ДИНАМИКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ФАКТОРОВ РИСКА И КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ КАК РЕЗУЛЬТАТ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ В ПЕРВИЧНОМ ЗВЕНЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

М.И. Шупина*

Омская государственная медицинская академия. 644099, Омск, ул. Ленина, 12

Динамика сердечно-сосудистых факторов риска и качества жизни пациентов молодого возраста с артериальной гипертонией как результат профилактического консультирования в первичном звене здравоохранения

М.И. Шупина*

Омская государственная медицинская академия. 644099, Омск, ул. Ленина, 12

Цель. Оценить динамику показателей качества жизни (КЖ) у пациентов молодого возраста с артериальной гипертонией (АГ), прошедших обучение в «Школе здоровья» в сравнении со стандартной немедикаментозной терапией.

Материал и методы. В исследование были включены 114 пациентов молодого возраста с АГ 1-й степени, низким и умеренным риском сердечно-сосудистых осложнений. Пациенты были рандомизированы в 2 группы. Пациенты 1-й группы 1 (n=59) проходили цикл обучения в «Школе здоровья». Пациенты 2-й группы посещали обычный консультативный приём. Оценивалась динамика систолического и диастолического артериального давления (АД) и КЖ через 6, 12 и 36 мес.

Результаты. В обеих группах вмешательства отмечено снижение систолического и диастолического АД, а также повышение КЖ. Однако эффективность работы школы была значимо выше.

Заключение. Немедикаментозная коррекция факторов риска является эффективным способом контроля АД у лиц молодого возраста. Высокая эффективность обучающей программы «Школа здоровья» позволяет рекомендовать ее для широкого применения у больных АГ молодого возраста.

Ключевые слова: артериальная гипертония, школа здоровья, качество жизни, лица молодого возраста.

РФК 2009;4:25-32

Change of cardiovascular risk factors and quality of life in young hypertensive patients as a result of preventive consultation in primary health care

M.I. Shupina*

Omsk State Medical Academy. Lenina ul. 12, Omsk, 644099 Russia

Aim. To evaluate changes of quality of life (QL) in young hypertensive patients having «Health School» educational course in comparison with patients having standard non-drug therapy.

Material and methods. 114 young patients with arterial hypertension, stage 1, and low and moderate cardiovascular risk were involved in the study. Patients were randomized in 2 groups. Patients of the 1st group (n=59) were trained at «Health School». Patients of the 2nd group had the routine doctor consultation. Changes of systolic and diastolic blood pressure (BP) and QL were evaluated in 6, 12 and 36 months.

Results. Decrease of systolic and diastolic BP as well as improvement of QL was observed in both groups. However «Health School» demonstrated significantly higher efficacy in comparison with routine consultation.

Conclusion. Non-drug correction of the risk factors is effective method of BP control in young hypertensive patients. High efficacy of «Health School» educational course allows recommending it for implementation in practical medicine.

Key words: arterial hypertension, health school, quality of life, young patient.

Rational Pharmacother. Card. 2009;4:25-32

*Автор, ответственный за переписку (Corresponding author): mshupina@mail.ru

Традиционно при оценке конечных результатов лечения больных с артериальной гипертонией (АГ) в первую очередь рассматривается влияние лекарственной терапии на «жесткие» конечные точки, такие как смертность и частота развития сердечно-сосудистых осложнений (ССО). Однако установить влияние немедикаментозной терапии на «жесткие» конечные точки крайне сложно, поскольку это требует длительного периода наблюдения. Поэтому в настоящее время при оценке эффективности немедикаментозной коррекции все больше внимания уделяется ее влиянию на различные аспекты качества жизни больных, связанного с их здоровьем, что особенно актуально у пациентов молодого возраста.

Качество жизни (КЖ) — интегральное понятие, включающее широкий спектр показателей физического и

психологического благополучия, характеристик социальной адаптации и стиля жизни, которые определяются состоянием здоровья и оцениваются по специфическим шкалам тяжести заболевания.

Известно, что основной причиной неадекватного контроля артериального давления (АД) является отсутствие приверженности пациентов лечению. Тем более что неосложненная АГ 1-й степени нередко имеет бессимптомное течение и не ухудшает КЖ. Требования, предъявляемые к проводимому вмешательству, должны быть чрезвычайно строгими, поскольку даже незначительно выраженные нежелательные эффекты терапии могут ухудшить самочувствие пациента и привести к несоблюдению врачебных рекомендаций. Таким образом, залогом успешного лечения АГ является отсутствие нежелательных сдвигов в раз-

личных показателях КЖ [1].

В настоящее время одним из прогрессивных подходов к решению проблем, связанных с немедикаментозной коррекцией хронических неинфекционных заболеваний, является организация системы обучения пациентов в «Школе здоровья». Школа здоровья для пациентов с АГ — это совокупность средств и методов индивидуального и группового воздействия на больных, направленная на повышение уровня их знаний, информированности о заболевании, а также формирование практических навыков по рациональному лечению заболевания, профилактике осложнений и повышению КЖ. Она является организационной формой профилактического группового консультирования (гигиенического обучения и воспитания — по МКБ-10 в классе XXI, Z70-76), медицинской профилактической услугой, оказываемой в первичном звене здравоохранения [2].

Цель настоящего исследования — оценка динамики показателей КЖ у пациентов молодого возраста с АГ, прошедших обучение в Школе здоровья, в сравнении со стандартной немедикаментозной терапией.

Материал и методы

На базе территориальной поликлиники №1 г. Омска, клиники Омской государственной медицинской академии в период с сентября 2003 г. по май 2007 г. выполнено рандомизированное, контролируемое, клинико-профилактическое исследование. В исследовании приняли участие 114 амбулаторных пациентов с АГ. Все участники исследования являлись студентами двух вузов г. Омска: Омского государственного педагогического университета (ОмГПУ; $n=56$) и Омского государственного института сервиса (ОГИС; $n=58$). Диагноз АГ устанавливали в соответствии с рекомендациями ВНОК (2001 г.) при уровне САД ≥ 140 мм рт. ст. и/или ДАД ≥ 90 мм рт. ст.

Критерии включения в исследование:

- возраст 18-27 лет;
- АГ 1-й степени;
- умеренный риск сердечно-сосудистых осложнений [3].

Критерии исключения:

- симптоматическая АГ;
- прием антигипертензивных препаратов;
- тяжелые сопутствующие хронические заболевания, депрессии, серьезные потрясения в недавнем прошлом (смерть родственника, разрыв с близкими и т.п.).

Все пациенты подписали информированное согласие на участие в исследовании.

Пациенты были рандомизированы на 2 группы, сопоставимые по полу, возрасту, семейному положению, принадлежности к вузу, длительности заболевания, ку-

рению, наличию избыточной массы тела (информационная статистика Кульбака, $2I=2,61-8,72$; $p=0,0781$). Для пациентов основной группы ($n=59$; возраст — $19,86 \pm 1,99$ лет; мужской пол — 54,2%; студентов ОмГПУ — 50,8%) была проведена специальная структурированная программа «Школа здоровья для больных АГ». С этой целью группа была разделена на 8 подгрупп, включающих 7–8 пациентов с АГ и представителей их ближайшего окружения или членов семей. Цикл обучения состоял из 8 занятий для каждой подгруппы. Занятия проводились по фиксированным дням один раз в 2 недели, в фиксированное время продолжительностью 60 минут. Каждое занятие было посвящено обсуждению 1 фактора риска (ФР). Форма занятия — семинар в виде свободного диалога с пациентами по типу дискуссии, вовлеченности слушателей в процесс обучения.

Тематика занятий:

- понятие об АГ;
- преодоление стресса;
- опасность курения;
- избыточная масса тела и АГ;
- программа здорового питания;
- программа физической активности;
- особенности лечения АГ в молодом возрасте;
- заключительное занятие.

С целью иллюстрации и пояснения материала применялись визуальные средства — плакаты, лифлеты, брошюры и листовки, содержащие полезные советы по модификации образа жизни. Демонстрация необходимой информации осуществлялась также с помощью мультимедийных средств обучения.

С пациентами, рандомизированными в группу сравнения ($n=55$; средний возраст — $20,29 \pm 1,96$ лет; мужской пол — 54,5%, студентов ОмГПУ — 47,3%), в рамках обычной врачебной консультации проводилась индивидуальная беседа, в ходе которой пациенту рассказывалось о заболевании и основных направлениях немедикаментозной коррекции ФР, согласно рекомендациям ВНОК [3]. Все они были обучены способам самоконтроля АД и ЧСС.

После рандомизации все представители обеих групп были обеспечены «Дневником пациента», который содержал справочный материал, в том числе подробное описание диетических рекомендаций, физических упражнений и т.п. при АГ. Пациентам рекомендовалось ежедневно заносить в дневник результаты самоконтроля АД и частоты сердечных сокращений (ЧСС).

Дальнейший дизайн исследования предусматривал соблюдение медицинских рекомендаций по модификации образа жизни на протяжении трех лет. Через 6, 12 и 36 мес после профилактических мероприятий пациенты приглашались на контрольные визиты. Во вре-

мя визитов исследователи оценивали выраженность и характер субъективной симптоматики, уровень офисного АД, индекс массы тела (ИМТ), уровень медицинской информированности и выполнение рекомендаций по самоконтролю АД, качество заполнения дневника, потребность в дополнительном приеме препаратов. Кроме того, на каждом визите пациентами заполнялся опросник КЖ SF-36. В случае отсутствия эффекта от проводимой немедикаментозной коррекции больным назначалась лекарственная терапия [3].

Исследование качества жизни (КЖ) проводилось с использованием русифицированной версии опросника SF-36, позволяющей оценить субъективную удовлетворенность больного своим физическим и психическим состоянием, общественной жизнью, а также субъективную оценку выраженности болевого синдрома [4]. Для оценки КЖ проанализировано тридцать шесть пунктов опросника, сгруппированных в восемь шкал: физическое функционирование (PF), ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием (RP), интенсивность боли (BP), общее состояние здоровья (GH), жизненная активность (VT), социальное функционирование (SF), эмоциональное состояние (RE) и психическое здоровье (MH).

Пациенты заполняли данную анкету на приеме у врача в течение 15 минут, поскольку риск получения неправильно заполненной анкеты или потери анкеты при заполнении дома выше, чем при непосредственном опросе пациентов [5].

К курящим относили лиц, курящих иногда или постоянно, в том числе выкуривших менее 100 сигарет за свою жизнь. Физически неактивными считали лиц, ведущих сидячий образ жизни более 5 часов в день; занимающихся физкультурой только в рамках занятий в вузе (1 раз в неделю). Для оценки пищевых привычек использовался опросник, разработанный в Государственном научно-исследовательском центре профилактической медицины и классифицирующий привычки питания по типам алиментарных нарушений (избыточное потребление жиров, холестерина, простых углеводов, соли, недостаточное потребление полноценного белка, овощей, фруктов, изменение режима приема пищи).

Полный курс профилактического вмешательства закончили все участники исследования. В повторном скрининге через 6 месяцев приняли участие 94,9% молодых пациентов основной группы и 90,9% пациентов группы сравнения, через 12 месяцев — соответственно, 88,1% и 83,6%, а через 36 месяцев — 72,9% и 70,9%, соответственно. За весь период наблюдения посещение занятий в основной группе прекратили 15,3% (в связи с отсутствием времени — 4 человека, без объяснения причины — 5). В группе сравнения не пришли на контрольные явки в связи с отсутствием времени или

без объяснения причины 10,9% пациентов. Из-за неэффективности немедикаментозной коррекции 11,8% больных основной группы и 18,2% — группы сравнения была подобрана лекарственная антигипертензивная терапия.

Критериями эффективности немедикаментозной коррекции были выбраны динамика частоты ФР, офисного САД и ДАД, суммарного сердечно-сосудистого риска и КЖ пациентов обеих групп, определение которых осуществлялось исходно, через 6, 12 и 36 месяцев.

Статистический анализ

Во всех процедурах статистического анализа критический уровень значимости p принимался равным 0,05. Выбор методов статистической обработки определялся характером распределения признаков, типом данных и дизайном исследования. Для оценки статистической значимости различий между выборочными долями использован критерий χ^2 . Для сравнения числовых данных использовался U -критерий Манна-Уитни и H -критерий Краскела-Уоллиса.

Результаты

В начале исследования молодые гипертоники явно недооценивали важность изменения образа жизни и борьбы с модифицируемыми факторами риска АГ. Для большинства участников исследуемых групп было характерно отсутствие достаточного стремления к увеличению физической активности, снижению избыточной массы тела, уменьшению потребления поваренной соли и прекращению табакокурения. Однако через 6 мес от начала профилактических мероприятий в обеих группах были прослежены позитивные результаты (табл. 1, 2).

Наблюдалось статистически значимое уменьшение числа пациентов, ведущих малоподвижный образ жизни на 51,1% ($p=0,007$) в группе школы и на 40,2% ($p=0,042$) в группе, получившей стандартные рекомендации при первом визите. Анализ привычек питания молодых пациентов показал достоверное снижение доли лиц, потребляющих в избыточном количестве поваренную соль на 43% ($p<0,0001$) и 23,8% ($p=0,023$); жиры — на 52,6% ($p<0,0001$) и 35,5% ($p=0,013$); продукты, богатые холестерином, — на 48,6% ($p=0,0003$) и 28,9% ($p=0,034$), соответственно. Снижение частоты потребления простых углеводов наблюдалось только в группе школы (-23%; $p=0,0084$). Достоверных изменений в частоте недостаточного потребления с пищей полноценного белка, пищевых волокон в группах не выявлено. Вместе с тем, в обеих группах обнаружено достоверное снижение частоты употребления алкоголя на 41,5% ($p<0,0001$) и 21,1% ($p=0,0102$), соответственно, — главным об-

Таблица 1. Частота поведенческих факторов риска у лиц молодого возраста с АГ исходно и через 6, 12 и 36 мес после обучения в школе здоровья

Показатель	Исходно	Через 6 мес	Через 12 мес	Через 36 мес
Курение, n (%)	29 (49,2)	23 (41,1)	23 (42,6)	24 (46,2)
Избыточное потребление жира, n (%)	40 (67,8)	18 (32,1)***	17 (31,5)***	18 (34,6)***
Избыточное потребление холестерина, n (%)	41 (69,5)	20 (35,7)***	15 (27,8)***	18 (34,6)***
Недостаточное потребление полноценного белка, n (%)	23 (39,0)	15 (26,8)	15 (27,8)	16 (30,8)
Избыточное потребление простых углеводов, n (%)	52 (88,1)	38 (67,9)**	38 (70,4)*	37 (71,2)*
Недостаточное потребление клетчатки, витаминов, минеральных веществ, n (%)	40 (67,8)	29 (51,8)	29 (53,7)	29 (55,8)
Употребление алкоголя, n (%)	54 (91,5)	30 (53,6)***	34 (63,0)***	34 (65,4)***
Избыточное потребление соли, n (%)	48 (81,4)	26 (46,4)***	36 (66,7)	41 (78,8)
Нарушение режима питания, n (%)	44 (74,6)	32 (57,1)*	32 (59,3)	32 (61,5)
Низкая физическая активность, n (%)	28 (47,5)	13 (23,2)**	10 (18,5)***	10 (19,2)**
САД (M±SD мм рт. ст.)	146,6±4,6	131,9±6,5***	135,5±5***	138,8±5,1***
ДАД (M±SD мм рт. ст.)	92,3±2,7	86,1±4,1***	88,8±3,5***	90±5,4***

* -p<0,05; ** -p<0,01; *** -p<0,001 (по сравнению с исходными значениями)

Таблица 2. Частота поведенческих факторов риска у лиц молодого возраста с АГ исходно и через 6, 12 и 36 мес после получения стандартных рекомендаций

Показатель	Исходно	Через 6 мес	Через 12 мес	Через 36 мес
Курение, n (%)	26 (47,3)	23 (43,4)	22 (44,9)	20 (46,5)
Избыточное потребление жира, n (%)	37 (67,3)	23 (43,4)*	27 (55,1)	21 (48,8)
Избыточное потребление холестерина, n (%)	38 (69,1)	26 (49,1)*	29 (59,2)	23 (53,5)
Недостаточное потребление полноценного белка, n (%)	21 (38,2)	18 (34,0)	19 (38,8)	18 (41,9)
Избыточное потребление простых углеводов, n (%)	48 (87,3)	39 (73,6)	41 (83,7)	36 (83,7)
Недостаточное потребление клетчатки, витаминов, минеральных веществ, n (%)	38 (69,1)	31 (58,5)	32 (65,3)	30 (69,8)
Употребление алкоголя, n (%)	50 (90,9)	38 (71,7)**	40 (81,6)	38 (88,4)
Избыточное потребление соли, n (%)	45 (81,8)	33 (62,3)*	37 (75,5)	33 (76,7)
Нарушение режима питания, n (%)	41 (74,5)	36 (67,9)	37 (75,5)	37 (86,0)
Низкая физическая активность, n (%)	26 (47,3)	15 (28,3)*	14 (28,6)	19 (44,2)
САД (M±SD мм рт. ст.)	147,3±4,4	134,4±5,3***	139,6±4,4***	143,1±5,1***
ДАД (M±SD мм рт. ст.)	93,1±2,6	87,9±2,8***	90,8±2,7***	92±2,1***

* -p<0,05; ** -p<0,01; *** -p<0,001 (по сравнению с исходными значениями)

разом, за счет крепких спиртных напитков. При этом употребление пива и слабоалкогольных коктейлей по-прежнему оставалось на высоком уровне.

Исходно в среднем по группам индекс массы тела (ИМТ) не превышал 25 кг/м². Вместе с тем, у 15,3% пациентов основной группы и 14,5% группы сравнения наблюдалась избыточная масса тела, а у 3,4 и 3,6%, соответственно, ожирение 1-й степени. Через 6 мес после профилактического вмешательства наблюдалось достоверное снижение ИМТ в обеих группах: с 24,9±2,6 до 23,2±2,3 кг/м² (p=0,04) и с 24,7±2,2 до 23,1±2,0 кг/м² (p=0,04), соответственно. При этом увеличилось число пациентов, имеющих нормальные показатели ИМТ: на 11,6% (p=0,039) и 4,2% (p=0,2473), соответственно.

Динамика в отношении отказа от курения была менее выражена: полностью отказались от курения 16,4% (p=0,384) и 8,2% (p=0,686) пациентов, соответственно. При этом 62,1 и 42,3% курящих, соответственно, уменьшили количество выкуриваемых сигарет с 5,7±1,2 до 2,2±1,0 (p<0,001) и с 6,1±1,1 до 3,3±1,1 в сутки (p<0,001).

Однако уже через 12 мес после профилактических мероприятий у пациентов обеих групп была отмечена тенденция к несоблюдению рекомендаций по изменению образа жизни. Тем не менее, некоторые показатели, характеризующие образ жизни, по-прежнему были существенно выше, чем в начале исследования (табл. 1 и 2). В группе молодых людей, прошедших цикл обучения в школе, где основное внимание акценти-

ровалось на преимуществах модификации образа жизни и мотивации слушателей к поддержанию и совершенствованию навыков, полученных во время занятий, результаты были более оптимистичными. Так, в группе школы достоверно снизилась доля лиц, в бытке употребляющих жиры, — на 53,6% ($p < 0,0001$), холестерин — на 60% ($p < 0,0001$), поваренную соль — на 18,1% ($p = 0,074$), простые углеводы — на 20,2% ($p = 0,019$). В то же время, в группе сравнения уменьшение численности пациентов, употребляющих в избыточном количестве жир (-18,1%; $p = 0,203$), холестерин (-14,4%; $p = 0,292$), соль (-7,7%; $p = 0,432$), простые углеводы (-4,2%; $p = 0,602$) было недостоверным. Не отличался от исходного и ИМТ ($24,7 \pm 2,5$; $p = 0,793$).

Достоверных изменений в группах в частоте недостаточного потребления полноценного белка, пищевых волокон не произошло. Режим питания продолжали нарушать 59,3 и 75,5% пациентов ($p = 0,08$). Частота потребления алкоголя в группе школы уменьшилась на 31,2% ($p = 0,0003$). Снижение потребления алкогольных напитков в группе сравнения было незначительным (-10,2%; $p = 0,167$). Новых случаев полного отказа от курения в группах выявлено не было. Из числа пациентов, отказавшихся от курения, по-прежнему не курили 13,3% ($p = 0,485$) и 5,1% ($p = 0,808$). Уменьшили количество выкуриваемых сигарет за сутки 55,2% ($p = 0,0401$) и 24,6% ($p = 0,0744$) больных, соответственно.

Таким образом, оценка долгосрочных (12 мес) результатов профилактических мероприятий у молодых лиц с АГ выявила довольно высокую их эффективность, которая, однако, была более выражена в группе лиц, закончивших цикл образовательной структурированной программы по сравнению с молодыми людьми, получившими обычную консультацию при первом визите. При этом наиболее приемлемыми и легко выполнимыми рекомендациями для молодых людей были ограничение потребления жиров ($\chi^2 = 10,35$; $p < 0,0001$) и продуктов с высоким содержанием поваренной соли ($\chi^2 = 4,02$; $p = 0,045$) — в основном, за счет чипсов, сухариков, орешков, столь предпочитаемых молодыми людьми. Участники основной группы, главным образом девушки, научились рассчитывать калорийность пищи и организовывать питание на основе новых знаний, полученных в школе, благодаря чему в группе лиц, закончивших цикл обучения, ИМТ оставался ниже исходных ($U = 761,3$; $p = 0,02$). Кроме того, в группе школы отмечалось статистически значимое снижение доли пациентов, ограничивших потребление алкоголя ($p = 0,005$). Наиболее трудным для пациентов обеих групп оказалось осознанное выполнение на практике таких мероприятий по нормализации образа жизни, как отказ от курения ($\chi^2 = 0,06$;

$p = 0,814$), увеличение потребления полноценного белка ($\chi^2 = 1,41$; $p = 0,236$), простых углеводов ($\chi^2 = 0,97$; $p = 0,324$), пищевых волокон ($\chi^2 = 1,43$; $p = 0,231$), соблюдение режима питания ($\chi^2 = 3,07$; $p = 0,080$).

Следует отметить, что изменение объема физической активности оказалось легко выполнимым как для участников образовательной программы, так и для молодых людей, получивших рекомендации при первом визите. Так, 81,5 и 71,7% ($p = 0,228$) пациентов, соответственно, на протяжении 12 мес продолжали поддерживать достаточный объем физической активности.

Через 36 мес проспективного наблюдения в обеих группах существенно уменьшилась доля молодых людей, придерживающихся врачебных рекомендаций. Сопоставление результатов профилактического вмешательства за трехлетний период наблюдения подтвердило преимущества обучающей программы в отношении модификации образа жизни молодых пациентов с АГ лишь в части увеличения объема физической активности ($p = 0,009$), пересмотра отношения к режиму питания ($p = 0,008$) и употреблению алкоголя ($\chi^2 = 6,78$; $p = 0,009$). По всем остальным факторам, несмотря на достоверные изменения по сравнению с исходными данными, достоверных межгрупповых различий не выявлено.

На фоне динамики поведенческих факторов риска у пациентов обеих групп в течение первого года наблюдения отмечалось достоверное снижение уровня АД по сравнению с исходными данными. Однако у лиц, закончивших цикл обучения в школе здоровья, снижение уровня САД и ДАД было значительнее. Наибольшее снижение САД и ДАД в обеих группах отмечалось через 6 мес наблюдения и составило, соответственно, -15/6 мм рт. ст. и -13/5 мм рт. ст. ($p < 0,0001$). При этом 76,3% слушателей школы и 47,3% представителей контрольной группы продолжали поддерживать целевой уровень АД. У пациентов, не достигших в результате вмешательства целевого уровня АД, все же наблюдалось существенное его снижение по сравнению с исходными данными (в среднем, на $66,7 \pm 1,6\%$; $p = 0,004$), поэтому фармакотерапия на данном этапе им не назначалась. Однако в дальнейшем, уже через год после вмешательства, в обеих группах наметилась тенденция к повышению уровня АД, хотя целевой его уровень продолжали поддерживать 81,4% пациентов, посетивших школу, и 40,9% больных, получивших обычные рекомендации при первом визите. При этом у 3,4% пациентов основной группы и у 9,1% группы сравнения регистрировалось стойкое повышение уровня АД, потребовавшее назначения медикаментозной антигипертензивной терапии.

Через 36 мес контроля, несмотря на очевидное по-

Таблица 3. Средняя величина суммарного сердечно-сосудистого риска (%) в группах молодых лиц с артериальной гипертензией после профилактического вмешательства

Группа	Исходно	Через 6 мес	Через 12 мес	Через 36 мес	p*
Школа здоровья	15,85±3,47	6,11±2,98	7,22±2,59	10,77±3,18	p<0,0001
Стандартные рекомендации	15,60±3,34	7,94±3,57	11,29±4,14	11,40±3,93	p<0,0001
p**	0,608	0,0009	0,0000	0,675	

* – сравнение в группах ANOVA χ^2 по Фридману, ** – межгрупповые различия – U-критерий Манна-Уитни

вышение АД в обеих группах, у пациентов, прошедших обучение в школе, уровень САД и ДАД оставался достоверно ниже, чем в начале наблюдения. В противоположность этому, у молодых лиц, получивших обычные рекомендации, через 36 месяцев после этого уровень ДАД не отличался от исходного. Напомним, что на момент включения в исследование пациенты обеих групп не принимали антигипертензивные препараты.

В табл. 3 представлена динамика суммарного сердечно-сосудистого риска (ССР), определенного по «Фремингемской модели». Примечательно, что эффект профилактического консультирования в аспекте снижения ССР наблюдался в обеих группах. Однако в группе школы здоровья существенная динамика ССР отмечалась в течение всего первого года наблюдения. В группе молодых пациентов, получивших стандартные рекомендации, через 12 мес после вмешательства наблюдалось достоверное увеличение ССР, хотя по сравнению с первоначальными данными он был достоверно ниже. К концу наблюдения в обеих группах отмечено повышение ССР, что указывает на необходимость повторного консультирования по вопросам коррекции факторов риска ССЗ, обусловленных поведением.

Сравнительная характеристика показателей КЖ в исследуемых группах через 6 мес после начала проведения профилактического вмешательства свидетельствовала о более высокой эффективности образова-

тельной программы в отношении повышения физического компонента здоровья (табл. 4, рис.). Так, было выявлено достоверное повышение КЖ в группе школы по сравнению с группой сравнения лишь по шкале, характеризующей субъективные болевые ощущения, ВР (p=0,0003). При этом значения таких составляющих КЖ, как физическое функционирование, общее здоровье, ролевое и социальное функционирование, в группах не отличались.

Рисунок. Динамика показателей шкал опросника качества жизни MOS SF-36 через 6, 12 и 36 месяцев после проведенных школ пациента (ШП) и стандартных рекомендаций (СР)

Таблица 4. Показатели шкал опросника качества жизни MOS SF-36 через 6, 12 и 36 мес после профилактических мероприятий (баллы, M±SD)

Показатель КЖ	Школа здоровья (n=52)			Стандартные рекомендации (n=43)		
	6 мес	12 мес	36 мес	6 мес	12 мес	36 мес
PF	86,3±7,3	86,5±11,2***	87,2±6,5***	84,3±10,2	78,2±13,1	76,1±13,1
RP	57,6±16,5	63,5±14,3*	62,9±13,6***	57,6±14,3	55,8±17,8	49,8±16,0
BP	75,4±8,1***	76,4±10,6***	59,7±13,1	66,5±15,6	67,2±13,5	60,9±14,2
GH	52,8±12,5	64,9±8,7**	57,2±9,2***	54,8±13,1	59,2±11,6	50,0±10,7
VT	50,2±13,4	57,6±10,8	56,7±10,0	52,6±10,3	57,0±11,3	54,2±10,5
SF	80,6±9,9	83,3±6,2**	80,4±7,2***	81,4±12,2	78,8±10,3	68,6±13,2
RE	46,4±16,4	57,4±15,1*	57,7±14,9**	47,8±17,9	49,7±16,8	48,8±16,8
MH	43,6±13,4***	59,1±11,8	58,3±13,9*	55,9±13	57,1±10,9	52,8±8,1
PH	55,1±3,6**	53,6±2,9*	53,6±2,6**	52,7±3,5	51,7±4,7	51,9±2,7
Mh	38,3±4,7	43,1±4,5	42,9±4,6*	41,1±4,5	41,8±4,3	41,0±4,4

*.p<0,05; **.p<0,01; ***.p<0,001 (по сравнению с аналогичными показателями противоположной группы)

Вместе с тем, несмотря на то, что в программе обучения большое внимание уделялось психологической поддержке молодых пациентов, развитию и поддержанию навыков по преодолению стрессовых ситуаций, в группе прошедших образовательный курс обнаружилось существенное снижение КЖ по шкале психического здоровья (MH) и связанного с ним суммарного психологического компонента здоровья (Mh; $p=0,0016$). Однако показатели жизненной активности и ролевого и социального функционирования в исследуемых группах статистически значимо не отличались.

Через 12 мес после вмешательства в группе пациентов, прошедших образовательный курс, отмечалась более выраженная положительная динамика КЖ (табл. 4). Это было связано с меньшей частотой и интенсивностью боли, большим физическим комфортом (BP; $p=0,0002$), повышением работоспособности (RP; $p=0,0168$) и толерантности к физическим нагрузкам (PF; $p=0,0008$). Кроме того, более высокой была оценка молодыми пациентами этой группы состояния своего здоровья (GH; $p=0,0057$), что было обусловлено, на наш взгляд, принятием позитивных перспектив лечения. Несомненно, всё это способствовало повышению суммарного физического компонента здоровья (PH; $p=0,0160$).

Вместе с тем у пациентов, закончивших цикл обучения в школе, отмечалось более значимое улучшение КЖ по шкалам социального (SF; $p=0,0082$) и ролевого эмоционального функционирования (RE; $p=0,0155$), что было связано с расширением уровня контактов, взаимодействия. При этом психическая составляющая здоровья хоть и не превышала средние показатели по группе сверстников, получивших обычные рекомендации, но существенно повысилась по сравнению с исходными данными.

Сравнительный анализ через 36 мес от начала исследования показал значимо большие значения КЖ у пациентов, прошедших цикл обучения в школе, по шкалам физического функционирования (PF; $p<0,0001$), ролевого функционирования (RP; $p<0,0001$), общего показателя здоровья (GH; $p=0,0007$) и, как следствие, суммарного физического компонента здоровья (PH; $p=0,0026$). Кроме того, в группе, где проводилась структурированная образовательная программа, отмечены более высокие показатели шкал ролевого эмоционального (RE; $p=0,0079$) и социального функционирования (SF; $p<0,0001$), эмоционального фона (MH; $p=0,0247$) и суммарного психического компонента здоровья (Mh; $p=0,0453$).

Обсуждение

В данном исследовании доказано, что обучение молодых больных с АГ в «Школе здоровья» является бо-

лее эффективным способом контроля АД и повышения КЖ по сравнению со стандартными подходами к немедикаментозной коррекции. Отмечено, что АГ на начальных этапах зачастую носит асимптоматический характер и не ухудшает КЖ. Поэтому было неясно, может ли модификация образа жизни молодых пациентов повлиять на уровень его качества. Исследование убедительно доказало эффективность как образовательной программы, так и традиционных рекомендаций по немедикаментозной коррекции факторов риска, связанных с образом жизни. У значительного числа молодых пациентов на фоне коррекции поведенческих факторов риска не только был достигнут целевой уровень АД, но и существенно улучшилось КЖ. При этом немаловажным представляется сохранение у большинства молодых пациентов достигнутых результатов, что свидетельствует о высокой их приверженности лечению и формировании мотивации к соблюдению врачебных рекомендаций.

Данное исследование также подтверждает результаты ряда предыдущих исследований в этой области. Так, в исследовании W. Zernike, A. Henderson [6] сравнивалась эффективность двух обучающих стратегий: специальной структурированной программы для больных АГ и информирования пациентов в рамках обычной консультации. Результаты оценивались через 8 нед и один год после обучения. Пациенты, прошедшие обучение по структурированной программе, продемонстрировали более высокий уровень знаний на контрольных визитах, чем пациенты, получившие стандартные рекомендации на приеме у врача.

Интересно, что в четырехлетнем исследовании TOMHS, охватившем пациентов с АГ 1-й степени, получавших лечение пятью антигипертензивными препаратами и плацебо, наблюдалось достоверное улучшение КЖ во всех группах, включая плацебо [7]. Однако дальнейший анализ данных показал, что сочетание таких факторов, как коррекция избыточной массы тела, увеличение физической активности и контролируемый уровень АД привели к достоверно большему улучшению КЖ, чем просто медикаментозная терапия. Это свидетельствует о большей значимости коррекции именно этих факторов в улучшении КЖ в процессе терапии [7]. Более того, в нашем исследовании улучшение КЖ по шкалам, характеризующим физическое здоровье, наступало уже через 6 месяцев после вмешательства и сохранялось на протяжении всего периода наблюдения. Подобные данные были получены A. Dukat et al. [8], которые показали, что даже через пять лет после проведения образовательной программы у пациентов с АГ наблюдается тенденция к снижению АД и распространённости курения, увеличению физической активности и, как следствие, уменьшению потребности в лекарственных препаратах. Именно этот

факт обосновывает необходимость повторного профилактического консультирования для полного исчезновения симптомов заболевания и нормализации уровня АД, особенно когда речь идет о молодых пациентах.

Безусловно, результаты еще требуют дальнейшего подтверждения, но уже очевидно преимущество использования шкал оценки КЖ, таких как опросник SF-36. Предварительные результаты, как и предполагалось, показывают положительную связь между модификацией образа жизни молодых пациентов и улучшением КЖ. Задачи дальнейших исследований — выявление специфической взаимосвязи между устранением (модификацией) отдельных факторов риска, связанных с образом жизни и с динамикой конкретных параметров КЖ.

С другой стороны, вероятно, изменение большинства показателей КЖ имеет клиническое значение. В данном исследовании на этапе 6 мес не только не выявлено улучшения показателей КЖ у пациентов, закончивших цикл обучения в школе, по шкале психического здоровья (МН), но и его существенного снижения. Очевидно, необходимость смены привычных стереотипов и отказа от комфортного способа существования, несмотря на общее улучшение самочувствия, способствует возникновению психологического дискомфорта, нанесению урона репутации личности и, как следствие, снижению психологического компонента КЖ, что согласуется с литературными данными [9, 10]. Полагаем, что именно по этой причине большинство больных АГ прекращают следовать медицинским рекомендациям. Изменение образа жизни, способа досуга, отказ от ряда вредных привычек требует от больного больших усилий, большей активности. Это сопровождается развитием определенных неудобств, усугублением фоновых тревожных расстройств и непременно приводит к снижению психологического ком-

понента КЖ и, возможно, отказу следовать рекомендациям врача.

Тем не менее, участие молодых пациентов в образовательных профилактических программах является исключительно значимым. Именно в подростковом и юношеском возрасте формируются мировоззрение и система ценностей будущего поколения, закладывается база здоровья (или нездоровья) на всю дальнейшую жизнь. Кроме того, имеющиеся у молодых людей проблемы, связанные со здоровьем и вредными привычками, могут быть преодолены или, по крайней мере, успешно компенсированы. Вместе с тем, поведенческие факторы риска (курение, употребление с пищей слишком большого количества жиров и поваренной соли, недостаток физической активности, злоупотребление алкоголем) обычно формируются в подростковом периоде и сохраняются в зрелом возрасте. Они связаны между собой и вносят вклад в общее ухудшение здоровья и усугубляют течение АГ. И хотя эти факторы являются потенциально обратимыми, как показали результаты многочисленных профилактических исследований, повлиять на стиль жизни взрослого человека крайне затруднительно. В связи с этим применение обучающих программ в подростковом и юношеском возрасте является целесообразным, поскольку определяет стратегическую успешность реализации системы профилактики АГ и формирования здорового образа жизни.

Заключение

Немедикаментозная коррекция факторов риска является эффективным способом контроля АГ у лиц молодого возраста. Высокая эффективность обучающей программы «Школа здоровья» позволяет рекомендовать ее для широкого применения у больных с АГ молодого возраста.

Литература

1. European Society of Hypertension-European Society of Cardiology Guidelines Committee. 2003 European Society of Hypertension-European Society of Cardiology guidelines for the management of arterial hypertension. *J Hypertens* 2003;21(6):1011–53.
2. Оганов Р.Г., редактор. Школа Здоровья для пациентов с артериальной гипертонией. Информационно-методическое пособие для врачей. М., 2002.
3. Рекомендации Российского медицинского общества по артериальной гипертонии и Всероссийского научного общества кардиологов. Кардиоваскулярная терапия и профилактика 2008; 7(6 приложение 2):3–32.
4. McHorney C.A, Ware J.E. Jr., Raczek A.E. The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36): II. Psychometric and clinical tests of validity in measuring physical and mental health constructs. *Med Care* 1993;31(3):247–63.
5. Tarlov A.R., Ware J.E. Jr., Greenfield S. et al. The Medical Outcomes Study. An application of methods for monitoring the results of medical care. *JAMA* 1989;262(7):925–30.
6. Zernike W., Henderson A. Evaluating the effectiveness of two teaching strategies for patients diagnosed with hypertension. *J Clin Nurs* 1998;7(1):37–44.
7. Lewis C.E., Grandits A., Flack J. et al. Efficacy and tolerance of antihypertensive treatment in men and women with stage 1 diastolic hypertension. Results of the Treatment of Mild Hypertension Study. *Arch Intern Med* 1996;156(4):377–85.
8. Dukat A., Balazovjech I. 5-year follow-up of preventive approach to patients with essential hypertension. *J Hum Hypertens* 1996;10 Suppl 3:S131–3.
9. Гремлинг С., Ауэрбах С. Практикум по управлению стрессом. СПб: Питер; 2002.
10. Гринберг Д. Управление стрессом СПб: Питер; 2002.