

Клиническая эффективность образовательной программы для больных ревматоидным артритом

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

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 16.12.2011

Цель — разработать образовательную программу для больных ревматоидным артритом (РА) и оценить ее эффективность.

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. Исходно и через 6 мес определяли индексы DAS 28, HAQ, RAPID 3 по анкете MDHAQ (R798–NP2).

Результаты. Через 6 мес после обучения в основной группе индекс DAS 28 снизился на $1,33 \pm 0,26$ балла ($p < 0,05$), HAQ — на $0,91 \pm 0,54$ (55,2%; $p < 0,01$), RAPID 3 — на $5,96 \pm 0,92$ (49,9%; $p < 0,01$), уровень тревоги — на $0,86 \pm 0,32$ (54,4%; $p < 0,05$), депрессии — на $0,87 \pm 0,61$ (53,4%; $p < 0,05$), утомляемости — на $3,39 \pm 1,17$ (47,5%; $p < 0,05$), улучшился сон на $0,81 \pm 0,36$ балла (54,7%; $p < 0,05$). Через 6 мес после участия в образовательной программе достоверно чаще регистрировался хороший ответ на лечение по DAS 28 по критериям EULAR (52,2% против 30,0% в контрольной группе; $p < 0,05$), а число больных, отметивших улучшение самочувствия, возросло в 8,5 раза ($p < 0,01$). Динамика в контрольной группе носила менее выраженный характер, что определило статистически достоверные различия между группами по большинству показателей ($p < 0,05$).

Заключение. Образовательная программа улучшает функциональные возможности, психологический статус, помогает контролировать активность заболевания и повышает качество жизни больных РА.

Ключевые слова: ревматоидный артрит, образовательная программа, обучение пациентов

CLINICAL EFFICIENCY OF AN EDUCATION PROGRAM FOR PATIENTS WITH RHEUMATOID ARTHRITIS
E.V. Orlova, L.N. Denisov, A.O. Arsenyev, N.M. Kosheleva, D.E. Karateyev, E.L. Nasonov

Objective: to develop an education program for patients with rheumatoid arthritis (RA) and to evaluate its efficiency.

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. The MDHAQ (R798–NP2) questionnaire was used to determine DAS 28, HAQ, RAPID 3 scores at baseline and following 6 months.

Results. Six months after education, the study group showed reductions in DAS 28 by 1.33 ± 0.26 scores ($p < 0.05$), HAQ by 0.91 ± 0.54 (55.2%; $p < 0.01$), and RAPID 3 by 5.96 ± 0.92 (49.9%; $p < 0.01$), anxiety level by 0.86 ± 0.32 (54.4%; $p < 0.05$), depression by 0.87 ± 0.61 (53.4%; $p < 0.05$), fatigability by 3.39 ± 1.17 (47.5%; $p < 0.05$); sleep improved by 0.81 ± 0.36 scores (54.7%; $p < 0.05$). Six months following education program participation, there was significantly more frequently a good DAS 28 response to treatment according to the EULAR criteria (52.2% versus 30.0% in the control group; $p < 0.05$), and the number of patients who reported health improvement increased by 8.5 times ($p < 0.01$). The changes in the control group were less pronounced, which determined statistically significant differences between the groups in most indicators ($p < 0.05$).

Conclusion. The education program improves functional capacities and psychological status, assists in controlling the disease activity, and enhances the quality of life in patients with RA.

Key words: rheumatoid arthritis, education program, patient education

Ревматоидный артрит (РА) характеризуется тяжелым поражением опорно-двигательного аппарата, прогрессирующим течением, высокой частотой поражения лиц трудоспособного возраста, рано возникающим снижением функциональных способностей, потерей профессиональных и социальных навыков, трудностью физического и психологического приспособления больного к нарушениям двигательных функций, необходимых в повседневной жизни и трудовой деятельности [1–3]. Таким образом, заболевание приводит к различным нарушениям во всех сферах жизнедеятельности человека и значительному ухудшению качества жизни [4].

Эффективная терапия РА невозможна без активного и грамотного участия пациента в этом процессе, что требует проведения образовательных программ, основанных на реальных потребностях больного.

Системы обучения больных основными хроническими неинфекционными заболеваниями стали внедряться в здравоохранение нашей страны достаточно давно и традиционно назывались «школы здоровья». 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 [5]. В 70-х годах XX в. началось активное использование в клинической практике школ сахарного диабета и бронхиальной астмы. Этот опыт показал, что информированность пациента о своем заболевании в значительной мере повышает эффективность лечебных мероприятий, уменьшает число осложнений, улучшает качество жизни, социальную адаптацию и, как следствие, ведет к снижению затрат на лечение [6, 7].

Деятельность школ здоровья регламентирована приказом МЗ РФ от 16.07.2001 г. №269 «О введении в действие отраслевого стандарта "Сложные и комплексные медицинские услуги"» [8]. 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) [9]. Цели образовательных программ состоят в следующем:

1. Обеспечить пациентов необходимой информацией об их состоянии, исходящей от лучших специалистов и адаптированной к общему образовательному уровню больных, в том числе предоставить современные данные о медикаментозном лечении, номенклатуре лекарственных средств, их побочных эффектах, противопоказаниях к их назначению и др.

2. Мотивировать больных к выполнению врачебных рекомендаций (повысить приверженность лечению), изменению поведения, привычек и отношения к своему заболеванию в пользу активного подхода.

3. Обучить пациентов основным навыкам самонаблюдения в домашних условиях и принципам доврачебной помощи при возникновении острых ситуаций.

4. Способствовать психологической адаптации больных к новым условиям жизни с хроническим заболеванием или другой проблемой медицинского характера.

5. Осуществить контроль усвоения необходимой информации пациентами.

6. Повысить степень доверия больных к системе здравоохранения [9].

Одной из наиболее детально разработанных и широко применяемых в клинической практике образовательных программ является «школа здоровья для пациентов с артериальной гипертензией (АГ)» академика Р.Г. Оганова [5]. Порядок организации школы регламентируется приказом Минздрава РФ №4 от 21.01.2003 г. [10]. Необходимыми условиями организации школы являются наличие в учреждении обученного персонала и методическое обеспечение, включенное в организационно-методическое письмо Минздрава России от 02.08.2002 г. «Организация школ здоровья для пациентов с артериальной гипертензией в первичном звене здравоохранения», содержащее комплект материалов для врача и пациента (дневник) [5]. Опыт внедрения этой школы в практику продемонстрировал реалистичность достижения единой методологии выполнения образовательной технологии при условии соответствующей подготовки врача (медицинского работника) [9]. При этом унификация системы обучения позволила существенно повысить эффективность работы с пациентами. Проведение школ для больных АГ показало, что улучшение информированности о заболевании повышает полноту и точность выполнения врачебных назначений, изменяет стиль жизни пациентов с учетом индивидуально значимых факторов риска, что ведет к снижению сердечно-сосудистых осложнений [6, 11–13].

В рамках школ для больных с заболеваниями суставов и позвоночника (шифр 04.040.01, где 04 – медицинские услуги по профилактике; 040 – ревматология; 01 – школа для больных с заболеваниями суставов и позвоночника как вид услуги) О.М. Лесняк и соавт. разработаны образовательные программы для пациентов с остеопорозом

и остеоартрозом [14, 15]. Было показано, что школа для больных остеоартритом способствует повышению информированности пациентов о своем заболевании, снижению массы тела, приверженности немедикаментозным методам терапии (выполнению физических упражнений и ортопедической коррекции), улучшению профиля фармакологического лечения и клинических показателей (боль, скованность и функциональная недостаточность по индексам WOMAC и Лекена, выраженность симптомов депрессии) [16–18].

В настоящее время в нашей стране не существует единой оптимальной модели образовательной программы для больных РА, разработанной в соответствии с требованиями общей методологии проведения школ здоровья.

Цель данного исследования – разработать образовательную программу для больных РА и оценить ее эффективность.

Задачи исследования:

1. Создать оптимальную унифицированную модель проведения образовательной программы (школы здоровья) для пациентов с РА.

2. Оценить влияние образовательной программы на активность заболевания, функциональный статус и качество жизни больных РА.

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 АГ, 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 (39 женщин и 4 мужчины) в возрасте от 20 до 65 лет, 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. [19]. Первая (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 основную группу вошли 23 пациента, прошедших обучение в образовательной программе (школа здоровья «Ревматоидный артрит»); контрольную группу составили 20 больных, которые не проходили такого обучения. Медикаментозная терапия в обеих группах включала базисные противовоспалительные препараты (БПВП): метотрексат (MT) 10–20 мг в неделю, или MT 20–25 мг в неделю в сочетании 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 сульфа-

салазин 1–2 г в день; нестероидные противовоспалительные препараты, глюкокортикоиды. Пациенты обеих групп не имели значимых различий в длительности и активности заболевания, рентгенологической стадии, функциональной недостаточности и проводимой медикаментозной терапии (табл. 1).

Школа для больных РА была разработана нами согласно техническому заданию «Подготовка информационно-методического обеспечения системы медико-санитарного просвещения и обучения здоровому образу жизни населения Российской Федерации» (2007), по общим требованиям, единой методологии и содержала следующие разделы:

1. Теоретическая часть курса (не более 40% всего объема материала).

1.1. Начальные сведения о заболевании – симптомы, осложнения, приводящие к инвалидизации и/или смерти пациента, медицинские термины и понятия, знание которых необходимо при данном заболевании.

1.2. Лабораторные и другие показатели, за которыми должен следить пациент.

1.3. Влияние образа жизни на развитие заболевания, существующие методы коррекции поведенческих привычек и образа жизни (физическая активность, питание и др.).

1.4. Основные сведения о методах лечения и лекарственных средствах, применяемых при данном заболевании.

2. Практическая часть.

2.1. Обучение пациента навыкам, необходимым для самонаблюдения, самоконтроля и интерпретации результатов (практические навыки формирования правильных поведенческих стереотипов, оптимизации режимов и пр.).

2.2. Действия пациента в зависимости от полученных данных (результатов самоконтроля и пр.).

2.3. Информация о неотложных состояниях и оказании доврачебной помощи при их возникновении [9].

Школа здоровья «Ревматоидный артрит» состояла из четырех занятий продолжительностью по 90 мин каждое, проводимых каждый день (табл. 2). Вся предлагаемая информация основывалась на современных клинических рекомендациях, метаанализах, рандомизированных клинических исследованиях и была представлена ведущими специалистами ФГБУ «НИИР» РАМН по данным проблемам.

М. Kaariainen и соавт. [20] показали, что качество образовательных программ при РА можно повысить, используя 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 [21].

Обучающая программа проводилась во время стационарного лечения пациентов в клинике ФГБУ «НИИР» РАМН. Наблюдение больных осуществлялось 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 6 мес – очный визит. Всем пациентам во время госпитализации было проведено стандартное комплексное клиничко-лабораторное обследование [2]. Исходно и через 6 мес определяли индекс активности болезни DAS 28, индекс состояния здоровья по анкете Stanford Health Assessment Questionnaire (HAQ), индекс качества жизни Rheumatology Assessment Patient Index Data (RAPID 3) с использованием многомерного опросника Multi-Dimensional Health Assessment Questionnaire (MDHAQ) (R798–NP2) [22].

Таблица 1 Клиническая характеристика больных РА

Параметры	Основная группа		Контрольная группа	
	число больных	%	число больных	%
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:				
MT 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) + MT 20–25 мг в неделю	2	9	1	5
Адалimumаб 40 мг подкожно 1 раз в 2 нед (по схеме) + MT 20–25 мг в неделю	1	4	1	5

Таблица 2 Программа занятий в школе здоровья «Ревматоидный артрит»

№	Тематические разделы	Время, мин
Занятие 1. Понятие РА. Медикаментозное лечение больных РА		90, в том числе
1	Что такое РА? Как часто встречается и почему возникает заболевание?	10
2	Что происходит в суставах при РА? Деформации и изменения подвижности суставов	10
3	Какие другие органы поражаются при РА? Остеопороз, амилоидоз, заболевания сердечно-сосудистой системы и сухой синдром	10
4	Как начинается и как протекает заболевание?	10
5	Как врач диагностирует РА?	10
6	Каков прогноз РА?	5
7	Что опаснее: не лечить РА или лекарства? Цели терапии. Программа «Тreat to target» («Лечение до достижения цели»)	5
8	Базисные противовоспалительные препараты	15
9	Нестероидные противовоспалительные препараты	5
10	Глюкокортикоиды	5
11	Оценка эффективности и контроль безопасности терапии	5
Занятие 2. Восстановительное лечение и реабилитация больных РА. Формирование правильного функционального стереотипа, ортезирование, вспомогательные средства и методы защиты суставов.		90, в том числе
1	Восстановительное лечение и реабилитация больных РА	10
2	Физиотерапия	5
3	Трудотерапия	5
4	Формирование правильного функционального, двигательного и поведенческого стереотипов	15
5	Ортезирование, вспомогательные средства и методы защиты суставов для пациентов с проблемами рук	15
6	Ортезирование, вспомогательные средства и методы защиты суставов для пациентов с проблемами ног	15
7	Как правильно выбрать обувь?	10
8	Формирование правильного функционального стереотипа и советы пациентам с проблемами в шейном отделе позвоночника	15
Занятие 3. Диета при РА. Курение, ожирение и другие факторы риска. Беременность и планирование семьи при РА		90, в том числе
1	Диетическая терапия РА	10
2	Лечебное питание (варианты меню) у больных РА	10
3	Критская диета	5
4	Пищевой статус и ожирение	10
5	Алкоголь, чай и кофе в диете больных РА. Влияние курения на развитие РА и организм человека	10
6	Диета в профилактике остеопороза и сердечно-сосудистых заболеваний	15
7	Как РА влияет на беременность, развитие плода и ребенка?	10
8	Как контролировать активность РА при беременности?	10
9	Возможен ли прием лекарств при беременности и лактации?	10
Занятие 4. Лечебная физкультура (ЛФК). Основные комплексы упражнений с элементами обучения пациентов		90, в том числе
1	ЛФК и физическая активность при РА	5
2	Развитие выносливости (аэробные нагрузки)	5
3	Тренировка мышечной силы	5
4	Тренировка баланса	5
5	Механотерапия	5
6	Как избежать перегрузки и что учитывать во время тренировки?	5
7	Упражнения для крупных суставов рук (плечевых и локтевых)	15
8	Упражнения для кистей	15
9	Упражнения для крупных суставов ног (тазобедренных и коленных)	15
10	Упражнения для стоп	15

Результаты

Изначально обе группы не имели значимых различий по показателям активности заболевания, функционально-го статуса и качества жизни ($p>0,05$) (табл. 3).

Через 6 мес в обеих группах наблюдалось достоверное снижение активности заболевания, при этом статистически значимых различий между группами по индексу DAS 28 отмечено не было ($p>0,05$). Однако в основной группе пос-

Таблица 3 Динамика показателей у больных ревматоидным артритом (M±σ)

Показатель	Исходные значения, баллы		Значения через 6 мес, баллы	
	основная группа	контроль	основная группа	контроль
Индекс DAS 28	4,46±1,52	4,29±1,31	3,13±0,89*	3,55±0,76*
Индекс HAQ	1,65±0,83	1,59±0,78	0,74±0,45*	1,25±0,56*, **
Индекс RAPID 3	11,95±7,89	12,27±7,32	5,99±2,12*	9,75±5,25*, **
Уровень тревоги	1,58±0,39	1,55±0,36	0,72±0,28*	1,10±0,31*, **
Уровень депрессии	1,63±0,41	1,65±0,38	0,76±0,33*	1,48±0,41**
Нарушения сна	1,48±0,52	1,47±0,51	0,67±0,39*	1,33±0,22**
Уровень утомляемости	7,14±2,54	6,95±3,02	3,75±1,63*	5,89±2,25**

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

ле обучения уменьшение DAS 28 превысило 1,2 балла: ΔDAS 28 было 1,33±0,26 (p<0,05) против 0,74±0,19 (p<0,05) в контрольной группе, – и в среднем отмечалась низкая активность РА (см. табл. 3, рис. 1). Кроме того, в основной группе через 6 мес после участия в образовательной программе достоверно чаще регистрировался хороший ответ на лечение по DAS 28 по критериям эффективности терапии EULAR (52,2% против 30,0% больных в контрольной группе; p<0,05; рис. 2). Следовательно, образовательная программа помогала более эффективно контролировать активность болезни на протяжении всего периода наблюдения.

Через 6 мес отмечалось статистически значимое улучшение функционального статуса по индексу HAQ в обеих группах. При этом положительная динамика в основной группе носила более выраженный характер. К концу наблюдения в основной группе индекс HAQ уменьшился на 0,91±0,54 балла (55,2%; p<0,01 – выраженное клиническое улучшение, ΔHAQ ≥0,80), а в контрольной – на 0,34±0,21 балла (21,4%; p<0,05 – слабое клиническое улучшение, 0,22≤ΔHAQ≤0,36), что определило достоверные различия (p<0,05) между группами по данному показателю (см. табл. 3, рис. 1).

Через 6 мес статистически достоверное улучшение качества жизни по опроснику оценки здоровья MDHAQ (R798–NP2) наблюдалось в обеих группах. Однако эта динамика была более выраженной в основной группе. Через 6 мес после обучения в школе здоровья индекс RAPID 3 снизился на 5,96±0,92 балла (49,9%; p<0,01), что соответствовало хорошему ответу на лечение (ΔRAPID 3 >3,6, итоговый RAPID 3 <6 – см. табл. 3, рис. 1). В контрольной группе разница индекса RAPID 3 с исходным значением составила 2,52±0,36 балла (20,5%; p<0,05), что говорило об удовлетворительном ответе на лечение (ΔRAPID 3 >3,6, итоговый RAPID 3 ≥6 или 1,8≤ΔRAPID 3 ≤3,6 балла, итоговый RAPID 3 ≤12). При этом к концу наблюдения отмечались статистически достоверные различия между группами по интегральному показателю оценки качества жизни (p<0,05).

Через 6 мес после участия в образовательной программе в основной группе достоверно уменьшились уровень тревоги – на 0,86±0,32 балла (54,4%; p<0,05), депрессии по субъективной оценке пациентами – на 0,87±0,61 балла (53,4%; p<0,05), утомляемости – на 3,39±1,17 балла (47,5%; p<0,05), улучшился сон – на 0,81±0,36 балла

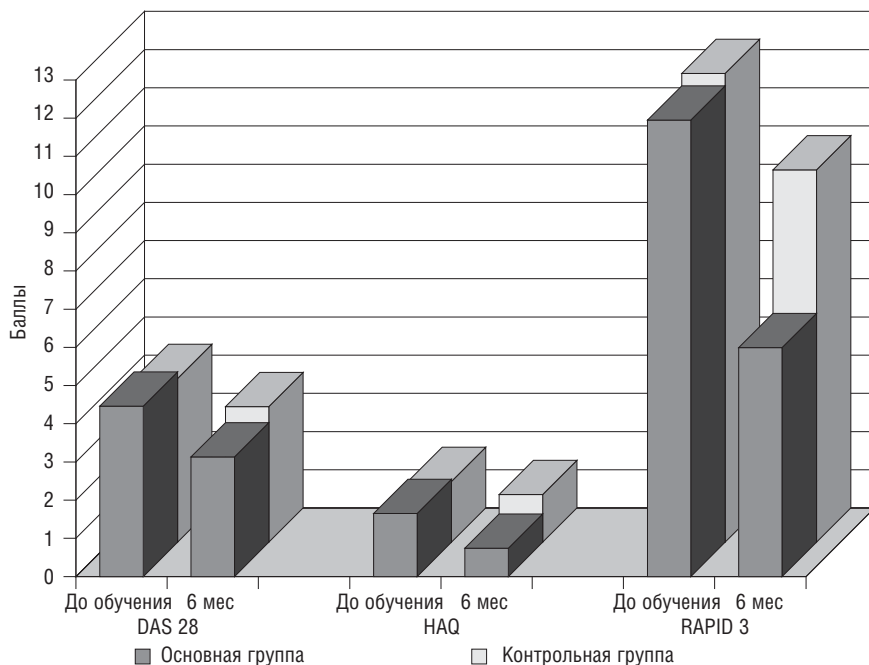


Рис. 1. Показатели активности заболевания, функционального статуса, качества жизни и общей утомляемости у больных РА до и через 6 мес после образовательной программы

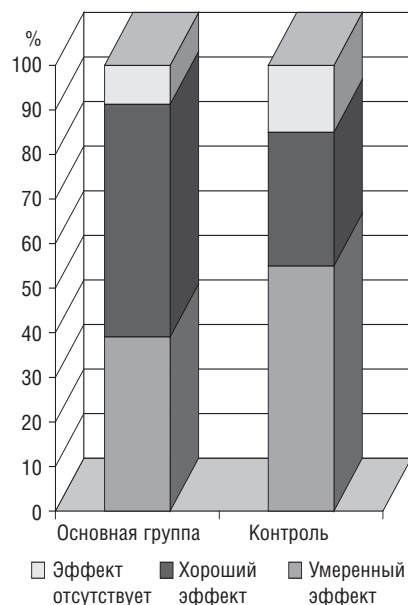


Рис. 2. Эффективность терапии через 6 мес после образовательной программы по критериям EULAR (процент пациентов)

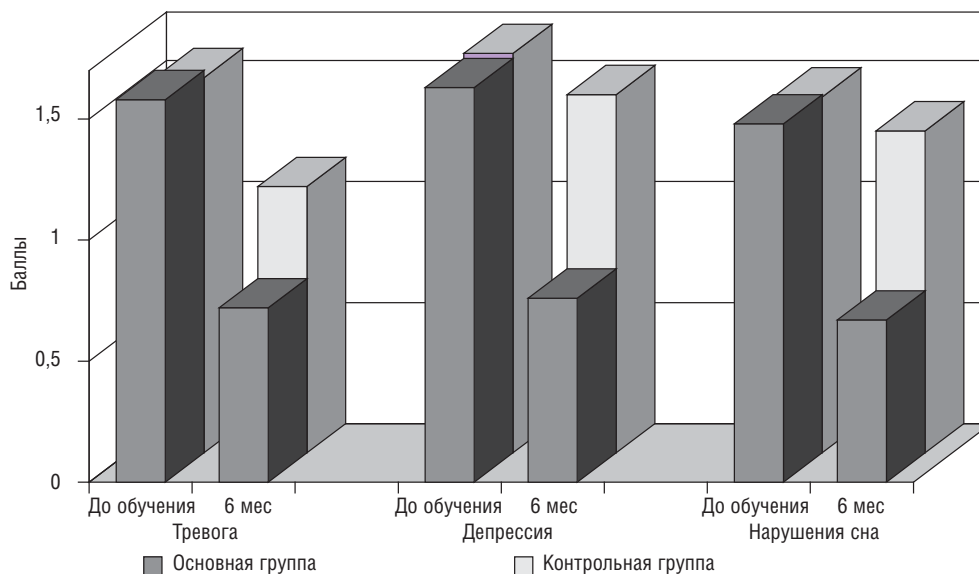


Рис. 3. Уровни тревоги, депрессии и нарушения сна у больных РА до и через 6 мес после образовательной программы

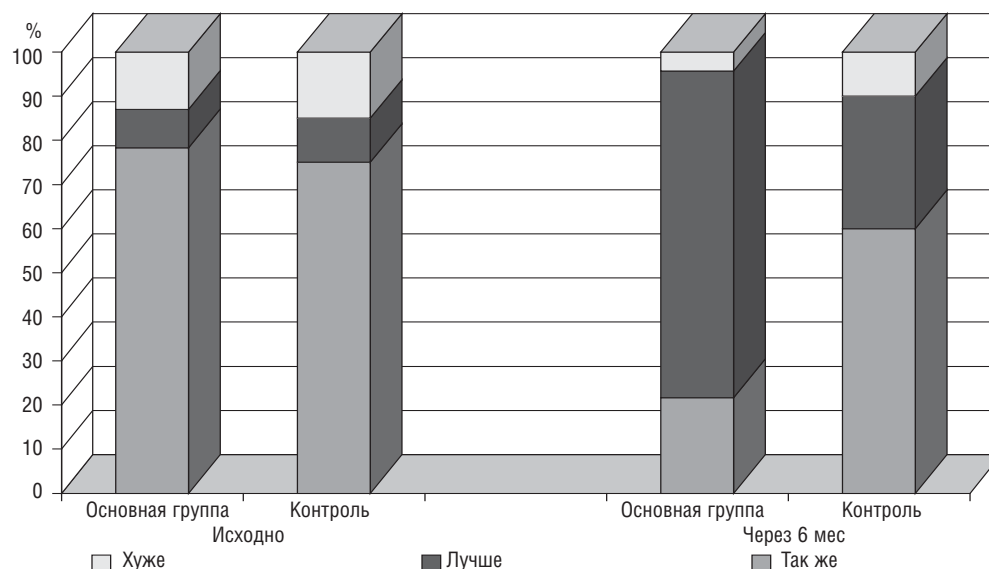


Рис. 4. Субъективная оценка самочувствия больными РА до и через 6 мес после образовательной программы (процент пациентов)

(54,7%; $p < 0,05$) по опроснику MDHAQ (R798–NP2) – рис. 3, см. табл. 3, рис. 1. В контрольной группе статистически значимая положительная динамика наблюдалась только в отношении симптомов тревоги – снизились на $0,45 \pm 0,22$ балла (29,0%; $p < 0,05$); депрессивные расстройства, утомляемость и нарушения сна оставались примерно на том же уровне ($p > 0,05$) с достоверными различиями между группами по данным показателям ($p < 0,05$).

Изначально на вопрос анкеты оценки здоровья MDHAQ (R798–NP2): «Как Вы себя чувствуете сегодня по сравнению с тем, как Вы себя чувствовали до госпитализации?» – 18 (78,3%) пациентов основной группы ответили «так же», 2 (8,7%) – «лучше», 3 (13,0%) – «хуже». Через 6 мес после участия в образовательной программе число больных, отметивших улучшение самочувствия, достоверно возросло в 8,5 раза ($p < 0,01$) от исходного уровня. Ответ «так же» указали 5 больных (21,7%), «лучше» – 17 (74,0%),

«хуже» – 1 (4,3%) (рис. 4). В контрольной группе доля больных, отметивших пункт «лучше», также достоверно увеличилась (в 3,0 раза; $p < 0,01$), но менее значимо, чем в основной группе ($p < 0,05$).

Обсуждение

Существует небольшое число зарубежных исследований, касающихся оценки эффективности образовательных программ для пациентов. В кокрановском обзоре было показано, что обучение больных РА имеет краткосрочное благоприятное воздействие на продолжительность нетрудоспособности, функциональный и психологический статус, суставной счет, оценку пациентами общего состояния и выраженность депрессии [23]. Наблюдалось положительное влияние образовательной программы на показатели болевого синдрома. Уровень тревоги и активность болезни не показали значимой динамики.

F. Abourazzak и соавт. изучили долгосрочные эффекты образовательных программ для больных РА [24]. 39 пациентов, разделенные на группы по 4–5 человек, участвовали в трехдневной образовательной программе. Через 3 года знания пациентов о болезни были значительно лучше по сравнению с первоначальными и с группой контроля. Снизилась активность болезни в основной группе (DAS 28 – 3,1 против 3,8). Статистически значимой динамики индекса HAQ и качества жизни по AIMS 2 (Arthritis Impact Measurement Scale 2, краткий вариант) не наблюдалось. Отмечался высокий уровень удовлетворения образовательной программой среди пациентов.

Как известно, тяжесть течения РА приводит к изменению психоэмоционального состояния, развитию синдрома реактивной тревожности, депрессивных расстройств [25]. Элементы психологической реабилитации, саморегуляции необходимы большинству больных [26]. Они оказывают положительное влияние на боль, другие симптомы РА, социальную активность [27].

ЛИТЕРАТУРА

- Насонов Е.Л., Каратеев Д.Е., Балабанова Р.М. Ревматоидный артрит. В кн.: Ревматология. Национальное руководство. Под ред. Е.Л. Насонова, В.А. Насоновой. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008;290–331.
- Ревматология. Клинические рекомендации. Под ред. Е.Л. Насонова. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010;752 с.
- Насонова В.А., Насонов Е.Л., Алекперов Р.Т. и др. В кн.: Рациональная фармакотерапия ревматических заболеваний. Под ред. В.А. Насоновой, Е.Л. Насонова. М.: Литтерра, 2010;448 с.
- Амирджанова В.Н. Ревматоидный артрит с позиций оценки качества жизни больных. Тер арх 2007;79(5):9–15.
- Школа здоровья для пациентов с артериальной гипертензией: Информационно-методическое пособие для врачей. Под ред. Р.Г. Оганова. М., 2002;62 с.
- Калинина А.М., Еганян Р.А., Стоногина В.П. и др. Оценка эффективности школ здоровья для больных с артериальной гипертензией как профилактической медицинской услуги в первичном звене здравоохранения: пособие для врачей. М.: МЗ РФ, 2003;18 с.
- Михайлова Н.В., Калинина А.М., Олейников В. Г. и др. Школа здоровья для пациента – важнейший фактор качества медицинской помощи. Профил забол и укреп здор 2004;2:3–10.
- О введении в действие отраслевого стандарта «Сложные и комплексные медицинские услуги». Приказ МЗ РФ №269 от 16.07.2001. М.: МЗ РФ, 2001.
- 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.
- О мерах по совершенствованию организации медицинской помощи больным с артериальной гипертензией в Российской Федерации. Приказ МЗ РФ №4 от 24.01.2003. М.: МЗ РФ, 2003.
- Орлова Е.В., Тишкина Н.В. Школа здоровья «Артериальная гипертензия». X международный конгресс «Здоровье и образование в XXI веке. Инновационные технологии в биологии и медицине»: Сб. тезисов. М., 2009;268 с.
- Орлова Е.В., Тишкина Н.В. Клиническая эффективность школ здоровья в первичной и вторичной профилактике артериальной гипертензии у работников железнодорожного транспорта. Кардиология: реалии и перспективы: Российский национальный конгресс кардиологов: Матер. конгресса. Кардиоваск тер и профил 2009;8(6, прил. 1):263–4.
- Орлова Е.В., Тишкина Н.В. Оценка влияния школы здоровья на модифицируемые факторы риска артериальной гипертензии. Вестн нов мед технол 2010;17(2):293–5.
- Лесняк О.М., Пухтинская П.С. Школа здоровья. Остеоартрит: Руководство для врачей. Под ред. О.М. Лесняк. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008;104 с.
- Лесняк О.М., Евстигнеева Л.П., Кузнецова Н.М. и др. Школа здоровья. Остеопороз: Руководство для врачей. Под ред. О.М. Лесняк. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008; 64 с.
- Пухтинская П.С. Клиническая эффективность образовательной программы для пациентов с остеоартритом (остеоартрозом) коленных и тазобедренных суставов. Урал мед журн 2009;56(2):56–61.
- Пухтинская П.С., Лесняк О.М. Коррекция индекса массы тела как результат обучения в Школе остеоартроза. V съезд ревматологов России: Сб. матер. съезда (тезисы). М., 2009;93.
- Пухтинская П.С., Лесняк О.М. Влияние обучения пациентов в Школе остеоартроза на уровень знаний о заболевании. V съезд ревматологов России: Сб. матер. съезда (тезисы). М., 2009;93.
- Каратеев Д.Е., Олюнин Ю.А. О классификации ревматоидного артрита. Науч-практич ревматол 2008;1:5–16.
- 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.
- 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.
- Старкова А.С., Амирджанова В.Н. Валидация русскоязычной версии опросника RAPID-3. Науч-практич ревматол 2011;4:36–40.
- Riemsma R.P., Kirwan J.R., Taal E. et al. Patient education for adults with rheumatoid arthritis. Cochrane Database Sys Rev 2003;2:CD003688.
- Abourazzak F., El Mansouri L., Huchet D. et al. Long-term effects of therapeutic education for patients with rheumatoid arthritis. Joint Bone Spine: Revue du Rhumatisme 2009;76(6):648–53.
- Григорьева В.Д. Медицинская реабилитация больных с воспалительными заболеваниями суставов. В кн.: Медицинская реабилитация: Рук-во в 3-х т. Под ред. В.М. Боголюбова. Москва–Смоленск, 2007;2:207–76.
- Knittle K., Maes S., de Gucht V. Psychological interventions for rheumatoid arthritis: examining the role of self-regulation with a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. Arthr Care Res (Hoboken) 2010;62:1460–72.
- Barsky A.J., Ahern D.K., Orav E.J. et al. A randomized trial of three psychosocial treatment for the symptoms of rheumatoid arthritis. Semin Arthr Rheum 2010;40(3):222–32.