Пятилетний опыт работы школ здоровья для больных с сердечно-сосудистой патологией в учреждениях здравоохранения Чувашской Республики

З.Н. ТОКАРЕВА[1], Т.Н. МИЗУРОВА[2], Н.А. СВЕТЛОВА[2]

[1]БУ ЧР «Республиканский центр восстановительной медицины и реабилитации» Минздравсоцразвития Чувашии;
[2]БУ ЧР «Республиканский кардиологический диспансер» Минздравсоцразвития Чувашии

Five-year experience of cardiovascular health schools in the health care facilities of the Chuvash Republic

Z.N. TOKAREVA, T.N. MIZUROVA, N.A. SVETLOVA

Republican Center of Regenerative Medicine and Rehabilitation, Ministry of Health and Social Development of Chuvashia; Republican Cardiology Dispensary, Ministry of Health and Social Development of Chuvashia

Современным методом первичной профилактики является организация работы школ здоровья в лечебно-профилактических учреждениях Минздравсоцразвития Чувашии. В настоящее время в учреждениях здравоохранения республики школы здоровья работают по 27 направлениям. Наиболее востребованными школами стали — школа больных с артериальной гипертонией, школа коронарного больного, школа для больных с сердечной недостаточностью, школа атеротромбоза. Опыт работы школы здоровья является эффективной и малозатратной формой профилактической работы у лиц, имеющих сердечно-сосудистые заболевания.

Ключевые слова: школа здоровья, программа, эффективность работы школы здоровья.

Health schools in the health care facilities of Ministry of Health and Social Development of Chuvashia are a current method for primary prevention. At present, there are health schools in 27 disciplines in the health care facilities of the republic. Schools for patients with hypertension, coronary artery disease, heart failure, and atherothrombosis are most popular. The experience of a health school is an effective and low-cost form of preventive work among patients with cardiovascular diseases.

Key words: health school, program, efficiency of health school.

В структуре распространенности всех заболеваний среди населения Чувашской Республики сердечно-сосудистая патология на протяжении ряда лет занимает 2-е место (15,13%). В 2012 г. в сравнении с 2011 г. распространенность болезней системы кровообращения увеличилась на 2,4% и составила 339,9 на 1000 населения (2011 г. Россия — 227,4, Приволжский Федеральный округ (ПФО) — 258,8); заболеваемость ими увеличилась незначительно, на 0,3% (27,2 на 1000 населения, за 2011 г. по России — 26, ПФО — 28,6).

В 2012 г. в Чувашской Республике смертность населения от сердечно-сосудистой патологии в трудоспособном возрасте уменьшилась на 9,9% по сравнению с 2011 г. и составила 137,8 на 100 тыс. соответствующего населения (целевой показатель 138,0 на 100 000 соответствующего населения).

За 3 года летальность от инфаркта миокарда среди взрослого населения Чувашской Республики снизилась с 18,6% в 2010 г. до 16,6% в 2012 г., от инсульта — с 21,6% в 2010 г. до 19,3% в 2012 г.

© Коллектив авторов, 2013

Указанные показатели остаются стабильно выше средних по ПФО, что говорит об эффективной работе здравоохранения республики, связано с хорошей выявляемостью больных в начальной стадии заболевания и позволяет своевременно провести лечебно-диагностические мероприятия, предотвратить сердечно-сосудистые осложнения.

Эпидемиологические исследования, проведенные в различных регионах России в 80—90-е годы прошлого столетия, показали, что низкая продолжительность жизни в нашей стране связана с высокой распространенностью онкологических и сердечно-сосудистых заболеваний [1, 2]. Наиболее распространенными нозологиями являются артериальная гипертония (33,8%), цереброваскулярные болезни (28,4%) и ишемическая болезнь сердца (16,1%).

Контактная информация:
Токарева Зоя Никодимовна — к.м.н., зав. отд. организации и координации профилактической работы БУ ЧР «Республиканский центр восстановительной медицины и реабилитации»
e-mail: znt07@yandex.ru

ВОЗ определены 7 ведущих факторов риска, вносящих основной вклад в преждевременную смертность населения России, среди которых: повышенное артериальное давление (35,5%), гиперхолестеринемия (23%), курение (17,1%), нездоровое питание, недостаточное употребление фруктов и овощей (12,9%), ожирение (12,5%), злоупотребление алкоголем (11,9%), низкая физическая активность (9%). Существуют факторы риска, обусловленные биологически: это пол и возраст человека. Их невозможно изменить и необходимо учитывать при оценке риска развития сердечно-сосудистых заболеваний. К биологическим факторам риска относят также повышенное содержание липидов в сыворотке крови, артериальную гипертензию, избыточную массу тела, гипергликемию. Многие из перечисленных факторов риска связаны между собой и взаимно усиливают действие и проявление друг друга [3].

Факторы риска развития неинфекционных заболеваний были выявлены в результате эпидемиологических исследований, проводившихся на протяжении 40 лет. В исследовании, проведенном в Фремингеме (США), наблюдение за населением велось с 1948 по 1994 г. Сопостовлялись биохимические и физикальные данные, полученные в результате скринингов, и эпидемиологические данные — заболеваемость, смертность. Это исследование позволило количественно оценить абсолютный, относительный и определяющий риск специфических факторов, способствующих развитию сердечно-сосудистых заболеваний [4—6].

Только за счет изменения образа жизни и характера питания можно снизить риск смерти от ишемической болезни сердца как в популяции, так и среди больных с этим заболеванием. Так, прекращение курения снижает риск соответственно на 35 и 50%, повышение физической активности — на 25 и 20—30%, умеренное потребление алкоголя — на 25 и 15%, изменение хотя бы двух факторов в питании — на 45 и 15—40%. Связь курения, содержания холестерина в крови и высокого артериального давления с частотой развития сердечно-сосудистых заболеваний была доказана еще в 50-е годы [4, 7, 8]. Анализ причин существенного уменьшения смертности от болезней системы кровообращения во многих странах показал, что вклад оздоровления (изменения образа жизни) и снижения уровней факторов риска в уменьшение смертности составляет в среднем от 44 до 60%.

Образ жизни человека оказывает существенное влияние на вероятность возникновения сердечно-сосудистых заболеваний в среднем до 50%, в то время как наследственность — 20%, экология и климат — 20% и система здравоохранения — 10%.

Материал и методы

В Чувашской Республике реализуется целенаправленная стратегия борьбы с сердечно-сосудистой патологией с учетом ее медико-социальной значимости — комплексная система мер профилактики, лечения и реабилитации лиц с повышенным артериальным давлением подпрограммы «Артериальная гипертония» федеральной и республиканской целевой программы «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями в Чувашской Республике (2008—2011)», принятой постановлением кабинета министров Чувашской Республики № 205 от 21.08.07; Республиканская целевая программа «Совершенствование высокотехнологичной медицинской помощи на 2011—2020 гг.» (подпрограмма «Кардиохирургия»), Республиканская целевая программа «Развитие системы медицинской профилактики неинфекционных заболеваний и формирование здорового образа жизни у населения Чувашской Республики на 2013—2015 гг.», а также гигиеническое обучение и воспитание населения в виртуальных школах здоровья на медпортале «Здоровая Чувашия».

Ожидаемые конечные результаты программы: снижение смертности от болезней системы кровообращения — до 645,0 на 100 000 населения; снижение смертности от инфаркта миокарда — до 36,0 на 100 000 населения.

Для достижения этих результатов в республике утверждены порядки: порядок организации медицинской помощи с острым инфарктом миокарда (приказ Минздравсоцразвития Чувашии №584 от 27.05.11) и порядок организации плановой медицинской помощи взрослому населению при болезнях системы кровообращения кардиологического профиля (приказ Минздравсоцразвития Чувашии №509 от 16.04.12).

В последние десятилетия наблюдается «омоложение» гипертонической болезни, увеличивается число различных заболеваний сердца. В связи с этим в работу лечебно-профилактических учреждений Минздравсоцразвития Чувашии внедрены профилактические технологии, такие как массовые образовательно-просветительные акции — «Дни здорового сердца», «Дни открытых дверей», «Прогулка с врачом».

С целью повышения мотивации больных к лечению, борьбы с факторами риска сердечно-сосудистых заболеваний, обучения самоконтролю за артериальным давлением организованы и успешно реализуются такие школы здоровья, как школа больных с артериальной гипертонией, школа коронарного больного, школа для больных с сердечной недостаточностью, школа атеротромбоза, в 2012 г. в них прошли обучение более 32 000 пациентов.

Школа здоровья как одна из медицинских профилактических услуг может служить эталоном качества профилактической медицинской помощи, основанной на принципах реформирования здравоохранения [9, 10].

Основной целью обучения пациентов в школе здоровья является повышение информированности пациентов о заболеваниях сердечно-сосудистой патологии, факторах риска, развитии осложнений, а также обучение практическим навыкам по оказанию первой доврачебной само- и взаимопомощи.

Программа обучения включает 5 основных разделов по следующим темам: что надо знать об артериальной гипертонии, ожирении и артериальной гипертонии, физической активности и здоровье, стрессе и здоровье, как повысить приверженность пациентов к лечению.

Занятия имеют единую структуру: вводную часть, информационную, активную форму обучения, заключительную часть занятия. Активная часть занятий направлена на развитие у пациентов умений и навыков, которые необходимы в повседневной жизни для наиболее эффективного контролирования заболевания и сохранения здоровья. Обучение проводят врачи: кардиологи, терапевты, психотерапевты, неврологи, социальные работники, средний медицинский персонал поликлиник и отделений общей врачебной практики.

Форма занятий — интерактивный семинар в виде свободного диалога. Такая форма работы по принципу «об-

ратной связи» является наиболее эффективной для запоминания и усвоения необходимого материала. Слушатели школы наблюдаются врачом, ведут индивидуальный дневник самоконтроля, проходят необходимые лабораторные и инструментальные исследования согласно стандартам. Заключительное занятие проводится в форме «круглого стола» и открытого общения.

Занятия в школах здоровья направлены на постепенное повышение ответственности больного за сохранение здоровья, на переход к новому стилю жизни, без вредных привычек и направленному на уменьшение патогенного влияния факторов риска. Наиболее важным моментом работы школ является доведение информации о профилактике болезни до всей семьи больного с целью изменения образа жизни ее членов.

Наиболее востребованной среди пациентов терапевтического профиля является школа для больных с артериальной гипертонией. За 5 лет число больных с артериальной гипертонией, обученных в школе, значительно увеличилось: с 20 750 человек в 2008 г. до 28 588 человек в 2012 г. Выросло общее количество школ для больных с артериальной гипертонией со 149 в 2008 г. до 166 школ в 2012 г., из них 87 школ здоровья организованы в офисах врачей общей практики на селе с участием фельдшеров фельдшерско-акушерских пунктов **(рис. 1)**.

Большой популярностью пользуется школа здоровья для больных с хронической сердечной недостаточностью.

Слушателей интересуют не только вопросы медикаментозного лечения, но также и питания, двигательного режима, экологии и т.д. За 5 лет число пациентов, обученных в школе для больных с хронической сердечной недостаточностью, увеличилось в 2 раза: с 1735 человек в 2008 г. до 3374 человек в 2012 г. **(рис. 2)**.

В школе коронарного больного за 5 лет всего обучены 1114 человек, число пациентов, обученных в школе, увеличилось в 3 раза.

С 2010 г. в лечебно-профилактических учреждениях республики функционирует школа атеротромбоза, за 3 года работы школы в ней обучено всего 1160 человек.

На первом и заключительном занятиях слушатели в школах здоровья проходят анкетирование, на основании его результатов оценивается эффективность работы школы и результаты позитивных поведенческих изменений в образе жизни слушателя [10].

Заключение

Своевременное выявление и коррекция факторов риска у пациентов играет важную роль для первичной профилактики сердечно-сосудистых заболеваний.

Анализ полученных данных позволит разработать единую стратегию по выявлению факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний и их своевременной коррекции, что является основой профилактики сердечно-сосудистой заболеваемости и смертности.

Обязательным условием обучения пациентов в школе здоровья является проведение анкетирования до и после проведения занятий.

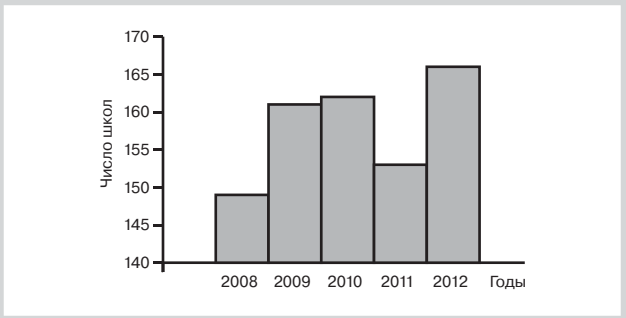


Рис. 1. **Школы здоровья для больных артериальной гипертонией.**

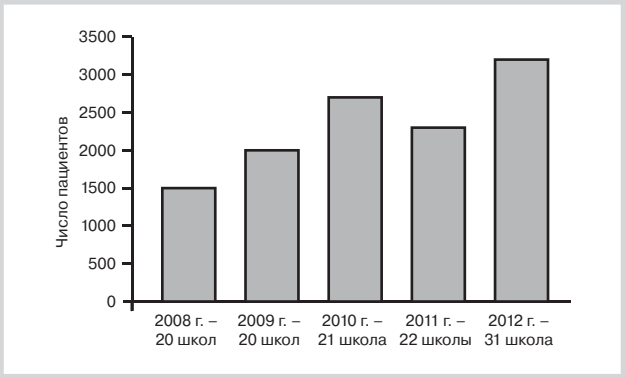


Рис. 2. **Школы здоровья для больных с хронической сердечной недостаточностью.**

Эффективность работы школ здоровья оценивается по количественному показателю, количеству обученных и их оценки работы школы.

В целом об эффективности работы школ здоровья для больных сердечно-сосудистыми заболеваниями свидетельствует снижение уровня госпитализации на 7—9%, число направленных к врачам-специалистам на 11—12%, снижение количества вызовов скорой помощи на 8—10%.

В ходе анализа работы школы здоровья для больных артериальной гипертонией, школы коронарного больного, школы для больных хронической сердечной недостаточностью, школы для больных атеротромбозом за 5 лет выявлено, что в целом у 43% пациентов удалось сформировать устойчивую мотивацию на здоровый образ жизни, 48% слушателей откорригировали факторы риска хронических неинфекционных заболеваний, 36% пациентов разработаны индивидуальные программные мероприятия.

Школы здоровья для больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями пользуются большой популярностью пациентов. Занятия в школе способствуют переосмыслению образа жизни, пациенты становятся активными помощниками врача в лечебном процессе.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Оганов Р.Г., Масленникова Г.Я.* Сердечно-сосудистые заболевания в России во второй половине XX столетия: тенденция, возможности профилактики, перспективы. Кардиология 1999; 6: 3—7.
2. *Гафаров В.В., Пак В.А., Гагулин И.В., Гафарова А.В.* Эпидемиология и профилактика хронических неинфекционных заболеваний в течение двух десятилетий и в период социально-экономического кризиса в России. 2-е изд. Новосибирск 2000.
3. Эпидемиология и факторы риска ишемической болезни сердца. Под ред. А.Н. Климова. Л: Медицина 1989.
4. *Dawber T.R., Meadors G.F., Moore F.E.* Epidemiologocal approaches to heart disease: the Framingham study. Am J Publ Health 1951; 41: 279—286.
5. *Kannel W.B.* The Framingham experience. Coronary Heart Disease Epidemiology: from Etiology to Public Health. Eds. M. Marmot, P. Elliot.Oxford: Oxford Publ 1992.
6. *Kannel W.B., Dawber T.R., Kagan A. et al.* Factors of risk in the development of coronary heart disease — six years follow-up experience: The Framingham Study. Ann Intern Med 1961; 55: 33—50.
7. *Denson K.W.E.* Smoke in the face, diet, and harm to the heart. Lancet 1996; 348: 1663—1664.
8. *Doll R., Hill A.* Lung cancer and other causes of death in relation to smoking. Br Med J 1956; 2: 1071—1081.
9. Руководство по медицинской профилактике. Под ред. Р.Г. Оганова, Р.А. Хальфина. М 2007; 11—12.
10. Школа здоровья. Информационно-методическое пособие для врачей. М 2002; 3—70.