



4856844

На правах рукописи

КИСЕЛЕВИЧ

Марианна Михайловна

**КЛИНИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ
МЕДИКО-ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ПРОГРАММ
ДЛЯ СТАЦИОНАРНЫХ ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО
ВОЗРАСТА С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ И
БРОНХОЛЕГОЧНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ**

14.01.30 – геронтология и гериатрия

Автореферат
диссертация на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

13 ОКТ 2011

Санкт-Петербург – 2011

Работа выполнена на медицинском факультете ГБОУ ВПО
«Белгородский государственный университет»

Научные руководители:

доктор медицинских наук, доцент
Ильницкий Андрей Николаевич

доктор медицинских наук, доцент
Жернакова Нина Ивановна

Официальные оппоненты:

доктор медицинских наук, профессор
Арьев Александр Леонидович

доктор медицинских наук, профессор
Горелов Игорь Александрович

Ведущая организация:

ГБОУ ВПО Самарский государственный медицинский университет
Минздравсоцразвития России

Защита состоится "17" октября 2011 года в 12.00 часов
на заседании диссертационного Совета Д 601.001.01 при Санкт-
Петербургском Институте биорегуляции и геронтологии СЗО РАМН по
адресу: 197110, Санкт-Петербург, пр. Динамо, 3.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке Санкт-
Петербургского института биорегуляции и геронтологии СЗО РАМН
(197110, Санкт-Петербург, пр. Динамо, 3).

Автореферат разослан «14» сентября 2011 г.

Ученый секретарь диссертационного совета
доктор биологических наук, профессор

Козина Л.С.

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность темы. Одной из главных проблем в России является демографическая, которая характеризуется отрицательным естественным приростом, старением и высокой смертностью населения [Джогртс Дж., 2006; Коротаев А.В., Халтурина Д.А., 2006].

Наряду с ухудшением демографической ситуации, в России постоянно растет общая заболеваемость населения, среди которой преобладают болезни кровообращения и дыхания.

В связи с старением общества и ухудшением показателей здоровья населения, в России с 2006 г. идет реализация национального проекта «Здоровье». С 2005 г. в стране создана профессиональная общественная медицинская организация по качеству медицинской помощи и медицинского образования – АСМОК (ассоциация медицинских обществ по качеству). Создаются информационно-образовательные проекты (пример – «Кодекс здоровья и долголетия» для пяти групп населения), разрабатываются медико-образовательные программы повышения качества жизни и увеличения ее продолжительности. Кроме того, в этих условиях повышается значимость служб здравоохранения, имеющих оздоровительную направленность [Ольбинская Л.И., 1998, 2000; Оганов Р.Г. и соавт., 2001, 2006; Ильницкий А.Н., 2007].

Неотъемлемой частью лечебных и профилактических мероприятий должны являться медико-образовательные программы [Бакшеев В.И. и соавт., 2005; Беленков Ю.М. и соавт., 2007; Потапов А.П. и соавт., 2009, 2010]. Они должны быть направлены на необходимость обучения пациентов ведению здорового образа жизни, разъяснения природы имеющихся у них заболеваний, ранней диагностике осложнений, повышению приверженности правильному поведению и лечению. Реализация таких медико-образовательных программ врачами в реальной клинической практике носит название терапевтического обучения пациентов.

Вместе с тем, до настоящего времени не определены оптимальные формы терапевтического обучения пациентов разного профиля, особенно на стационарном этапе организации медицинской помощи. Обучение пациентов в большей степени характерно для поликлинического этапа, при этом применяются самые различные варианты терапевтического обучения – от простого распространения печатных материалов до образовательных занятий или так называемых «Школ здоровья», семинаров, направленных на обучение пациентов специальным навыкам [Бакшеев В.И., 2003; Лахман Е.Ю., 2005; Колягин А.Н., 2007; Концевая и соавт., 2008; Потапов А.П. и соавт., 2009].

Действительно, проведено значительное количество исследований по изучению эффективности применения образовательных мероприятий на поликлиническом этапе. Например, доказано достоверное снижение количества обострений и госпитализаций при хронической обструктивной болезни легких и бронхиальной астме [Вахрушев Я.М., Жукова И.В., 2009; Bourbeau J. et al.,

2003]. Вместе с тем, этот вопрос требует дополнительного изучения по отношению к стационарной помощи и контингенту пожилых людей, так как такие исследования единичны и не носят системного характера.

В целом следует констатировать, что в настоящее время разработанных и апробированных медико-образовательных программ при патологии сердечно-сосудистой и дыхательной систем в пожилом возрасте в стационарных условиях (терапевтического профиля) крайне недостаточно, что обуславливает актуальность данного вопроса и диктует необходимость дальнейших исследований в данной области.

Цель исследования – разработать и обосновать эффективность медико-образовательных программ для пожилых больных с патологией сердечно-сосудистой и дыхательной системы в условиях терапевтического стационара.

Задачи исследования:

1. Изучить информированность пациентов пожилого возраста об имеющихся сердечно-сосудистых и бронхолегочных заболеваниях при поступлении в стационарные отделения терапевтического профиля и дать оценку качества жизни пациентов этой возрастной группы.
2. Изучить особенности ведения пожилых больных с сердечно-сосудистыми и бронхолегочными заболеваниями в терапевтическом стационаре и обосновать роль медико-образовательных программ в структуре терапевтических мероприятий.
3. Разработать оптимальные схемы терапевтического обучения пожилых больных с сердечно-сосудистой и дыхательной патологией в стационарных условиях.
4. Изучить влияние терапевтического обучения пожилых людей в условиях терапевтического отделения многопрофильной больницы на приверженность пациентов к проводимой терапии и ассоциированные с ней динамику жалоб, объективного статуса и качество жизни.
5. Дать оценку медико-социальной и экономической эффективности терапевтического обучения пожилых людей на стационарном этапе.

Научная новизна работы

Проведено клинико-эпидемиологическое исследование тактики ведения пациентов пожилого возраста с сердечно-сосудистыми и бронхолегочными заболеваниями на стационарном этапе и через три месяца в поликлинике, выявлен низкий уровень организации проведения терапевтического обучения данного контингента больных при сниженных уровнях их жизнеспособности и социальной активности.

Впервые разработаны и внедрены в практику собственные медико-образовательные программы в терапевтическом стационаре для пожилых пациентов с сердечно-сосудистыми и бронхолегочными заболеваниями для повышения приверженности к лечению и улучшения их качества жизни.

Обоснована необходимость, проведен анализ содержания и дана оценка эффективности применения медико-образовательных программ при сердечно-

сосудистой и бронхолегочной патологии в пожилом возрасте в условиях терапевтического стационара.

Установлено положительное влияние терапевтического обучения на приверженность к проводимой терапии при сердечно-сосудистых и бронхолегочных заболеваниях, что опосредованно приводит к улучшению общего состояния, снижению частоты обострений заболеваний и количества вызовов скорой помощи, частоты госпитализаций в терапевтический стационар.

Выявлено, что у пожилых пациентов, прошедших терапевтическое обучение имело место снижение объема прямых затрат на ведение одного больного с сердечно-сосудистой и бронхолегочной патологией.

Практическая значимость работы

Результаты диссертации обладают медицинской, социальной и экономической значимостью.

Медицинский эффект заключается в доказанном положительном влиянии терапевтического обучения на повышение приверженности пожилых пациентов к лечению и как следствие этого улучшение течения сердечно-сосудистых и бронхолегочных заболеваний за счет снижения вегето-сосудистых, психоэмоциональных явлений, а также в улучшении ряда показателей деятельности сердечно-сосудистой и дыхательной систем.

Социальный эффект результатов работы заключается в достоверном повышении качества жизни пожилых больных под влиянием мероприятий терапевтического обучения, что способствует большей степени их социализации и вовлечения в социальные отношения.

Экономический эффект обусловлен доказанным снижением потребности пожилых пациентов с сердечно-сосудистыми и бронхолегочными заболеваниями в медицинской помощи за счет повышения уровня знаний по оказанию самопомощи и приверженности к терапии, что приводит к сокращению экономических затрат.

Связь с научно-исследовательской работой Университета

Диссертационная работа является научной темой, выполняемой по основному плану НИР медицинского факультета ГОУ ВПО «Белгородский государственный университет».

Положения, выносимые на защиту

1. На фоне интегрального применения лекарственных и немедикаментозных методов лечения пожилых пациентов с сердечно-сосудистыми и бронхолегочными заболеваниями внедрение научно обоснованных подходов к терапевтическому обучению в условиях многопрофильной больницы позволяет повысить приверженность пациентов к проводимой терапии на стационарном и амбулаторно-поликлиническом этапах оказания помощи.

2. Терапевтическое обучение пожилых больных обладает рядом достоверных возраст-зависимых особенностей, которые заключаются в необходимости формирования небольших групп пациентов до трех человек, кратностью занятий не менее 4 - 5 и применением печатных справочных материалов,

в отличие от программ терапевтического обучения для пациентов более молодых возрастных групп, для которых приоритетным в плане достижения эффективности является укрупнение групп до 4-5 человек, использование наглядных материалов в виде таблиц, видеоматериалов, памяток.

3. За счет повышения приверженности пожилых пациентов с сердечно-сосудистой и дыхательной патологией, прошедших терапевтическое обучение, к немедикаментозной и медикаментозной терапии, положительному отношению к модификации образа жизни происходит опосредованное улучшение клинической картины, объективного статуса и качества жизни.

4. Внедрение образовательных программ улучшает медико-социальные показатели течения хронических заболеваний (обращаемость на скорую помощь, количество посещений поликлиники, количество госпитализаций) и обладает экономической эффективностью за счет сокращения прямых затрат на ведение пожилых пациентов в связи с предотвращением повторных госпитализаций и затрат в связи с нетрудоспособностью у работающих пенсионеров за счет повышения их приверженности к проведению базисной терапии.

Личный вклад автора

Личный вклад автора заключается в определении цели работы, разработке дизайна исследования, определении критериев включения и исключения, проведении отбора пациентов. Автором разработаны и внедрены в практику собственные медико-образовательные программы. В клинко-инструментальной части автором лично выполнено клиническое обследование больных с проведением электрокардиографических, эхокардиографических методов исследования и интерпретацией полученных данных. Проведен качественный анализ и статистическая обработка материала.

Апробация и реализация диссертации

Результаты диссертации доложены и обсуждены на Российской конференции по проблеме высшего сестринского образования (Ульяновск, 2009), «Геронтологических чтениях – 2009, 2010» (Белгород, 2009, 2010), Международной научно-практической конференции «Инновационные технологии управления здоровьем и долголетием человека» (Санкт-Петербург, 2010), Республиканской научно-практической конференции, посвященной дню пожилых людей (Минск, 2010).

Публикации

По материалам диссертации опубликована 21 работа, из них - 6 статей рецензируемых в журналах из перечня ВАК, 3 статьи в сборниках научных трудов, 12 тезисов докладов.

Структура и объем диссертационной работы

Диссертация состоит из перечня условных обозначений, введения, обзора литературы, 4 глав результатов собственных исследований, выводов, практических рекомендаций, списка использованной литературы.

Текст диссертации представлен на 177 страницах и содержит 32 таблицы, 8 рисунков, 4 приложения. Список литературы включает 285 источников, из них - 215 отечественных и 70 иностранных авторов.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Материал и методы исследований

Проведенное нами исследование состояло из следующих трех блоков.

Содержанием первого блока явилось эпидемиологическое ретроспективное когортное исследование тактики ведения больных, включенных в работу по принципу наибольшей распространенности в популяции имеющихся у них заболеваний для выявления ведущих клинических синдромов и состояний, в отношении которых следует реализовывать программы терапевтического обучения.

Критерии включения в исследование. Включены лица с артериальной гипертензией второй – третьей степени (II-III) повышения артериального давления, третьей и четвертой группы риска развития осложнений по критериям ВОЗ; с ИБС стенокардией напряжения второго, третьего функционального класса (ФК) и хронической сердечной недостаточностью второго, третьего ФК; с бронхиальной астмой смешанной формы персистирующего среднетяжелого течения с дыхательной недостаточностью (ДН) первой, второй стадии; с хронической обструктивной болезнью легких среднетяжелого течения с дыхательной недостаточностью (ДН) первой, второй стадии.

Проанализировано 1536 случаев оказания медицинской помощи, из них пациентов с артериальной гипертензией – 383, ИБС – 387, ХОБЛ – 384, бронхиальной астмой – 382. Пожилых пациентов в этой выборке было 1215 человек (возраст пациентов – от 60 до 74 лет, средний возраст – $66,4 \pm 3,4$ года), пациентов среднего возраста – 321 человек (возраст пациентов – от 40 до 54 лет, средний возраст $49,2 \pm 2,4$ года).

Критерии исключения. Наличие других степеней тяжести заболеваний, а также более тяжелое течение хронической сердечной и дыхательной недостаточности.

Второй блок – экспертная оценка применяющихся медико-образовательных программ в группе пациентов пожилого возраста – 1215 случаев, в группе пациентов среднего возраста – 321 случай.

Третий блок – проведено внедрение разработанных оптимальных программ терапевтического обучения для пожилых пациентов и оценка их клинической и медико-социальной эффективности на протяжении трех месяцев после реализации программ.

На данном этапе под нашим наблюдением находилось 186 пациентов пожилого возраста.

Возраст пациентов составил от 60 до 74 лет (средний возраст $64 \pm 3,2$ года), среди пациентов было 66 мужчин и 120 женщин.

Все обследуемые пациенты были разделены на 4 группы.

В первую группу вошел 31 человек пожилого возраста с сердечно-сосудистыми заболеваниями (с артериальной гипертензией – 16, ИБС – 15), которым применялась только традиционная (базисная) терапия.

Во вторую группу вошло 32 человека пожилого возраста с бронхолегочными заболеваниями (с бронхиальной астмой – 17, с ХОБЛ – 15), которым применялась только традиционная (базисная) терапия.

В третью группу вошло 62 человека пожилого возраста с сердечно-сосудистыми заболеваниями (с артериальной гипертензией – 31, ИБС – 31), которым наряду с традиционной (базисной) терапией применялись медико-образовательные программы.

В четвертую группу вошел 61 человек пожилого возраста с бронхолегочными заболеваниями (с бронхиальной астмой – 31, с ХОБЛ – 30), которым наряду с традиционной (базисной) терапией применялись медико-образовательные программы.

Таким образом, пациенты 1 и 2 группы были контрольными, а 3 и 4 группы – основными (клинического наблюдения).

Для оценки эффективности применения разработанных программ терапевтического обучения были применены следующие методы:

1. Оценка эффективности медико-образовательных программ по показателям приверженности к проводимой терапии, уровня знаний по вторичной профилактике и реабилитации посредством применения метода анкетирования.

2. Сравнение качества жизни пациентов, как в динамике, так и между группами, получавших и не получавших медико-образовательные мероприятия. Применен опросник SF-36, при этом динамика качества жизни определена на момент поступления в терапевтический стационар и через три месяца после выписки из него.

3. Оценка динамики жалоб пациентов и сопоставление их между выделенными группами на протяжении трех месяцев после выписки из стационара.

4. Определение динамики физического статуса путем применения инструментальных методов исследования для оценки влияния приверженности к терапии под влиянием программ терапевтического обучения.

В работе применяли метод ЭхоКГ с использованием аппарата HDI 500 СТ (США). Измеряли конечный диастолический размер, конечный систолический размер левого желудочка, толщину задней стенки левого желудочка в систолу и диастолу, толщину межжелудочковой перегородки в систолу и диастолу. Массу миокарда левого желудочка рассчитывали математически по формуле Devereux (1986). Индекс массы миокарда левого желудочка рассчитан путем деления полученной массы миокарда на площадь поверхности тела.

Изучение функции внешнего дыхания у пациентов проводили с помощью аппарата диагностической системы «ВАЛЕНТА». Кроме того, пациентам использовали ЭКГ, рентгенографию грудной клетки, холтеровское мониторирование, реографию.

5. Медико-организационная оценка эффективности терапевтического обучения. В оценке эффективности применения медико-образовательных программ определено также их влияние на потребность в медицинской помощи, в частности, путем расчета частоты вызова скорой помощи и количества посещений поликлиники на протяжении трех месяцев после выписки из стационара.

6. Оценка экономической эффективности. Для оценки экономической эффективности медико-образовательных программ применяли экономические методы, в которых рассчитывалась не прямая экономическая эффективность вследствие снижения потребности в медицинской помощи.

В процессе исследования применяли следующие методы математико-статистической обработки данных: при описании результатов исследования использованы обобщенные характеристики совокупности, например, для количественно выраженных признаков – средние величины (средняя арифметическая), для атрибутивных – показатели соотношения; для оценки достоверности обобщенных характеристик использовали среднюю ошибку средней арифметической (для количественно выраженных признаков); среднюю ошибку относительного показателя (для атрибутивных признаков); при оценке значимости различий двух совокупностей применяли критерий t Стьюдента, разность показателей считалось достоверной при $t \geq 2$, в том случае, $p < 0,05$; при проведении экспертной оценки применяли метод хи-квадрат, позволяющий определить принадлежность определенного параметра программы терапевтического обучения к высокому ее качеству. Материалы, содержащиеся в формализованных программах исследования, были внесены в электронные таблицы «Excel», математико-статистическая обработка данных выполнена с использованием программы «Stratgraphicsplus for Windows», версия 7.0

Состояние терапевтического обучения пожилых пациентов с сердечно-сосудистой и дыхательной патологией в реальной клинической практике

Целью терапевтического обучения пациентов в стационаре являлось повышение их приверженности к медикаментозной и немедикаментозной терапии и модификация образа жизни, в том числе на последующем амбулаторно-поликлиническом этапе.

При анализе реализации медико-образовательных программ в гериатрической практике мы выявили, что в случае экстренной госпитализации пациента начало терапевтического обучения приходилось на $4,9 \pm 0,2$ день, в случае плановой госпитализации – на $2,2 \pm 0,3$ день.

При этом мы выявили проблемные вопросы в проведении самого терапевтического обучения в стационаре и определили резервы.

Охват пациентов программами терапевтического обучения следует характеризовать как недостаточный. Так, в объеме всей выборочной совокупности он составлял $24,3 \pm 1,2\%$, при отдельных нозологических формах:

артериальная гипертензия – $21,2 \pm 1,5\%$, ИБС – $20,3 \pm 0,9\%$, ХОБЛ – $23,1 \pm 1,4\%$, бронхиальная астма – $22,5 \pm 1,3\%$ пациентов, включенных в ретроспективное когортное исследование.

Невелико было и количество занятий, проведенных в стационарных условиях, с целью обучения пациентов. В объеме всей выборки их количество составляет $1,3 \pm 0,2$ на протяжении одного курса лечения, при отдельных нозологиях: артериальная гипертензия – $1,5 \pm 0,1$, ИБС – $1,3 \pm 0,2$, ХОБЛ – $1,6 \pm 0,1$, бронхиальная астма – $1,7 \pm 0,2$.

Медико-демографическая характеристика пациентов, включенных в ретроспективное когортное исследование, представлена в таблице 1.

Таблица 1

Медико-демографическая характеристика больных,
включенных в первый этап исследования

Медико-демографическая характеристика	Количество больных (n=1536)	
	абс.	%
Наличие бронхиальной астмы	382	24,9
Наличие ХОБЛ	384	25,0
Наличие ИБС	387	25,2
Наличие артериальной гипертензии	383	24,9
Наличие дыхательной недостаточности I-II степени	966	62,8
Наличие хронической сердечной недостаточности II-III степени	971	63,2
Трудоспособный возраст	321	20,9
Пенсионный (пожилой) возраст	1215	79,1
Из них работающих пенсионеров	362	23,5
Наличие инвалидности	853	55,5
Высшее образование	321	20,9
Среднее образование	1044	67,9
Постоянный прием базисной терапии	621	40,4
Регулярное медицинское наблюдение	745	48,5

При этом достоверных отличий в показателях распространенности терапевтического обучения среди пациентов среднего и пожилого возраста выявлено не было ($p > 0,05$).

Структура, формы и средства образовательных программ при патологии сердечно-сосудистой и дыхательной систем

Методом экспертных оценок определили наиболее эффективные в отношении повышения медицинской грамотности пациентов по параметрам

«количество занятий», «формы обучения», «вспомогательные материалы», «тематика занятий» дифференцировано для пациентов пожилого и среднего возраста.

При сердечно-сосудистой патологии отмечалась достоверная разность показателей количества занятий терапевтического обучения. Вместе с тем, выявлено, что в пожилом возрасте оптимальное количество занятий колебалось от 4 до 5 (50,3%), в среднем возрасте – от 2 до 3 (41,8%) (табл. 2).

Таблица 2

Возрастные отличия структуры программ терапевтического обучения при сердечно-сосудистой патологии в многопрофильной больнице

Количество занятий	Величина факторной нагрузки (F)		Достоверность разности (p)
	Средний возраст (n=321)	Пожилой возраст (n=1215)	
2 – 3	0,521	0,324	<0,05
4 – 5	0,318	0,652	<0,05
6 – 7	0,405	0,320	<0,05

При применении факторного анализа при изучении структуры образовательных мероприятий при патологии органов дыхания у пожилых выявлено, что при патологии органов дыхания по данным метода экспертных оценок отмечалась достоверная разность показателей количества занятий терапевтического обучения. Вместе с тем установлено, что в пожилом возрасте оптимальное количество занятий колебалось от 4 до 5 (48,3%), в среднем возрасте – от 2 до 3 (42,8%) (табл. 3).

Таблица 3

Возрастные отличия структуры программ терапевтического обучения при патологии органов дыхания в многопрофильной больнице

Количество занятий	Величина факторной нагрузки (F)		Достоверность разности (p)
	Средний возраст (n=321)	Пожилой возраст (n=1215)	
2 – 3	0,515	0,320	<0,05
4 – 5	0,307	0,598	<0,05
6 – 7	0,381	0,321	<0,05

Анализ формы проведения терапевтического обучения при сердечно-сосудистой патологии позволил выявить возрастные особенности: в пожилом возрасте прослеживалась закономерность проведения занятий с небольшим числом слушателей 2-3 человека (50,7%) и индивидуальных занятий (23,1%). В среднем возрасте имелась закономерность укрупнения групп до 4-5 человек (35,6%). Данные факторной нагрузки представлены в таблице 4.

При патологии системы органов дыхания в пожилом возрасте прослеживалась закономерность проведения занятий с небольшим количеством

слушателей – 2-3 человека (50,9%); на втором месте находились индивидуальные занятия (23,1%); в среднем возрасте имела место закономерность укрупнения групп до 4-5 человек (35,1%). Данные факторной нагрузки представлены в таблице 5.

Таблица 4

Возрастные особенности форм проведения терапевтического обучения при сердечно-сосудистой патологии в многопрофильной больнице

Форма проведения обучения	Величина факторной нагрузки (F) в среднем возрасте (n=321)	Величина факторной нагрузки (F) в пожилом возрасте (n=1215)
Индивидуальные занятия	0,250	0,240
Групповая форма 2 – 3 чел.	0,303	0,527
Групповая форма 4 – 5 чел.	0,512	0,150
Групповая форма 6 – 7 чел.	0,201	0,072
Групповая форма свыше 8 чел.	0,174	0,051

Таблица 5

Возрастные особенности форм проведения терапевтического обучения при патологии системы органов дыхания в многопрофильной больнице

Форма проведения обучения	Величина факторной нагрузки (F) в среднем возрасте (n=321)	Величина факторной нагрузки (F) в пожилом возрасте (n=1215)
Индивидуальные занятия	0,246	0,238
Групповая форма 2 – 3 чел.	0,311	0,525
Групповая форма 4 – 5 чел.	0,501	0,147
Групповая форма 6 – 7 чел.	0,198	0,071
Групповая форма свыше 8 чел.	0,172	0,050

Данные о применении вспомогательных материалов в практике терапевтического обучения стационарных больных с сердечно-сосудистой патологией представлены в таблице 6, с дыхательной патологией – в таблице 7. Выявлено, что в пожилом возрасте наибольшее значение для достижения эффективности имели печатные вспомогательные материалы – памятки (27,6%) и брошюры (21,1%); в среднем возрасте – наглядные материалы в виде таблиц (18,9%), видеоматериалов (17,2%), памяток (21,7%), т.к. вследствие когнитивных расстройств пожилым людям требуются для понимания более наглядные меры воздействия.

Таблица 6

Особенности применения вспомогательных материалов в процессе терапевтического обучения больных разного возраста с сердечно-сосудистой патологией

Вспомогательные материалы	Величина факторной нагрузки (F) в среднем возрасте (n=321)	Величина факторной нагрузки (F) в пожилом возрасте (n=1215)
Таблицы	0,525	0,207
Макеты	0,204	0,182
Муляжи	0,302	0,175
Видеоматериалы	0,478	0,215
Памятки	0,602	0,527
Брошюры	0,327	0,402
Книги	0,340	0,201

Таблица 7

Особенности применения вспомогательных материалов в процессе терапевтического обучения больных разного возраста с патологией дыхательной системы

Вспомогательные материалы	Величина факторной нагрузки (F) в среднем возрасте (n=321)	Величина факторной нагрузки (F) в пожилом возрасте (n=1215)
Таблицы	0,512	0,205
Макеты	0,197	0,176
Муляжи	0,298	0,174
Видеоматериалы	0,475	0,210
Памятки	0,599	0,519
Брошюры	0,321	0,413
Книги	0,335	0,204

Разработанные принципы составления программ терапевтического обучения у больных пожилого возраста и их реализация

Анализ экспертных оценок специалистов позволил выявить ряд отличий в подходах к проведению терапевтического обучения пожилых больных в сравнении с лицами среднего возраста. В общем, они заключались

в необходимости компенсировать снижение когнитивных способностей, рассеивание внимания, снижение способности к усвоению новых знаний.

С учетом выявленных клинических синдромов, которые явились причиной госпитализации, нами разработаны нижеизложенные принципы реализации медико-образовательных программ в условиях терапевтического стационара:

1. Структура программ терапевтического обучения. При сердечно-сосудистой и дыхательной патологии в пожилом возрасте оптимальное количество занятий колеблется от 4 до 5, в среднем возрасте – от 2 до 3.

2. Тематика занятий. В пожилом возрасте наиболее важными темами являются уточнение схем медикаментозной терапии; схемы физической активности; схемы рационального питания; неотложная самопомощь; освещение роли родственников и социальных служб; разъяснение принципов и необходимости постоянного применения базисной терапии.

В среднем возрасте наиболее важны знания о схемах медикаментозной и немедикаментозной вторичной профилактики; схемах лекарственной терапии; разъяснение роли базисной терапии; разъяснение принципов самопомощи в неотложных ситуациях.

3. Формы проведения терапевтического обучения. В пожилом возрасте прослеживается закономерность проведения занятий с небольшим количеством слушателей – 2-3 человека; на втором месте по данным факторной нагрузки находятся индивидуальные занятия. В среднем возрасте имеется закономерность укрупнения групп до 4-5 человек.

4. Применение вспомогательных материалов. В пожилом возрасте наибольшее значение имеют печатные вспомогательные материалы – памятки и брошюры; в среднем возрасте – наглядные материалы в виде таблиц, видеоматериалов, памяток.

5. Терапевтическое обучение должно начинаться после стабилизации состояния пациентов (при артериальной гипертензии – после купирования кризового состояния, при ИБС – при прекращении прогрессирования стенокардии, для БА и ХОБЛ – при уменьшении степени бронхообструкции).

На основании разработанных принципов нами были созданы, апробированы и применены на практике собственные медико-образовательные программы при заболеваниях внутренних органов с целью повышения качества жизни пожилых пациентов, отличающиеся от имеющихся возрастной направленностью и наличием конкретных точек приложения для достижения конкретных задач (повышение приверженности к лечению на последующем поликлиническом этапе, умение купировать обострение и т.д.).

Обучение пожилых пациентов при заболеваниях внутренних органов (АГ, ИБС, ХОБЛ и БА) проводили в терапевтическом стационаре с учетом длительности пребывания до 14-15 дней в два этапа, а так же с согласия больных на обучение и стабилизации их заболевания. Противопоказаниями к обучению была тяжелая соматическая патология: энцефалопатия III степени, сосудистая деменция и другие психоорганические поражения головного мозга, инфаркт миокарда, тяжелая ХСН (III-IV ФК).

Занятия проводили в специально оборудованном кабинете, который был оснащен: кресла, стол, напольные весы, ростомер, доска, сантиметровая лента для определения коэффициента «талия/бедро», тонометры, фонендоскоп, пикфлоуметры, пульсоксиметр, глюкометр, печатные материалы (плакаты, листовки, буклеты, брошюры, памятки, таблицы), видеоматериалы, бумага, фломастеры, ручки, медицинская документация, документы для регистрации и ведения больных по тематическим группам и т.д. Занятия проходили в два этапа.

На первом этапе проводили 4 медико-образовательных занятия, которые включали в себя общие темы медицинских знаний (20-минутные лекции) с целью обучения пожилых пациентов коррекции своих факторов риска и ведения повседневного здорового образа жизни. Эти занятия проводились с 2-3 по 5-6 день поступления в терапевтический стационар и в них принимали участие от 2 до 3 пожилых пациентов, страдающих сердечно-сосудистыми и бронхолегочными заболеваниями (3 и 4 основные группы). Это было обусловлено тем, что для пациентов пожилого возраста требуется индивидуальный подход, так как у них часто наблюдаются возрастное снижение памяти, трудности восприятия информации, что затрудняет работу с большими группами.

Общими медико-образовательными обучающими темами занятий в школах здоровья (ШЗ) были: 1. Факторы риска и их коррекция. 2. Нормализация массы тела – важнейший фактор улучшения качества жизни. 3. Негативные эффекты курения и методы борьбы с ним. 4. Здоровый образ жизни – основа здоровья.

На втором этапе занятия проводили по 20 минут один раз в день, и они были посвящены отдельным нозологическим формам. Так, терапевтическое обучение больных с артериальной гипертензией (АГ) у пожилых пациентов основной группы проводили с использованием единой программы, включающей 4 совмещенных теоретико-практических занятия по следующим темам ШЗ по гипертонии): 1. Понятие об артериальной гипертензии и опасностях повышения артериального давления. 2. Правила измерения артериального давления и его самоконтроль. 3. Диагностические критерии гипертонического криза, самопомощь, показания к госпитализации. 4. Необходимость диспансерного наблюдения в поликлинике.

В программу обучения пожилых пациентов с артериальной гипертензией входило изучение понятия об артериальном давлении, уровнях его нормального значения, правил измерения артериального давления и его самоконтроль; объяснение артериальной гипертензии и поражениее «органов-мишеней», коррекция факторов риска; понятие о суммарном риске сердечно-сосудистых заболеваний, гипертоническом кризе, самопомощи, показаний к госпитализации; обсуждение основных групп гипотензивных препаратов и необходимости диспансерного наблюдения в поликлинике.

Терапевтическое обучение пожилых пациентов основной группы с ИБС (стенокардия), включало 3 теоретико-практических занятия по следующим темам (школа здоровья по ИБС): 1. Понятие об ишемической болезни сердца и

существующих ее формах. 2. Факторы риска ишемической болезни сердца. 3. Цели, тактика лечения и самопомощь при ишемической болезни сердца.

Терапевтическое обучение пожилых пациентов с ИБС включало изучение понятия об ишемической (коронарной) болезни сердца и основных ее формах, знание основных факторов риска ИБС, их контроль и методы немедикаментозной коррекции, обсуждение основных лекарственных препаратов, понятия обострений заболевания, тактики и самопомощи при них. Больным пожилого возраста основной группы, страдающих хронической обструктивной болезнью легких, проводили 3 совмещенных теоретико-практических занятия по следующим темам (школа здоровья по ХОБЛ): 1. Понятие о ХОБЛ, причинах возникновения и развития. 2. Основные направления лечения больных с ХОБЛ. 3. Предупреждение обострений и тактика поведения при дыхательной недостаточности.

Обучение пациентов пожилого возраста, имеющих ХОБЛ, включало понятие о сущности заболевания и факторах риска (прекращение курения, профессиональной ориентации и др.), знание направлений лечения и правильного пользования лекарственными средствами, соблюдение индивидуального плана лечения, самоконтроль, меры неотложной помощи. Для пожилых пациентов, страдающих бронхиальной астмой, обучающими темами медико-образовательных программ были следующие (Астма-школа): 1. Понятие о бронхиальной астме и провоцирующих факторах. 2. Основные показатели тяжести обострения бронхиальной астмы. 3. Пикфлоуметрия при бронхиальной астме. 4. Ингаляционные лекарственные средства при бронхиальной астме.

В программу обучения пожилых пациентов с бронхиальной астмой входили понятие о заболевании и провоцирующих его факторах, обострение и неотложные состояния, обучение правилам самоконтроля – измерения пиковой скорости выдоха (ПСВ) с помощью пикфлоуметра, знание и умение пользования ингаляционными лекарственными средствами, мер неотложной самопомощи.

Медико-образовательные занятия по нозологическим формам заболеваний (АГ, ИБС, ХОБЛ и БА) проводили как индивидуально, так и по группам по 2-3 человека с использованием наглядной агитации (аппараты, плакаты, таблицы, картинки, листовки, буклеты, шкала «Score», методические рекомендации и т.д.). Всего за период лечения в стационаре (14-15 дней) проводили от 7 до 8 совмещенных теоретико-практических занятий (140-160 минут на курс обучения) один раз в день. Занятия проводили путем собеседования по намеченной теме, а также проведения дискуссий с последующим закреплением знаний темы в конце занятия. Кроме того, обращали особое внимание пациентов на знание и предупреждение своих факторов риска. Это позволило пожилым пациентам улучшить психологическую адаптацию к своему заболеванию и приверженность к лечению. Для оценки уровня знаний пациентов по нозологическим формам были разработаны специальные опросники, включающие утверждения

предполагающие выбор нескольких вариантов ответов, и утверждения, на которые следовало дать ответ «Да», «Нет» или «Не знаю». При выписке из стационара всем пациентам были даны рекомендации и специально разработанные «Памятки пациента».

Динамика приверженности, степени осведомленности больных и воздействие на факторы риска осложнений заболеваний в процессе терапевтического обучения

В результате терапевтического обучения произошло повышение приверженности пожилых больных к лечению, выполнению комплексных врачебных рекомендаций, что привело к снижению ФР (высокий и очень высокий риск уменьшился с 65% до 24,3%).

Выявлено, что до начала обучения в школах здоровья (ШЗ) о наличии факторов риска развития сердечно-сосудистых и бронхолегочных заболеваний были осведомлены 64 (49,6 %) пациента, информированы о факторах риска прогрессирования и осложнений заболеваний – 55(44,7 %). Только 3 (2,4 %) больных знали о рекомендациях ВОЗ по профилактике своих заболеваний и соблюдали их. После окончания обучения (в трехмесячный период) выявлено, что повышение уровня осведомленности о наличии у пациентов факторов риска развития заболеваний, также как и факторов риска прогрессирования и осложнений возросло до 98%. Также по завершении лечения увеличилось количество пациентов, знающих рекомендации ВОЗ по профилактике своих заболеваний до 98 человек (79,7%), $p < 0,05$.

Выявлено, что наиболее сложным для пациентов было осознанное выполнение на практике мероприятий по нормализации образа жизни, особенно по снижению массы тела (МТ), увеличению физической активности, соблюдению рекомендаций по диете, ограничению употребления поваренной соли, прекращению курения, уменьшению количества употребления алкоголя.

Через три месяца после обучения 45 (36,6%) пациентов увеличили физическую активность, 17 (13,8%) – ограничили избыточное употребление алкоголя, 46 (37,4 %) – поваренной соли. Увеличили употребление продуктов, обогащенных калием, кальцием и магнием 61 пациент (49,6%), что свидетельствует о приверженности к модификации образа жизни, $p < 0,05$.

Необходимо отметить, что применение образовательных программ положительно сказалось на коррекции избыточной массы тела, за счет целенаправленного обучения специальным методикам.

Так, если до участия в образовательной программе у 51 (41,5 %) пациента имелась избыточная масса тела (индекс массы тела [ИМТ] $27,3 \pm 0,71$ кг/м²), а 7 (5,7%) больных страдали ожирением (ИМТ $33,0 \pm 0,44$ кг/см²), то через три месяца после лечения у 18 человек (14,6%) масса тела достоверно снизилась - на $1,2 \pm 0,24$ кг, индекс окружность талии/окружность бедра уменьшился с $1,17 \pm 0,09$ до $0,92 \pm 0,04$, ($p < 0,05$), а у 20 больных (16,3%) наметилась тенденция к ее нормализации (снижение массы тела на $2,4 \pm 0,34$ кг), $p < 0,05$.

Положительная динамика отмечалась и в отношении курения пожилых пациентов. Через три месяца после обучения 16 пациентов (13,0%) бросили курить, что свидетельствует о повышении мотивированности пожилых больных в отношении прекращения вредных привычек при терапевтическом обучении.

Исполнение приобретенных в ходе терапевтического обучения навыков по соблюдению рекомендаций по диете, выполнение физических упражнений и регулярный прием гиполипидемических препаратов в течение трех месяцев привели к снижению таких показателей липидного спектра как уровень общего холестерина ($6,08 \pm 0,2$ ммоль/л и $5,21 \pm 0,2$ соответственно), триглицеридов ($1,53 \pm 0,1$ и $1,33 \pm 0,1$ ммоль/л соответственно), холестерина липопротеидов низкой плотности ($4,31 \pm 0,2$ ммоль/л и $3,42 \pm 0,2$ соответственно) и индекса атерогенности ($5,06 \pm 0,4$ и $3,54 \pm 0,2$ соответственно), повышению холестерина липопротеидов высокой плотности ($0,98 \pm 0,1$ ммоль/л и $1,12 \pm 0,1$ соответственно), $p < 0,05$.

У пациентов, которые получали только традиционную базисную терапию без мероприятий терапевтического обучения, складывалась другая ситуация.

В начале лечения о наличии факторов риска развития сердечно-сосудистых и бронхолегочных заболеваний был осведомлен 21 (33,3%) пациент, информированы о факторах риска прогрессирования и осложнений заболеваний – 20 (31,7%). Только 2 (3,2 %) больных знали о рекомендациях ВОЗ по профилактике своих заболеваний и соблюдали их. Достоверной разности показателей по сравнению с группой больных, получавших терапевтическое обучение, не выявлено.

После окончания наблюдения (через три месяца) выявлено, что достоверного повышения уровня осведомленности о наличии факторов риска развития заболеваний, также как и о факторах риска прогрессирования и осложнений заболеваний не произошло и составило 33,5%. Также по завершении лечения достоверно не увеличилось количество пациентов, знающих рекомендации ВОЗ по профилактике своих заболеваний – 4 человека (6,4%), $p > 0,05$ по сравнению с исходным уровнем.

Без применения терапевтического обучения не произошло модификации образа жизни. Так, через три месяца после лечения достоверно не увеличилось количество пожилых пациентов, увеличивших физическую активность – соответственно 25 (39,7%) и 26 (41,3%); уменьшивших избыточное употребление алкоголя – 15 (23,8%) и 14 (22,2%); избыточное потребление поваренной соли – 12 (19,1%) и 13 (20,6%), $p > 0,05$ по сравнению с исходным уровнем.

Отмечено отсутствие положительной динамики ряда факторов риска в связи с неизменным уровнем мотивации к изменению образа жизни. Не снизилось количество больных с избыточной массой тела – 28 (44,4%) и 27 (42,9%), осталось неизменным количество курильщиков – 19 (30,2%), отмечено отсутствие положительной динамики показателей холестеринового обмена - уровень общего холестерина составил ($6,21 \pm 0,2$ и $6,24 \pm 0,2$ ммоль/л),

триглицеридов ($1,52 \pm 0,2$ и $1,53 \pm 0,1$ ммоль/л), холестерина липопротеидов высокой плотности ($0,97 \pm 0,1$ и $0,98 \pm 0,1$ ммоль/л), низкой плотности ($4,22 \pm 0,2$ и $4,31 \pm 0,2$ ммоль/л) и индекса атерогенности ($4,21 \pm 0,2$ и $4,22 \pm 0,3$), $p > 0,05$.

Динамика клинического состояния в процессе реализации образовательных программ

Показатели центральной гемодинамики пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями. При проведении исследования выявлено, что в группе пациентов с артериальной гипертензией и ИБС ($n=123$), получавших мероприятия терапевтического обучения в динамике проведения терапии имели место следующие показатели: УО (мл) – $75,4 \pm 1,8$ и $75,9 \pm 1,6$ соответственно; МОК (л/мин) – $4,7 \pm 0,47$ и $4,6 \pm 0,45$; СИ (л/мин⁻¹ м⁻²) – $2,4 \pm 0,44$ и $2,4 \pm 0,50$; ОПСС (дин с⁻¹ см⁻⁵) – $1412,8 \pm 32,1$ и $1034,1 \pm 24,6$; ДНЛЖ (мм рт. ст.) – $14,7 \pm 1,4$ и $14,5 \pm 1,3$. Имеет место достоверная разность показателей ОПСС, $p < 0,05$.

В контрольной группе ($n=63$) ситуация была следующей: УО (мл) – $76,2 \pm 1,9$ и $75,9 \pm 1,6$ соответственно, МОК (л/мин) – $4,5 \pm 0,46$ и $4,5 \pm 0,22$; СИ (л/мин⁻¹ м⁻²) – $2,3 \pm 0,45$ и $2,4 \pm 0,78$; ОПСС (дин с⁻¹ см⁻⁵) – $1470,3 \pm 54,2$ и $1432,1 \pm 51,8$; ДНЛЖ (мм рт. ст.) – $14,3 \pm 1,5$ и $14,7 \pm 1,0$.

Таким образом, при применении программ терапевтического обучения имеет место статистически достоверная динамика показателя ОПСС за счет повышения приверженности пациентов к лечению и регулярного приема антигипертензивных и коронаролитических препаратов, кроме того, показатель ОПСС является одним из наиболее чувствительных к влиянию данной группы лекарственных средств.

При изучении возможного влиянием терапевтического обучения на эхокардиографические показатели не отмечена положительная динамика без достоверной разности между группами.

В процессе комплексного лечения (терапевтическое обучение и базисная лекарственная терапия) у пожилых пациентов с ХОБЛ не произошло улучшение показателей ФВД. В контрольной группе после проведенной терапии также не отмечено улучшение показателей ФВД. Отсутствие положительного влияния обучения на показатели ФВД обусловлено тем, что существующие в настоящее время мероприятия базисной терапии не позволяют остановить снижение функциональных показателей ХОБЛ.

После занятий пожилых пациентов в астма-школе с применением разработанных нами образовательных программ и базисной лекарственной терапии, так же как и в контрольной группе не улучшились показатели ФВД у пациентов, страдающих бронхиальной астмой.

Таким образом, применение медико-образовательных программ у пожилых пациентов с сердечно-сосудистыми и бронхолегочными заболеваниями повышало приверженность их к медикаментозному и немедикаментозному лечению, положительно влияло на динамику степени осведомленности больных и воздействие на факторы риска осложнений заболеваний и косвенно за счет повышения приверженности к терапии

незначительно улучшало показатели центральной гемодинамики, но не улучшало показателей эхокардиографии и функции внешнего дыхания.

Динамика качества жизни пожилых пациентов при применении терапевтического обучения

При патологии сердечно-сосудистой системы в пожилом возрасте после проведения терапевтического обучения через три месяца отмечались более высокие показатели качества жизни по сравнению с пациентами контрольной группы (общее здоровье – $30,8 \pm 1,4$ и $26,5 \pm 1,5$ соответственно; ролевое функционирование – $34,3 \pm 1,9$ и $26,1 \pm 0,8$ соответственно; физическое функционирование – $31,4 \pm 2,1$ и $25,1 \pm 1,5$ соответственно; жизнеспособность – $32,1 \pm 1,5$ и $27,3 \pm 1,7$ соответственно; психологическое здоровье – $26,7 \pm 1,4$ и $22,1 \pm 1,0$ соответственно; ролевое эмоциональное функционирование – $35,3 \pm 1,1$ и $30,0 \pm 1,9$ соответственно и социальное функционирование – $36,4 \pm 1,2$ и $31,3 \pm 1,5$ соответственно), что свидетельствовало о важности применения данного метода в тактике ведения гериатрических больных (табл. 8).

Таблица 8

Динамика показателей качества жизни пожилых пациентов с сердечно-сосудистой патологией под влиянием образовательных программ

Показатель качества жизни	До лечения		После лечения	
	Контрольная группа (n=31)	Основная группа (n=62)	Контрольная группа (n=31)	Основная группа (n=62)
Общее здоровье	25,8 \pm 2,1	24,9 \pm 2,3	26,5 \pm 1,5	30,8 \pm 1,4*, #
Ролевое функционирование	26,9 \pm 1,7	27,3 \pm 1,3	26,1 \pm 0,8	34,3 \pm 1,9*, #
Боль	14,3 \pm 1,5	14,3 \pm 0,9	12,3 \pm 1,4	10,1 \pm 0,3*, #
Физическое функционирование	24,9 \pm 2,3	25,8 \pm 2,4	25,1 \pm 1,5	31,4 \pm 2,1*, #
Жизнеспособность	25,4 \pm 3,1	26,9 \pm 3,6	27,3 \pm 1,7	32,1 \pm 1,5*, #
Психологическое здоровье	21,8 \pm 1,5	22,6 \pm 1,8	22,1 \pm 1,0	26,7 \pm 1,4*, #
Ролевое эмоциональное функционирование	30,5 \pm 1,6	31,0 \pm 1,9	30,0 \pm 1,9	35,3 \pm 1,1*, #
Социальное функционирование	30,7 \pm 2,4	31,2 \pm 2,0	31,3 \pm 1,5	36,4 \pm 1,2*, #

Примечание * достоверная динамика показателей внутри группы, $p < 0,05$
достоверная разность показателей между группами, $p < 0,05$.

При заболеваниях органов дыхания в пожилом возрасте после применения образовательных программ через три месяца также отмечались достоверно более высокие показатели качества жизни по сравнению с пациентами

контрольной группы (общее здоровье – $31,5 \pm 1,3$ и $23,1 \pm 1,2$ соответственно; ролевое функционирование – $30,7 \pm 1,2$ и $24,4 \pm 1,5$ соответственно; физическое функционирование – $30,1 \pm 1,9$ и $25,1 \pm 1,3$ соответственно; жизнеспособность – $31,4 \pm 1,8$ и $25,0 \pm 1,5$ соответственно; психологическое здоровье – $27,3 \pm 1,5$ и $23,8 \pm 1,4$ соответственно; ролевое эмоциональное функционирование – $35,9 \pm 1,3$ и $30,4 \pm 1,1$ соответственно и социальное функционирование – $36,1 \pm 1,9$ и $30,7 \pm 1,2$ соответственно) (табл. 9).

Таблица 9

Динамика показателей качества жизни пожилых пациентов с дыхательной патологией под влиянием образовательных программ

Показатель качества жизни	До лечения		После лечения	
	Контрольная группа (n=32)	Основная группа (n=61)	Контрольная группа (n=32)	Основная группа (n=61)
Общее здоровье	$24,6 \pm 1,7$	$24,7 \pm 1,8$	$23,1 \pm 1,2$	$31,5 \pm 1,3^*, \#$
Ролевое функционирование	$24,8 \pm 1,5$	$25,7 \pm 1,6$	$24,4 \pm 1,5$	$30,7 \pm 1,2^*, \#$
Боль	$14,2 \pm 1,6$	$14,1 \pm 1,4$	$12,1 \pm 0,4$	$8,3 \pm 1,1^*, \#$
Физическое функционирование	$25,0 \pm 1,4$	$24,6 \pm 1,7$	$25,1 \pm 1,3$	$30,1 \pm 1,9^*, \#$
Жизнеспособность	$24,1 \pm 2,1$	$24,9 \pm 2,9$	$25,0 \pm 1,5$	$31,4 \pm 1,8^*, \#$
Психологическое здоровье	$20,6 \pm 1,3$	$20,7 \pm 1,4$	$23,8 \pm 1,4$	$27,3 \pm 1,5^*, \#$
Ролевое эмоциональное функционирование	$29,7 \pm 1,9$	$29,8 \pm 2,0$	$30,4 \pm 1,1$	$35,9 \pm 1,3^*, \#$
Социальное функционирование	$29,8 \pm 1,9$	$29,9 \pm 2,1$	$30,7 \pm 1,2$	$36,1 \pm 1,9^*, \#$

Примечание * достоверная динамика показателей внутри группы, $p < 0,05$
достоверная разность показателей между группами, $p < 0,05$

Таким образом, имело место повышение качества жизни в процессе обучения пожилых пациентов по большинству параметров.

Медико-социальный эффект применения программ терапевтического обучения

Выявлено, что под влиянием повышения приверженности к базисной терапии, модификации образа жизни при терапевтическом обучении отмечается положительная динамика медико-социальных показателей течения изучаемых заболеваний (табл. 10).

Таким образом, применение образовательных программ в тактике ведения пожилых пациентов с сердечно-сосудистой и дыхательной патологией способствовало достоверному снижению таких медико-социальных

показателей как обращаемость на скорую помощь (с $4,5 \pm 0,2$ до лечения и $1,4 \pm 0,1$ после лечения), количество посещений поликлиники (с $4,1 \pm 1,1$ до лечения $2,4 \pm 0,9$ после лечения) и количество госпитализаций (с $2,4 \pm 0,1$ до лечения и $0,8 \pm 0,1$ после лечения).

Таблица 10

Динамика медико-социальных показателей течения сердечно-сосудистой и дыхательной патологии при применении терапевтического обучения

Группа наблюдения	Медико-социальный показатель					
	Обращаемость на скорую помощь		Посещаемость поликлиники		Количество госпитализаций	
	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения
Контрольная группа (n=63)	$4,4 \pm 0,1$	$2,0 \pm 0,2$	$4,0 \pm 1,0$	$3,1 \pm 0,3$	$2,3 \pm 0,2$	$1,4 \pm 0,2$
Основная группа (n=123)	$4,5 \pm 0,2$	$1,4 \pm 0,1^*, \#$	$4,1 \pm 1,1$	$2,4 \pm 0,9^*, \#$	$2,4 \pm 0,1$	$0,8 \pm 0,1^*, \#$

Примечание * достоверная динамика показателей внутри группы, $p < 0,05$
 # достоверная разность показателей между группами, $p < 0,05$.

Экономическая эффективность терапевтического обучения

Выявленные эффекты терапевтического обучения имеют экономическую эффективность (табл. 11).

Таблица 11

Расчет суммы прямых затрат на одного больного, прошедшего терапевтическое обучение и получавшего традиционную терапию

Показатель	Контрольная группа (n = 63)	Основная группа (n = 123)
Стоимость амбулаторного динамического наблюдения в год, руб.	3310,00	3310,00
Стоимость плановой медикаментозной терапии в год, руб.	2465,33	5826,67
Частота обострений	$0,48 \pm 0,09$	$0,08 \pm 0,05$
Затраты на амбулаторное лечение в связи с обострением заболевания, руб.	1588,8	264,8
Частота стационарного лечения в год	$1,4 \pm 0,01$	$0,8 \pm 0,02$
Средняя стоимость стационарного лечения больного, руб.	22 576,01	21 588,00
Стоимость стационарного лечения одного больного в год, руб.	6908,16	647,64
Прямые затраты, руб.	14 272,29	10 049,11

Сумма прямых затрат на одного больного, не прошедшего терапевтическое обучение (контрольная группа), составила 14 279,29 рублей, а

в группе прошедшего терапевтическое обучение (основная группа) составила 10 049,11 рублей.

Таким образом, имело место снижение объема прямых затрат на ведение одного пациента с сердечно-сосудистой и бронхолегочной патологией, а сумма экономии в расчете на одного пациента составила 4223, 18 рублей. Снижение объема затрат было обусловлено уменьшением частоты обострений заболеваний и снижением в связи с этим частоты госпитализаций.

ВЫВОДЫ

1. Установлена необходимость разработки основ образовательных программ и оценки их эффективности у пожилых больных с сердечно-сосудистой и дыхательной патологией в стационарных условиях в связи с его недостаточным применением в клинической практике.

2. Разработаны принципы составления медико-образовательных программ терапевтического обучения у больных пожилого возраста по структуре программ, тематике занятий, формам проведения терапевтического обучения и применения вспомогательных материалов. На основании разработанных принципов созданы, апробированы и применены на практике собственные медико-образовательные программы у больных пожилого возраста с сердечно-сосудистой и дыхательной патологией.

3. Терапевтическое обучение пожилых обладает возраст-зависимыми особенностями, которые заключаются в необходимости формирования небольших групп пациентов до трех человек, организации занятий с кратностью не менее 4-5 и применением печатных справочных материалов.

4. Образовательные программы для пожилых больных в стационаре способствуют повышению приверженности к проводимой терапии, модификации образа жизни, что в конечном итоге приводит к улучшению клинической картины, объективного статуса и качества жизни.

5. Отмечено положительное влияние внедрения образовательных программ на медико-социальный и экономический эффекты, заключающееся в достоверном двукратном улучшении медико-социальных показателей течения сердечно-сосудистых и дыхательных заболеваний (снижения обращаемости на скорую помощь, количества посещений поликлиник, количества госпитализаций) и соответственно сокращением в 3,5 раза прямых финансовых затрат на ведение пожилого больного.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Терапевтическое обучение в стационаре целесообразно использовать как образовательный компонент ведения пожилых больных в стационаре и строить с учетом возрастных зависимых особенностей.

2. Терапевтическое обучение пожилых больных рекомендуется строить на следующих принципах: занятия в небольших группах до 3 человек, проведение не менее 4-5 занятий, применение наглядных справочных материалов.

3. Критериями оценки терапевтического обучения может быть: снижение потребности участников школ здоровья в услугах скорой помощи, уменьшение числа внеплановых визитов к врачу, улучшение качества жизни пожилых пациентов с сердечно-сосудистой и бронхолегочной патологией.

4. Наличие терапевтического обучения больных в школах медико-образовательных программ может служить одним из критериев качества деятельности организаций здравоохранения по оказанию помощи в области лечения и профилактики обострений сердечно-сосудистых и бронхолегочных заболеваний.

СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

Статьи в журналах, включенных в Перечень ВАК Минобрнауки РФ

1. Геронтологическая помощь: сопоставление позиций населения и медицинских работников/М.М. Киселевич, К.И.Процаев, Л.Ю.Варавина, О.А.Болховитина, А.Н.Ильницкий, Д.С. Медведев//Вестник Российского университета дружбы народов. Серия Медицина. – 2009. – №4. – С. 461-464.

2. К вопросу о медико-социальных аспектах геронтологической помощи при социально значимой патологии пожилого возраста/В.В.Башук, А.Н.Ильницкий, Г.Н.Совенко, И.С.Захарова, М.М. Киселевич, Н.М.Позднякова, Д.В. Бессмертный//Фундаментальные исследования. – 2011. – № 3. – С. 36-43.

3. Качество жизни пациентов пожилого возраста при осложненной сердечно-сосудистой и неврологической патологии/Е.А.Лысова, М.М. Киселевич, И.С. Захарова, Е.В. Юдина// Научные ведомости Белгородского государственного университета. Серия Медицина и Фармация. – 2011. – Вып. 13/2 (Геронтология и гериатрия). - С. 63-67.

4. *Киселевич М.М.* Особенности течения инфекционного эндокардита в пожилом возрасте/М.М. Киселевич, В.М.Киселевич, Т.М. Шагиева//Научные ведомости Белгородского государственного университета. Серия Медицина и Фармация. – 2010. – Вып. 9. – С. 64-66.

5. Клиническая патология полиморбидности в гериатрической практике/ К.И. Процаев, А.Н. Ильницкий, Л.И. Постникова, С.У. Мурсалов, М.М. Киселевич, Г.И.Шварцман//Успехи геронтологии. – 2011. – № 2. – С. 231-236.

6. Некоторые вопросы алгоритмизации медицинской деятельности в современной гериатрической практике/И.С. Захарова, Е.А.Лысова, М.М. Киселевич, Е.В. Юдина//Научные ведомости Белгородского государственного университета. Серия Медицина и Фармация. – 2011. – Вып. 13/2 (Геронтология и гериатрия). – С. 58-62.

Статьи в сборниках

7. Полиморбидность как актуальная проблема современной гериатрии/К.И.Процаев, Г.Н.Совенко, М.М. Киселевич, М.А.Чижова, Д.С.Медведев, К.В.Перельгин//Ассоциированные с возрастом заболевания в клинической практике 1 октября 2010: Матер.республиканской научно-практической конф., посвященной дню пожилых людей – Минск:БелМАПО, 2010. – С. 110-112.

8. Реализация бригадного принципа как одно из направлений кадровой политики в организации работы врачей с гериатрическими пациентами/К.И. Процаев, А.Н. Ильницкий, М.М. Киселевич, М.А. Чижова, Д.С. Медведев, К.В. Перельгин, Г.И. Гурко, И.С. Захарова//Организационные основы кадровой политики в здравоохранении: Сб. научных трудов ФГУ «ЦНИИОЗ Росздрава». – М.: ЦНИИОИЗ, 2010. – С. 91-94.

9. Современные стационарзамещающие технологии в обеспечении качества жизни пожилых больных с патологией сердечно-сосудистой системы/Т.Н.Совенко, Юлиан Дукс Кальдерон, А.Н.Ильницкий, М.М.Киселевич//Иновационные технологии управления здоровьем и долголетием человека: Матер.конф. – статьи и тезисы, Санкт-Петербург 8-9 апреля 2010 г. СПб., 2010. – С. 349-355.

Тезисы докладов

10. Киселевич М.М. К вопросу о составлении медико-образовательных программ для пожилых бронхолегочных больных/М.М. Киселевич//Осенняя геронтологическая конференция в Белгороде: Сб. тезисов. – Белгород: БелГУ, 2009. – С.18-19.

11. Киселевич М.М. Качество жизни у пожилых пациентов с заболеваниями внутренних органов/М.М.Киселевич, В.М. Киселевич//Геронтологический журнал им. В.Ф. Купревича, 2010. – №2. – С. 89-91.

12. Киселевич М.М. Климактерический синдром и проблемы полиморбидности: взгляд врача терапевта/М.М.Киселевич, В.М. Киселевич// Репродуктивная медицина: взгляд молодых – 2010. Матер. 1-ой ежегодной научной конференции молодых ученых и специалистов, Санкт-Петербург, 23 апреля 2010 г. – СПб., 2010. – С. 19-20.

13. Киселевич М.М. Медико-образовательные программы в комплексном лечении пожилых пациентов с бронхолегочными заболеваниями в терапевтическом стационаре/М.М.Киселевич, В.М. Киселевич// Геронтологический журнал им. В.Ф. Купревича, 2010. – №2. – С.39-40.

14. Киселевич М.М. Медико-социальные аспекты реабилитационно-профилактической помощи пациентам пожилого возраста с соматической патологией/М.М.Киселевич, Г.Н.Совенко, К.И. Прошаев//Актуальные проблемы клинической геронтологии: Сб. матер.межрегиональной конференции с межд. участием, Белгород, 10 декабря 2009 г. – Белгород: БелГУ, 2009. – С.7-9.

15. Киселевич М.М. О проблеме разработки медико-образовательных программ для пожилых/М.М.Киселевич, К.И. Прошаев//Осенняя геронтологическая конференция в Белгороде: Сб. тезисов. – Белгород: БелГУ, 2009. – С.15-16.

16. Киселевич М.М. Особенности течения инфекционного эндокардита у пожилых/М.М.Киселевич, В.М.Киселевич, Т.М.Шагиева//Осенняя геронтологическая конференция в Белгороде: Сб. тезисов. – Белгород: БелГУ, 2009. – С.17-18.

17. Коробкова Л.П. Долгожители в Белгородской области/Л.П.Коробкова, М.М. Киселевич, З.В.Сапожникова// Вопросы медицинской науки, практики и подготовки кадров в Черномелье: матер. регион. науч.-практ. конф. Белгород, 2001. – Белгород, 2001. – С. 98-99.

18. Лукьянов А.А. Терапевтические обучения пожилых пациентов с метаболическим синдромом с выраженной артериальной гипертензией/А.А.Лукьянов, М.М.Киселевич//Осенняя геронтологическая конференция в Белгороде: Сб. тезисов. Белгород: БелГУ, 2009. – С. 23

19. О роли медсестер в реабилитации реабилитационных программ у пожилых пациентов с первым функциональным классом заболеваний (потенциальной угрозой инвалидности)/А.Н.Ильницкий, Г.Н.Совенко, М.М. Киселевич, Педро Мошадо Иносенсио, В.В.Людско// Осенняя геронтологическая конференция в Белгороде: Сб. тезисов. – Белгород: БелГУ, 2009. – С. 12-13.

20. Прошаев К.И. Подходы к разработке медико-образовательных программ для пожилых с заболеваниями внутренних органов и участие в них медицинских сестер с высшим медицинским образованием/К.И.Прошаев, М.М.Киселевич//Высшее сестринское образование в системе российского здравоохранения: матер. III-й Российской науч.-практ. конф. с межд. участием. Ульяновск, 10 декабря 2009 г. – Ульяновск, 2009. – С. 207-210.

21. Физическая реабилитация и оздоровление пожилых граждан/А.Н.Ильницкий, К.И.Прошаев, Й. Кучера, М.М. Киселевич//Актуальные проблемы практической

геронтологии: тез. докладов научно-практической конференции. Новополоцк, 15 сентября 2010 г. – Новополоцк: ПГУ, 2010. – С.55.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ, ИСПОЛЗУЕМЫХ В АВТОРЕФЕРАТЕ

АГ	-	артериальная гипертензия
АД	-	артериальное давление
БА	-	бронхиальная астма
ВОЗ	-	Всемирная организация здравоохранения
ВНОК	-	Всероссийское научное общество кардиологов
ГМЛЖ	-	гипертрофия мышцы левого желудочка
ДАД	-	диастолическое артериальное давление
ЗСЛЖ	-	задняя стенка левого желудочка
ИБС	-	ишемическая болезнь сердца
ИМТ	-	индекс массы тела
ИММЛЖ	-	индекс массы миокарда левого желудочка
КЖ	-	качество жизни
МЖП	-	межжелудочковая перегородка сердца
ММЛЖ	-	масса миокарда левого желудочка
МОАГ	-	Международное общество по артериальной гипертензии
МОК	-	минутный объем кровообращения
МОП	-	медико-образовательные программы
МТ	-	масса тела
ОЖ	-	образ жизни
ОФВ ₁	-	объем форсированного выдоха за 1с
ОПСС	-	общее периферическое сосудистое сопротивление
САД	-	систолическое артериальное давление
СИ	-	сердечный индекс
СМАД	-	суточное мониторирование артериального давления
ССЗ	-	сердечно сосудистые заболевания
ТЗСЛЖ	-	толщина задней стенки левого желудочка
ТМЖП	-	толщина межжелудочковой перегородки
УО	-	ударный объем
ФВД	-	функция внешнего дыхания
ФР	-	фактор риска
ФЖЕЛ	-	форсированная жизненная емкость легких
ХОБЛ	-	хроническая обструктивная болезнь легких
ХСН	-	хроническая сердечная недостаточность
ЭКГ	-	электрокардиография
ЭхоКГ	-	эхокардиография
ШЗ	-	школа здоровья

КИСЕЛЕВИЧ Марианна Михайловна КЛИНИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ МЕДИКО-ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ПРОГРАММ ДЛЯ СТАЦИОНАРНЫХ ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ И БРОНХОЛЕГОЧНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ // Автореф. дис. ... канд. мед наук.: 14.01.30. – СПб., 2011. – 26 с.

Подписано в печать «02» сентября 2011. Формат 60x84 1/16.

Бумага офсетная. Печать офсетная. Печ. л. 1,0.

Тираж 100 экз. Заказ 23.

Отпечатано с готового оригинал-макета.

ЗАО «Принт-Экспресс»

197101, С.-Петербург, ул. Большая Монетная, 5 лит. А.