

# ОРГАНИЗАЦИЯ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАБОТЫ «ШКОЛЫ ДЛЯ БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ»

Месникова И.Л.

Кафедра поликлинической терапии

Белорусский государственный медицинский университет

Ежегодно разрабатываются и внедряются в медицинскую практику новые более эффективные, безопасные и удобные в применении препараты. Несмотря на это, до сих пор проблема излечения хронических заболеваний не решена, частота обострений многих заболеваний существенно не меняется, сохраняются на достаточно высоком уровне число обращений пациентов за скорой медицинской помощью, инвалидность и смертность.

Одной из причин низкой эффективности проводимой терапии является недостаточная осведомленность пациентов об особенностях течения и лечения своего заболевания, профилактики обострений и осложнений, диетотерапии, навыков самоконтроля, соблюдении определенных правил и ограничений, двигательном режиме и прочее [1, 3, 4, 5, 6]. Несмотря на возможность получать информацию о своем заболевании от других больных, соседей, средств массовой информации, Интернета, отсутствие элементарных знаний в области медицины не позволяет больным правильно понять и оценить ситуацию. А врачи в большинстве своем по разным причинам, включая сильную загруженность на приеме, не могут уделить должного внимания пациенту, у которого, как правило, нет навыков самоконтроля и оказания себе первой помощи при развитии острых или обострении хронических заболеваний. Часто больной обращается к врачам не только за медицинской помощью, но и за ответом на многие вопросы, которые его беспокоят.

В отечественных и международных стандартах и рекомендациях по лечению пациентов с хроническими неинфекционными заболеваниями подчеркивается огромное значение образовательных программ, разработка и внедрение которых является одним из прогрессивных направлений в решении проблем лечения этих заболеваний. Образовательные программы направлены на формирование у пациентов правильного представления о болезни, активной жизненной позиции в борьбе со своим недугом, партнерских отношений с врачом и осознанного подхода к выполнению его рекомендаций, модификацию образа жизни, коррекцию патологических установок, повышение качества жизни (КЖ) и др.

В отечественной литературе имеются сообщения об эффективном внедрении подобных программ для больных артериальной гипертензией, сахарным диабетом, бронхиальной астмой, аллергией, ревматоидным артритом и др. [1, 3, 4, 5, 6].

Показано, что информированный пациент реже пребывает на листе нетрудоспособности, пользуется услугами скорой помощи и нуждается в стационарной помощи, на 30% меньше потребляет лекарственных препаратов. Так, после принятия и начала осуществления в США национальной программы обучения населения в отношении повышенного кровяного давления, уже через 20 лет удалось добиться снижения смертности от коронарной болезни сердца почти на 50%. Особенно значимым оказался показатель снижения смертности от инсульта -- 57% [1].

«Школа больных» (в дальнейшем «школа») является одной из наиболее простых и удобных форм обучения пациентов в амбулаторных условиях.

Цель создания школы: улучшение качества жизни, обучение самоконтролю над заболеванием, увеличение срока компенсации, предупреждение развития осложнений, инвалидности, уменьшение количества повторных госпитализаций, что, в конечном итоге, приводит к снижению затрат на лечение больных.

*Основными задачами «школы» являются:*

- Выработка мотивации больных на поддержание компенсации состояния здоровья.
- Информирование пациентов о сути их болезни (причинах и механизмах ее развития, клинических проявлениях), современных принципах профилактики обострений.
- Обучение больных самоконтролю за симптомами.
- Ознакомление больных с принципами медикаментозного и немедикаментозного лечения.
- Обучение больных самостоятельному подбору необходимой поддерживающей дозы медикаментов, применению немедикаментозного лечения.
- Ознакомление больных с основами рационального питания.
- Ознакомление больных с основами эрготерапии (трудотерапии), соблюдением определенных правил и ограничений при данном заболевании.
- Обучение больных методике аутотренинга и другим психотерапевтическим методикам, позволяющим уменьшить стресс и, при необходимости, хроническую боль.
- Обучение больных комплексу физических упражнений, дыхательной гимнастике.
- Оказание консультационной помощи родственникам пациентов по вопросам их амбулаторного ведения.

При каждой конкретной болезни задачи могут корректироваться и дополняться.

Нами была апробирована на больных ревматоидным артритом (РА) в ряде поликлиник г. Минска и признана наиболее целесообразной программа обучения в

«школе» в виде циклов занятий, которые повторялись в течение года 4 раза. Один цикл состоял в среднем из 6 теоретических занятий в форме лекций-бесед продолжительностью 60 минут, которые проводились 4 раза в месяц в фиксированные дни недели. Оптимальное количество слушателей в группе – 10-15 человек. В ходе занятий освещался материал в рамках разработанного обучающего модуля для больных, а также проводился обмен мнениями и опытом пациентов, давались ответы на все интересующие вопросы. Обратная связь между врачом и пациентом способствовала укреплению партнерских отношений, создавала атмосферу взаимопонимания. Кроме того, обучение больных методам самонаблюдения и самоведения позволило в какой-то степени их успокоить и более оптимистично взглянуть на жизненные перспективы в будущем.

Наиболее трудным и ответственным было первое занятие, т. к. на нем помимо прослушивания лекции пациенты познакомились друг с другом и с правилами обучения. Именно от первого занятия зависело дальнейшее отношение больных к обучению, что требовало особой тщательности при подготовке, частого использования ярких примеров из собственной практики, активного привлечения пациентов к обсуждению их собственных проблем.

Каждое занятие имело законченный характер, и в случае пропусков занятий по какой-либо причине у больных имелась возможность прослушать пропущенную тему во время повторного цикла. Форма приглашения на занятия была устной при встрече или по телефону, а также в виде письменного приглашения на доске объявлений в поликлинике. Однако наиболее результативной формой явилось индивидуальное устное приглашение.

Наряду с циклом теоретических занятий со слушателями проводились также практические занятия в виде циклов: 12 занятий 3 раза в неделю по аутотренингу и обучению комплексу физических упражнений The ROM Dance Program.

Аутогенная тренировка является одним из методов психотерапии, который может освоить практически каждый больной РА для того, чтобы использовать его в повседневной жизни с целью релаксации (расслабления). Данный метод психической реабилитации был включен в обучающую программу с учетом представлений о том, что хронический стресс является пусковым или отягощающим течение любой психосоматической болезни [9].

Обязательное обучение лечебной физической гимнастике связано с тем, что она оказывает улучшение функции суставов, связочного аппарата и мышц; содействует усилению крово- и лимфообращения в мышцах и суставах; позволяет снизить отечность суставов и болевой синдром, общую скованность и гипертонус мышц, вовлеченных в патологический процесс; препятствует атрофии мышечно-связочного аппарата;

предупреждает развитие соединительнотканых сращений и контрактур; повышает общий тонус организма и улучшает настроение [7, 8].

Приступая к практическим занятиям важно, чтобы больные поверили в результативность методов, отнеслись к тренировкам с энтузиазмом. Для достижения необходимого эффекта и закрепления материала необходимо дополнительно проводить самостоятельные занятия не менее 3-х раз в день по 10-20 минут. Если эти условия пациенты считают невыполнимыми, то можно вообще не начинать практические занятия.

Проведенное нами исследование показало высокую эффективность образовательной программы для больных РА в виде «школы» с применением аутотренинга и комплекса движений The ROM Dance Program.

Для обучения в «школе» было приглашено 70 больных РА. Однако 14 человек (20 %) сразу категорически отказалось от занятий, мотивируя свой отказ занятостью на работе или дома; отсутствием веры в то, что полученные знания позволят изменить течение заболевания; заверением, что интересуются медицинской литературой и регулярно занимаются самообразованием. К теоретическим и практическим занятиям приступило 56 больных РА, однако в процессе учебы 21 пациент по различным причинам выбыл. В контрольную группу сравнения вошли 33 практически здоровых лица. Группы были сопоставимы по полу и возрасту.

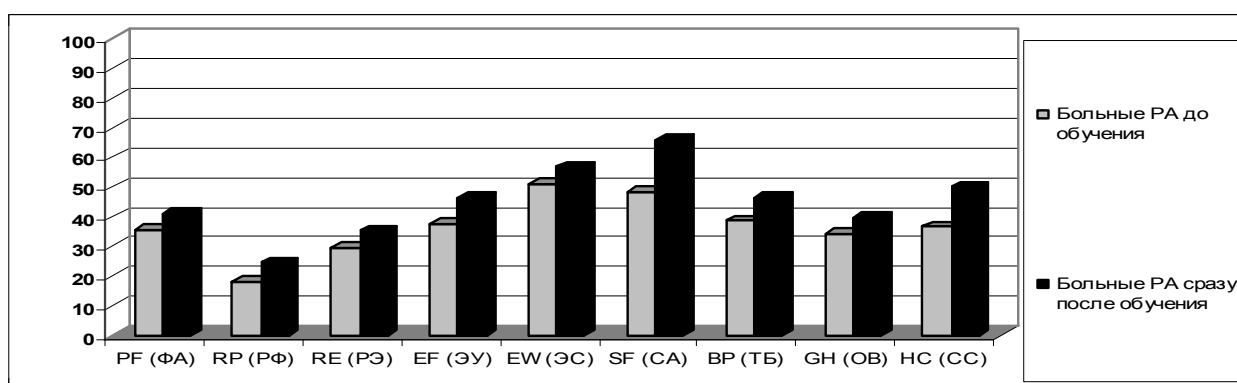
При опросе пациентов выяснилось, что все больные РА после обучения стали более регулярно заниматься физическими упражнениями, отмечать, что упражнения им полезны, получать от отдыха гораздо больше удовольствия, ощущать, что могут управлять болью, 42,9 % человек изменило характер питания в соответствии с рекомендациями лектора, остальные пациенты постарались по мере возможности и с учетом привычек придерживаться рекомендуемой диеты.

При исследовании КЖ больных РА использовалась русскоязычная версия общего опросника The RAND 36-Item Health Survey (1992), включающая следующие шкалы: PF – физическое функционирование, активность; RP – ролевые ограничения, обусловленные проблемами физического здоровья; RE -- ролевые ограничения, обусловленные личными или эмоциональными проблемами; EF – энергичность/усталость; EW – эмоциональное самочувствие; SF – социальное функционирование, активность; BP – телесная боль; GH – общее восприятие здоровья; HC – сравнение самочувствия с предыдущим годом. Оценка производилась в баллах (от 0 до 100), более высокий балл соответствует лучшему состоянию здоровья [2].

Исходный уровень КЖ больных РА, обучавшихся в «школе» был достоверно ниже по всем показателям, чем у практически здоровых лиц ( $P < 0,001$ ) Подавляющее

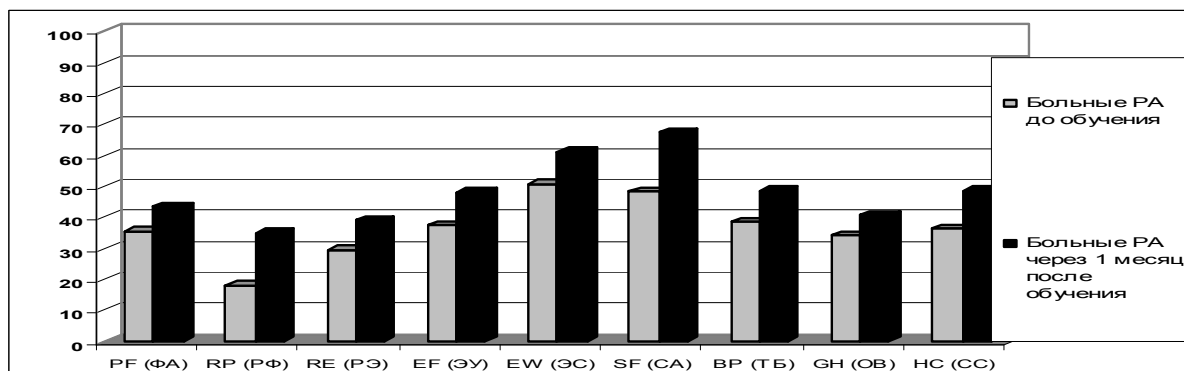
большинство больных РА, прошедших вышеуказанное обучение, отметило улучшение общего состояния по сравнению с предыдущим годом, в среднем показатель сравнения самочувствия с предыдущим годом (НС) повысился от  $36,43 \pm 4,01$  до  $50,71 \pm 3,9$  баллов ( $P < 0,05$ ), что указывает на некоторую стабилизацию патологического процесса.

Сразу после обучения, длившегося 2,5 месяца, в группе обучавшихся больных произошло достоверное улучшение следующих показателей (рис. 1): энергичности/усталости (EF), свидетельствующего о снижении астенизации организма; социального функционирования (SF), указывающего на улучшение социальной адаптации, и телесной боли (BP), обусловленного уменьшением выраженности болевого синдрома ( $P < 0,05$ ).



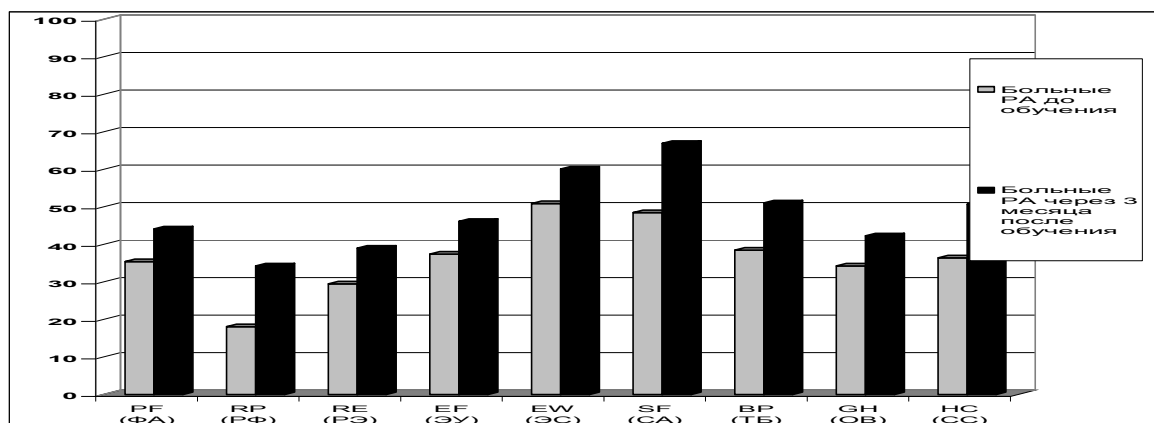
**Рис. 1. Показатели качества жизни (по опроснику RAND-36) сразу после обучения.**

Через 1 месяц после завершения курса занятий вышеуказанные показатели существенно не изменились, вместе с тем, произошло достоверное улучшение ( $P < 0,01$ ;  $0,05$ ) показателей, связанных с физической сферой – физического функционирования и ролевых ограничений, обусловленных проблемами физического здоровья (PF и RP), что, очевидно, связано с регулярным выполнением физических упражнений, а также показателя эмоционального самочувствия (EW), указывающего на положительные изменения в психоэмоциональной сфере (рис. 2).



**Рис. 2. Показатели качества жизни (по опроснику RAND-36) через 1 месяц после обучения.**

Через 3 месяца после обучения сохранилась тенденция к поддержанию показателей, которые улучшились до этого времени, на прежнем уровне. При этом у пациентов повысился показатель общего восприятия здоровья с  $34,29 \pm 2,43$  до  $42,29 \pm 2,6$  баллов ( $P < 0,05$ ), а показатель эмоционального самочувствия (EW) существенно не отличался от такового у практически здоровых лиц (рис. 3).



**Рис. 2. Показатели качества жизни (по опроснику RAND-36) через 3 месяца после обучения.**

Наиболее частыми жалобами пациентов до обучения в «школе», указывающими на нарушения в психоэмоциональной сфере, были нарушение сна в виде ранней бессонницы или беспокойного сна ночью у 88,6 %; чувство утраты энергии и повышенной утомляемости у 80,0 %; снижение работоспособности у 74,3 %; чувство беспокойства, внутреннего напряжения, повышенной нервно-мышечной возбудимости у 74,4 %; подавленное настроение, чувство грусти, суточные колебания настроения у 48,6 %.

По окончании наблюдения у 71,4 % больных РА нормализовался сон, у 74,3 % -- уменьшились слабость и быстрая утомляемость, у 51,4 % -- снизилось чувство внутреннего беспокойства, напряжения и раздражительности, у 54,3 % -- улучшилось настроение, исчезло чувство грусти. У 74,3 % пациентов установились партнерские отношения с врачом, они отметили, что полученная информация о своем заболевании позволила с надеждой смотреть в будущее, уменьшила чувство тревоги за свое состояние.

В течение года у обучавшихся больных не было ни одного обострения, потребовавшего госпитализации, а также первичного выхода на инвалидность.

В обучающем процессе обязательно участие лечащих врачей, но возможно подключение и психологов или психотерапевтов, реабилитологов, врачей и инструкторов ЛФК. Необходимо привлечение обученных, заинтересованных исполнителей образовательной программы на местах. Специалисты должны обеспечиваться методическими разработками для каждого занятия. Большое значение имеет наглядный материал, включающий памятки для больных, брошюры, методические рекомендации,

слайды, в которых основные положения занятий представлены в доступной для больных форме. Такая работа требует соответствующих нормативных актов, а в рамках системы здравоохранения -- определенных затрат.

#### ВЫВОДЫ

1. Работа «Школы» вносит огромный вклад в формирование здоровья общества.
2. Обучающая программа в виде «Школы для больных ревматоидным артритом» способствует улучшению показателей качества жизни, психоэмоционального состояния, установлению партнерских отношений с врачом, снижению затрат, связанных с госпитализацией и выходом на инвалидность.

#### Литература

1. Лукьяненко П.И. “Школа артериальной гипертензии” как модель улучшения здоровья населения Сибири и ее место в структуре медицинских учреждений / П.И. Лукьяненко. -- Рос. кардиол. журнал. – 2002. -- № 4. – С. 72-82.
2. Месникова И.Л. Адаптированная к условиям Республики Беларусь методика оценки качества жизни больных и инвалидов: Метод. рекомендации. / И.Л. Месникова. -- Бел. гос. мед. ун-т. -- Мн, 2005. – 20 с.
3. Обучение пациенток с сахарным диабетом 1-го типа в школе “Беременность и сахарный диабет” / Арбатская Н.Ю. [и др.]. -- Лечащий врач. – 2002. -- № 5. – С. 4-11.
4. Организация и методика проведения школ больных артериальной гипертензией: Пособие для врачей / И.Д. Козлов [и др.]. – Респ. науч.-практ. центр “Кардиология” – Мн, 2002. – 66 с.
5. Оценка влияния образовательных программ в пульмонологии (астма-школы) на качество жизни больных бронхиальной астмой (первый опыт применения в России опросника SF-36 в пульмонологии) / Н.Ю. Сенкевич [и др.]. -- Пульмонология – 1997. – № 3. – С.18-22.
6. Сидоренко И.В. Организация и проведение алергошкол в Москве / И.В. Сидоренко. -- Лечащий врач. – 2002. -- № 4. – С. 14-18.
7. Evaluation of arthritis self-management courses led by laypersons and by professionals / J.L. Cohen [et al.]. *Arthr. and Rheum.* – 1986. – Vol. 29, № 3. – P. 388 – 393.
8. Outcomes of self-help education for patients with arthritis / K.R. Lorig [et al.]. *Arthr. a. Rheum.* – 1985. – Vol. 28, № 6. – P. 680 – 685.
9. Lundgren S., Stenstrom C.H. Muscle relaxation training and quality of life in rheumatoid arthritis. A randomized controlled clinical trial / S. Lundgren, C.H. Stenstrom. -- *Scand. J. Rheumatol.* 1999.—Vol. 28, № 1. – P. 47-53.

Опубликовано: Актуальные проблемы профил. и реабилитац. медицины: Сб. науч. работ, посвящен. 100-летию Саратовского гос. мед. ун-та под общ. ред. чл.-кор. РАПМН, проф. П.В. Глыбокого. – Саратов: изд-во СГМУ, 2009. – с.118-125.