

таких лиц можно даже отметить повышение уровня КЖ, что не всегда отражает регрессию заболевания.

В ряде случаев показано прогностическое значение оценки КЖ. Сведения о КЖ, полученные до лечения, могут дать врачу ценную информацию о возможном исходе заболевания при использовании данного метода терапии и таким образом помочь в выборе лечения. Этот вопрос может быть рассмотрен с точки зрения больного, его родственников, врача, лечебного учреждения, фармацевтической фирмы и органов здравоохранения. Ответ на вопрос с позиции больного наиболее очевиден. Объективная информация о КЖ дает реальную возможность для повышения эффективности лечения. Индивидуальный мониторинг КЖ проводится до начала терапии, в ходе лечения, на этапах ранней и поздней реабилитации. Оценка КЖ позволяет врачу осуществлять постоянный мониторинг течения болезни и проводить коррекцию лечения.

Оценка КЖ в клинических исследованиях может помочь врачам и фармацевтическим фирмам выявить особенности изучаемого лекарственного препарата или метода лечения. Показатель КЖ может быть использован как основной показатель при сравнении различных методов лечения и при определении лечебных программ в свете их эффективности и стоимости. В ряде случаев КЖ оказывается основным критерием, с помощью которого оценивается возможность внедрения нового лекарственного препарата или эффективность нового метода лечения. На основании данных о КЖ можно также сравнивать результаты применения различных подходов к лечению. Данные о КЖ больных могут быть полезны для оценки качества работы отделения или лечебного учреждения в целом. Органы здравоохранения могут использовать результаты оценки КЖ при разработке мер по улучшению системы здравоохранения.

К настоящему времени имеется более 10 тыс. публикаций по оценке КЖ в различных разделах медицины. Общепринятыми инструментами оценки КЖ являются опросники, заполняемые больными до лечения, во время лечения и после его завершения. Единых критериев КЖ не существует. Также не существует стандартных норм КЖ. Каждый опросник имеет свои критерии и шкалу оценки. Для различных групп, регионов, стран можно определить условную норму и в дальнейшем проводить сравнение с этим показателем. То есть опросники позволяют выявить лишь тенденцию изменения КЖ в той или иной группе респондентов.

В настоящее время разработаны общие, специальные и частные опросники. Все опросники должны сочетать простоту применения, доступность пониманию па-

циентов и достоверность результатов. Общие опросники преимущественно применяются для оценки эффективности тактики здравоохранения и при проведении эпидемиологических исследований. Специальные - для оценки результатов конкретных лечебных мероприятий за относительно короткий промежуток времени. Поэтому специальные опросники стали наиболее популярными при оценке эффективности лекарственных препаратов, и именно эти опросники применяются в клинических испытаниях фармакологическими компаниями. Частные опросники оценивают не состояние здоровья в целом, а отдельные составляющие КЖ (выраженность одышки, болевой синдром, настроение и т.д.).

Наиболее распространенным общим опросником изучения КЖ является опросник MOS SF-36, широко применяющимся в популяционных и специальных исследованиях качества жизни. Он состоит из 36 вопросов и включает 8 шкал: физическое функционирование (PF); ролевое (физическое) функционирование (RP); боль (P); общее здоровье (GH); жизнеспособность (VT); социальное функционирование (SF); эмоциональное функционирование (RF); психологическое здоровье (MH). Все шкалы опросника объединены в два суммарных измерения - физический компонент здоровья (1-4 шкалы) и психологический (5-8 шкалы). Количество вопросов в каждой из шкал опросника варьирует от 2 до 10, на каждый вопрос предполагаются различные варианты ответов.

Таким образом, за последние годы отечественными учеными проведена большая научно-исследовательская работа по внедрению надежных и высокочувствительных инструментов для оценки качества жизни, связанное со здоровьем, созданных на базе международных общепринятых опросников с учетом социально-экономической и культурной специфики общества.

Литература:

1. Новик А.А., Ионова Т.И. Руководство по исследованию качества жизни в медицине. 2-е издание / Под ред. акад РАМН Ю.Л. Шевченко.-М.: ЗАО «ОЛМА Медиа Групп», 2007.- 320 с.
2. Karsdorp P.A., Kindt M., Rietveld S., Everaerd W., Mulder B.J. Interpretation bias for heart sensations in congenital heart disease and its relation to quality of life // Int.J.Behav.Med. 2008, №15 (3), P. 232-240.
3. Spaziano M., Carrier M., Pellerin M., Choiniere M. Quality of life following heart valve replacement in the elderly // J. Heart valve Dis. 2010, №19 (4), P. 524-532.

УДК 614.2-08 (571.1-08).

ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ ШКОЛЫ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ В СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ

А. К. Мусаханова¹, Н. С. Альменова², Т. К. Дюсеменов³

Государственный медицинский университет г. Семей¹,

КГКП Поликлиника смешанного типа №3², Врачебная амбулатория с. Прииртышский³

Жүрек-қантaмыр аурулардың кедергілерінің профилактикасында жалпы тәжірібелік дәрігердің жұмысында ең маңызды рольді Артериалды гипертензия мектебі алады. Артериалды гипертензия мектебінде науқастарды жалпы тәжірібелік дәрігердің оқытуы АГ-нің емдеуін тиімділігін арттырады, артериалды қысымының өзін-өзі бақылауының деңгейін жоғарылатады. Дәрігермен және науқастың арасында толық сенім және денсаулық жайлы жақсы хабарлы болуы, өзін-өзі бақылау процессінде ескертуге және жүрек-қантaмыр ауруларды емдеуде міндеттерді мүмкіндік береді.

Significant role in the prevention of complications of cardiovascular disease in general practice is to organize a school of hypertension. Patient education in the school Hypertension significantly affect the efficiency of the treatment of hypertension, raising the level of self-control of blood pressure. Good awareness of the patient, complete trust between doctor and patient, and involvement in the process of self-monitoring of health status allows us to solve the problem for the prevention and treatment of cardiovascular diseases and their complications.

Актуальность. Артериальная гипертензия (АГ) одно из самых распространенных заболеваний среди населения. Наблюдая за диспансерными больными с АГ мы часто сталкиваемся с парадоксом: при значительной распространенности этого заболевания осведомленность населения о нем очень мала [1]. По данным статистики только 37,1% мужчин знают о наличии у них АГ из них около 21,6% лечатся, а эффективно только 5,7%. У женщин о наличии у них заболевания знает только 59%, около 45,7% из них лечатся, а эффективно только 17,5% [2]. В настоящее время АГ рассматривается как многофакторное заболевание, в развитии которого имеют значение? как наследственная предрасположенность, так и факторы окружающей среды, вредные привычки [3].

Клинические наблюдения свидетельствуют о возможности улучшения жизненного прогноза и качества жизни больных при проведении адекватной антигипертензионной терапии, которая проводится дифференцированно в зависимости от состояния органов, сопутствующей патологии и других особенностей пациента [4]. Успех в лечении АГ возможен только в тесном союзе лечащего врача и пациента. Одним из методов решения этой проблемы является организация школы АГ для населения.

Целью данного исследования явилось изучение эффективности организации Школы Артериальной гипертензии в сельской местности.

Материалы и методы исследования. Для достижения успеха в лечении АГ и увеличения численности диспансерных групп, заинтересованных в сохранении своего здоровья, необходимо обучение пациентов. С этой целью во врачебной амбулатории с. Прииртышский города Семей в 2009 году организована школа АГ для населения. До начала этой работы были проведены подворные обходы в количестве 189 домов, где измерением артериального давления охвачено 362 человека старше 18 лет, из них 75% составляет неорганизованное население (пенсионеры, домохозяйки и неработающие).

Результаты исследования. Из числа осмотренных у 91 человека обнаружено повышенное артериальное давление, что составляет 25%, из них у 32 повышенное артериальное давление выявлено впервые (8,8%). В дальнейшем все больные, которые состоят на диспансерном учете с АГ, а также пациенты с наличием факторов риска (избыточный вес, вредные привычки и др.) были распределены на группы и приглашены на занятия. Занятия проводились 1 раз в неделю по 1 часу, группа состояла из 10-12 человек, что позволяло налаживать наилучший психологический контакт между пациентом и врачом. Занятия проводились в форме собеседования с элементами диспута, с отработкой практических навыков: измерение артериального давления, определение частоты пульса, ИМТ, типа ожирения.

Обучающий цикл состоит из четырех занятий, на которых подробно рассматриваются понятия оптимального артериального давления, факторов его регулирования, роль нарушений липидного обмена, факторов риска.

Список тем занятий с пациентами в школе АГ:

1. Что такое Артериальная гипертензия? Осложнения АГ: инсульт, инфаркт миокарда.
2. Обучение методу измерения артериального давления.
3. Предупреждение и помощь при кризах в домашних условиях.
4. Немедикаментозные методы лечения и предупреждения АГ.

Занятие по обучению правилам измерения АД, подсчету пульса, домашнему подсчету и контролю АД, соблюдению рекомендаций по лечению, самопомощи при кризе, самостоятельной коррекции дозы антигипертензивных препаратов проводил врач общей практики амбулатории. С целью повышения эффективности данной работы пациенты получили различные буклеты по АГ.

Обучение пациентов положительно влияет на поведение больных, их отношение к контролю, самоконтролю уровня АД. Обучение готовит пациента к долгосрочному диспансерному наблюдению, привлечению к занятиям родственников, соседей.

Процесс изменения поведения любого человека сложный, длительный и не всегда поступательный. Особые сложности возникают, когда встает вопрос о необходимости изменить жизненные привычки и поведение, когда вредные привычки воспринимаются пациентом как удовлетворение потребности. Пациент не знает, почему ему надо изменить привычки или почему врач советует регулярно принимать медикаменты при хорошем самочувствии. Если пациент осознает, что его повседневные привычки наносят вред его здоровью, а нерегулярное лечение не принесет необходимой пользы, то результат диспансерного наблюдения будет эффективным. Но иногда пациенту не удается длительно придерживаться новых здоровых привычек и соблюдать регулярность лечения. Поэтому нужно проводить постоянную санитарно-просветительную работу по пропаганде здорового образа жизни.

Анализ работы школы АГ в сельской местности показал, что в течение двух лет значительно повысилась медицинская эффективность медицинской помощи. Во время работы школы по обучению больных с АГ увеличилось количество больных, у которых АД достигла целевого уровня. Например, пациенты с избыточным весом отмечали снижение веса, некоторые стали меньше употреблять соль. Изменилось отношение пациентов к своему здоровью: увеличилось количество больных выполняющих рекомендации врача.

Доля больных регулярно принимающих антигипертензивные препараты достигла 82,3%.

Опыт работы школы АГ в селе Прииртышский показывает необходимость повышения уровня знаний об АГ среди населения, применения качественных передовых методов обучения. Повышение качества лечения приводит к увеличению продолжительности жизни без осложнений, снижению показателей временной нетрудоспособности. Среди пациентов прошедших обучение в школе АГ значительно снизилось количество вызовов на дом, особенно в часы работы амбулатории, за 2 года не зарегистрировано ни одного случая инсульта и инфаркта миокарда.

Выводы. Таким образом, значительную роль в профилактике осложнений сердечно-сосудистых заболеваний в работе врача общей практики играет организация школы АГ. Обучение пациентов в школе АГ врачом общей практики существенно влияет на эффективность лечения АГ, повышая уровень самоконтроля АД. Хорошая информированность больного, полное доверие между врачом и больным, и вовлечение в процесс самоконтроля за состоянием здоровья позволяет решить задачи по предупреждению и лечению сердечно-сосудистых заболеваний и их осложнений.

Литература:

1. Гипертония. Профилактика и методы лечения: Николай Боровков, Владимир Носов - Москва, Центрполиграф, 2010 г.- 128 с.
2. Staessen, JA, Wang, JG, Thijs, L. Cardiovascular prevention and blood pressure reduction. J Hypertens 2003; 21:1055. Neaton, JD, Grimm, RH Jr, Prineas, RJ, et al. Treatment of Mild Hypertension Study: Final results. JAMA 1993; 270:713.
3. Gardin JM, Savage DD, Ware JH, Henry WL. Effects of age, sex and body surface area on echocardiographic left ventricular wall mass in normal subjects. Hypertension 1987; 19 (Suppl. 2): 36-41.
4. Виктор Круглов Артериальная гипертензия: — Санкт-Петербург, Феникс, 2005 г.- 128 с.