

НОВОЕ НАПРАВЛЕНИЕ В РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ГЕМОРРАГИЧЕСКУЮ ЛИХОРАДКУ С ПОЧЕЧНЫМ СИНДРОМОМ

Г.М. Хасанова¹, А.В. Тутельян², Д.А. Валишин³, Р.М. Сабиров¹

¹ Городская клиническая больница № 13, Уфа

² Центральный НИИ эпидемиологии Роспотребнадзора, Москва

³ Башкирский государственный медицинский университет РОСЗДРАВА, Уфа

New Line of Investigation in Rehabilitation of Patients Suffered from Hemorrhagic Fever with Renal Syndrome

G.M. Khasanova¹, A.V. Tutelyan², D.A. Valishin³, R.M. Sabirov¹

¹Municipal Infectious Hospital № 13, Ufa

²Central Scientific Research Institute of Epidemiology of Russian Consumer Good Supervisor, Moscow

³State Educational Institution of Higher Professional Education, Bashkir State Medical University of Russian Public Health Service, Ufa

Резюме. Впервые разработана и внедрена в практику образовательная программа для пациентов, перенесших геморрагическую лихорадку с почечным синдромом. Выявлено, что обучение пациентов повышает уровень комплаенса и приводит к достоверному улучшению показателей реабилитации. У прошедших обучение достоверно реже регистрировались симптомы астении, проявление артериальной гипертензии и воспалительных процессов в мочевыделительной системе. Эффективность применения образовательной программы в комплексной реабилитации после геморрагической лихорадки с почечным синдромом показывает целесообразность широкого внедрения данной программы в работу лечебно-профилактических учреждений.

Ключевые слова: геморрагическая лихорадка с почечным синдромом, образовательная программа для пациентов.

Введение. Геморрагическая лихорадка с почечным синдромом (ГЛПС) является одной из наиболее часто регистрируемых природно-очаговых инфекций. Ежегодно в мире отмечается 150–200 тыс. случаев ГЛПС. На первом месте по заболеваемости ГЛПС находится Китай, где регистрируется около 50 000 случаев в год. На втором месте — Россия, где диагностируется до 5000–6000 случаев ГЛПС в год [1]. Природные очаги ГЛПС на территории Республики Башкортостан считаются одними из самых активных в России [2]. Заболеваемость ГЛПС в Башкирии составляет ежегодно 40–60% от заболеваемости этой инфекцией по России.

По данным ряда исследований, основные последствия ГЛПС наблюдаются в почках, нервной, сердечно-сосудистой системах и сосудистой сети

Abstract. A new educational program for patients suffered from hemorrhagic fever with renal syndrome was worked out and applied into practice for the first time. It was revealed that patient teaching increased patient compliance and improved rehabilitation results for sure. Asthenia symptoms, arterial hypertension and inflammatory processes in urogenital system were recorded more rarely with such patients for certain. The efficiency of this educational program in combined rehabilitation after cases of hemorrhagic fever with renal syndrome proves its advisability of wide application in medical and preventive treatment institutions.

Key words: hemorrhagic fever with renal syndrome, educational program for patients.

гепатолиенальной зоны [3, 4]. Результаты наших исследований выявили у реконвалесцентов ГЛПС такие синдромы, как вторичный иммунодефицит, дизмикрэлементоз, полигиповитаминоз.

Одной из основных проблем, возникающая при реабилитации лиц, перенесших ГЛПС, является низкий уровень комплаенса пациентов. Заболевшие ГЛПС — в основном мужчины молодого и среднего возраста, не склонные ставить здоровье на первое место в системе жизненных ценностей. После выписки большинство из них регулярно не посещают врача, им не проводится должное обследование и коррекция лечения.

По нашему мнению, одним из недостатков ранее существующих подходов в реабилитации больных ГЛПС является недооценка роли самого человека.

Роль больного в лечении заболевания не может ограничиваться пассивным подчинением медицинским назначениям. Он должен быть активным, ответственным участником терапевтического процесса.

Разработанные и внедренные в практику образовательные программы для больных сахарным диабетом, ишемической болезнью сердца, гипертонической болезнью, хроническими obstructивными заболеваниями лёгких показали свою эффективность [5, 6]. Школ для больных геморрагической лихорадкой с почечным синдромом на сегодняшний день не существует, в то время как объективная необходимость в разработке данной инновационной технологии назрела.

Цель исследования – разработать и внедрить в практику образовательную программу для пациентов, перенесших ГЛПС, с целью проведения эффективной индивидуальной программы реабилитации, повышения комплаенса, формирования мотивации к здоровому образу жизни, уменьшения поведенческих факторов риска развития гипертонической болезни и хронических заболеваний почек.

Материалы и методы. Образовательная программа проведена у 159 мужчин, перенесших среднетяжелую или тяжелую форму геморрагической лихорадки с почечным синдромом. В качестве группы сравнения исследовали 61 пациента, не прошедших обучение. Сравнимые группы были идентичны по уровню дохода и социально-демографическим признакам.

Оценка эффективности образовательной программы проводилась путём сравнения изучаемых показателей в начале и сразу после обучения. Оценка отдалённых результатов проводилась спустя 12 месяцев после обучения.

Занятия проводились в поликлинике № 1 городской клинической больницы № 13 города Уфы. Обучение состояло из циклов, включавших занятия, проводившиеся 2 раза в неделю. Продолжительность базовых циклов была 1 месяц, а после основного обучения проводились дополнительные занятия 1 раз в 2 месяца в течение года наблюдения.

Эффективность обучения оценивалась по клиническому состоянию пациентов, повышению комплаенса, изменению пищевого поведения и фактического питания, по изменению психологического статуса и ряда сторон качества жизни, по уровню знаний о рациональном питании, приверженности к здоровому образу жизни, снижению факторов риска развития хронических заболеваний.

Оценку характера питания населения проводили методом анализа частоты потребления пищевых продуктов. Был использован российский вопросник, разработанный Институтом питания

РАМН [7]. Предусмотрена возможность дополнять вопросник продуктами, которые, по мнению испытуемого, вносят существенный вклад в его питание, то есть вопросник открыт для дополнения.

Изучение комплаенса – приверженности к тому или иному способу лечения – проводилось с помощью опросника, в котором отражался объем выполнения пациентом назначений врача. Если обследуемый отмечал, что выполняет половину, больше или меньше половины, или ни одно из рекомендуемых назначений, то это означало, что он имел неполный уровень комплаенса. Пациент, выполнявший регулярно и в полном объеме назначенные рекомендации врача, имел полный уровень комплаенса.

Для оценки астении использовался опросник MFI-20. При этом пять шкал, отражающих общую, физическую, психическую астению, пониженную активность и снижение мотивации, определяют тяжесть астении. Сумма баллов больше 12 хотя бы по одной шкале являлась основанием для диагностики астении.

Математическую обработку результатов исследования проводили с использованием стандартного статистического пакета программ Statistica 7.0 for Windows. Среднее значение M и ошибку среднего значения m вычисляли в Microsoft Excel.

Результаты и обсуждение. Образовательная программа для пациентов, перенесших геморрагическую лихорадку с почечным синдромом, включала теоретические и практические блоки занятий.

В базовую часть теоретического блока входило освещение следующих вопросов: геморрагическая лихорадка с почечным синдромом и её последствия; факторы риска развития гипертонической болезни и хронических заболеваний почек; принципы рационального питания при заболеваниях почек; значение витаминов и микроэлементов для пациентов, перенесших ГЛПС; фитотерапия; влияние вредных привычек на реабилитацию после ГЛПС.

На практических занятиях проводилось измерение роста и веса, рассчитывался индекс Кетле. Проводился опрос по анкете изучения фактического питания и определялась индивидуальная потребность в белках, жирах, углеводах, килокалориях, витаминах и микроэлементах. Обучали методике измерения артериального давления, информировали пациента о неблагоприятных последствиях артериальной гипертензии.

Обучение проводилось в виде ГЛПС-школы, состоящей из цикла занятий, которые проводили 2 раза в неделю в течение 1 месяца (базовый цикл), затем 1 раз в 2 месяца (дополнительные занятия). Базовый цикл проводился по принципу «закрытого коллектива». После начала обучения новые слушатели в группу не принимались, потому что при

повторном обсуждении вопросов, которые обсуждались на прошлых занятиях, вся группа тянется назад и может сорваться весь цикл обучения. В самом начале обучения слушателей предупреждали, чтобы они вели записи основных положений материала, старались выполнять домашние задания, которые задаются в доступной форме после каждого занятия.

До начала занятий применяли специально разработанную анкету по оценке исходных знаний. В конце занятия использовали задачи-тесты по проработанной теме, что позволяло повысить запоминание материала.

На заключительном занятии проводили анализ анкет, дневников пациентов для разработки выводов и рекомендаций. Каждый мог рассказать о своих заблуждениях и о том, что он узнал из курса образовательной программы.

Для оценки уровня знаний больных о своем заболевании, факторах риска гипертонической болезни и хронических заболеваний почек, принципах рационального питания после ГЛПС была разработана специальная анкета. Исследование проводилось до цикла обучения, сразу после обучения и через 12 месяцев после базового цикла обучения. Исходный уровень знаний у больных основной и

контрольной групп до обучения в школе был чрезвычайно низким: число правильных ответов на вопросы не превышало 26%. Нами установлено, что сразу после обучения в ГЛПС-школе наблюдалось значительное повышение уровня знаний по всем разделам. Через 12 месяцев уровень знаний снижался, но был выше, чем у необучающихся пациентов (рис.).

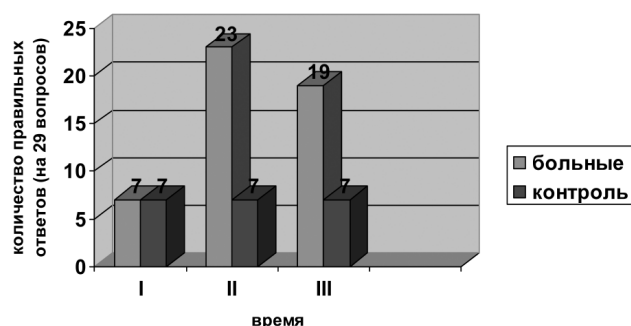


Рис. Изменение уровня знаний со временем в зависимости от обучения в ГЛПС-школе: I – исходный уровень знаний; II – уровень знаний сразу после обучения; III – уровень знаний через 12 месяцев после обучения

Таблица

Сравнительная характеристика клинических показателей и факторов риска через год после геморрагической лихорадки с почечным синдромом у пациентов, не прошедших и прошедших обучение в ГЛПС-школе (в %)

| Показатель | Не прошедшие обучение (N = 61) | Через 12 месяцев после обучения (N = 159) | p |
|-----------------------------------------------------------------------|--------------------------------|-------------------------------------------|---------|
| Информированность о своем заболевании и его последствиях | 14,5±3,42 | 100 | p<0,001 |
| Информированность о факторах риска АГ и хронических заболеваний почек | 44,26±6,59 | 100 | p<0,001 |
| Сбалансированное питание | 11,47±4,34 | 82,45±5,03 | p<0,001 |
| Имели ИМТ | 55,73±6,57 | 49,12±6,62 | |
| Снижение веса у лиц, имевших ИМТ | 0 | 19,29±5,22 | p<0,01 |
| Снижение количества выкуриваемых сигарет в день за последний год | 0 | 31,57±6,15 | p<0,001 |
| Полное прекращение курения за последний год | 0 | 7,01±3,38 | p<0,001 |
| Отсутствие приверженности к лечению | 39,5±3,38 | 1,3±0,28 | p<0,001 |
| Проявления астенического синдрома | 45,08±2,12 | 12,28±2,17 | p<0,001 |
| Артериальная гипертензия | 18,1±3,38 | 8,3±1,2 | p<0,001 |
| Проявления воспалительных процессов в мочевыделительной системе | 24,6±3,2 | 6,4±1,7 | p<0,001 |

На первом занятии и после обучения в ГЛПС-школе у больных оценивалось фактическое питание по вопроснику частоты потребления пищевых продуктов. Выяснилось, что после обучения в 70,9% случаев изменилась структура питания. Увеличилось количество потребляемых белков растительного происхождения, витаминов и эссенциальных микроэлементов за счет увеличения потребления овощей и фруктов.

Нами оценивались изменения показателей, характеризующих факторы риска развития гипертонической болезни и хронических заболеваний почек до обучения и по истечении года после базового цикла обучения (табл.).

Как видно из представленных данных, обучение в ГЛПС-школе сопровождалось достоверным повышением осведомленности пациентов о факторах риска артериальной гипертонии и хронических заболеваний почек. У лиц, прошедших обучение, достоверно чаще отмечалось сбалансированное питание, снижение количества выкуриваемых сигарет в день, снижение веса при избыточной массе тела. У лиц, не прошедших обучение, достоверно чаще регистрировались симптомы астении, проявление артериальной гипертонии и воспалительных процессов в мочевыделительной системе.

Данное явление можно объяснить тем, что у не прошедших обучение отмечался низкий уровень комплаенса к выполнению назначений медикаментозной терапии и диспансерного обследования. Они не посещали регулярно врача, им не проводилось должное обследование и коррекция лечения, кроме того, некоторые больные самостоятельно прекращали наблюдение у врача и лечение.

Выводы

1. Обучение пациентов в школе для перенесших ГЛПС повысило уровень комплаенса, что привело к достоверному улучшению показателей реабилитации. У прошедших обучение достоверно реже регистрировались симптомы астении, проявление артериальной гипертонии и воспалительных процессов в мочевыделительной системе.

2. Под влиянием обучения сформировались поведенческие навыки по контролю за заболеванием, уменьшились основные факторы риска формирования гипертонической болезни и хронических заболеваний почек.

Таким образом, обучение пациентов по специальной образовательной программе является эффективным направлением в реабилитации после геморрагической лихорадки с почечным синдромом.

Литература

1. Морозов, В.Г. Клинико-эпидемиологическая характеристика, специфическая диагностика и лечение различных вариантов геморрагической лихорадки с почечным синдромом: автореф. дис. ... д-ра мед. наук / В.Г. Морозов. — СПб.: ВМедА, 2002. — 42 с.
2. Такаев, Р.М. Эпидемиология и эпизоотология ГЛПС в республике Башкортостан и проблемы её профилактики в современных условиях / Р.М. Такаев [и др.] // Материалы Всерос. науч.-практич. конф. «Геморрагическая лихорадка с почечным синдромом: история изучения и современное состояние эпидемиологии, патогенеза, диагностики, лечения и профилактики». — Уфа: РИО ФГУП «НПО Микроген» МЗ и СР РФ, 2006. — С. 29–33.
3. Дударев, М.В. Клинико-функциональная характеристика последствий геморрагической лихорадки с почечным синдромом и их лечебная коррекция на амбулаторном этапе реабилитации: автореф. дис. ... д-ра мед. наук / М.В. Дударев. — Уфа: БГМУ, 2005. — 46 с.
4. Жарский, С.Л. Последствия геморрагической лихорадки с почечным синдромом (вопросы диагностики и диспансеризации): автореф. дис. ... д-ра мед. наук / С.Л. Жарский. — Хабаровск: ДВГМУ, 2001. — 43 с.
5. Крюкова, А.Я. Образовательные программы в профилактике заболеваний, улучшении качества жизни больных и здоровых в практике врача: руководство для врачей / А.Я. Крюкова [и др.]; под общ. ред. А.Я. Крюковой. — Уфа: РИО БГМУ, 2003. — 87 с.
6. Перепечаева, Т.А. Факторы риска и роль образовательных программ в профилактике артериальной гипертонии среди мужского неорганизованного населения: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Т.А. Перепечаева. — Оренбург: ОрГМА, 2005. — 23 с.
7. Мартинчик, А.Н. Разработка метода исследования фактического питания по анализу частоты потребления пищевых продуктов: создание вопросника и общая оценка достоверности метода (Институт питания РАМН, Москва) / А.Н. Мартинчик [и др.] // Вопросы питания. — 1998. — № 3. — С. 8–13.

Авторский коллектив:

Хасанова Гузель Миргасимовна — докторант кафедры инфекционных болезней с курсом дерматовенерологии Башкирского государственного медицинского университета, тел. 8-989-958-29-64; e-mail: nail_ufa1964@mail.ru.

Тутельян Алексей Викторович — заведующий лабораторией внутрибольничных инфекций и эпидемиологического надзора ФГУН «Центральный НИИ эпидемиологии Роспотребнадзора» (Москва), д.м.н., тел.: (495)305-57-55, e-mail: bio-tav@yandex.ru.

Валишин Дамир Асхатович — заведующий кафедрой инфекционных болезней с курсом дерматовенерологии Башкирского государственного медицинского университета, д.м.н., профессор, тел.: 8(347)250-18-83, факс: 8(347)250-28-96, e-mail: damirval@yandex.ru.

Сабиров Рагиф Махматович — главный врач МУ «Городская клиническая больница № 13» (Уфа), к.м.н., тел.: 8(347)240-13-13, факс: 8(347)64-45-13, e-mail: hospital13@ufamail.ru.