

## Результативность школ здоровья для пациентов с хронической сердечной недостаточностью: гендерные различия

М.В. Малишевский<sup>1</sup>, А.П. Потапов<sup>2</sup>, Н.Е. Зольникова<sup>2</sup>, П.Н. Жвавый<sup>3</sup>,  
Г.А. Костоломова<sup>4</sup>, Н.Я. Утусикова<sup>3</sup>, Ю.А. Ипполитова<sup>1</sup>, Т.В. Клевцова<sup>1</sup>,  
В.А. Шарипов<sup>1</sup>, С.Д. Чесалина<sup>2</sup>

<sup>1</sup>ГОУ ВПО “Тюменская государственная медицинская академия Росздрава”; <sup>2</sup>ММЛПУ “Городская поликлиника № 7 г. Тюмени”; <sup>3</sup>ММЛПУ “Городская поликлиника № 12 г. Тюмени”; <sup>4</sup>ММЛПУ “Городская поликлиника № 14 г. Тюмени”. Российская Федерация, Тюмень

### Health School effectiveness in patients with chronic heart failure: gender differences

M.V. Malishevsky<sup>1</sup>, A.P. Potapov<sup>2</sup>, N.E. Zol'nikova<sup>2</sup>, P.N. Zhvavy<sup>3</sup>, G.A. Kostolomova<sup>4</sup>,  
N.Ya. Utusikova<sup>3</sup>, Yu.A. Ippolitova<sup>1</sup>, T.V. Klevtsova<sup>1</sup>, V.A. Sharipov<sup>1</sup>, S.D. Chesalina<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Tumen State Medical Academy; <sup>2</sup>Tumen City Polyclinic No. 7; <sup>3</sup>Tumen City Polyclinic No. 12; <sup>4</sup>Tumen City Polyclinic No. 14. Tumen, Russia

**Цель.** Сравнение эффективности школ здоровья (ШЗ) для пациентов с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) с учетом гендерных различий.

**Материал и методы.** В исследование включены 239 пациентов с ХСН, распределенных по половому признаку на две группы: женщины (n=118) и мужчины (n=119). Внутри групп путем рандомизации были выделены больные, прошедшие далее обучение в ШЗ и составившие в последствии подгруппы вмешательства: женщины (Ж<sub>1</sub>, n=58) и мужчины (М<sub>1</sub>, n=59). Пациенты, не прошедшие обучения в ШЗ, составили контрольные подгруппы: женщины (Ж<sub>2</sub>, n=60) и мужчины (М<sub>2</sub>, n=60). Длительность наблюдения составила один год. В качестве критериев эффективности ШЗ оценивались относительные и абсолютные показатели госпитализации по поводу декомпенсации ХСН, обращения на станцию скорой медицинской помощи (ССМП) в связи с декомпенсацией ХСН, незапланированные визиты к врачу, клиническая динамика по ШОКС, результаты теста 6-минутной ходьбы (Т6мх); изменения параметров электрокардиографии (ЭКГ) и эхокардиографии (ЭхоКГ).

**Результаты.** Установлены достоверные различия эффективности ШЗ в сравниваемых подгруппах. Участие в ШЗ женщин не оказало существенного влияния на показатели госпитализаций и внеплановые визиты к врачу по поводу декомпенсации ХСН, у мужчин эти показатели в результате участия в ШЗ значительно снижались. Параметры ШОКС, Т6мх и состояние реполяризации миокарда по ЭКГ у женщин также не зависели от участия в ШЗ, аналогичные параметры у участников ШЗ мужского пола достоверно улучшались. Участие в ШЗ и женщин, и мужчин статистически значимо снижало число обращений на ССМП.

**Заключение.** При планировании мер вторичной профилактики ХСН необходим учет гендерных различий, в противном случае эффективность в женской группе пациентов может оказаться недостаточной.

**Ключевые слова:** хроническая сердечная недостаточность, вторичная профилактика, школы здоровья, гендерные различия.

**Aim.** To compare the effectiveness of Health School (HS) initiative in male and female patients with chronic heart failure (CHF).

© Коллектив авторов, 2010  
Тел.: (3452) 37-03-12; 922-470-44-35,  
Факс: (3452) 37-00-51;  
e-mail: dr.potapov@gmail.com

[<sup>1</sup>Малишевский М.В. – заведующий кафедрой факультетской терапии, <sup>2</sup>Потапов А.П. (\*контактное лицо) – заведующий отделом ОМР, медицинской статистики и АСУ, <sup>3</sup>Зольникова Н.Е. – главный врач, <sup>4</sup>Жвавый П.Н. – главный врач, <sup>5</sup>Костоломова Г.А. – главный врач, <sup>6</sup>Утусикова Н.Я. – заместитель главного врача по лечебной работе, <sup>7</sup>Ипполитова Ю.А. – ассистент кафедры факультетской терапии, <sup>8</sup>Клевцова Т.В. – доцент кафедры факультетской терапии, <sup>9</sup>Шарипов В.А. – заведующий терапевтическим отделением Городской поликлиники № 1, заочный аспирант кафедры факультетской терапии, <sup>10</sup>Чесалина С.Д. – общественный секретарь школы здоровья для пациентов с ХСН].

**Material and methods.** The study included 239 CHF patients: 118 women and 119 men. For both genders, the patients were randomised into intervention groups, studying at HS (58 women and 59 men), and control groups, not receiving any educational intervention (60 women, 60 men). The follow-up period lasted for one year. The criteria of HS effectiveness included relative and absolute parameters of hospitalisation due to decompensated CHF; seeking for urgent medical care due to CHF decompensation; unplanned visits to the doctor; clinical CHF status dynamics by the scale modified by V.Yu. Mareev (2000); 6-minute walk test results; electrocardiography (ECG) and echocardiography (EchoCG) results.

**Results.** HS effectiveness was significantly different in female and male intervention vs. control groups. In women, being educated at HS did not affect the incidence of hospitalizations and unplanned visits to the doctor due to decompensated CHF, while in men, the same parameters were substantially lower in those from the intervention group. Similarly, clinical CHF status, 6-minute walk test results, and ECG repolarization parameters were not changed by HS participation in women, but were improved in men attending HS. At the same time, the incidence of seeking for urgent medical help was significantly lower in both female and male HS groups.

**Conclusion.** Planning the strategy of secondary CHF prevention should take into account the gender differences; otherwise, the effectiveness could be inadequate in female patients.

**Key words:** Chronic heart failure, secondary prevention, Health School, gender differences.

Число больных с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) в России и за рубежом неуклонно увеличивается [1-6]. Несмотря на успехи фармакотерапии и высокотехнологичные методы лечения частота случаев прогрессирования, острых декомпенсаций и смертности продолжают расти [7-9]. Неудачи терапии ХСН на современном этапе во многом обусловлены недостаточной осведомленностью населения о ХСН и ее последствиях, низкой приверженностью лечению, несоблюдением режимов питания и жизнедеятельности, в связи с чем проекты терапевтического образования при ХСН привлекают все большее внимание специалистов [10-15].

Терапевтическое обучение больных является мощным средством профилактики обострения хронических заболеваний, эффективность которого доказана в многочисленных отечественных и зарубежных исследованиях [3,8-10,13-16]. Обучающие технологии успешно используются у больных с ХСН; их применение у таких пациентов регламентировано соответствующими руководствами Европейской и Американской ассоциаций кардиологов [4-6]. В Российской Федерации (РФ) при формировании стратегии ведения больных с ХСН обучению в сочетании с амбулаторным наблюдением отводится важнейшая роль [2,12,13,16].

Результаты повседневной практики школ здоровья (ШЗ) для больных с ХСН в первичном звене здравоохранения изучены недостаточно. На практике при терапевтическом обучении больных с СН зачастую используют модели ШЗ для больных артериальной гипертонией (АГ), организационно-методическая база которых достаточно подробно разработана [17]. Успех подобного подхода весьма сомнителен. В ряде исследований отмечена низкая эффективность ранее использовавшихся технологий ШЗ для пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями (ССЗ) в отношении больных с ХСН [7,12,13]. Особенности ведения пациентов с ХСН заставляют

вносить в имеющиеся схемы ШЗ соответствующие изменения и дополнения с учетом специфики заболевания. Удачным прототипом такого подхода является первое российское многоцентровое исследование ШАНС (Школа и Амбулаторное Наблюдение больных с Сердечной недостаточностью) [16], организованное ОССН, в ходе которого терапевтическое обучение больных проводилось в стационарных условиях, а последующее сопровождение – в амбулаторных. Главным итогом программы ШАНС явилось достоверное уменьшение числа повторных госпитализаций из-за декомпенсации и снижение смертности больных.

Дальнейшее развитие технологий ШЗ предполагает тщательное систематическое изучение социальных, психологических, биологических и других возможных особенностей обучаемого контингента. Согласно действующим Национальным Рекомендациям ВНОК и ОССН по диагностике и лечению ХСН [2] медико-социальной работе с пациентами придается большое значение, подчеркивается необходимость проведения комплексной оценки социального статуса каждого больного с целью разработки и реализации индивидуальной программы реабилитации. В то же время такое очевидное различие в социальном статусе, как пол, до настоящего времени не учитывалось [18,19].

Цель – сравнение эффективности ШЗ для пациентов с ХСН с учетом пола в условиях первичного звена муниципального здравоохранения г. Тюмени.

## Материал и методы

В исследование включены 237 пациентов с ХСН, состоящих на диспансерном учете у участковых терапевтов в 3 лечебно-профилактических учреждениях (ЛПУ) г. Тюмени: муниципальных поликлиниках № 7, 12 и 14 с общей численностью обслуживаемого населения ~ 160 тыс. чел. По половому признаку все пациенты были разделены на две группы (гр.): гр. женщин

Клинико-демографическая характеристика больных, n (%)

Показатели	Ж <sub>1</sub> (n=58)	Ж <sub>2</sub> (n=60)	М <sub>1</sub> (n=59)	М <sub>2</sub> (n=60)
Средний возраст, годы	62,29±3,18	62,12±2,48	64,10±3,43	61,25±3,87
Гипертоническая болезнь	56 (96,55)	57 (95,00)	59 (100,00)	58 (96,67)
ИБС	55 (94,83)	56 (93,33)	57 (96,61)	55 (91,67)
ПИКС	3 (5,17)	4 (6,67)	5 (8,47)	5 (8,33)
Неревматические пороки сердца	1 (1,72)	1 (1,67)	2 (3,39)	3 (5,00)
Постоянная фибрилляция предсердий	3 (5,17)	3 (5,00)	3 (5,08)	2 (3,33)
Другие нарушения ритма и проводимости	13 (22,41)	12 (20,00)	11 (18,64)	14 (23,33)
Распределение пациентов по стадиям (ВНОК и ОССН, 2006) и ФК (НУНА) ХСН				
I	14 (24,14)	14 (23,33)	12 (20,33)	15 (25,00)
II	43 (74,14)	45 (75,00)	43 (72,88)	41 (68,33)
III	1 (1,72)	1 (1,67)	3 (5,08)	4 (6,67)
I	2 (3,45)	1 (1,67)	1 (1,69)	2 (3,33)
II	48 (82,76)	52 (86,66)	51 (86,44)	52 (86,66)
III	8 (13,79)	7 (11,66)	7 (11,86)	6 (10,00)
Клинические параметры гемодинамики (исходные)				
Офисное ЧСС, уд/мин	63,81±2,88	62,30±2,17	61,26±2,07	60,25±2,14
Офисное АД, мм рт.ст.	149,37±2,09	150,43±2,77	154,41±2,16	152,43±2,44
	84,29±2,07	85,72±2,97	84,14±1,74	86,73±2,45
Параметры ЭхоКГ (исходные)				
ЛП > 42 мм	21 (36,21)	24 (40,00)	20 (33,90)	22 (36,67)
КДР ЛЖ > 55 мм	16 (27,59)	19 (31,67)	17 (28,81)	18 (30,00)
МЖП и/или ЗС ЛЖ > 12 мм	49 (84,48)	53 (88,33)	50 (84,75)	51 (85,00)
ФВ < 45%	1 (1,72)	1 (1,67)	3 (5,08)	4 (6,67)
Признаки нарушения диастолической функции	44 (75,86)	46 (76,67)	47 (79,66)	45 (75,00)

Примечание:  $p > 0,05$  для всех показателей; ЧСС – частота сердечных сокращений; АД – артериальное давление.

( $n=118$ ) и гр. мужчин ( $n=119$ ). Внутри гр. путем рандомизации были выделены больные, направленные далее для обучения в ШЗ для пациентов с ХСН и составившие в последствии подгруппы терапевтического обучения женщин (Ж<sub>1</sub>,  $n=58$ ) и мужчин (М<sub>1</sub>,  $n=59$ ). Соответственно пациенты, не участвовавшие в работе ШЗ, составили контрольные подгруппы женщин (Ж<sub>2</sub>,  $n=60$ ) и мужчин (М<sub>2</sub>,  $n=60$ ).

ШЗ для пациентов с ХСН были организованы на базах вышеуказанных ЛПУ при активном содействии со стороны руководителей органов здравоохранения. В связи с отсутствием на момент проведения исследования утвержденных отраслевых нормативных документов по организации и проведению ШЗ для пациентов с ХСН, при разработке технологической модели ШЗ были использованы близкие по тематике организационно-методические материалы по ШЗ для больных АГ [17], т. к. эта патология является одной из главных причин ХСН [1-6]. Также были использованы рекомендации программы ШАНС [16] и ряда других [8,10-11].

Терапевтическое обучение больных ХСН на всех клинических базах проводилось с использованием единой программы, включившей в себя 24 ч теоретических и 12 ч практических занятий по следующим темам:

- Что такое ХСН;
- Самоконтроль при ХСН;
- Инструментальная и лабораторная диагностика ХСН;
- Национальные и Европейские рекомендации по ХСН;
- Маршруты оздоровления при ХСН;
- Диеты при ХСН;

- Фармакотерапия при ХСН;
- Немедикаментозные методы лечения ХСН;
- Сердечная ресинхронизирующая терапия и другие высокотехнологические методы лечения ХСН;
- Лечебная физкультура и двигательная реабилитация при ХСН;
- ХСН и АГ;
- ХСН и ишемическая болезнь сердца.

Обратная связь с пациентами осуществлялась через общественного секретаря путем неструктурированных телефонных контактов, интерактивный интернет-сайт [www.cardioblog.narod.ru](http://www.cardioblog.narod.ru) а также посредством проведения дополнительных превентивных консультаций (ДПК).

Исследование проходило в период с 01.01.2008 по 31.12.2008 длительность наблюдения составила один год. У всех больных были выполнены общеклинические диагностические процедуры, электрокардиография (ЭКГ) и эхокардиография (ЭхоКГ) по стандартным методикам. Для анализа использованы данные, полученные в начале и в конце периода наблюдения. Стадии и функциональный класс (ФК) ХСН согласно классификации Нью-Йоркской ассоциации сердца (НУНА) диагностировали в соответствии с рекомендованными методами ВНОК и ОССН (2006). Динамику клинического состояния оценивали по шкале оценки клинического состояния при ХСН в модификации В.Ю.Мареева, 2000 (ШОКС) и по результатам теста 6-минутной ходьбы (Т6мх). О состоянии реполяризации миокарда судили по амплитуде и вектору зубцов Т на ЭКГ в динамике. При ЭхоКГ учитывали размер левого предсердия (ЛП), конечный диастолический размер левого желудочка (КДР ЛЖ), толщину межжелудочковой перегородки (МЖП), толщину

Таблица 2

Число обращений на ССМП и госпитализаций по поводу декомпенсации ХСН за 12 мес.

Параметр	Результаты, абс. (на 1 пациента)			
	Ж <sub>1</sub> (n=58)	Ж <sub>2</sub> (n=60)	М <sub>1</sub> (n=59)	М <sub>2</sub> (n=60)
Госпитализации	11 (0,19)	16 (0,27)	5 (0,08) <sup>+</sup>	14 (0,23) <sup>#</sup>
Вызовы ССМП	35 (0,60)	56 (0,93) <sup>+</sup>	9 (0,15) <sup>+</sup>	26 (0,43) <sup>#5</sup>

Примечание: <sup>+</sup> – отличия между группами Ж<sub>1</sub> и Ж<sub>2</sub> статистически достоверны (p<0,05); <sup>+</sup> – отличия между группами Ж<sub>1</sub> и М<sub>1</sub> статистически достоверны (p<0,05); <sup>#</sup> – отличия между группами М<sub>1</sub> и М<sub>2</sub> статистически достоверны (p<0,05); <sup>5</sup> – отличия между группами Ж<sub>2</sub> и М<sub>2</sub> статистически достоверны (p<0,05)

задней стенки ЛЖ (ЗСЛЖ), фракцию выброса (ФВ) ЛЖ по Teichholz. Состояние диастолы ЛЖ оценивали по соотношению пиковых скоростей ранней и предсердной фаз трансмитрального диастолического потока, времени раннего диастолического замедления трансмитрального потока, времени изоволюмического расслабления ЛЖ.

В качестве основного критерия оценки качества профилактической помощи (ОКПП) была использована госпитализация по поводу декомпенсации ХСН; вторичными конечными точками служили динамика оценок по ШОКС; динамика результатов Тбмх; число визитов к врачу в соответствии с индивидуальными планами диспансерного наблюдения (ИПДН); число незапланированных визитов к врачу в связи с нарастанием симптоматики ХСН; количество ДПК вне ИПДН; случаи вызовов бригад станции скорой медицинской помощи (ССМП) в связи с декомпенсациями ХСН; динамика состояния процессов реполяризации миокарда по ЭКГ; случаи изменения параметров ЭхоКГ – размеров ЛП, КДР ЛЖ; ФВ; состояние фазы диастолы ЛЖ.

Визиты пациентов в ЛПУ вне ИПДН и ДПК и не связанные с декомпенсациями ХСН, в т.ч. вызванные необходимостью выписки рецептов на медикаменты в рамках программы дополнительного лекарственного обеспечения, в исследовании не учитывались.

Критериями включения в исследование являлись информированное согласие больного и наличие у пациента подтвержденного диагноза ХСН. Критериями исключения были отказ пациента от участия в научном исследовании, наличие тяжелой сопутствующей патологии: осложненное течение сахарного диабета (СД), онкологические заболевания, терминальная хроническая почечная недостаточность (ХПН), цирроз печени, туберкулез, системные заболевания соединительной ткани, психические заболевания.

Исследование проведено в соответствии с «Этическими принципами медицинских исследований с привлечением человека» Хельсинской декларации Всемирной Медицинской ассоциации 1964г и их последующими редакциями.

Распределение участников исследования по полу и возрасту, структура установленных патологических состояний, а также исходные параметры гемодинамики в сравниваемых гр до начала исследования статистически достоверно не различались (таблица 1).

Терапия больных в сравниваемых гр статистически достоверно не различалась в течение всего периода наблюдения и включала в себя ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента/блокаторы рецепторов к ангиотензину II, блокаторы β-адренергических рецепторов, антагонисты альдостерона и диуретики. В случае необходимости терапию усиливали, увеличивая дозы препара-

тов, преимущественно диуретиков и антагонистов альдостерона, и, по показаниям – дигоксином.

Полученные данные были обработаны с помощью программы Statistica 6.0. Средние величины представлены в виде  $M \pm m$ . Достоверность различий средних величин оценивали с использованием дисперсионного анализа и применением критерия t Стьюдента с поправкой Бонферрони для множественных сравнений. Дискретные переменные сравнивались с помощью критерия  $\chi^2$  при числе наблюдений не менее 5, в противном случае использован точный критерий Фишера. Различия между переменными считались достоверными при  $p < 0,05$ . Рандомизация была выполнена с помощью генератора псевдослучайных чисел.

## Результаты и обсуждение

Результаты лечения, диспансерного наблюдения, а также участия пациентов в работе ШЗ отражены в таблицах 2-5.

Анализ удельного числа внеплановых госпитализаций и вызовов ССМП по поводу декомпенсаций ХСН (таблица 2) прежде всего, выявил статистически достоверно большую частоту обращений на ССМП участников контрольных подгрупп по сравнению с участниками подгрупп терапевтического обучения как среди мужчин ( $p < 0,01$ ), так и среди женщин ( $p < 0,05$ ). Женщины статистически достоверно чаще мужчин обращались на ССМП как в контрольных подгруппах ( $p < 0,01$ ), так и в подгруппах терапевтического обучения ( $p < 0,01$ ). Мужчины из подгруппы терапевтического обучения обращались на ССМП достоверно реже женщин аналогичной подгруппы ( $p < 0,001$ ). В количестве внеплановых госпитализаций статистически достоверных различий между мужчинами и женщинами в контрольных подгруппах не установлено ( $p > 0,05$ ), снижение числа внеплановых госпитализаций у женщин подгруппы терапевтического обучения по сравнению с женщинами контрольной подгруппы также было статистически недостоверным ( $p > 0,05$ ), в то же время мужчины из подгруппы терапевтического обучения были госпитализированы во внеплановом порядке достоверно реже мужчин из контрольной подгруппы ( $p < 0,01$ ). Таким образом, участие в работе ШЗ достоверно снизило число вызовов ССМП как в женской, так и в мужской гр., в то же время число внеплановых госпитализаций по поводу декомпенсации ХСН достоверно снизилось только в гр. мужчин.

Таблица 3

Число посещений пациентов по обращаемости в течение 12 мес.

Параметр	Число посещений на 1 пациента			
	Ж <sub>1</sub> (n=58)	Ж <sub>2</sub> (n=60)	М <sub>1</sub> (n=59)	М <sub>2</sub> (n=60)
Визиты согласно ИПДН (кроме визитов для выписки рецептов ДЛО)	2,58±0,09	2,56±0,10	2,53±0,12	2,51±0,11
Незапланированные визиты к врачу в связи с нарастанием симптоматики (декомпенсации) ХСН	2,97±0,14	3,70±0,13	0,51±0,05 <sup>+</sup>	2,09±0,10 <sup>#</sup>
ДПК вне ИПДН	3,68±0,21	0	1,23±0,15 <sup>+</sup>	0
ИТОГО визитов пациентов по поводу ХСН	9,23±0,20	6,26±0,14 <sup>§</sup>	4,27±0,16 <sup>+</sup>	4,6±0,11 <sup>*</sup>

Примечание: <sup>§</sup> – отличия между группами Ж<sub>1</sub> и Ж<sub>2</sub> статистически достоверны (p<0,05); <sup>+</sup> – отличия между группами Ж<sub>1</sub> и М<sub>1</sub> статистически достоверны (p<0,05); <sup>\*</sup> – отличия между группами Ж<sub>2</sub> и М<sub>2</sub> статистически достоверны (p<0,05); <sup>#</sup> – отличия между группами М<sub>1</sub> и М<sub>2</sub> статистически достоверны (p<0,05).

Анализ числа посещений пациентов с ХСН согласно ИПДН (таблица 3) не выявил каких-либо особенностей в сравниваемых гр., и отразил в целом удовлетворительный уровень диспансеризации кардиологических больных в вышеуказанных ЛПУ. Число же незапланированных визитов больных по поводу нарастания симптоматики (декомпенсации) ХСН значительно варьировалось, и было статистически достоверно меньше среди мужчин по сравнению с женщинами как в контрольных подгруппах (p<0,05), так и в подгруппах терапевтического обучения (p<0,05). Среди мужчин наблюдались существенные различия в количестве незапланированных визитов по поводу декомпенсации ХСН — участники мужской подгруппы терапевтического обучения обращались по этой причине статистически достоверно реже участников контрольной подгруппы (p<0,05). Существенные различия получены по числу ДПК, которые осуществлялись в рамках работы ШЗ — женщины пользовались ДПК достоверно чаще мужчин (p<0,05). Итоговое количество посещений пациентов, находящихся под наблюдением по поводу ХСН в подгруппе терапевтического обучения женщин оказалось наибольшим среди всех остальных подгрупп за счет статистически более высокого числа ДПК по сравнению с мужской подгруппой при несущественном по сравнению с контрольной женской подгруппой снижении числа незапланированных посещений по поводу декомпенсации ХСН. Итоговое число посещений в контрольной

подгруппе и подгруппе терапевтического обучения у мужчин статистически достоверно не различалось, несмотря на обращения по поводу ДПК, т. к. при этом мужчины подгруппы терапевтического обучения значительно реже обращались в связи с декомпенсациями ХСН. Участие в ШЗ женщин, таким образом, привело к достоверному увеличению интенсивности работы врача первичного звена муниципального здравоохранения и не обеспечило при этом выраженного эффекта в плане урежения числа внеплановых обращений женщин по поводу декомпенсации ХСН. В то же время участие мужчин в ШЗ не привело к статистически достоверному увеличению итогового количества посещений, т. к. они значительно реже женщин обращались по поводу декомпенсаций ХСН и существенно реже пользовались ДПК.

Динамика клинического состояния пациентов сравниваемых подгрупп в течение 12 мес. с начала наблюдения, оцениваемая в параметрах ШОКС и Тбмх, отражена в таблице 4.

Статистически достоверные позитивные изменения в клиническом статусе были зафиксированы только в мужской подгруппе терапевтического обучения как по ШОКС (p<0,05), так и по Тбмх (p<0,05).

Анализ динамики параметров ЭКГ и ЭхоКГ у пациентов сравниваемых подгрупп в течение 12 мес. (таблица 5) не выявил статистически достоверных различий между подгруппами почти по всем

Таблица 4

Динамика оценки клинического состояния по ШОКС и функционального состояния сердечно-сосудистой системы по Тбмх у пациентов сравниваемых подгрупп в течение 12 мес.

Параметр	Ж <sub>1</sub> (n=58)	Ж <sub>2</sub> (n=60)	М <sub>1</sub> (n=59)	М <sub>2</sub> (n=60)
ШОКС (модификация Ю.А.Мареева, 2000)				
Исходная оценка по ШОКС, баллы	5,11±0,12	5,04±0,12	5,16±0,09	5,14±0,15
Оценка по ШОКС через 12 мес. наблюдения и лечения, баллы	4,82±0,08	4,91±0,08	2,56±0,07 <sup>*</sup>	4,89±0,11
Тбмх				
Исходная дистанция Тбмх, м	315,87±8,93	309,43±9,54	316,52±7,95	318,54±8,41
Дистанция Тбмх через 12 мес. наблюдения и лечения, м	340,18±6,84	314,29±7,18	404,49±8,76 <sup>*</sup>	322,17±6,25

Примечание: <sup>\*</sup> – динамика ШОКС и Тбмх в группе М<sub>1</sub> статистически достоверна (p<0,05).

Таблица 5

Динамика оценки результатов ЭКГ и ЭхоКГ в сравниваемых подгруппах в течение 12 мес.

Параметр	Результаты, абс. (%)			
	Ж <sub>1</sub> (n=58)	Ж <sub>2</sub> (n=60)	М <sub>1</sub> (n=59)	М <sub>2</sub> (n=60)
Состояние процессов реполяризации по ЭКГ (амплитуда и вектор зубцов Т)				
Улучшение	4 (6,90)	5 (8,33)	13 (22,03) <sup>***</sup>	3 (5,00)
Без существенной динамики	51 (87,93)	52 (86,67)	45 (76,27)	55 (91,67)
Ухудшение	3 (5,17)	3 (5,00)	1 (1,69)	2 (3,33)
Размеры ЛП по ЭхоКГ				
Уменьшение > 2 мм	1 (1,72)	1 (1,67)	2 (3,39)	1 (1,67)
Без существенной динамики	53 (91,38)	53 (88,33)	56 (94,92)	55 (91,67)
Увеличение > 2 мм	4 (6,90)	6 (10,00)	1 (1,69)	4 (6,67)
КДР ЛЖ				
Уменьшение > 2 мм	3 (5,17)	3 (5,00)	5 (8,47)	2 (3,33)
Без существенной динамики	51 (87,93)	52 (86,67)	53 (89,83)	54 (90,00)
Увеличение > 2 мм	4 (6,90)	6 (10,00)	1 (1,69)	4 (6,67)
ФВ (по Teichholz)				
Без тенденции к снижению	53 (91,38)	54 (90,00)	58 (98,31)	55 (91,67)
Существенное снижение (≥ 5%)	5 (8,62)	6 (10,00)	1 (1,69)	5 (8,33)
Диастолическая функция ЛЖ				
Без ухудшения	54 (93,10)	55 (91,67)	58 (98,31)	56 (93,33)
Существенное ухудшение (появление признаков или углубление типа нарушения диастолической функции)	4 (6,90)	5 (8,33)	1 (1,69)	4 (6,67)

Примечание: \* – отличия между подгруппами М<sub>1</sub> и М<sub>2</sub> статистически достоверны (p<0,05); + – отличия между подгруппами М<sub>1</sub> и Ж<sub>1</sub> статистически достоверны (p<0,05); # – отличия между подгруппами М<sub>1</sub> и Ж<sub>2</sub> статистически достоверны (p<0,05).

признакам, за исключением частоты улучшения ЭКГ-оценок состояния процессов реполяризации миокарда в подгруппе терапевтического обучения мужчин по сравнению с подгруппами М<sub>2</sub>, Ж<sub>1</sub> и Ж<sub>2</sub> (p<0,05). Наблюдаемые позитивные тенденции по параметрам сократительной способности миокарда в подгруппе мужчин оказались статистически недостоверными из-за малого числа наблюдений и значительного количества сравниваемых подгрупп. Таким образом, в настоящем исследовании после обучения в ШЗ зарегистрировано достоверное улучшение лишь одного, наиболее лабильного функционального параметра миокарда – состояния процессов реполяризации – в гр. терапевтического обучения мужчин.

### Обсуждение

Сегодня во всем мире обсуждается проблема высокой смертности в женской популяции больных, ССЗ. По данным агентства Рейтер 2008 в США в год от патологии органов кровообращения умирает 50 тыс. мужчин и 500 тыс. женщин. Реальные меры вторичной профилактики ССЗ в женской популяции не работают [7,18,19]. Настоящее исследование подтверждает эти данные: обнаружена низкая эффективность ШЗ в качестве меры вторичной профилактики ХСН у женщин; не выявлено влияния ШЗ у женщин на один из самых важных, ключевых показателей результативности диспансерного

наблюдения и лечения ХСН – частоту госпитализаций по поводу декомпенсаций заболевания. Напротив, этот показатель, в качестве первичной конечной точки наблюдения, в гр. мужчин с ХСН существенно уменьшался на фоне обучения в ШЗ. Однако нельзя полностью отрицать эффективность ШЗ в качестве меры вторичной профилактики ХСН у женщин. Установлено, что частота вызовов ССМП у женщин с ХСН, участвовавших в работе ШЗ в течение 12 мес., существенно снизилась, при этом общее число визитов женщин в поликлинику по поводу ХСН увеличилось практически в 1,5 раза, преимущественно за счет ДПК. Складывается парадоксальная ситуация в отношении ШЗ у женщин с ХСН: на фоне обучения число госпитализаций в стационар практически не уменьшается, а посещаемость поликлиники значительно возрастает. Возникает вопрос: нужны ли такие ШЗ в том виде, в котором они существуют сегодня в первичном звене муниципального здравоохранения, т. е. без учета гендерных различий? При этом следует подчеркнуть, что современные ШЗ высоко эффективны в мужской популяции больных с ХСН: достоверно сократилось количество госпитализаций по поводу декомпенсаций заболевания, существенно уменьшалось количество вызовов ССМП, число незапланированных визитов к врачу; значительно улучшались результаты ШОКС и Т6мх в динамике, состояние процессов реполяризации миокарда, что

не было отмечено в женской гр. К тому же проведение ШЗ среди мужчин не увеличивало врачебную нагрузку, несмотря на ДПК.

Таким образом, современное состояние проблемы вторичной профилактики ХСН требует учета гендерных различий, в т.ч. при обучении в ШЗ.

### Выводы

Обнаружены выраженные гендерные различия в результативности ШЗ для пациентов с ХСН, проявившиеся в значительно худших результатах их использования у женщин.

### Благодарность

*Коллектив авторов выражает особую благодарность бессменному общественному секретарю школы для пациентов с ХСН – ЧЕСАЛИНОЙ Серафиме Дмитриевне, которая с момента основания нашей школы в 2007 г. (до 31.12.2007 она называлась просто “кардиошкола”) и вплоть до настоящего времени ведет большую организационную работу по совершенствованию, развитию и пропаганде терапевтического обучения среди пациентов муниципальных поликлиник № 1, 4, 5, 7, 10, 12, 14 и 17 г. Тюмени.*

### Литература

1. Агеев Ф. Т., Даниелян М. О., Мареев В. Ю. и др. Больные с хронической сердечной недостаточностью в российской амбулаторной практике: особенности контингента, диагностики и лечения (по материалам исследования ЭПОХА–О–ХСН). Серд недостат 2004; 5(1): 4-7.
2. Национальные Рекомендации ВНОК И ОССН по диагностике и лечению ХСН (второй пересмотр). Серд недостат 2007; 8(1): 4-41.
3. Jaarsma T, Arestedt KF, Mertensson J, et al. The European Heart Failure Self-care Behaviour scale revised into a nine-item scale (EHFScB-9): a reliable and valid international instrument. Eur J Heart Failure 2009; 11(1): 99-105.
4. ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2008. The Task Force for the Diagnosis and Treatment of Acute and Chronic Heart Failure 2008 of the European Society of Cardiology. Developed in collaboration with the Heart Failure Association of the ESC (HFA) and endorsed by the European Society of Intensive Care Medicine (ESICM). Eur Heart J 2008; 29: 2388-442.
5. ACC/AHA 2005 Guideline Update for the Diagnosis and Management of Chronic Heart Failure in the Adult. A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Writing Committee to Update the 2001 Guidelines for the Evaluation and Management of Heart Failure). Circulation 2005; 112: e154-235.
6. 2009 Focused Update: ACCF/AHA Guidelines for the Diagnosis and Management of Heart Failure in Adults. A Report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. JACC 2009; 53(15): 1343-82.
7. Зыбина Н.В. Хроническая сердечная недостаточность: вопросы распространенности и лечения в первичном звене муниципального здравоохранения. Автореф дисс кандид мед наук. Омск 2007.
8. Juilli re Y, Trochu JN, Jourdain P, et al. Creation of standardized tools for therapeutic education specifically dedicated to chronic heart failure patients: The French I-CARE project, 03 April 2006. Intern J Cardiology 2006; 113: 355-63.
9. Bocchi EA, Cruz F, Guimaraes G, et al. Long-Term Prospective, Randomized, Controlled Study Using Repetitive Education at Six-Month Intervals and Monitoring for Adherence in Heart Failure Outpatients: The REMADNE Trial. Circ Heart Fail 2008; 1: 115-24.
10. Якушин С.С., Никулина Н.Н., Зайцева Н.В. и др. Эффективность терапевтического обучения и амбулаторного наблюдения больных с ХСН III–IV ФК: клинические и инструментальные доказательства. Серд недостат 2004; 5(5): 240-3.
11. Егорова Л.А., Рябчикова Т.В., Лапотников В.А. и др. Роль медицинских сестер в работе школ для больных сердечной недостаточностью. Серд недостат 2003; 4(5): 230-1.
12. Митрофанова И.С., Коц Я.И., Вдовенко Л.Г. и др. Новые пути повышения эффективности лечения больных хронической сердечной недостаточностью. Серд недостат 2008; 9(4): 164-6.
13. Остроушко Н.И. Эффективность комплексной реабилитации больных хронической сердечной недостаточностью. Автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук. Воронеж 2009.
14. Chan D, Heidenreich P., Weinstein M. Heart failure disease management programs: A cost-effectiveness analysis. Am Heart J 2008; 155(2): 332-8.
15. Clark AM, Thompson DR. The future of management programmes for heart failure. Lancet 2008; 372(9641): 784-6.
16. Беленков Ю.Н., Агеев Ф.Т., Баншиков Г.Т. И др. Влияние специализированных форм активного амбулаторного ведения на функциональный статус, качество жизни и показатели гемодинамики больных с выраженной сердечной недостаточностью. Результаты Российской программы “ШАНС”. Серд недостат 2007; 8(3): 112-6.
17. Оганов Р.Г., Калинина А.М., Поздняков Ю.М. и др. Организация Школ Здоровья для пациентов с артериальной гипертонией в первичном звене здравоохранения. Организационно-методическое письмо Минздрава РФ. Москва 2002; 30 с.
18. Терещенко Н.С., Жиров И.В. Хроническая сердечная недостаточность у женщин. Серд недостат 2008; 9(6): 295-9.
19. Жиров И.В. Хроническая сердечная недостаточность у женщин: особенности течения и медикаментозной терапии. Автореф дисс докт мед наук. Москва 2009.

Поступила 13/07-2009