа «Школа для больных с протезированными клапанами сердца», основанная на преемственности стационарного и амбулаторного этапов ведения больных. Первый этап (стационарный) включает два занятия, одно проводится в кардиохирургическом отделении при подготовке к операции на сердце, другое – перед выпиской из стационара после хирургической коррекции клапанного порока сердца. На втором этапе (амбулаторном) через 1, 3 и 6 месяцев после операции на подробно рассматриваются вопросы профилактики тромботических и геморрагических осложнений, развития протезного эндокардита, проводится физическая и психологическая реабилитация. Используется раздаточный материал «Рекомендации для пациентов с протезированным клапаном сердца», которые являются неотъемлемой частью процесса обучения.

Программа обучения состоит из цикла структурированных занятий продолжительностью по 45 минут каждое. В цикл обучения входит пять занятий.

Урок № 1. Протезирование клапанов сердца – метод хирургического лечения (проводится в кардиологическом отделении перед операцией).

Цель – мотивация пациента на необходимость хирургического лечения, обучение правилам поведения в раннем послеоперационном периоде.

Урок № 2. Послеоперационная реабилитация больных с протезированными клапанами сердца (проводится в условиях кардиохирургического отделения).

Цель – мотивация пациента о необходимости выполнения послеоперационных рекомендаций и последующего динамического наблюдения на амбулаторном этапе.

Урок № 3. Перспективы восстановительного лечения (проводится через 1 месяц после выписки из стационара).

Цель – определение перспектив восстановительного лечения, продолжение обучению правилам назначения антикоагулянтной терапии и профилактики протезного эндокардита.

Урок № 4. Психологическая и физическая реабилитация (проводится через 3 месяца после выписки из стационара).

Цель – устранение психологической и физической дезадаптации личности пациента в процессе реабилитации.

Урок № 5. Заключительный (проводится через 6 месяцев после выписки из стационара).

Цель – закрепление знаний, умений и навыков.

По принципу одного времени пребывания в стационаре и даты проведения хирургического лечения формируются группы пациентов по 5–10 человек, что значительно эффективнее индивидуального обучения при работе со взрослыми людьми. Желательно поддерживать именно тот состав пациентов, какой был на первом занятии, что способствует возникновению атмосферы взаимной поддержки и раскрывает все преимущества групповой психотерапии. Пациенты при общении поддерживают друг друга, обмениваются знанием и опытом, тем самым улучшаются приверженность к лечению и соответствующие клинические результаты и качество жизни.

В предыдущих работах проведен анализ краткосрочной эффективности обучающей программы для пациентов с протезами клапанов сердца [7, 8]. Выявлено, что на фоне обучения через 6 месяцев в 2 раза увеличивается приверженность к лечению и улучшается качество жизни преимущественно за счет психологического компонента здоровья. В литературе отсутствуют данные о долгосрочной эффективности обучающей программы для пациентов с искусственными клапанами сердца. Кроме того, заслуживает внимания анализ эффективности полного курса обучения, включающий стационарный и амбулаторный этапы ведения больных по сравнению с обучением только в условиях стационара.

В этой связи цель настоящего исследования – оценить эффективность влияния полного курса обучения на приверженность к лечению и качество жизни через 5 лет после протезирования клапанов сердца.

Материал и методы исследования

В исследовании приняли участие 284 пациента с протезированными клапанами сердца, средний возраст $56,2 \pm 7,5$ лет. Методом «копи-пара» сформированы две группы больных, сопоставимые по возрасту, полу, уровню образования, основному заболеванию, ставшему при-

* – Оганов Р. Г., Калинина А. М., Поздняков Ю. М. Организация школ здоровья в первичном звене здравоохранения. Организационно-методическое письмо Минздрава РФ. М.: 2002. 51 с.

Таблица 1. Сравнительная характеристика больных с протезами клапанов сердца

Показатель		Группы сравнения		Р
		Основная (n=176)	Контрольная (n=108)	
Возраст, лет		54,9±11,2	56,5±15,7	0,3682
Пол	женщины	50 (39,6%)	26 (44,8%)	0,2716
	мужчины	76 (60,4%)	32 (55,2%)	
РБС		63 (50,0%)	30 (51,7%)	0,5430
ИЭ		28 (22,2%)	11 (18,9%)	
ССТД		9 (7,2%)	6 (10,3%)	
Кальциноз		26 (20,6%)	11 (18,9%)	
МК	механический	89 (70,6%)	37 (63,8%)	0,0824
	биологический	37 (29,3%)	17 (29,3%)	0,6516
АК	механический	53 (42,0%)	17 (29,3%)	0,0959
	биологический	7 (5,5%)	3 (5,2%)	0,9145
ТК	биологический	17 (13,5%)	9 (15,5%)	0,5804
Фибрилляция предсердий		57 (45,2%)	26 (44,8%)	0,1197
ХСН (NYHA)	ФК II	93 (73,8%)	45 (77,6%)	0,3377
	ФК III	33 (26,2%)	13 (22,4%)	

РБС – ревматическая болезнь сердца, ИЭ – инфекционный эндокардит, ССТД – синдром соединительнотканной дисплазии, МК – митральный клапан, АК – аортальный клапан, ТК – трикуспидальный клапан, ХСН (NYHA) – ХСН по классификации Нью-Йоркской ассоциации сердца

чиной порока сердца, клиническим проявлениям ХСН и типу протеза клапанов сердца (табл. 1).

Исследование проводилось в соответствии с принципами Хельсинкской декларации Всемирной ассоциации «Этические принципы проведения научных медицинских исследований с участием человека».

Пациентам назначалась стандартная медикаментозная терапия. На протяжении всего периода наблюдения отсутствовали проявления дисфункции искусственных клапанов сердца, жизнеугрожающие геморрагические и тромботические осложнения.

Основную группу составили 176 пациентов, которые прошли полный курс обучения, включающий стационарный и амбулаторный этапы обучения. Кроме того, данный контингент больных регулярно (1 раз в год) посещали врача-кардиолога после окончания школы, им выполнялись электрокардиографическое и ЭхоКГ исследования сердца. Осуществлялось тестирование международного нормализованного отношения (МНО) с периодичностью не менее один раз в месяц.

Так как всем пациентам в нашем центре в соответствии с рекомендациями проводится обучение, контрольную группу составили 108 больных с «неполным обучением», которые успешно прошли только стационарный этап обучения. Они не смогли принять участие в Школе на амбулаторном этапе, поскольку имелись ограничения в передвижении и/или были невозможны регулярные визиты по причине удаленности места жительства.

Всем обследуемым определялся интегральный показатель приверженности к лечению по опросни-

ку С.В. Давыдова [9], качество жизни оценивалось по опроснику SF-36 (Medical Outcomes Study 36-Item Short Form Health Survey) [10].

Анкетирование проводилось до обучения пациентов, по завершении первого (стационарного), второго (амбулаторного) этапов обучения и через 5 лет после операции на сердце. На протяжении всего периода наблюдения у всех 284 пациентов, завершивших исследование, отсутствовали жизнеугрожающие геморрагические и тромботические осложнения. В основной группе тестирование проводилось на заключительном уроке после прохождения стационарного и амбулаторного курса обучения, в контрольной группе – через 6 месяцев после кардиохирургического лечения было проведено анкетирование по телефону.

Анализ данных осуществлялся при помощи пакета Statistica 8.0. При статистической обработке количественных показателей рассчитывались среднее значение и его стандартная ошибка. Внутригрупповые различия оценивались с помощью критерия Вилкоксона, межгрупповые различия – по критерию Манна-Уитни. При оценке различий качественных показателей использовался χ^2 Пирсона. Критическим уровнем статистической значимости принимались 95% ($p < 0,05$).

Результаты

Приверженность к лечению – степень соответствия поведения больного (в отношении приема препаратов, соблюдения диеты и других мер изменения образа жизни) рекомендациям, полученным от врача. На формирование приверженности к лечению влияет ряд факторов,

ВАШ ВЫБОР — ЕГО БУДУЩЕЕ!

**ПРАДАКСА® — широко изученный
профиль безопасности¹⁻¹⁰**

**ПРАДАКСА® 150 мг x2 —
единственный НОАК,
превзошедший варфарин
в снижении риска ишемического
инсульта у пациентов
с фибрилляцией предсердий^{9-13*}**

* — неклапанная фибрилляция предсердий.
НОАК — новые оральные антикоагулянты

Краткая инструкция по применению лекарственного препарата для медицинского применения Прадакса® (Pradaxa®)¹³. Регистрационный номер: ЛСР-007065/09 (для дозировок 75 мг и 110 мг); ЛП-000872 (для дозировки 150 мг). **МНН:** дабигатрана этексилат. **Лекарственная форма:** капсулы. **Состав:** одна капсула содержит 86,48 мг, 126,83 мг или 172,95 мг дабигатрана этексилата мезилата, что соответствует 75 мг, 110 мг или 150 мг дабигатрана этексилата. **Показания:** профилактика венозных тромбозов и пациентов после ортопедических операций, профилактика инсульта, системных тромбоэмболий и снижение сердечно-сосудистой смертности у пациентов с фибрилляцией предсердий, лечение острого тромбоза глубоких вен (ТГВ) и/или тромбозов легочной артерии (ТЭЛА) и профилактика смертельных исходов, вызываемых этими заболеваниями; профилактика рецидивирующего тромбоза глубоких вен (ТГВ) и/или тромбозов легочной артерии (ТЭЛА) и смертельных исходов, вызываемых этими заболеваниями. **Противопоказания:** известная гиперчувствительность к дабигатрану, дабигатрану этексилату или к любому из вспомогательных веществ; тяжелая степень почечной недостаточности (КК менее 30 мл/мин); активное клинически значимое кровотечение; геморрагический диатез, спонтанное или фармакологически индуцированное нарушение гемостаза; поражение органов в результате клинически значимого кровотечения, включая геморрагический инсульт в течение 6 месяцев до начала терапии; существенный риск развития большого кровотечения из имеющегося или недавнего изъязвления ЖКТ, наличие злокачественных образований с высоким риском кровотечения, недавнее повреждение головного или спинного мозга, недавняя операция на головном или спинном мозге или офтальмологическая операция, недавнее внутримозговое кровоизлияние, наличие или подозрение на варикозно-расширенные вены пищевода, врожденные артериовенозные дефекты, сосудистые аневризмы или большие внутримозговые или внутримозговые сосудистые нарушения; одновременное назначение любых других антикоагулянтов, в том числе нефракционированного гепарина, низкомолекулярных гепаринов (НМГ) (эноксапарин, дальтепарин и др.), производные гепарина (фондапаринукс и др.), пероральные антикоагулянты (варфарин, ривароксабан, аписаксан и др.), за исключением случаев перехода лечения с или на препарат ПРАДАКСА или в случае применения нефракционированного гепарина в дозах, необходимых для поддержания центрального венозного или артериального катетера; одновременное назначение кетоконазола для системного применения, циклоспорина, итраконазола, такролимуса и дронадрона; нарушения функции печени и заболевания печени, которые могут повлиять на выживаемость; наличие протезированного клапана сердца; возраст до 18 лет (клинические данные отсутствуют). **Способ применения и дозы:** капсулы следует принимать внутрь, 1 или 2 раза в день независимо от времени приема пищи, запивая стаканом воды для облегчения прохождения препарата в желудок. Не следует вскрывать капсулу. Особые указания при изъятии капсул из блистера: оторвите один индивидуальный блистер от блистер-упаковки по линии перфорации; выньте капсулу из блистера, отслаивая фольгу; не выдавливайте капсулы через фольгу. **Побочное действие:** Побочные эффекты, выявленные при применении препарата: с целью профилактики ВТЗ после ортопедических операций, для профилактики инсульта и системных тромбоэмболий у пациентов с фибрилляцией предсердий, для лечения острого тромбоза глубоких вен (ТГВ) и/или тромбозов легочной артерии (ТЭЛА) и профилактики смертельных исходов, вызываемых этими заболеваниями; для профилактики рецидивирующего тромбоза глубоких вен (ТГВ) и/или тромбозов легочной артерии (ТЭЛА) и смертельных исходов, вызываемых этими заболеваниями. Часто (от 1/100 до 1/10 случаев): анемия, носовое кровотечение, желудочно-кишечные кровотечения, ректальные кровотечения, боль в животе, диарея, диспепсия, тошнота, нарушение функции печени, кожный геморрагический синдром, урогенитальные кровотечения, гематурия. Перечень всех побочных эффектов представлен в инструкции по медицинскому применению. **Особые указания:** Риск развития кровотечения. Применение препарата ПРАДАКСА, также как и других антикоагулянтов, рекомендуется с осторожностью при состояниях, характеризующихся повышенным риском кровотечений. Во время терапии препаратом ПРАДАКСА возможно развитие кровотечений различной локализации. Снижение концентрации гемоглобина и/или гематокрита в крови, сопровождающееся снижением АД, является основанием для поиска источника кровотечения. Лечение препаратом ПРАДАКСА требует контроля антикоагулянтной активности. Тест для определения МНО применяется не должен, поскольку есть данные о ложном завышении уровня МНО. Для выявления чрезмерной антикоагулянтной активности дабигатрана следует использовать тесты для определения тромбинового или экринного времени свертывания. В случае, когда эти тесты не доступны, следует использовать тест для определения АЧТВ. В исследовании RE-LY у пациентов с фибрилляцией предсердий превышение уровня АЧТВ в 2-3 раза выше границы нормы перед приемом очередной дозы препарата было ассоциировано с повышенным риском кровотечения. **Условия хранения:** в сухом месте, при температуре не выше 25°C. Хранить в недоступном для детей месте. **Срок годности:** 3 года. Полная информация представлена в инструкции по медицинскому применению.

ООО «Берингер Ингельхайм», 125171 Москва, Ленинградское шоссе, 16А, стр. 3, Телефон (495) 5445044, Факс (495) 5445620, www.boehringer-ingelheim.ru, Сообщить информацию о нежелательных явлениях можно по следующему адресу: ООО «Берингер Ингельхайм», Почтовый адрес: 125171, Москва, Ленинградское шоссе, 16А, стр. 3, Тел.: +7 495 544 50 44, Электронная почта: PV_Local_Russia@boehringer-ingelheim.com

Литература: 1. Graham D et al *Circulation* 2015; 131: 157-164; 2. Villness T et al; *Thrombosis Haemostasis*; 2015; 114: 1290-1298; 3. Seeger J et al; *Thrombosis Haemostasis*; 2015; 114: 1277-1289; 4. Larsen T et al; *JACC* 2013;61:2264-2273; 5. Larsen T et al; *The American Journal of medicine*; 2014; 127: 329-336; 6. Lauffenburger JC et al; *J Am Heart Assoc* 2015; 7. Gorst-Rasmussen et al; *Pharmacoeconomic Drug Saf* 2016; doi:10.1002/pds.4034; 8. Graham DJ, et al. *JAMA Intern Med*, 2016;176(11):1662-1671. doi:10.1001/jamainternmed.2016.5954; 9. Connolly SJ et al. *N Engl J Med* 2009; 361:1139-1151; 10. Connolly SJ et al. *N Engl J Med* 2010; 363:1875-1876; 11. Granger CB et al. *N Engl J Med* 2011;365:981-992; 12. Patel M et al *N Engl J Med* 2011;365:883-91; 13. Инструкция по применению лекарственного препарата для медицинского применения Прадакса® РУ: 75мг/110 мг - ЛСР-007065/09; 150 мг - ЛП-000872; 13. Pradaxa, European SmPC; доступно по ссылке: http://www.ema.europa.eu/docs/en_GB/document_library/EPAR_-_Product_Information/human/000829/WG500041059.pdf 09 августа 2017

связанных с пациентом, врачом, особенностями терапии и социально-экономическими условиями [11].

При анализе приверженности к лечению по анкете С.В. Давыдова [9] рассматривался интегральный показатель приверженности к лечению (ИППкЛ). В группах сравнения до проведения обучения не выявлено статистически значимых различий ИППкЛ, данный показатель в контрольной группе составил $+4,36 \pm 0,05$ баллов, в основной $+4,42 \pm 0,09$ баллов ($p=0,0629$). По завершении первого этапа обучения также отсутствовали статистически значимые различия ИППкЛ в контрольной и основной группах $+6,25 \pm 1,05$ и $+6,15 \pm 0,93$ баллов, соответственно ($p=0,0701$).

Однако по завершении второго этапа обучения (основная группа) и через 6 месяцев после операции на сердца (контрольная группа) прослеживались статистически значимые различия. Так, в основной группе на фоне обучения ИППкЛ составил $+9,15 \pm 1,16$ баллов, в контрольной $+6,19 \pm 1,15$ баллов ($p=0,0387$). Данный факт свидетельствует, что на фоне обучения пациентов, основанного на принципе преемственности стационарного и амбулаторного этапов ведения больных, в 1,4 раза увеличилась приверженность к лечению. В случае неполного курса обучения, когда пациенты контрольной группы получили информацию лишь на стационарном этапе, приверженность к лечению осталась на прежнем уровне, несмотря на то, что все пациенты после выписки из стационара наблюдались у кардиолога по месту жительства.

Как известно, с течением времени и увеличением стажа заболевания приверженность к лечению снижается [12]. Между тем через 5 лет наблюдения в основной группе больных, прошедших полный курс обучения, сохранялся высокий ИППкЛ $+8,10 \pm 1,20$ баллов. Характерно, что в контрольной группе без обучения на амбулаторном этапе значение данного показателя было ниже в 1,5 раза, составляло $+5,19 \pm 1,09$ балла ($p=0,0056$). Именно сочетание стационарного и амбулаторного этапов ведения больных позволяет достигнуть наилучшего результата. Полученные результаты согласуются с данными, свидетельствующими, что сочетание обучения и амбулаторного ведения больных в течение трех лет наблюдения способствовало повышению приверженности пациентов к терапии, улучшению клинического состояния пациентов, уменьшению числа госпитализаций, обусловленных декомпенсаций СН [13].

При анализе качества жизни по опроснику SF-36 пациенты с протезированными клапанами сердца исходно, до кардиохирургического лечения, характеризовались низкими показателями физического и психологического здоровья в обеих группах наблюдения: в контрольной группе $40,5 \pm 3,5$ балла и основной – $38,9 \pm 4,6$ балла

($p=0,3905$). По окончании первого этапа (стационарного) прослеживалась незначительная тенденция в увеличении психологического компонента здоровья, не имеющая статистически значимых различий у обследуемых пациентов.

Через 6 месяцев динамического наблюдения физический компонент здоровья увеличился на 24% в контрольной группе и на 25% в основной группе ($p=0,2891$). Следует отметить, что через 6 месяцев от начала наблюдения регистрировалось увеличение психологического компонента здоровья: на 15% – в контрольной ($p=0,0429$) и на 43% – в основной ($p=0,0023$) группах.

Ограничения проведенного исследования

Исследование было выполнено в одном центре, число включенных больных – 284, опросник по приверженности к лечению у данной категории больных не валидировался.

Обсуждение

Предметом изучения большого количества отечественных и зарубежных исследований является качество жизни больных с ССЗ, которое рассматривается, как критерий тяжести состояния больного и прогноза заболевания, эффективности медикаментозного и хирургического лечения, различных реабилитационных мероприятий и обучающих программ. Понятие «качество жизни» включает в себя физическое, психологическое, эмоциональное и социальное функционирование человека, основанное на его субъективной оценке [14].

По результатам проведенного исследования выявлено, что показатель психологического компонента здоровья у пациентов, участвующих во втором этапе обучения, оказался на 28% выше, чем у пациентов, прошедших только первый (стационарный) курс обучения ($p=0,0329$). Следует отметить, что обучающая программа способствовала улучшению качества жизни пациентов с протезированными клапанами сердца преимущественно за счет повышения психологического компонента здоровья. Аналогичные результаты получены Г.В. Погосовой с соавторами [14], где на фоне обучения в школе больных с ИБС регистрировались более высокие значения психологического компонента здоровья.

В исследовании И.Е. Олофинской [15] оценивалась эффективность кардиохирургических вмешательств у больных в возрасте 65–75 лет. Выявлено улучшение физического состояния, общего состояния здоровья и социального функционирования через 3 и 6 месяцев после протезирования клапанов сердца, однако более значимые положительные результаты достигнуты через 1–2 года после операции.

По результатам проведенного нами исследования в основной группе при полном курсе обучения через 5 лет после протезирования клапанов сердца регистрировалось повышение на 12% ($p=0,04487$) физического и на 28% ($p=0,0367$) психологического компонента здоровья. При этом в контрольной группе прослеживалась лишь незначительная тенденция к повышению качества жизни.

В исследовании проведен анализ корреляции качества жизни и приверженности к лечению. Подтверждена положительная, средняя по силе связь показателей КЖ, а именно физического (РН) и психологического (МН) компонентов здоровья ($r=0,5498$; $p=0,000$), которые коррелировали с приверженностью к лечению – ИППкЛ, регистрировалась положительная высокая по силе корреляционная связь ИППкЛ с МН ($r=0,8403$; $p=0,000$) и слабая по силе – с РН ($r=0,3785$; $p=0,0040$). Эти данные подтверждены в работе Л. А. Бирюковой [16], свидетельствующей, что между показателем приверженности к лечению и показателем качества жизни больных ИБС имеется статистически достоверная сильная прямая корреляционная связь ($r=0,85$; $p<0,01$)

Выявлена тесная положительная корреляционная связь между физическим (РН) и психологическим (МН) компонентами здоровья ($r=0,7650$; $p=0,0001$), а также связь показателей физического (РН) и психологического (МН) здоровья с ИППкЛ (соответственно, $r=0,7400$ и $r=0,7805$; $p=0,0001$) через пять лет после кардиохирургического лечения при двухэтапном процессе обучения.

В группе пациентов, где обучение проводилось только в условиях стационара, регистрировалась положительная, однако меньшая по силе корреляционная связь психологического (МН) компонента здоровья с ИППкЛ ($r=0,3181$; $p=0,024$). Это может быть связано с тем, что обучающая программа для пациентов с протезами клапанов сердца способствует улучшению качества жизни преимущественно за счет повышения психологического компонента здоровья.

Качество жизни как интегральный показатель, включающий в себя субъективную характеристику физического, психологического, эмоционального и социального функционирования, находится во взаимосвязи с приверженностью к лечению. Качество жизни, являясь динамическим показателем, свидетельствует об отдаленной (5 лет) эффективности обучающей программы для пациентов после коррекции клапанных пороков сердца.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Арутюнов Г. П., Колесникова Е. А., Рылова А. К., Евзерихина А. В., Костюкевич О. И., Лобзева В. И. Реабилитация больных ХСН. Достигнутые результаты и дальнейшие перспективы. Журнал Сердечная Недостаточность. 2010;11 (3):192–6 [Arutyunov G. P., Kolesnikova E. A., Rylova A. K., Evzerixina A. V.,

Заключение

Главной целью обучающей программы является повышение приверженности к лечению, способствующей улучшению прогноза и качества жизни. Приверженность к выполнению врачебных рекомендаций тесно связана со знаниями пациента о болезни, собственным восприятием здоровья и преимуществ, получаемых от лечения и изменения образа жизни. По определению Всемирной Организации Здравоохранения, приверженность к лечению – это степень соответствия поведения человека (прием лекарственных средств, соблюдение диеты и других изменений образа жизни) рекомендациям врача или медицинского работника. Внедрение высокотехнологических методов лечения сердечно-сосудистой системы не приведет к улучшению прогноза и качества жизни, если между врачом и пациентом не будет сформировано партнерское отношение и истинное сотрудничество в достижении успеха проводимой терапии. Как известно, низкая приверженность к медикаментозной терапии связана и с низкой готовностью модифицировать образ жизни с целью устранения ФР ССЗ, что оборачивается для пациентов повышенным риском развития осложнений и смерти. Обучающая программа для пациентов, включающая не только информирование пациентов, но и мотивирование на успех выполнения врачебных рекомендаций, телефонный мониторинг после окончания школы направлены на улучшение качества и прогноза жизни каждого пациента.

В настоящем исследовании оценивалась эффективность обучающей программы, основанной на ответственности стационарного и амбулаторного этапов ведения больных. Через пять лет динамического наблюдения при полном курсе обучения интегральный показатель приверженности к лечению оставался на прежнем уровне и в 1,4 раза был выше, чем при прохождении только стационарного этапа обучения. При полном курсе обучения отмечались более высокие показатели качества жизни, преимущественно за счет психологического компонента здоровья. Следует полагать, что медицинским работникам, участвующим в программе обучения, необходимо мотивировать пациентов на завершение полного курса обучения.

Конфликт интересов

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Kostyukevich O. I., Lobzeva V. I. Reabilitatsiya bol'ny'x XSN. Dostignuty'e rezul'taty i dal'nejshie perspektivy. Zhurnal Serdechnaya Nedostatochnost'. 2010;11 (3):192–6].

2. Калягин А. Н. Организация нозологических школ для больных хронической сердечной недостаточности. Сибирский меди-

- цинский журнал (Иркутск). 2009;84 (1):56–9 [Kalyagin A. N. Organizatsiya nozologicheskikh shkol dlya bol'ny'x khronicheskoy serdechnoy nedostatochnosti. Sibirskij medicinskij zhurnal (Irkutsk). 2009;84 (1):56–9].
3. Кустова С. П. Первый опыт работы школы больных ишемической болезнью сердца, перенесших аорто-коронарное шунтирование, на раннем этапе медицинской реабилитации. Паллиативная медицина и реабилитация. 2005; (4):5–7 [Kustova S. P. Pervyy' opyt' raboty' shkoly' bol'ny'x ishemicheskoy bolezni'yu serdtsa, pereneshix aortokoronarnoe shuntirovanie, na rannem e'tape mediczinskoj reabilitaczii. Palliativnaya mediczina i reabilitaczia. 2005; (4):5–7].
 4. Воробьева Н. А., Рогозина А. С., Лепехина Ю. А., Зайцева Т. А. Опыт работы первой в России антикоагулянтной школы для пациентов. Главная медицинская сестра. 2011; (12):25–33 [Vorob'yeva N. A., Rogozina A. S., Lepexina Yu. A., Zajceva T. A. Opyt' raboty' pervoj v Rossii antikoagulyantnoj shkoly' dlya paczientov. Glavnaya mediczinskaya sestra. 2011; (12):25–33].
 5. Потапов А. П., Кривоножко Д. В., Зольникова Н. Е., Малишевский М. В. Оценка эффективности школ здоровья для пациентов с ХСН: возможность использования методов функциональной диагностики. Журнал Сердечная Недостаточность. 2011;12 (2):91–6 [Potapov A. P., Krivonozhko D. V., Zol'nikova N. E., Malishevskij M. V. Otsenka e'ffektivnosti shkol zdorov'ya dlya paczientov s XSN: vozmozhnost' ispol'zovaniya metodov funkczional'noj diagnostiki. Zhurnal Serdechnaya Nedostatochnost'. 2011;12 (2):91–6].
 6. Шихвердиев Н. Н., Хубулава Г. Г., Марченко С. П. Диагностика и лечение осложнений у больных с искусственными клапанами сердца. Санкт-Петербург: Фолиант; 2006. 232 с [Shixverdiev N. N., Xubulava G. G., Marchenko S. P. Diagnostika i lechenie oslozhnenij u bol'ny'x s iskusstvenny'mi klapanami serdtsa. Sankt-Peterburg: Foliant; 2006. 232 s].
 7. Горбунова Е. В., Горшкова Т. В., Романова М. П., Макаров С. А. Эффективность обучающей программы в повышении приверженности к лечению у пациентов с протезированными клапанами сердца. Клиническая медицина. 2012;90 (11):16–9 [Gorbunova E. V., Gorshkova T. V., Romanova M. P., Makarov S. A. E'ffektivnost' obuchayushhej programmy' v povы'shenii priverzhennosti k lecheniyu u paczientov s protezirovanny'mi klapanami serdtsa. Klinicheskaya mediczina. 2012;90 (11):16–9].
 8. Горбунова Е. В., Одаренко Ю. Н., Мамчур С. Е., Кудрявцева Н. Г., Салахов Р. Р. Повышение эффективности и безопасности антикоагулянтной терапии у пациентов с протезами клапанов сердца. Комплексные проблемы сердечно-сосудистых заболеваний. 2015; (4):26–33 [Gorbunova E. V., Odarenko Yu. N., Mamchur S. E., Kudryavtseva N. G., Salaxov R. R. Povy'shenie e'ffektivnosti i bezopasnosti antikoagulyantnoj terapii u paczientov s protezami klapanov serdtsa. Kompleksny'e problemy' serdechno-sosudisty'x zabolevanij. 2015; (4):26–33].
 9. Галявич А. С., Давыдов С. В. Качество жизни и приверженность к лечению больных гипертонической болезнью. Казанский медицинский журнал. 2001;82 (3):198–202 [Galyavich A. S., Davy'dov S. V. Kachestvo zhizni i priverzhennost' k lecheniyu bol'ny'x gipertonicheskoy bolezni'yu. Kazanskij mediczinskij zhurnal. 2001;82 (3):198–202].
 10. Новик А. А., Матвеева С. А., Ионова Т. И., Максимов А. Г., Повзун А. С., Сухонос Ю. А. Оценка качества жизни больного в медицине. Клиническая медицина. 2000;78 (2):10–3 [Novik A. A., Matveeva S. A., Ionova T. I., Maksimov A. G., Povzun A. S., Suxonos Yu. A. Otsenka kachestva zhizni bol'nogo v mediczine. Klinicheskaya mediczina. 2000;78 (2):10–3].
 11. Кондради А. О., Полуничева Е. В. Недостаточная приверженность к лечению артериальной гипертонии: причины и пути коррекции. Артериальная гипертензия. 2004;10 (3):137–43 [Kondradi A. O., Polunicheva E. V. Nedostatochnaya priverzhennost' k lecheniyu arterial'noj gipertonii: prichiny' i puti korrekczii. Arterial'naya gipertenziya. 2004;10 (3):137–43].
 12. Погосова Г. В., Белова Ю. С., Рославцева А. Н. Приверженность к лечению артериальной гипертонии и ишемической болезни сердца – ключевой элемент снижения сердечно-сосудистой смертности. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2007;6 (1):99–104 [Pogosova G. V., Belova Yu. S., Roslavtseva A. N. Priverzhennost' k lecheniyu arterial'noj gipertonii i ishemicheskoy bolezni serdtsa – klyuchevoj e'lement snizheniya serdechno-sosudistoy smertnosti. Kardiovaskulyarnaya terapiya i profilaktika. 2007;6 (1):99–104].
 13. Реброва А. П., Кошелева Н. А. Влияние терапевтического обучения и активного амбулаторного ведения пациентов с ХСН на их клиническое состояние и сердечно-сосудистые осложнения (трехлетнее наблюдение). Рациональная фармакотерапия в кардиологии. 2011;7 (3):275–87 [Rebrova A. P., Kosheleva N. A. Vliyanie terapevticheskogo obucheniya i aktivnogo ambulatornogo vedeniya paczientov s XSN na ix klinicheskoe sostoyanie i serdechno-sosudisty'e oslozhneniya (trexletnee nablyudenie). Racional'naya farmakoterapiya v kardiologii. 2011;7 (3):275–87].
 14. Погосова Н. В., Байчоров И. Х., Юферева Ю. М., Колтунов И. Е. Качество жизни больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями: современное состояние проблемы. Кардиология. 2010;50 (4):66–78 [Pogosova N. V., Bajchorov I. X., Yufereva Yu. M., Koltunov I. E. Kachestvo zhizni bol'ny'x s serdechno-sosudisty'mi zabolevaniyami: sovremennoe sostoyanie problemy'. Kardiologiya. 2010;50 (4):66–78].
 15. Олофинская И. Е. Динамика показателей качества жизни больных старше 65 лет после хирургического лечения приобретенных пороков сердца. Клиническая физиология кровообращения. 2008; (3):27–31 [Olofinskaya I. E. Dinamika pokazatelej kachestva zhizni bol'ny'x starshe 65 let posle xirurgicheskogo lecheniya priobretenny'x porokov serdtsa. Klinicheskaya fiziologiya krovoobrashheniya. 2008; (3):27–31].
 16. Бирюкова Л. А. Приверженность к лечению больных ишемической болезнью сердца с болевой и безболевой формой. Сибирский медицинский журнал (Иркутск). 2008; (4):75–7 [Biryukova L. A. Priverzhennost' k lecheniyu bol'ny'x ishemicheskoy bolezni'yu serdtsa s bolevoj i bezbolevoj formoj. Sibirskij mediczinskij zhurnal (Irkutsk). 2008; (4):75–7].

Материал поступил в редакцию 31/08/2017