

УДК 616.12–008.331.1

© Коллектив авторов, 2013.

ОБУЧАЮЩИЕ МЕДИЦИНСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ

Н.Н. Каладзе, Е.А. Крадинова, С.А. Землянов

*Кафедра педиатрии с курсом физиотерапии ФПО (зав. кафедрой – Н.Н. Каладзе),
ГУ «Крымский государственный медицинский университета им. С. И. Георгиевского», г. Симферополь.
ДП «Клинический санаторий «Приморье» для детей с родителями», г. Евпатория.*

RAINING MEDICAL TECHNOLOGIES IN THE TREATMENT OF HYPERTENSION

N.N. Kaladze, E.A. Kradinova, S.A. Zemlyanov

SUMMARY

The school of health for patients with arterial hypertension is an organizational form of preventive group counseling and considered as a preventive medical service, i.e. has an independent complete value and of a certain value and is aimed at prevention of complications, prompt treatment, health improvement.

НАВЧАЮЧІ МЕДИЧНІ ТЕХНОЛОГІЇ В ЛІКУВАННІ ГІПЕРТОНІЧНОЇ ХВОРОБИ

Н.Н. Каладзе, О.А. Крадінова, С.А. Землянов

РЕЗЮМЕ

Школа здоров'я для пацієнтів з артеріальною гіпертонією є організаційною формою профілактичного групового консультування й розглядається як медична профілактична послуга, тобто має самостійне закінчене значення й певну вартість і спрямована на профілактику ускладнень захворювання, своєчасне лікування, оздоровлення.

Ключевые слова: гипертоническая болезнь, лечение, бальнеотерапия.

Заболевания сердца и сосудов остаются в начале XXI века ведущей причиной смертности и заболеваемости в индустриальных странах (ВОЗ, 2002). Эта группа больных имеет самый высокий риск развития сердечно-сосудистых осложнений и смертности. Сегодня, очевидно, что совершенствование диагностики, апробация новых фармацевтических средств не решает полностью проблему. Эпидемию сердечно-сосудистых заболеваний остановит профилактика.

Заболевания сердца и сосудов остаются в начале XXI века ведущей причиной смертности и заболеваемости в индустриальных странах (ВОЗ, 2002). Эта группа больных имеет самый высокий риск развития сердечно-сосудистых осложнений и смертности. Сегодня, очевидно, что совершенствование диагностики, апробация новых фармацевтических средств не решает полностью проблему. Эпидемию сердечно-сосудистых заболеваний остановит профилактика.

Эпидемиологические исследования, выполненные в 60-х годах XX столетия, доказали, что эпидемия сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) в основном обусловлена особенностями образа жизни и связанным с ним факторов риска. Модификация образа жизни и снижение уровней факторов риска может замедлить развитие заболеваний как до, так и после появления клинических симптомов.

В настоящее время существуют три основные стратегии профилактики ССЗ:

Популяционная – воздействие на те факторы образа жизни и окружающей среды, которые уве-

личивают риск развития ССЗ среди всего населения. Эта стратегия в основном лежит вне сферы здравоохранения, однако медики должны быть инициаторами, «катализаторами», «анализаторами» и информировать правительство и население о всех процессах, способствующих профилактике ССЗ;

Стратегия высокого риска – выявление и снижение уровней факторов риска у людей с повышенным риском развития заболеваний. Необходимо учитывать, что между воздействием на факторы риска и появлением результата есть скрытый период;

Вторичная профилактика – ранняя диагностика и предупреждение прогрессирования ССЗ.

Эти стратегии не надо противопоставлять, они дополняют друг друга и наилучший результат достигается при одновременной реализации всех трех стратегий. Это убедительно доказали многие страны Западной Европы и США, снизившие на 50 и более процентов смертность от ИБС (Оганов Р.Г., 2012).

ГБ – психосоматическая болезнь, в основе которой лежит наследственная предрасположенность и врожденная патология с наличием средовых и приобретенных поведенческих базис ослабляющих факторов, а психотравматизация – ведущая причина возникновения и поддержания гипертонической болезни, являющаяся одной из самых емких по разнообразию причин и поэтому сложных в коррекции. Динамические стереотипы поведения, приводящие к переутомлению и перенапряжению, отрицательные эмоции и стрессовые ситуации,

многочисленные нервно-психические и информационные перегрузки, стремительный ритм современной жизни предъявляют повышенные требования к адаптационной системе человека [3, 4, 5, 6, 7]. При этом, с одной стороны психосоматические состояния как результат дезадаптации, в результате которой ряд стрессов, ранее не носивших патологический характер, переходят в разряд дистресса с психическим и психосоматическим проявлением, а с другой – течение ГБ вызывает стойкие ограничения в различных сферах жизнедеятельности человека, снижающих качество жизни (КЖ) и сопровождается ростом фрустрирующих моментов с формированием нарушенных отношений личности [8, 9, 10, 11]. Установлено, что стрессорные, психогенные и неврологические факторы имеют значение в развитии и патогенезе кризов более чем у 2/3 больных с первичной АГ [12].

Тенденция сохранения большой распространенности ГБ и неудовлетворительных результатов лечения требуют исследования и анализа причин и поэтому является важнейшей задачей современной медицины с совершенствованием методов диагностики, терапии и профилактики гипертонической болезни.

Поэтому целью нашего исследования было: Повышение эффективности терапевтических мероприятий у пациентов с гипертонической болезнью.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

При организации лечебных мероприятий проведен анализ литературных данных и результатов собственного интервьюирования пациентов с ИБС, АГ, ожирением, метаболическим синдромом, СД, находящихся на лечении в ДПКС «Приморье» в г. Евпатория. Обследовано 750 больных, средний возраст $52 \pm 4,5$ года, из них 430 женщин и 320 мужчин.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

По результатам анализа были выявлены преобладающие тенденции и учет факторов, препятствующих эффективности терапии в реально существующих социально-экономических условиях:

1. В большой частоте случаев наблюдается недостаточное обследование пациентов с АГ при постановке диагноза и динамике лечения.

2. Низкая информированность пациентов о своем заболевании.

3. Низкий комплаенс.

4. При недостаточной приверженности к лечению наблюдаются неудовлетворительные результаты вторичной профилактики. Реализация рекомендаций по нивелированию этиопатогенетических факторов заболевания носит, как правило, рекомендательный характер.

5. Не внесены в рекомендации ведения пациентов с АГ протоколы диагностики и коррекции психоэмо-

ционального фактора, а также интегральной оценки психосоматического состояния со ссылкой на недостаточную разработанность данного вопроса.

Таким образом, среди причин низкой эффективности лечения, усугубляющихся в условиях экономических и финансовых трудностей в государстве важнейшим является отсутствие комплексности в лечении и отработанных механизмов, которые бы стимулировали граждан к сохранению и укреплению собственного здоровья, ведению здорового образа жизни.

На основе анализа выше перечисленных факторов проведена разработка детализации этапов реабилитации и адаптированных к ним способов, цель которых – выработка нового приемлемого модифицированного поведения.

Для модификации стереотипов поведения, направленных на нормализацию образа жизни необходимо создание устойчивой мотивации, как в целом на здоровый образ жизни, так и на отдельные элементы поведения в санаторных и, особенно, в домашних условиях.

Преобладающими методами воздействия в этом случае должны быть психотерапевтические методы.

С целью снижения волевых усилий и повышения мотивации у пациентов, для осуществления лечебных мероприятий нами обоснован как оптимальный комплексный подход, включающий проведение диагностики, назначение и коррекцию медикаментозного лечения, а также немедикаментозное лечение и вторичную профилактику АГ, т.е. мер, направленных на нивелирование этиопатогенетических факторов заболевания.

При разработке структуры реабилитационного комплекса в качестве методологической основы применялся протокольный подход согласно действующих рекомендаций по ведению пациентов с АГ.

В качестве наиболее прогрессивной базисной формы ведения пациентов с ГБ была выбрана «Школа гипертонической болезни». Теоретическая и практическая разработка выполнена на кафедре педиатрии с курсом физиотерапии КГМУ.

Мировой медицинской практикой признано, что одним из важнейших методов в решении проблем, связанных с лечением основных неинфекционных заболеваний, в том числе АГ, является организация системы обучения больных. Эффективность длительной профилактики ИБС и осложнений АГ, прежде всего, ОНМК, не может быть достигнута без мощной образовательной программы среди населения.

Участие в образовательной программе формирует правильное представление о болезни, факторах риска ее возникновения и условий прогрессивного течения, что позволяет больному более четко выполнять комплекс рекомендаций в течение дли-

тельного времени, формирует активную жизненную позицию пациентов в процессе оздоровления. Доказано, что значимый эффект таких программ можно получить уже через 3–5 лет от их начала, а с увеличением длительности указанный эффект нарастает.

Анализ собственного опыта по реабилитации и профилактике ИБС и АГ с применением «Школы», а также опыта функционирования других школ АГ в Украине и России показывает, что использование только информационного, обучающего дидактического варианта ведения школы по созданию устойчивой мотивации по модификации образа жизни недостаточно [9,11,12,13].

При постановке задач исследования особое внимание было уделено психосоматическому подходу к диагностике и терапии больных ГБ, а также мотивационно-волевым и эмоциональным взаимоотношениям, влияющих на модификацию поведения.

На первом этапе – формирование и повторение нового поведения в санаторно-курортных условиях дает возможность закрепления навыков и возникновения стереотипа здорового образа жизни. Целью второго этапа является адаптация приобретенных изменений к социально-бытовым условиям жизни по месту жительства. Перед формированием лечебных мероприятий кроме протокольных методов диагностики нами проводится исследование психосоматических взаимосвязей у пациентов по психодиагностическому методическому комплексу, разработанному авторами для этой цели. В этом комплексе отражается выраженность соматических и психических симптомов в субъективном восприятии по шкалам медицинского показателя качества жизни (МПКЖ), выраженность психологической дезадаптации в качестве фрустрационного показателя качества жизни (ФПКЖ) и анализируются нарушенные отношения личности (НОЛ). При индивидуальном психотерапевтическом консультировании проводится учет и анализ: конкретной среды обитания пациента; варибельность по значимости для пациента разных факторов риска ГБ; типологические свойства личности; составление индивидуального плана терапии; периодичность контроля за выработкой нового поведения по мере формирования устойчивого стереотипа. Также планируется индивидуально – групповая психотерапевтическая работа по разрешению зависимостей и патологических привычек с периодичностью подкрепления нового поведения.

Занятия проводятся ежедневно в течение всего срока реабилитации (не менее 21 дня) и состоят из информационно-обучающей части; групповой психотерапевтической, по показаниям периодической индивидуальной психотерапии; физиотерапевтических процедур. В основе формирования

группы – методика малых групп (максимально до 12 человек), когда налаживается наилучший психологический контакт между слушателями и врачом-преподавателем, что создает коллектив единомышленников.

Сегодня организация школы для пациентов представляет собой не просто информационные технологии, передающие определенные знания. Ушли в прошлое безликие, нередко формальные «лектории» и лекции. Школа – это новые информационно-мотивационные технологии, и они должны способствовать повышению приверженности пациентов к лечению, сформировать у них мотивацию к сохранению своего здоровья и повысить ответственность пациента за здоровье как своей личной собственности. При достижении этих целей школы обеспечивают качество профилактической помощи населению, что содействует реализации профилактической направленности деятельности службы здравоохранения и является основополагающим принципом ее реформирования.

Внедрение школы для пациентов с артериальной гипертензией в реальную практику позволит уже в течение одного года получить значительную медицинскую и социально-экономическую эффективность этой новой организационно-функциональной модели профилактической деятельности [9,11]. Существенно изменились установки пациентов и отношение к здоровью: улучшилась мотивация больных на выполнение профилактических рекомендаций; снизилось число больных, считающих действия медицинского персонала неэффективными; экономический фактор перестал считаться главным препятствием для выполнения рекомендаций врача по оздоровлению. Увеличилось число больных, принимающих гипотензивные препараты регулярно (с 58,5% до 96,7%). Вдвое уменьшилось число случаев временной нетрудоспособности и втрое – число случаев госпитализации.

Важной неотъемлемой частью работы является повышение эффективности методов терапии при использовании психологической составляющей.

Нами разработан способ психотерапевтического потенцирования и опосредования бальнеолечения у пациентов с гипертонической болезнью в условиях курорта в частности хлоридных натриевых хвойных ванн, который обладает рядом важных свойств, таких как максимальная независимость от специалистов, способность широкого применения, дозированность и вариационная устойчивость, что позволяет иметь меньшую варибельность лечебного эффекта.

При этом использовали три ресурсных составляющих:

1. повышение позитивного проявления плацебо-эффекта;

2. психотерапевтическое потенцирование;
3. психотерапевтическое опосредование.

Первая ресурсная составляющая направлена на повышение позитивного восприятия ванн с процедурной подготовкой пациентов с использованием средств малой психотерапии.

Вторая ресурсная составляющая, в качестве психотерапевтического потенцирования, направлена на гармонизацию психологической составляющей при прохождении хлоридных натриевых хвойных ванн. Для формирования психотерапевтического рапорта использованы суггестивные техники недирективно-го наведения и поддержания транс.

Задачей психотерапевтического потенцирования бальнеолечения в виде хлоридных натриевых хвойных ванн было поддержание непроизвольного внимания с помощью психотерапевтического рапорта с задействованием кинестетической, визуальной, аудиальной и ольфакторной модальностей на элементах процедуры. Увеличение и устойчивость концентрации внимания на процедуре сопровождается усилением ощущений и, в конечном итоге, восприятия процедуры, что способствовало снижению дисперсии показателей АД и повышению лечебного эффекта у 78,1% обследованных.

Третья ресурсная составляющая – это психотерапевтическое опосредование бальнеолечения хлоридных натриевых хвойных ванн, при котором имеет место элемент сочетанности двух способов лечения. Осуществляется как прямое суггестивное подкрепление с внушениями релаксирующего характера.

Процедуры психотерапевтического потенцирования и опосредования хлоридных натриевых хвойных ванн при ГБ проводились при стандартных хлоридных натриевых хвойных ваннах с про-

слушиванием аудиозаписи с аудио источника (плеера) через наушники.

В результате проведенных исследований было установлено, что:

Психокоррекционные техники позволяют в большей степени гармонизировать эмоциональную сферу больных гипертонической болезнью, в сравнении с традиционным комплексом санаторно-курортного лечения, достоверно более выражено снизить реактивную на 14,2% и личностную тревожность на 8,0%, депрессивные проявления на 10,1%, повысить показатели качества жизни больных и в целом снизить влияния психоэмоционального фактора по показателям теста ФПКЖ на 59,7%.

Эффективность антигипертензивной терапии повышается при психотерапевтическом потенцировании и опосредовании бальнеолечения в виде хлоридных натриевых хвойных ванн (II группа) в качестве снижения ср.САД на 2,5% и ср.ДАД на 3,0%, а при применении комбинированной психотерапии (IV группа) снижении ср.САД на 5,8% и ср.ДАД на 8,8%, при этом отмечалась наибольшая динамика снижения тонуса симпатической и повышения парасимпатической нервной системы.

Сопоставление исходных показателей СМАД и их изменений в динамике через 12 месяцев выявило достоверное снижение средних значений АД в целом за сутки у 68% пациентов, в лечении которых применялись разные виды психотерапии. Частота гипертонических кризов у исследуемых пациентов с ГБ II стадии, получавших разные виды психотерапии сократилась примерно в 1,7 раза, а частота госпитализаций – в 2,4 раза по сравнению с лицами, которым проводилась только традиционное санаторно-курортное лечение.

Таблица

Показатели СМАД у обследованных больных

Показатель (M ± m)		I группа (n=50)	II группа (n=60)	III группа (n=59)	IV группа (n=70)
Ср.Сут.САД мм рт. ст.	До лечения	142,44±0,71	143,33±0,65	143,69±0,66	143,86±0,60
	После лечен.	131,37±0,64*	126,48 ±0,58*	128,85±0,58*	124,10±0,54*
Ср.Сут.ДАД мм рт. ст.	До лечения	88,81±0,74	87,20±0,68	88,09±0,68	89,27±0,63
	После лечен.	82,97±0,42*	78,01±0,38*	80,33±0,38*	76,09±0,35*
САДд мм рт. ст.	До лечения	146,90±0,74	147,87±0,67	148,20±0,68	148,36±0,62
	После лечен.	132,80±0,64*	127,90±0,59*	130,27±0,59*	125,51±0,54*
ДАДд мм рт. ст.	До лечения	92,95±0,42	92,53±0,39	92,91±0,39	93,61±0,36
	После лечен.	88,21±0,38*	82,82±0,35*	85,39±0,35*	80,60±0,32*
САДн мм рт. ст.	До лечения	137,94±0,69	138,80±0,63	139,12±0,64	139,27±0,58
	После лечен.	129,94±0,63*	125,06±0,57*	127,43±0,58*	122,70±0,53*
ДАДн мм рт. ст.	До лечения	84,67±0,52	83,38±0,47	84,87±0,47	84,93±0,44
	После лечен.	77,73±0,46*	73,21±0,42*	75,28±0,42*	71,59±0,38*

Примечание. * – достоверность различий (p<0,05) результатов до и после лечения.

ВЫВОДЫ

Таким образом, школа здоровья для пациентов с артериальной гипертензией является организационной формой профилактического группового консультирования и рассматривается как медицинская профилактическая услуга, т.е. имеет самостоятельное законченное значение и определенную стоимость и направлена на профилактику осложнений заболевания, своевременное лечение, оздоровление.

ЛИТЕРАТУРА

1. В.М. Коваленко, Ю.М. Сіренко, А.П. Дорогой «Реалізація Програми профілактики і лікування артеріальної гіпертензії в Україні», 2004 р.
2. Рекомендации по лечению артериальной гипертензии (2007). – Практична ангіологія. – 2007. – №5 (10). – С. 5–26.
3. Оганов Р.Г. Профилактическая кардиология: от гипотез к практике. Кардиология. – 1999. – № 2. – С. 4–9.
4. MacMahon S., Peto R., Cutler J. et al. Blood pressure, stroke, and coronary heart disease, part 1: prolonged differences in blood pressure: prospective observational studies corrected for the regression dilution bias. Lancet. – 1990. – № 335. – P. 765–774.
5. Куделькина Н.А., Дума С.Н. Информированность практических врачей поликлинического звена в области профилактики хронических неинфекционных заболеваний и общих для них факторов риска // Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. – 1999. – № 4. – С. 15–21.
6. Оганов Р.Г. Профилактика сердечно-сосудистых заболеваний: возможности практического здравоохранения // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2002. – № 1. – С. 5–10.
7. Оганов Р.Г., Калинина А.М., Поздняков Ю.М. и др. Организация Школ Здоровья в первичном звене здравоохранения. Организационно-методическое письмо Минздрава РФ. М., 2002. – 30 с.
8. Ощепкова Е.В. О федеральной целевой программе «Профилактика и лечение артериальной гипертензии в Российской Федерации» // Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. – 2002. – № 1. – С. 3–7.
9. Петричко Т.А. Эффективность структурированной обучающей программы в профилактике осложнений артериальной гипертензии путем модификации факторов риска: Автореф. дис... канд. мед. наук. – Хабаровск, 2002.
10. Профилактика, диагностика и лечение первичной артериальной гипертензии в Российской Федерации. (Первый доклад экспертов ВОЗ, МОАГ, ВНОК) // Клиническая фармакология и терапия. – 2008. – Т. 9, № 3. – С. 5–30.
11. Укрепление здоровья и профилактика заболеваний (основные термины и понятия) / Под ред. акад. РАМН Р.Г. Оганова и чл. – корр. РАМН А.И. Вялкова. – М., 2001.
12. Шальнова С.А. Факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний и показатели ожидаемой продолжительности жизни населения России (по результатам обследования национальной представительной выборки): Автореф. дис... докт. мед. наук. – М., 1999.
13. Шапиро И.А. Вторичная профилактика сердечно-сосудистых заболеваний на уровне амбулаторно-поликлинических учреждений в условиях реформ здравоохранения: Автореф. дис... докт. мед. наук. – М., 2002.
14. Свідотство про реєстрацію авторського права на твір № 29892 «Методичні рекомендації «Оцінка якості життя пацієнтів, хворих на гіпертонічну хворобу», 14.08.09. Каладзе М.М., Крадінова О.О., Землянов С.О.
15. Землянов С.А. Обоснование и эффективность сочетанного применения психотерапии и бальнеолечения у больных гипертонической болезнью: Дис. ... канд. мед. наук. – Ялта, 2012.