

Трибуна ревматолога

Структурированная обучающая программа для пациентов с ревматоидным артритом

Э. Н. Оттева

ГУЗ Краевая клиническая больница № 1

им. проф. С. И. Сергеева,

г. Хабаровск

Ревматоидный артрит (РА) — аутоиммунное ревматическое заболевание неизвестной этиологии, характеризующееся хроническим эрозивным артритом (синовитом) и системным поражением внутренних органов [11]. Это наиболее частое воспалительное заболевание суставов. Распространенность РА среди взрослого населения по данным ВОЗ составляет в среднем от 0,6% до 1,3%. В г. Хабаровске в 2005г. зарегистрированная распространенность РА составила 0,3%. Известно, что стоимость лечения РА сопоставима с затратами при ишемической болезни сердца. В 1992 г. в США затраты на лечение данной группы больных составили 64,8 млрд. долларов, а в Англии — 1256 млрд. фунтов стерлингов. Только на лекарственное обеспечение одного больного расходуется от 450 до 1400 долларов, на визиты врача — 450 — 1200 долларов, на госпитализацию — от 900 до 5100 долларов в год. Продолжительность жизни у пациентов с РА меньше, чем в популяции на 10 — 15 лет. Она такая же, как и при лимфогранулематозе, сахарном диабете 2 типа и трехсосудистом поражении коронарных артерий. Более половины больных становятся инвалидами уже в первые 5 — 7 лет болезни. Через 20 лет от начала РА число инвалидов увеличивается до 60 — 90 %.

В настоящее время РА считают «ургентным» заболеванием. Клинические признаки болезни — лишь вершина айсберга далеко зашедшего иммунологического дисбаланса. Еще в 90-х годах выдвинута концепция раннего назначения (в течение первых двух лет) базисных противовоспалительных препаратов (БПВП), в течение так называемого двухгодичного терапевтического окна (“2 year therapeutic window”), или окна возможностей (“window of opportunity”).

Тактика ведения больного РА представлена на рис. 1[9].

Адрес: г. Хабаровск
ГУЗ краевая клиническая больница №1
им. проф С.И. Сергеева

ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ БОЛЬНОГО С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ (Е. Л. НАСОНОВ)

Рисунок 1



В последнее время достигнут существенный прогресс в возможности контролировать активность РА. Важнейшая роль при этом принадлежит базисным противовоспалительным препаратам (БПВП) и генно-инженерным биологическим препаратам (ГИБП). Каждый БПВП имеет свои плюсы и минусы, однако в любой ситуации требуется тщательный мониторинг, поэтому сам пациент должен быть ответственным за проведение рекомендованного след. лечения. Еще большая настороженность и тщательность контроля необходима при использовании ГИБП, т. к., несмотря на высокую эффективность лечения, эти чрезвычайно дорогие препараты обладают широким спектром нежелательных побочных явлений, а их отдаленные результаты и осложнения недостаточно изучены [11].

Ключевыми моментами программного лечения больного РА являются ранняя постановка диагноза и раннее назначение БПВП. На первых этапах кон-

такта с пациентом врач обычно встречается с протестом в отношении применения «химиотерапии». В данной ситуации обучающие программы способны существенно улучшить приверженность больного к лечению, а также готовность к обоснованной смене терапии. Многие исследователи обращают внимание на такие факторы, улучшающие эффект лечения, как участие больного в процессе лечения, знания о своем заболевании и его терапии, обучение правильному лечению[8].

Цель. изучить влияние структурированной обучающей программы для больных на активность ревматоидного артрита и приверженность к лечению.

Материал и методы

140 пациентов с достоверным диагнозом РА получали лечение в ревматологическом центре краевой клинической больницы №1 г. Хабаровск. Диагноз РА выставлялся на основании диагностических критериев Американской ревматологической ассоциации (ACR 1987).

При формулировке диагноза использовалась классификация РА 2007 г., принятая на заседании пленума Ассоциации ревматологов России 30. 11. 2007 г. Активность РА оценивалась по индексу DAS28, который выражался в баллах: >5,1 – (III) высокая активность РА; 3,3 – 5,1 – (II) средняя активность; 2,6 – 3,2 – (I) низкая активность; РА, <2,6 – ремиссия.

Индекс активности РА оценивался при поступлении, после выписки из ревматологического отделения и на амбулаторном этапе через 3 – 6- 12 мес.

Всем больным проводилось стандартное обследование, определялись ревматоидный фактор (РФ) и антитела к циклическому цитрулинированному пептиду (АЦЦП). После верификации диагноза РА больным в стационаре назначалась соответствующая современным стандартам терапия и проводилось обучение по разработанной программе «Структурированная программа школы больного ревматоидным артритом».

Методика обучения пациентов

При создании структурированной обучающей программы (СОП) для больных РА нами был использован методологический подход, разработанный Эндокринологическим научным центром РАМН и внедренный врачами – эндокринологами и кардиологами в Хабаровском крае. СОП является инструментом профилактического воздействия на пациента и его заболевание.

По форме СОП представляет собой сценарий занятия. Она разделена на учебные единицы, а внутри них – на «учебные шаги» с ограничением объема и последовательности изложения информации, постановкой учебных целей для каждого «учебного шага» [10,13].

СОП предусматривает 6 занятий на темы: что такое ревматоидный артрит; физическая нагрузка; питание; принципы лечения РА, осложнения

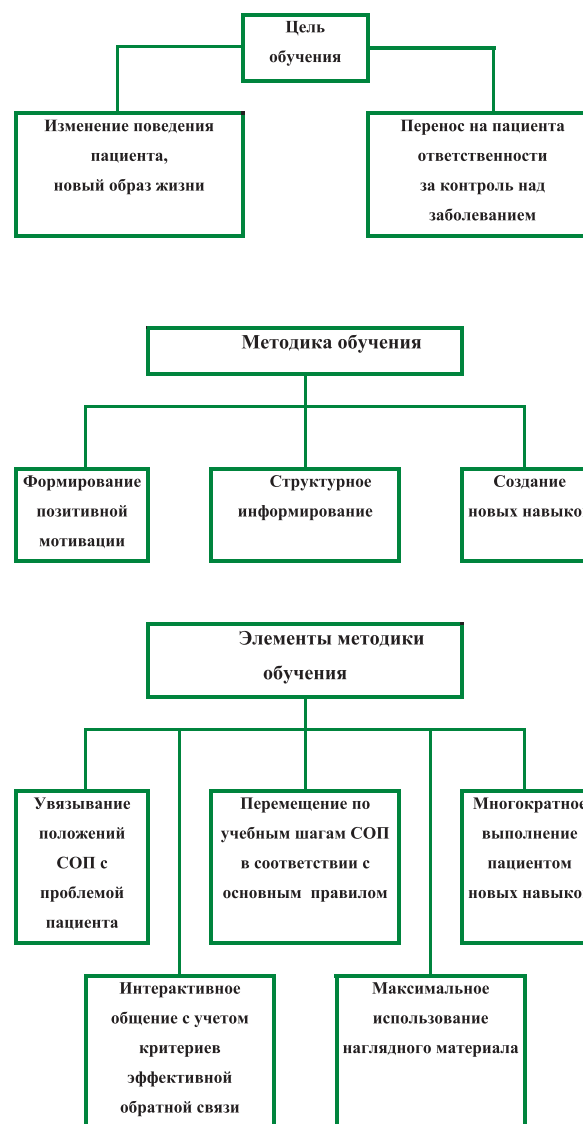
болезни и мониторинг клинических проявлений и лабораторных показателей.

Продолжительность каждого тематического занятия составляет не менее 3 часов, что обусловлено целью и спецификой методики проведения занятий, кроме того проводятся индивидуальные занятия по 45 мин. В обучаемую группу включали по 6 человек, всего проведено 8 школ.

СОП содержит необходимый набор педагогических приемов, направленных на усвоение, повторение и закрепление знаний и навыков с использованием наглядного материала (рис. 2). Все больные РА получали различные БПВП: метотрексат в дозе 10 – 25 мг/нед., или 100 мг/мес., лефлуномид (Арава), циклоспорин А, хлорбутин, сульфасалазин и их комбинации. В тяжелых случаях при наличии показаний пациентам назначали ГИБП (инфликсимаб – ремикейд, ритуксимаб – МабТеру) в дозах согласно протоколам.

Рисунок 2

МЕТОДИКА И ЦЕЛИ ОБУЧЕНИЯ ПАЦИЕНТА С ПОМОЩЬЮ СОП (Пьянкова Е. Ю., 2002 г.)



Результаты

Больные были рандомизированы в две группы. В 1 группе (n= 48) проведено обучение пациентов в СОП «Школа больного РА». Больные контрольной группы (n= 92) получали стандартную терапию РА, но не проходили обучения. Характеристика групп представлена в табл. 2.

Таблица 2

ДЕМОГРАФИЧЕСКАЯ И КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Признаки	1 группа, n- 48	2 группа, n- 92
Жен., n	48	92
Ср. возраст, годы	34,9 ± 4,4	35,6 ± 4,8
Установление диагноза от начала РА, годы	2,8 ± 1,9	3,2 ± 1,2
Боль (по ВАШ, мм)	90,4 ± 6,8	88,2 ± 5,5
Утренняя скованность, мин	293,4 ± 80,6	303,4 ± 50,3
Ревматоидный фактор +	48	90
-	-	2
Полиартрит	48	92
Стадии РА: очень ранняя	3	1
ранняя	17	6
развернутая	28	85
Эрозивный артрит (по R), n	17	76
R – стадии: 0		
I	8	7
II	40	45
III		40
АЦЦП (+)	48	41 (из 41)
DAS28, баллы	7,1 ± 0,9	6,8 ± 0,5
ФК: I	10	7
II	38	45
III		40
HAQ, баллы	3,0±0,0	2,875±0,125
Качество жизни по ВАШ, см	9,8 ± 0,9	9,5 ± 0,1

Средний возраст 1 группы составил $34,9 \pm 4,4$ года [24; 51], 2 – $35,6 \pm 4,8$ лет [27; 53]. Активность РА в группах существенно не отличалась: средний показатель DAS28 в 1 группе составил $7,1 \pm 0,9$, во 2 – $6,8 \pm 0,5$.

Функциональный индекс HAQ в $1-3,0 \pm 0,0,6$, 2 – $2,875$ баллов, качество жизни (КЖ) по ВАШ – $9,8 \pm 0,9$ см и – $9,5 \pm 0,1$ см соответственно.

После лечения (рис.3) в обеих группах при выписке активность РА достоверно снизилась ($p < 0,01$): DAS28 в 1 группе составил $4,5 \pm 0,1$, и $4,7 \pm 0,6$ – во 2 (рис. 3) КЖ достоверно улучшилось у всех пациентов: отмечено снижение показателей по ВАШ в 1 группе до $3,4 \pm 1,8$ см, во 2 – $3,9 \pm 2,1$ см, HAQ снизился соответственно до $2,125 \pm 0,375$ и $2,375 \pm 0,125$ баллов.

Пациентам 1 группы не потребовалось повторной госпитализации (интересующие их вопросы больные уточняли с врачом по телефону). Во группе на 1 больного в последующем пришлось $2,1 \pm 0,7$ госпитализаций в год в связи с клинически достоверным повышением активности РА (рис. 4).

Рисунок 3

ДИНАМИКА DAS28 У БОЛЬНЫХ РА НА ФОНЕ ЛЕЧЕНИЯ И ОБУЧЕНИЯ (1ГРУППА) И БЕЗ ОБУЧАЮЩЕЙ ПРОГРАММЫ (2 ГРУППА)

Динамика активности ревматоидного артрита по DAS 28

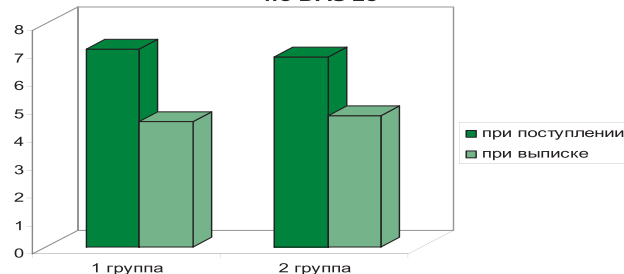
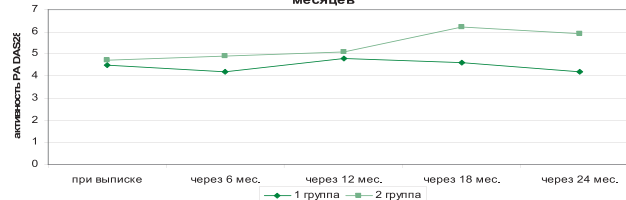


Рисунок 4

ДИНАМИКА ИНДЕКСА АКТИВНОСТИ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА В ГРУППАХ, ПРОШЕДШИХ ОБУЧЕНИЕ (1), И БЕЗ ОБУЧЕНИЯ (2 ГРУППА)

Динамика активности ревматоидного артрита по DAS28 в течение 24 месяцев



Мы получили статистическое подтверждение тому, что имелась тесная прямая связь между проведением качественной образовательной программы и пониманием больными необходимости получения постоянного адекватного лечения под контролем индекса активности болезни, (коэффициент сопряженности Пирсона (r) через 12 и 24 мес. составил 0,78 и 0,69 при $p < 0,001$).

Обсуждение

Интерес к образовательным программам в различных областях медицины в настоящее время очень высок. Однако данные, полученные в отношении их эффективности, влияния на активность заболевания, неоднозначны. Так, P. S. Helliwell с соавт. [3] при проведении анализа КЖ при больных РА и роли образования пациентов в ее улучшении не выявили значимых различий между группами. Другое исследование, выполненное A. Hammond и N. Lincoln, продемонстрировало положительную роль образовательных программ, целью которых является изменение поведения больных РА в отношении применения ими лекарственной терапии и реабилитационных мероприятий [2].

По данным J. N. Barlow и соавт., в Великобритании обучающие программы (ASMP – программа самоуправления артритом) приводят к существенному улучшению физического, психологического состояния пациентов, к уменьшению выраженности боли, астении и тревожного состояния [1].

Исследование Н. И. Коршунова, выполненное в Государственной медицинской академии

г. Ярославля, показало, что эффективность обучения пациентов во многом зависит от формы информационной работы, особенно при проведении «активного» обучения [6]. При этом повышается доверие к врачу, появляется понимание значимости лечения и мониторингирования болезни. Подобные результаты были получены проф. С. С. Якушиным в Рязани при лечении больных остеоартрозом [14].

А. А. Вялковой и Н. Ю. Перепелкиной и др. обращается внимание на обязательное внедрение в детских поликлинических учреждениях здравоохранения школ нефрологического здоровья [4,5, 12].

По нашим данным, обучающие программы приводят не только к улучшению приверженности больного к проводимому лечению, но и значительно снижают количество госпитализаций, что, безусловно, отражается и на экономической выгоде. Неслучайно в Российском Национальном руководстве по ревматологии (стр. 317) обращается внима-

ние на программы обучения пациентов (изменение стереотипа двигательной активности, ЛФК и т.д.) [11].

В одной из работ Н. И. Коршунова приводятся слова М. Балинта: «Врач сам по себе является лекарством, необходимо только принимать во внимание дозировку и побочные эффекты его личности» [7]. Вряд ли кто-либо сможет не согласиться с данным постулатом. Однако в настоящее время в условиях дефицита врачебных кадров к обучающим программам для пациентов разумнее привлекать специально подготовленных медицинских сестер, особенно с высшим медицинским образованием.

Таким образом, структурированная обучающая программа больного РА приводит к снижению активности заболевания, улучшению качества жизни и приверженности к лечению, что облегчает врачу проведение мониторинга болезни и терапии, повышая ее эффективность и безопасность.

ЛИТЕРАТУРА

1. Barlow J. H., Turner A. P., Wright C. C. Long — term outcomes of an arthritis self — management programme. *Br. J. Rheumatol.*, 1998, 37(12), 1315 — 19.
2. Hammond A., Lincoln N. The effect of joint projection education programme for people with rheumatoid arthritis. *Clin. Rehabil.*, 1999, 13 (5), 392 — 400.
3. Helliwell P. S., O'Hara M., Holdsworth J. Et al. A 12 — month randomized controlled trial of patient education on radiographic changes and quality of life in early rheumatoid arthritis. *J. Rheumatology (Oxford)*, 1999, 38 (4), 303 — 8.
4. Вялкова А. А. Перепелкина Н. Ю., Архиреева В. А. Специализированная медицинская помощь детям с заболеваниями органов мочевой системы. М., 2003.
5. Вялкова А. А., Перепелкина Н. Ю. Опыт организации специализированной детской нефрологической службы Росс. педиатр. жур., 2007, 6, 54 — 9.
6. Коршунов Н. И., Большакова Е. В., Ильичева А. С. Эффективность обучающих программ для пациентов с ревматоидным артритом *Научно — практич. ревматол.*, 2003, 3, 62-6.
7. Коршунов Н. И., Филатова Ю. С., Яльцева Н. В., Речкина Е. В. Оценка больным некоторых личностных качеств ревматолога и эффективность терапии. *Научно — практич. ревматол.*, 2007, 3, 77-80.
8. Коршунов Н. И., Яльцева Н. В., Большакова Е. В. Больной ревматоидным артритом: взаимоотношения в диаде «врач- больной» и степень информированности о болезни. *Научно — практич. ревматол.*, 2001, 4, 80- 3.
9. Насонов Е. Л. Фармакотерапия ревматоидного артрита. *Русс. мед. жур.*, 2002, 10, 6-12.
10. Пьянкова Е. Ю. Эффективность обучения больных сахарным диабетом в амбулаторно- поликлинических условиях (влияние на факторы риска сердечно- сосудистых заболеваний и качество жизни),. Автор. дисс. к.мн, 2002, 22 с.
11. Ревматология. Национальное руководство. Под ред. Насонова Е. Л., Насоновой В. А. М., «ГЭОТАР — Медиа», 2008, 714с.
12. Титова Л. Я., Ушаков И. В. Основные направления совершенствования нефрологической и диализной помощи населению Иркутской области на 2009 — 2011 годы. *Менеджер здравоохран.*, 2008, 43 — 8.
13. Шапиро И. А., Пьянкова Е. Ю. Структурированная программа обучения больных сахарным диабетом 2 типа. *Метод. рекоменд.*, 1999, 21 с.
14. Якушин С. С., Филоненко С. П., Минаева Н. В., Рондалева Н. А. Образовательная программа и ее эффективность у больных с остеоартрозом. *Научно — практич. ревматол.*, 2001, 5, 71-5.

Поступила 10.03.09