

Оценка приверженности больных ревматоидным артритом фармакологическим и немедикаментозным методам лечения и ее динамика под влиянием образовательной программы

Е.В. Орлова, Л.Н. Денисов, А.О. Арсеньев, Д.Е. Каратеев

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Научно-исследовательский институт ревматологии» РАМН, Москва

Research Institute of Rheumatology, Russian Academy of Medical Sciences, Moscow

Контакты: Евгения Владиславовна Орлова
yevorlova@mail.ru

Contact: Evgenia Vladislavovna Orlova
yevorlova@mail.ru

Поступила 14.12.2011

Цель — оценить информированность пациентов о фармакологических и немедикаментозных методах лечения ревматоидного артрита (РА) и приверженность их применению до и после участия в образовательной программе, а также «выживаемость» этих знаний и необходимость повторного обучения.

Материал и методы. В исследование было включено 43 больных РА. 23 пациента основной группы прошли обучение в образовательной программе (школа здоровья «Ревматоидный артрит»). 20 больных составили контрольную группу. Образовательная программа состояла из 4 занятий по 90 мин, проводимых каждый день. Оценка приверженности применению фармакологических и немедикаментозных методов лечения проводилась исходно, через 3 и 6 мес.

Результаты. В основной группе использование базисной терапии оставалась стабильно высоким (около 100%) на протяжении 6 мес. К 3-му месяцу после обучения у 23,8% ($p < 0,05$) пациентов удалось отменить нестероидные противовоспалительные препараты. Через 6 мес доля больных, использовавших лазерную терапию, возросла на 57,1% ($p < 0,01$) и составила 47,8%, электро- и ультразвуковое лечение — возросла на 55,6% ($p < 0,01$) и составила 60,9%. Через 3 мес количество пациентов, придерживающихся методик формирования правильного функционального стереотипа, увеличилось в 14 раз ($p < 0,01$; 60,9%), через 6 мес — в 10 раз ($p < 0,01$; 43,5%). Через 3 мес число больных, применяющих ортезы кисти, повысилось на 75,0% ($p < 0,01$; 30,4%), коленные ортезы — на 50,0% ($p < 0,01$; 39,1%), индивидуальные стельки — на 71,4% ($p < 0,01$; 52,2%), трости и костыли — на 60,0% ($p < 0,01$; 34,8%). Через 6 мес положительная динамика сохранилась только относительно использования стелечных ортезов (60,9%) и средств опоры ($p < 0,05$; 34,8%). Через 3 мес количество пациентов, регулярно занимающихся физкультурой, возросло в 5,3 раза ($p < 0,01$; 69,6%), через 6 — в 3,7 раза ($p < 0,01$; 47,8%). Динамика в контрольной группе носила менее выраженный характер, что определило статистически достоверные различия между группами по большинству показателей ($p < 0,05$).

Заключение. Образовательная программа сохраняет высокую комплаентность использования базисной терапии, уменьшает потребность в симптоматических препаратах, увеличивает приверженность физиотерапии, методам формирования правильного двигательного стереотипа, ортезированию, регулярным занятиям физкультурой. Максимальный положительный результат школы здоровья «Ревматоидный артрит» был достигнут через 3 мес, к 6-му месяцу эффект несколько угасал. Это диктует необходимость повторного обучения в последующие 3–6 мес.

Ключевые слова: ревматоидный артрит, образовательная программа, обучение пациентов

ASSESSMENT OF ADHERENCE TO DRUG AND NON-DRUG TREATMENTS AND ITS CHANGES UNDER THE INFLUENCE OF AN EDUCATION PROGRAM IN PATIENTS WITH RHEUMATOID ARTHRITIS
E.V. Orlova, L.N. Denisov, A.O. Arsenyev, D.E. Karateev

Objective: to assess awareness of drug and non-drug treatments for rheumatoid arthritis (RA) and compliance in patients before and after their participation in an education program, as well as the survival of the knowledge and the need for retraining.

Subjects and methods. The study included 43 patients with RA: 23 study group patients were trained according to an education program (Rheumatoid Arthritis Health School), 20 patients formed a control group. The education program consisted of 4 daily 90-min studies. Adherence to drug and non-drug treatments was assessed at baseline and at 3 and 6 months.

Results. In the study group, the basic therapy remained stably high (about 100%) within 6 months. At 3 months after studies, nonsteroidal anti-inflammatory drugs could be discontinued in 23.8% ($p < 0.05$). After 6 months, the proportion of patients using laser therapy increased by 57.1% ($p < 0.01$) and accounted for 47.8%; the use of electric and ultrasound treatments showed a 55.6% increase ($p < 0.01$) and was 60.9%. The number of patients who were compliant to the procedures for shaping a correct functional stereotype increased by 14 and 10 times following 3 and 6 months (60.9% and 43.5%, respectively; $p < 0.01$). After 3 months, there was a rise in the number of patients using hand orthoses by 75.0% (30.4%; $p < 0.01$); knee orthoses by 50.0% (39.1%; $p < 0.01$); individual inner soles by 71.4% (52.2%; $p < 0.01$); and walking sticks and crutches by 60.0% (34.8%; $p < 0.01$). Following 6 months, the positive changes remained only after the relative use of inner soles (60.9%) and support means (34.8%; $p < 0.05$). The number of patients who regularly did physical activity increased by 5.3 (69.6%; $p < 0.01$) and 3.7 (47.8%; $p < 0.01$) times at 3 and 6 months, respectively. The trend in the control group was less pronounced, determining statistically significant differences between the groups in most indicators ($p < 0.05$).

Conclusion. The education program retains high compliance to the basic therapy, reduces needs for symptomatic drugs, and enhances adherence to physiotherapy, methods for shaping a correct motor stereotype, orthosis wearing, and regular physical activity. The maximum positive result of the Rheumatoid Arthritis Health School was achieved after 3 months; this effect slightly diminished at 6 months. This necessitates retraining in the following 3–6 months.

Key words: rheumatoid arthritis, education program, patient education

Одной из важнейших причин неадекватного контроля над заболеванием и препятствием к повышению качества медицинской помощи является низкая приверженность пациентов с ревматоидным артритом (РА) выполнению врачебных рекомендаций (комплаентность). Успех в лечении РА возможен только в тесном и длительном союзе лечащего врача и пациента, для чего необходимы позитивная мотивация и огромный труд со стороны больного. Эффективная терапия РА невозможна без активного и грамотного участия пациента в этом процессе, что требует проведения образовательных программ (школ здоровья), основанных на реальных потребностях больного.

Школа здоровья — это особый вид взаимодействия врача и пациента, в основе которого лежит обучение, так как только информированное, добровольное и активное участие человека с его личной внутренней мотивацией является залогом успешного лечения [1].

Деятельность школ здоровья регламентирована приказом МЗ РФ от 16.07.2001 № 269 «О введении в действие отраслевого стандарта “Сложные и комплексные медицинские услуги”» [2]. Обучение в школе здоровья определяется как помощь пациентам в приобретении и поддержании навыков, необходимых им для эффективного управления собственной жизнью и здоровьем в условиях хронического заболевания либо в определенные периоды жизни (беременность, кормление новорожденного) [3].

В итоге больной должен обрести навыки управления течением заболевания и лечебным процессом в активном сотрудничестве с врачом. У пациента, получившего достаточную и убедительную информацию о своей болезни, о факторах, способствующих развитию осложнений, возникает осознанная мотивация к самоанализу, изменению собственного образа жизни и составлению рационального индивидуального плана оздоровления. Обучение больных позволяет расширить сферу влияния врача на весь процесс лечения и реабилитации, контролировать образ жизни пациента, привычки, поведенческие стереотипы, влияющие на течение заболевания и его прогноз. Школы здоровья направлены на оптимизацию контроля заболевания путем формирования партнерства врача и пациента для улучшения качества и увеличения продолжительности жизни больного, снижения прямых и косвенных затрат на лечение [3].

Основными целями образовательной программы для пациентов с РА, на наш взгляд, являются улучшение информированности о заболевании, его течении, прогнозе и методах терапии, повышение мотивации к приему назначенных врачом медикаментов и комплаентности лечения, обучение двигательным навыкам и лечебным положениям, формированию правильного поведенческого стереотипа, основам лечебной физической культуры (ЛФК), методам психологической адаптации к болезни и саморегуляции. Все это необходимо для предупреждения функциональной недостаточности суставов и прогрессирования деформаций, для сохранения способности к самообслуживанию, выполнению бытовой деятельности и профессиональному труду, для коррекции психоэмоциональных нарушений, поддержания больного как активной социальной личности и улучшения качества жизни.

Для комплексного анализа эффективности образовательной программы, предназначенной больным РА, необходимо оценить ее влияние на уровень знаний пациентов

о своем заболевании и комплаентность использования лекарственных и нефармакологических методов лечения. Кроме того, необходимо установить сроки угасания эффекта терапевтического обучения и периодичность повторного проведения школ.

Цель данного исследования — оценить информированность пациентов о фармакологических и немедикаментозных методах лечения РА и приверженность их применению до и после участия в образовательной программе (школа здоровья «Ревматоидный артрит»), а также «выживаемость» этих знаний и необходимость повторного обучения.

Материал и методы

Критериями включения больных в исследование были: диагноз РА, соответствующий критериям Европейской антиревматической лиги/Американской коллегии ревматологов (EULAR/ACR) 2010 г., возраст 18–65 лет, I–III функциональный класс, отсутствие хирургического лечения РА до и на протяжении исследования, тяжелой сопутствующей патологии (почечная, печеночная, сердечная недостаточность, высокая неконтролируемая артериальная гипертензия, декомпенсированный сахарный диабет и др.), злокачественных новообразований, в том числе в анамнезе за 5 лет, злоупотребления алкоголем, психических заболеваний, в том числе деменции и нарушения восприятия информации.

Было обследовано 43 больных РА в возрасте от 20 до 65 лет (39 женщин и 4 мужчины), с длительностью заболевания от 3 мес до 11 лет. У 9 (21%) пациентов была очень ранняя стадия заболевания, у 16 (37%) — ранняя, у 11 (26%) — развернутая, у 7 (16%) — поздняя. 37 (86%) больных были серопозитивными по ревматоидному фактору. Активность РА определялась по индексу DAS 28 в соответствии с классификацией Ассоциации ревматологов России (АРР) 2007 г. [4]. 1-я степень активности имела место у 9 (21%) пациентов, 2-я — у 29 (67%), 3-я — у 5 (12%). I рентгенологическая стадия определялась у 9 (21%) больных, II — у 27 (63%), III — у 7 (16%). I функциональный класс был у 11 (26%) пациентов, II — у 24 (56%), III — у 8 (18%).

В исследование были включены две группы больных. В 1-ю (основную) группу вошли 23 пациента, прошедшие обучение в образовательной программе (школа здоровья «Ревматоидный артрит»); 2-ю (контрольную) группу составили 20 больных. Медикаментозная терапия в обеих группах включала базисные противовоспалительные препараты (БПВП): метотрексат 10–20 мг в неделю, или метотрексат 20–25 мг в неделю вместе с инфликсимабом 200 мг внутривенно капельно (по схеме) либо с адалимумабом 40 мг подкожно 1 раз в 2 нед (по схеме), или лефлуномид 20 мг в день, или сульфасалазин 1–2 г в день, нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП), глюкокортикоиды (ГК). Пациенты обеих групп не имели существенных различий в длительности и активности заболевания, рентгенологической стадии, функциональной недостаточности и проводимой медикаментозной терапии (табл. 1).

Образовательная программа для больных РА проводилась нами согласно техническому заданию «Подготовка информационно-методического обеспечения системы медико-санитарного просвещения и обучения здоровью образу жизни населения Российской Федерации» (2007), по общим требованиям и единой методологии [3].

Таблица 1 Клиническая характеристика больных ревматоидным артритом

Параметры	Основная группа, n (%)	Контрольная группа, n (%)
Стадия РА:		
очень ранняя	5 (22)	4 (20)
ранняя	8 (35)	8 (40)
развернутая	6 (26)	5 (25)
поздняя	4 (17)	3 (15)
Активность (по DAS 28):		
1-я степень	4 (17)	5 (25)
2-я степень	16 (70)	13 (65)
3-я степень	3 (13)	2 (10)
Рентгенологическая стадия:		
I	5 (22)	4 (20)
II	14 (61)	13 (65)
III	4 (17)	3 (15)
Функциональный класс:		
I	6 (26)	5 (25)
II	13 (57)	11 (55)
III	4 (17)	4 (20)
Базисная медикаментозная терапия:		
метотрексат 10–20 мг в неделю	14 (61)	13 (65)
сульфасалазин 1–2 г в день	2 (9)	2 (10)
лефлуномид 20 мг в день	4 (17)	3 (15)
инфликсимаб 200 мг внутривенно капельно (по схеме) + метотрексат 20–25 мг в неделю	2 (9)	1 (5)
адалимумаб 40 мг подкожно 1 раз в 2 нед (по схеме) + метотрексат 20–25 мг в неделю	1 (4)	1 (5)

В рамках школы была освещена информация о клинических проявлениях РА, современной диагностике, факторах прогрессирования, прогнозе, методах профилактики остеопороза, диетической терапии и сбалансированном пищевом рационе, о влиянии курения на здоровье [5, 6]. Рассматривались вопросы восстановительного лечения и реабилитации больных, физиотерапии, значение физической активности и ЛФК, а также основные направления медикаментозной терапии, ее цели, периодичность оценки ее эффективности и контроля безопасности, группы препаратов с доказанной эффективностью, правила их приема, побочные эффекты лекарственных средств. Н. John и соавт. [7, 8] показали, что образовательные программы должны обязательно акцентировать внимание на повышенном риске сердечно-сосудистых осложнений при РА, поэтому отдельное место было отведено стратегиям его снижения.

В ходе проведения школы у пациентов вырабатывались практические навыки — методики формирования нового двигательного, функционального и поведенческого стереотипов в повседневной жизни и профессиональной деятельности. Больных обучали правильным (лечебным) положениям сидя и лежа, методам защиты суставов (исключение опасных действий, например крутящего момента для запястья, захвата «пинцетом» для пальцев кисти, опоры на кисти при вставании со стула или кресла и пр.), правилам поднятия и переноса предметов, применению вспомогательных средств и технических приборов в быту, использованию различных видов ортезов, тростей и костылей, основам выполнения физических упражнений, умению рассчитывать индивидуальную допустимую тренирующую частоту сердечных сокращений, идеальную массу тела, элементарным способом управления стрессом и психологической адаптации к болезни.

М. Kaariainen и соавт. [9] показали, что качество образовательных программ при РА можно повысить, если использовать печатные материалы, поэтому после обучения пациенты получали методическое пособие, содержащее основные аспекты диагностики, фармакологического и немедикаментозного лечения РА, указания по рациональному питанию, а также описание комплексов упражнений [10].

Школа здоровья «Ревматоидный артрит» состояла из четырех занятий, продолжительностью по 90 мин каждое, проводимых каждый день. Вся предлагаемая информация основывалась на современных клинических рекомендациях, данных метаанализов, рандомизированных клинических исследований и была представлена ведущими специалистами по данным проблемам ФГБУ «НИИР» РАМН.

Обучающую программу проводили во время стационарного лечения пациентов в клинике ФГБУ «НИИР» РАМН. Наблюдение больных осуществляли в течение 6 мес на амбулаторном этапе. Обе группы исследовали по одному и тому же протоколу: исходное обследование, далее — участие (или неучастие) в образовательной программе, через 3 мес осуществлялись контакты по телефону, а через 6 мес — очный визит. Всем пациентам во время госпитализации было проведено стандартное комплексное клиничко-лабораторное обследование [2].

Оценка информированности пациентов о заболевании, осведомленности о методиках терапии и комплаентности их применения, а также «выживаемости» этих знаний проводилась по разработанному нами опроснику. В нем больной отмечал факт использования того или иного фармакологического и немедикаментозного метода лечения РА на данный момент.

В процессе проведения школы пациентов с РА обучали четырем основным правилам изменения двигатель-

ного и функционального стереотипов: правильные (лечебные) положения, способы защиты суставов, методики поднятия и переноса предметов, применение вспомогательных средств и технических приборов в быту. Приверженность больных методам формирования правильного функционального стереотипа оценивали следующим образом: полная приверженность — соблюдение всех рекомендаций, частичная — использование двух-трех из предложенных способов, ее отсутствие — выполнение одной рекомендации или полный отказ изменить привычный двигательный режим.

Опросник предлагался для заполнения пациентам исходно, через 3 мес (заполнение производилось исследователем во время телефонного контакта) и через 6 мес. При анализе данного опросника оценивался факт соблюдения предложенных в процессе обучения рекомендаций и регулярного применения различных методов лечения.

Результаты

В табл. 2 показано изменение степени применения больными РА фармакологических и немедикаментозных методов лечения за весь период наблюдения.

Изначально группы статистически не различались по частоте использования медикаментозной терапии. Профиль применяемых лекарственных средств в обеих группах практически совпадал ($p>0,05$). Больные РА четко придерживались режима использования базисной и симптоматической терапии. Частота применения различных НПВП в обеих группах приближалась к 100%; ГК принимали 78,3% пациентов основной группы и 75,0% контрольной. Приверженность больных базисной терапии составляла 100% в основной и в контрольной группах. При этом только чуть больше 1/3 пациентов (39,1% основной и 35,0% контрольной групп) были правильно осведомлены о периодичности оценки эффективности проводимой терапии, необходимости клини-

Таблица 2 Изменение приверженности больных ревматоидным артритом применению фармакологических и немедикаментозных методов лечения

Методы	Использование исходно, абс. число (%)		Использование через 3 мес, абс. число (%)		Использование через 6 мес., абс. число (%)	
	основная	контроль	основная	контроль	основная	контроль
<i>Медикаментозная терапия</i>						
БПВП	23 (100)	20 (100)	23 (100)	19 (95,0)	22 (95,7)	16 (80,0)*, **
НПВП	21 (91,3)	20 (100)	16 (69,6)*	18 (90,0)**	19 (82,6)	18 (90,0)
ГК	18 (78,3)	15 (75,0)	17 (73,9)	14 (70,0)	13 (56,5)*	11 (55,0)*
Оценка эффективности и контроль безопасности терапии	9 (39,1)	7 (35,0)	18 (78,3)*	10 (50,0)*, **	16 (69,6)*	8 (40,0)**
Биологически активные добавки и нетрадиционные средства (без назначения врача)	11 (47,8)	10 (50,0)	4 (17,4)*	9 (45,0)**	6 (26,0)*	9 (45,0)**
<i>Физиотерапия</i>						
Лазерная терапия	7 (30,4)	7 (35,0)	8 (34,8)	7 (35,0)	11 (47,8)*	7 (35,0)**
Электро-, ультразвуковое лечение, электро-, фонофорез	9 (39,1)	6 (30,0)	10 (43,5)	8 (40,0)	14 (60,9)*	8 (40,0)**
Криотерапия	6 (26,1)	5 (25,0)	6 (26,1)	5 (25,0)	7 (30,4)	5 (25,0)
Физиотерапия в домашних условиях (тепло на суставы и др.) без назначения врача	14 (60,9)	12 (60,0)	5 (21,7)*	13 (65,0)**	9 (39,1)*	13 (65,0)**
<i>Методики формирования правильного функционального и двигательного стереотипов</i>						
Правильные (лечебные) положения	2 (8,7)	2 (10,0)	22 (95,7)*	3 (15,0)**	17 (73,9)*	3 (15,0)**
Методы защиты суставов	2 (8,7)	2 (10,0)	22 (95,7)*	2 (10,0)**	16 (69,6)*	3 (15,0)**
Правила поднятия и переноса предметов	1 (4,3)	1 (5,0)	21 (91,3)*	2 (10,0)**	13 (56,5)*	1 (5,0)**
Применение вспомогательных средств и технических приборов в быту	1 (4,3)	0	14 (60,9)*	0**	13 (56,5)*	0**
Полная приверженность	1 (4,3)	0	14 (60,9)*	0**	10 (43,5)*	0**
Частичная приверженность	1 (4,3)	2 (10,0)	8 (34,8)*	3 (15,0)**	5 (21,7)*	3 (15,0)**
Отсутствие приверженности	21 (91,3)	18 (90,0)	1 (4,3)*	17 (85,0)**	8 (34,8)*	17 (85,0)**
<i>Ортезирование</i>						
Ортезы кисти и лучезапястного сустава	4 (17,4)	3 (15,0)	7 (30,4)*	4 (20,0)**	4 (17,4)	4 (20,0)
Коленные ортезы (наколенники)	6 (26,1)	5 (25,0)	9 (39,1)*	6 (30,0)	7 (30,4)	5 (25,0)
Индивидуально изготовленные стельки (стельчатые ортезы), ортопедическая обувь, правильный подбор обуви	7 (30,4)	5 (25,0)	12 (52,2)*	4 (20,0)**	14 (60,9)*	6 (30,0)**
Трости, костыли	5 (21,7)	4 (20,0)	8 (34,8)*	4 (20,0)**	8 (34,8)*	5 (25,0)
<i>Занятия ЛФК как минимум в течение 30 мин</i>						
3 раза или более в неделю	3 (13,0)	3 (15,0)	16 (69,6)*	5 (25,0)*, **	11 (47,8)*	4 (20,0)**
1–2 раза в неделю	1 (4,3)	1 (5,0)	3 (13,0)*	3 (15,0)	4 (17,4)*	3 (15,0)
1–2 раза в месяц	1 (4,3)	0	1 (4,3)	2 (10,0)	2 (8,7)	1 (5,0)
Отсутствие регулярных занятий	18 (78,3)	16 (80,0)	3 (13,0)*	10 (50,0)*, **	6 (26,1)*	12 (60,0)*, **

Примечание. * – достоверность различий с исходными данными внутри группы, $p<0,05$; ** – достоверность различий данных между группами, $p<0,05$.

ко-лабораторного контроля ее безопасности и применяли эти знания на практике. Кроме того, около половины больных обеих групп пользовались биологически активными добавками (БАД) и другими нетрадиционными средствами самостоятельно, без консультации с врачом (см. табл. 2).

Через 3 мес после обучения 100% больных основной группы продолжали применять БПВП. В контрольной группе использование базисной терапии снизилось на 5,0% ($p > 0,05$) от первоначального значения, но эти изменения, а также различия между группами по данному качественному признаку были статистически недостоверны ($p > 0,05$). Через 6 мес доля больных, применяющих БПВП, в основной группе также приближалась к 100% (95,7%), а в контрольной — уменьшилась на 20,0% ($p < 0,05$) от исходного уровня (80,0%), при этом между группами существовали статистически достоверные различия в приверженности базисной терапии ($p < 0,05$).

Таким образом, в основной группе, прошедшей обучение в школе здоровья, использование базисной терапии оставалось стабильно высоким (около 100%) на протяжении всего периода наблюдения. Основной причиной отказа от приема БПВП после выписки из клиники в контрольной группе являлась их самостоятельная отмена из-за непереносимости или неэффективности по субъективной оценке больными.

Через 3 мес после обучения правила контроля эффективности и безопасности проводимой терапии соблюдали 78,3% больных основной группы (с повышением в 2 раза от первоначального значения; $p < 0,01$), а через 6 мес — 69,6% (с увеличением в 1,78 раза от исходного уровня; $p < 0,01$). Через 3 мес в контрольной группе также отмечалось повышение данного показателя на 42,9% ($p < 0,05$) от первоначального значения (50,0%), но через 6 мес эта динамика была недостоверной ($p > 0,05$). При этом в обеих контрольных точках исследования существовали статистически значимые различия между группами по оцениваемому качественному признаку ($p < 0,05$).

После участия в образовательной программе в основной группе произошли статистически значимые изменения в профиле используемых лекарственных препаратов. Через 3 мес после обучения в школе доля больных РА основной группы, нуждающихся в НПВП, снизилась на 23,8% ($p < 0,05$) от первоначального значения и составила 69,6%, с достоверным отличием от контрольной группы ($p < 0,05$), в которой не наблюдалось выраженной динамики исследуемого показателя ($p > 0,05$). Через 6 мес наблюдения число больных обеих групп, использующих НПВП, существенно не различалось между собой и не отличалось от исходного уровня ($p > 0,05$). Прием ГК в обеих группах статистически значимо снизился через 6 мес наблюдения: на 27,8% ($p < 0,05$) от исходного уровня в основной группе и на 26,7% ($p < 0,05$) — в контрольной, но достоверных различий между группами по данному качественному признаку в обеих контрольных точках отмечено не было ($p > 0,05$).

Через 3 мес после участия в образовательной программе количество больных РА из основной группы, самостоятельно применяющих БАД и средства нетрадиционной медицины, уменьшилось в 2,75 раза ($p < 0,01$) от исходного уровня и стало равным 17,4%, а через 6 мес — в 1,83 раза ($p < 0,01$) от первоначального значения (26,0%). В кон-

трольной группе динамики данного показателя отмечено не было. При этом в обеих контрольных точках наблюдались статистически достоверные различия между группами по исследуемому признаку ($p < 0,05$).

Изначально отмечалась достаточно высокая степень применения физиотерапии среди больных РА. Около 1/3 пациентов использовали какой-либо из основных физиотерапевтических методов в амбулаторных или стационарных условиях (лазерная терапия, электро-, ультразвуковое лечение, криотерапия; см. табл. 2). 60,9% больных РА основной и 60,0% контрольной групп самостоятельно, без консультации с врачом пытались с целью обезболивания применять физиотерапевтические воздействия в домашних условиях (согревающие компрессы и припарки на суставы, горячие ванны, грелки, банные процедуры, использование различных физиотерапевтических аппаратов с недоказанной эффективностью, рекламируемых в СМИ).

Через 6 мес после обучения в школе число пациентов основной группы, использовавших лазерную терапию, возросло на 57,1% ($p < 0,01$) от исходного уровня и составило 47,8%, методики электро- и ультразвукового лечения — на 55,6% ($p < 0,01$; 60,9%). Выраженной динамики применения этих методов физиотерапии за весь период наблюдения в контрольной группе не наблюдалось ($p > 0,05$), при этом существовали статистически достоверные различия между группами по данным качественным признакам через 6 мес ($p < 0,05$).

Количество больных основной группы, бесконтрольно использовавших физиотерапевтические воздействия в домашних условиях, через 3 мес после участия в образовательной программе сократилось в 2,8 раза ($p < 0,01$) от исходного уровня (21,7%), но через 6 мес это число несколько возросло, но все же было в 1,56 раза ($p < 0,01$) меньше первоначального значения (39,1%). В обеих контрольных точках наблюдались статистически достоверные различия между группами по исследуемому показателю ($p < 0,05$).

Изначально пациенты обеих групп практически не были знакомы с методиками формирования правильного двигательного и функционального стереотипов. Только по 4,3% больных основной группы полностью или частично выполняли данные рекомендации, в контрольной группе число таких пациентов составляло 0 и 10,0% соответственно. Реже всего больные применяли вспомогательные средства и технические приборы в быту, а также правила поднятия и переноса предметов (см. табл. 2).

Через 3 мес после обучения в школе доля больных РА из основной группы, придерживавшихся всех четырех рекомендаций, составляла 60,9% (увеличилась в 14 раз от исходного уровня; $p < 0,01$), а частично приверженных их соблюдению — 34,8% (повысилась в 8 раз от первоначального значения; $p < 0,01$), через 6 мес число таких пациентов несколько уменьшилось и стало равным 43,5% (в 10 раз выше исходного уровня; $p < 0,01$) и 21,7% (в 5 раз больше первоначального значения; $p < 0,01$) соответственно. В контрольной группе существенной динамики доли больных, частично или полностью выполняющих правила формирования двигательного стереотипа, отмечено не было ($p > 0,05$), количество этих пациентов оставалось ничтожно малым в течение всего периода наблюдения. При этом в обеих контрольных точках наблюдались статистически достоверные различия между группами по данным качественным признакам ($p < 0,01$).

Исходно в обеих группах отмечалась низкая комплаентность использования ортезирования. Наиболее часто больные применяли наколенники (26,1% пациентов основной группы и 25,0% контрольной), стелечные ортезы и ортопедическую обувь (30,4% больных основной группы и 25,0% контрольной; см. табл. 2).

Через 3 мес после участия в образовательной программе количество больных, использовавших ортезы кисти и лучезапястного сустава, увеличилось на 75,0% ($p<0,01$) от исходного уровня и составило 30,4% основной группы, коленные ортезы — на 50,0% ($p<0,01$; 39,1%), индивидуальные стельки и ортопедическую обувь — на 71,4% ($p<0,01$; 52,2%), средства опоры — на 60,0% ($p<0,01$; 34,8%). Динамики оцениваемых качественных признаков в контрольной группе отмечено не было ($p>0,05$). Через 3 мес достоверные различия между группами наблюдались в отношении применения ортезирования кисти, стелечных ортезов и ортопедической обуви, а также тростей и костылей ($p<0,05$).

Через 6 мес после обучения в школе достоверная положительная динамика в основной группе сохранилась только относительно использования индивидуальных стелек, ортопедической обуви (60,9%) и средств опоры (34,8%; $p<0,05$). Доля больных основной группы, применяющих ортопедическую коррекцию кистей и наколенники, практически вернулась к исходному уровню до обучения ($p>0,05$). В этой контрольной точке статистически значимые различия между группами наблюдались только в отношении использования стелечных ортезов и ортопедической обуви ($p<0,05$).

Изначально в обеих группах больных РА наблюдался крайне низкий уровень физической активности. Только 13,0% пациентов основной и 15,0% больных контрольной групп выполняли физические упражнения по 30 мин три или более раз в неделю, при этом около 80% пациентов обеих групп регулярно не занимались физкультурой (см. табл. 2).

Наилучший положительный результат по использованию данного немедикаментозного метода был достигнут через 3 мес после обучения. Число больных основной группы, занимающихся ЛФК как минимум 30 мин три и более раз в неделю, возросло в 5,3 раза ($p<0,01$) от исходного уровня и составило 69,6%, а полное отсутствие регулярных занятий отмечалось только у 13,0% пациентов (сократилось в 6 раз от первоначального значения; $p<0,01$). В контрольной группе также наблюдалась некоторая положительная динамика количества больных, регулярно занимающихся физическими упражнениями (увеличилось в 1,67 раза от исходного значения — 25,0%; $p<0,05$), но менее значимая, чем в основной. При этом через 3 мес отмечались достоверные различия между группами по оцениваемым качественным признакам ($p<0,05$).

Положительная динамика в основной группе сохранялась через 6 мес после обучения, хотя эффект образовательной программы снизился. Количество пациентов, выполняющих физические упражнения три и более раз в неделю, было в 3,7 раза ($p<0,01$) больше первоначального значения (47,8%), а число больных, не занимающихся физкультурой совсем, оказалось в 3 раза меньше исходного уровня (26,1%). Различия между группами по данным показателям оставались статистически достоверными ($p<0,05$).

В качестве независимых предикторов регулярных занятий физкультурой как минимум 30 мин три и более раз в неделю на протяжении всего периода наблюдения нами были установлены молодой возраст (до 35 лет) и короткий анамнез заболевания (очень ранняя и ранняя стадии РА): отношение шансов (ОШ) 5,32; 95% доверительный интервал (ДИ) 1,47–20,52; $p<0,01$, и ОШ 3,89; 95% ДИ 1,25–10,63; $p<0,01$ соответственно.

Обсуждение

Одной из важнейших проблем в лечении РА является низкая приверженность пациентов с РА выполнению врачебных рекомендаций и комплаентность использования фармакологических и немедикаментозных методов лечения. Этому вопросу посвящен ряд исследований.

L.C. Li и соавт. [11] оценили степень использования больными РА немедикаментозных методов лечения. Комплаентность выполнения физических упражнений составляла 83%, водных упражнений — 54,9%, использования термоаппликаций — 83,3%, ортопедической обуви — 54,9%, ортезов для стоп — 60,3%, средств опоры — 31,2%, вспомогательных бытовых приспособлений — 37,2%, методов защиты суставов — 56,3%, стратегий эргобережения — 56,9%, участия в образовательных программах — 32,4%.

В нескольких работах была оценена роль регулярных занятий физкультурой в лечении РА [12–14]. Оказалось, что пациенты с РА менее физически активны по сравнению с общей популяцией, комплаентность регулярного выполнения физических упражнений с должной частотой и интенсивностью достаточно низка.

Большую проблему представляет также согласие больных РА использовать ортезы. Результаты проведенных исследований показали, что только 5% пациентов с длительным анамнезом РА носят специальную ортопедическую обувь, приверженность ортезированию кисти составляет около 35–50% [15–17].

Данное исследование продемонстрировало, что вопрос о поддержании должного уровня физической активности и комплаентности использования ортезов у больных РА остается открытым. Изначально 13% больных выполняли физические упражнения как минимум 30 мин три или более раз в неделю. Через 6 мес после участия в образовательной программе только около половины пациентов стали регулярно заниматься физкультурой. Предикторами этого являлись молодой возраст (до 35 лет) и короткий анамнез заболевания (очень ранняя и ранняя стадии РА).

Кроме того, была крайне низка комплаентность использования ортезирования (исходно — около 17–30%). Если через 3 мес после обучения количество больных, применяющих ортезы кисти, наколенники, стелечные ортезы и ортопедическую обувь, составляло в среднем по 30–52%, то к концу периода наблюдения положительная динамика сохранилась только в отношении использования индивидуально изготовленных стелек и ортопедической обуви (60,9%).

В целом после обучения в школе отмечалась тенденция к более широкому применению основных фармакологических и немедикаментозных методов лечения РА.

Участие в образовательной программе помогло изменить профиль используемых лекарственных препаратов в сторону средств с доказанной клинической эффективно-

стью. Обучение в школе значительно повлияло на снижение бесконтрольного использования БАД, средств с недоказанной эффективностью и безопасностью, несколько уменьшило потребность больных в симптоматической терапии в течение 3 мес, сохранило стабильно высокую приверженность базисной терапии РА в течение всего периода наблюдения, а также увеличило комплаентность проведения периодической оценки эффективности и контроля безопасности лечения.

В результате участия в образовательной программе к концу периода наблюдения больные РА стали чаще применять физиотерапевтические методы с доказанной эффективностью (лазерная терапия, электро-, ультразвуковое лечение) и реже бесконтрольно, без консультации с врачом использовать физиотерапию (в основном термотерапию: согревающие компрессы на суставы, горячие ванны и др.) в домашних условиях.

После обучения в школе достоверно увеличилось количество больных, использующих методы формирования правильного функционального и двигательного стереотипов в повседневной деятельности, с которыми изначально пациенты практически не были знакомы. При этом наиболее активное применение всех четырех предложенных рекомендаций: правильные (лечебные)

положения, способы защиты суставов, методики поднятия и переноса предметов, применение вспомогательных средств и технических приборов в быту — наблюдалось через 3 мес после обучения.

Максимальный положительный результат образовательной программы по использованию основных фармакологических и немедикаментозных методов лечения РА был достигнут через 3 мес, к 6-му месяцу эффект школы несколько угасал. Эти данные диктуют необходимость повторного обучения в последующие 3–6 мес.

Учитывая все вышеизложенное, можно сделать вывод, что участие в образовательной программе формирует правильное представление о болезни, факторах прогрессирования, развивает повседневные умения и навыки, позволяющие эффективнее ее контролировать. Обучение в школе здоровья «Ревматоидный артрит» ориентировано на потребности пациентов, способствует лучшему пониманию ими своего заболевания, повышению приверженности использованию как медикаментозных, так и нефармакологических методов лечения с доказанной эффективностью, обучению уходу за собой и социальной адаптации. Все это, в конечном итоге, способно значительно улучшить качество жизни больных РА.

ЛИТЕРАТУРА

1. Школа здоровья для пациентов с артериальной гипертензией: Информационно-методическое пособие для врачей. Под ред. Р.Г. Оганова. М., 2002;62 с.
2. О введении в действие отраслевого стандарта «Сложные и комплексные медицинские услуги». Приказ МЗ РФ № 269 от 16.07.2001. М.: МЗ РФ, 2001.
3. Подготовка информационно-методического обеспечения системы медико-санитарного просвещения и обучения здоровому образу жизни населения Российской Федерации. Техническое задание. М.: МЗиСР РФ, Ассоциация медицинских обществ по качеству, 2007;48 с.
4. Каратеев Д.Е., Олюнин Ю.А. О классификации ревматоидного артрита. Науч.-практич ревматол 2008;1:5–16.
5. Денисов Л.Н. Диетотерапия ревматоидного артрита. Тер арх 2006;78(6):84–7.
6. Денисов Л.Н., Насонова В.А. Курение и ревматические болезни. Курение — фактор риска развития ревматоидного артрита. Науч.-практич ревматол 2011;2:47–51.
7. John H., Hale E.D., Bennett P. et al. All singing from the same hymn sheet?: healthcare professionals' perceptions of developing patient education material about the cardiovascular aspects of rheumatoid arthritis. Musculoskeletal Care 2009;7:256–71.
8. John H., Hale E.D., Bennett P. et al. Translating patient education theory into practice: developing material to address the cardiovascular education needs of people with rheumatoid arthritis. Patient Educ Couns 2011;84(1):123–7.
9. Kaariainen M., Kukkurainen M.L., Kyngas H. et al. Improving the quality of rheumatoid arthritis patients' education using written information. Musculoskeletal Care 2011;9(1):19–24.
10. Сигидин Я.А., Балабанова Р.М., Муравьев Ю.В. и др. Ревматоидный артрит: Методическое пособие по материалам Всероссийской конференции в рамках «12 октября — Всемирный день борьбы с артритом» World Arthritic Day. Под ред. Е.Л. Насонова. М., 2010;26 с.
11. Li L.C., Maetzel A., Pencharz J.N. et al. Use of mainstream non-pharmacologic treatment by patients with arthritis. Arthr Care Res 2004;51:203–9.
12. De Jong Z., Munneke M., Kroon H.M. et al. Long-term follow-up of a high-intensity exercise program in patients with rheumatoid arthritis. Clin Rheumatol 2009;28(6):663–71.
13. Van der Giesen F.J., van Lankveld W., Hopman-Rock M. et al. Exploring the public health impact of an intensive exercise program for patients with rheumatoid arthritis: a dissemination and implementation study. Arthr Care Res 2010;62:865–72.
14. Van den Berg M.H., de Boer I.G., le Cessie S. et al. Are patients with rheumatoid arthritis less physically active than the general population? J Clin Rheumatol 2007;13(4):181–6.
15. Арсеньев А.О., Павлов В.П., Казначеев Л.И. Опыт ортезирования у больных ревматическими заболеваниями суставов. Рос ревматол 1998;1:33–7.
16. Silvester R.N., Williams A.E., Dalbeth N. et al. «Choosing shoes»: a preliminary study into the challenges facing clinicians in assessing footwear for rheumatoid patients. J Foot Ankle Res 2010;3:24.
17. De Boer I.G., Peeters A.J., Ronsday H.K. et al. The usage of functional wrist orthoses in patients with rheumatoid arthritis. Disabil Rehabil 2008;30(4):286–95.