

## АМБУЛАТОРНАЯ КАРДИОЛОГИЯ

## РОЛЬ ТЕРАПЕВТА ПОЛИКЛИНИКИ В УЛУЧШЕНИИ КАЧЕСТВА МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Палфёрова Е. А.

Бутурлиновская ЦРБ Воронежской области; кафедра клинической фармакологии и терапии Российской медицинской академии последипломного образования Росздрава, Москва

### Резюме

*В рамках рандомизированного клинического исследования изучена возможность повышения эффективности медикаментозной профилактики и лечения сердечно-сосудистых заболеваний у больных сахарным диабетом 2 типа с помощью обучения и динамического амбулаторного наблюдения терапевтом поликлиники. Через 12 месяцев от начала вмешательства удалось повысить приверженность пациентов лечению (комплаентность). В обследуемой популяции зарегистрировано достоверное улучшение показателей контроля липидов крови. Большинство пациентов добились целевых значений артериального давления. Кроме того, улучшилось самочувствие и качество жизни больных СД 2.*

**Ключевые слова:** сахарный диабет 2 типа, сердечно-сосудистая патология, профилактика, лечение, тера-

Больные сахарным диабетом 2 типа (СД 2) относятся к категории высокого риска развития сердечно-сосудистых осложнений (ССО), и главное значение для улучшения прогноза таких пациентов имеет комплексное фармакологическое воздействие, направленное на коррекцию уровня гликемии, концентрации липидов крови, значений артериального давления (АД) и снижение тромбогенного потенциала крови [1 – 5].

Для успешного решения этих задач требуются не только грамотные рекомендации и контроль их исполнения, но и личные качества врача как специалиста — призвание и энтузиазм.

Однако наблюдения за врачами показали, что в значительной части случаев с их стороны имеется заметная инертность — недостаточная приверженность существующим стандартам лечения и нередкое отсутствие готовности к интенсификации терапии (из-за страха побочных эффектов, осложнений, боязни увеличения стоимости лечения, отсутствия субъективной убежденности в необходимости жесткого контроля показателей у конкретного пациента) [6]. Другая проблема связана с низкой комплаентностью больных: в настоящее время приходится констатировать тот факт, что при хронических заболеваниях около половины назначенных лекарственных средств пациентами не принимаются [7–9]. Создание мотивации к длительному лечению — непростая задача и напрямую зависит от квалификации врача. Этому способствует санитарно-просветительская работа среди населения для повышения уровня знаний в области медицины, терапевтичес-

кое обучение пациентов (ТО) по структурированным программам [10], личный психологический контакт. Само внимание врача к проблеме комплаентности, соответствующий опрос больного и оценка показателя в динамике способствуют его повышению [11]. Так, в исследовании Faragon J.J. и соавт. в результате вмешательства при посещении врача или телефонном контакте удалось повысить долю больных сахарным диабетом, получающих аспирин, с 33 % до 82 % [12].

Практическая реализация современных подходов к профилактике и лечению патологии системы кровообращения у больных СД 2 типа предусматривает интегрированный мультидисциплинарный подход с участием специалистов разного профиля, в том числе терапевтов амбулаторно-поликлинического звена.

**Целью работы** было изучение возможности улучшения качества медикаментозной профилактики и лечения сердечно-сосудистой патологии у больных сахарным диабетом 2 типа с помощью обучения и динамического наблюдения, осуществляемых терапевтом поликлиники.

### Материал и методы

В амбулаторно-поликлинических условиях проведено рандомизированное клиническое исследование, включавшее в себя 100 больных СД 2 с высоким риском развития ССО. Срок наблюдения составил 12 месяцев. Пациенты группы воздействия (50 чел.) получили обучающие материалы, содержащие общую информацию о заболеваниях и вызываемых ими осложнени-

Таблица 1

## Исходные клинико-демографические характеристики исследуемых

Показатель/значение	Группа вмешательства (n = 50), %	Группа контроля (n = 50), %	Значения p
Средний возраст, годы	63,3 ± 9,3	62,94 ± 10,1	0,644
Пол, м/ж	19/31	12/38	0,072
Давность верификации диагноза СД 2, годы	8,7 ± 8,3	9,46 ± 7,1	0,767
Легкая форма СД 2	6 (12)	4 (8)	0,610
Средне-тяжелая форма СД 2	33 (66)	38 (76)	0,639
Тяжелая форма СД 2	17 (34)	8 (16)	0,354
Давность установления диагноза АГ, годы	10,9 ± 8,4	10,86 ± 9,7	0,938
ИБС: стенокардия	33 (66)	21 (42)	0,453
ИМ в анамнезе	10 (20)	2 (4)	0,064
МИ в анамнезе	7 (14)	4 (8)	0,124
ИМТ ≥ 25 кг/м <sup>2</sup>	47 (94)	48 (96)	1,000

**Обозначения:** ИМ – инфаркт миокарда, МИ – мозговой инсульт, ИМТ – индекс массы тела.

ях и рекомендации по самоконтролю за своим состоянием (как правильно принимать препараты, питаться, следить за весом, общим состоянием, биохимическими показателями крови, АД, какая рекомендуется физическая активность, в каких случаях обращаться к врачу и пр.). Во время визитов на прием к терапевту проводилось обсуждение и разъяснение полученной информации с использованием наглядных пособий, напоминание и повторение пройденного, анализировались результаты ее практического применения. Ведение пациентов из группы контроля осуществлялось так, как обычно принято в общей практике.

Каждые 3 месяца оценивалось клиническое состояние пациентов сравниваемых групп, антропометрические характеристики, уровень АД, гликемии и липидов крови, качество жизни пациентов. АД измерялось в положении сидя по стандартной методике, фиксировалась средняя величина 3-х измерений. Качество жизни (КЖ) определяли на основании данных самооценки пациентов по шкалам SF-36 [13]. В статье представлен средний балл КЖ – среднеарифметическая величина 8 показателей.

Математическая обработка результатов исследования осуществлялась методами вариационной статистики. Различие величин считалось достоверным при значении  $p < 0,05$ .

## Результаты и обсуждение

По исходным клиническим и демографическим характеристикам больные группы вмешательств и группы контроля статистически значимо не отличались (табл. 1); 100 % из них имели артериальную гипертензию (АГ), повышенный холестерин липопротеидов низкой плотности сыворотки крови (ХС ЛПНП > 2,6 ммоль/л), сердечно-сосудистые заболевания или не менее 3 факторов риска последних. В исследование не включались лица, имеющие тяжелые осложнения диабета (ХПН, гангрена нижних конечностей) или клинически значимую сопутствующую патологию – из-за повышения риска летальности, болезненности и влияния на качество жизни.

К концу года из исследования выбыли четверо лиц контрольной группы (перемена места жительства, отказ от участия), и окончательный анализ проводился по данным 96 пациентов.

Таблица 2

## Динамика медикаментозного лечения

Группы препаратов, (n – %)	Группа вмешательств			Группа контроля		
	Исходно (n = 50)	Через год (n = 50)	p	Исходно (n = 50)	Через год (n = 46)	p
иАПФ	33 – 66	47 – 94	<0,0001	32 – 64	37 – 80,4	0,033
Бета-блокаторы	17 – 34	31 – 62	0,003	16 – 32	18 – 39,1	0,126
Диуретики (с антигипертензивной целью)	26 – 52	46 – 92	<0,0001	31 – 62	33 – 71,7	0,09
Гипотиазид*	16 – 61,5	27 – 58,7		13 – 41,9	14 – 42,4	
Индапамид*	10 – 38,5	19 – 41,3		18 – 58,1	19 – 41,3	
АК (амлодипин)	5 – 10	10 – 20	0,056	8 – 16	6 – 13	1,000
Среднее число ЛС	1,62	2,68		1,74	2,04	
Аспирин	30 – 60	49 – 98	<0,0001	28 – 56	33 – 71,7	0,047
Статины	–	11 – 22	0,022	1 – 2	4 – 8,7	0,115

**Примечания:** иАПФ – ингибиторы АПФ, ББ – β-адреноблокаторы, АК – антагонисты кальция, среднее число ЛС – препараты антигипертензивного действия на 1 пациента, \* – в % от общего числа больных, принимающих диуретики с гипотензивной целью.

Таблица 3

Динамика липидов крови

Показатель/ значение	Группа вмешательства			Группа контроля		
	Исходно	Через год	p	Исходно	Через год	p
ОХС, ммоль/л	6,01 ± 1,5	5,21 ± 0,63	0,001	6,18 ± 1,12	6,02 ± 0,9	0,095
ХС ЛПНП, ммоль/л	3,94 ± 0,7	3,18 ± 0,57	0,010	4,02 ± 1,0	3,94 ± 0,6	0,327
ХС ЛПВП, ммоль/л	0,95 ± 0,3	1,01 ± 0,11	0,115	1,0 ± 0,24	1,02 ± 0,2	0,721
ТГ, ммоль/л	2,77 ± 1,2	2,31 ± 0,42	0,004	2,52 ± 1,3	2,99 ± 1,1	0,826
КА (ОХС/ЛПВП)	6,19 ± 1,4	5,15 ± 0,8	0,054	6,1 ± 1,14	5,9 ± 0,4	0,469

К окончанию срока исследования зарегистрировано улучшение приверженности лечению пациентов обеих групп. Как свидетельствуют данные табл. 2, в группе вмешательства отмечено статистически значимое увеличение частоты приема иАПФ, диуретиков, бета-блокаторов, аспирина и статинов; на 65,4 % возросло среднее число принимаемых антигипертензивных средств. В группе контроля достоверно увеличилось лишь число больных, регулярно принимающих иАПФ и аспирин. Среднее число используемых антигипертензивных препаратов повысилось на 17,2 % от исходного. (Сведения о приеме лекарственных средств получены путем опроса пациентов).

Анализ динамики липидов крови

Результаты анализа динамики биохимических показателей отражены в табл. 3: к окончанию срока исследования в группе вмешательства достоверно снизились уровни ОХС, ХС ЛПНП и ТГ, но средние величины последних существенно превышали целевые значения. Целевых значений ХС ЛПНП добились только 3 человека из числа получавших статины. В контрольной группе также наметилась тенденция к улучшению параметров липидемии, не преодолевшая, однако, порога статистической значимости. Концентрации ХС ЛПНП < 2,6 ммоль/л не наблюдались ни в одном случае.

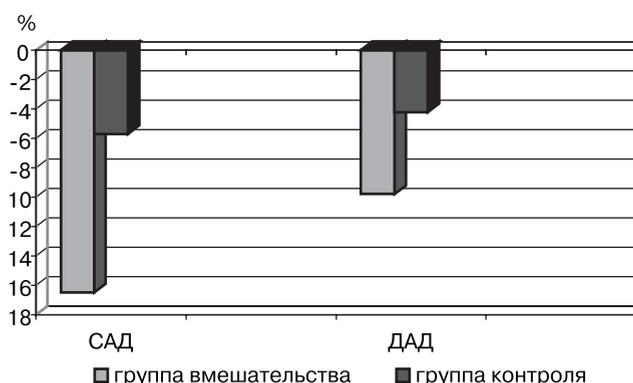


Рис. 1. Снижение значений АД через год наблюдения (в % от исходных).

Анализ динамики контроля АД

За время участия в исследовании значения АД достоверно улучшились у пациентов обеих групп, но только в группе вмешательства практически приблизились к целевым. Динамика показателей АД представлена в табл. 4 и на рис. 1. Снижение АД, в особенности САД, произошло в большей степени в группе вмешательства. Стали поддерживать АД на желаемом уровне 62 % больных СД 2 из группы вмешательства и 30,4 % из контрольной группы. То есть, за счет обучения и амбулаторного наблюдения за пациентами терапевтом поликлиники контроль АД улучшился вдвое.

Таблица 4

Динамика показателей АД

Показатель	Группа вмешательств			Группа контроля			p
	Исходно	Через год	Δ n (%)	Исходно	Через год	Δ n (%)	
САД, мм рт. ст.	155,8 ± 17,3	130,1 ± 12,2	- 25,7 (16,5)	156,3 ± 15,5	147,4 ± 14,9	- 8,9 (5,7)	*
ДАД, мм рт. ст.	90,1 ± 9,7	81,3 ± 7,7	- 8,8 (9,8)	91,8 ± 8,3	87,95 ± 9,1	- 3,85 (4,2)	*
Доля больных с целевыми значениями АД, n – %	3 – 6	31 – 62		3 – 6	14 – 30,4		**

Примечания: D – прирост (убыль) показателя через год наблюдения, \* – значения p < 0,0001 между группой вмешательства и группой контроля через год от начала исследования, \*\* – значение p < 0,005.

Таблица 5

Динамика качества жизни

	Исходно			Через год				
	1 группа	2 группа	p	1 группа	Δ	2 группа	Δ	p*
Средний балл	38,4 ± 22,7	41,65 ± 22,8	0,391	54,6 ± 24,7	+42,2	45,3 ± 9,5	+8,9	0,034

Примечание: 1 группа – группа вмешательства, 2 группа – контрольная; Δ – прирост (убыль) среднего балла КЖ в каждой группе через год наблюдения; \* – значение p между сравниваемыми группами через год от начала исследования

**Анализ динамики качества жизни**

В начале исследования между пациентами обеих групп не отмечалось достоверных различий в самооценке качества жизни по опроснику SF-36. Через год выявлено статистически значимое улучшение показателей в группе вмешательства по 5 шкалам. В целом, в результате обучения и динамического наблюдения терапевтов поликлиники прирост среднего балла качества жизни больных СД 2 из группы вмешательств в 4 раза превосходит аналогичный параметр пациентов контрольной группы.

**Выводы**

1. В результате врачебной тактики, примененной в исследовании, удалось повысить приверженность пациентов лечению, достоверно улучшить показате-

ли метаболического, гемодинамического контроля и качества жизни.

2. Своевременная коррекция гипотензивной терапии, энтузиазм и настойчивость врача в достижении поставленных целей позволили добиться желаемого уровня АД у 30,4 % участников контрольной группы. Обучение пациентов методам самоконтроля, привлечение их к самостоятельному управлению АД способствовало достижению целевых значений АД у 62 % пациентов группы вмешательства.

3. Для повышения эффективности профилактики и лечения ССЗ больные СД 2 наряду с лекарственными средствами должны обеспечиваться соответствующей медицинской литературой обучающего характера.

**Литература**

1. И.И.Дедов, М.И.Балаболкин, Е.М.Клебанов и др. Сахарный диабет: патогенез, классификация, диагностика и лечение. Пособие для врачей. М 2003: 79–80; 83; 106–109.
2. UKPDS Group. Intensive blood-glucose control with sulphonylureas or insulin compared with conventional treatment and risk of complications in patients with type 2 diabetes// Lancet 1998; 16: 716–30.
3. Executive Summary of the Third Report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel ???)// JAMA 2001;2486 –2497.
4. American Diabetes Association. Position statement – management of dyslipidemia in adults with diabetes. Diabetes Care// 2002; 25: S74 – S77.
5. Colwell JA. Aspirin therapy in diabetes (Technical Review)// Diabetes Care 1997; 20: 1767 – 1771.
6. Phillips LS, Branch WT, Cook CB, et al. Clinical inertia// Ann Intern Med 2001; 135: 825 – 834.
7. JP Feuer, B Zinman. Комплаенс и эффективность длительной терапии у пациентов с диабетом 2 типа// Медикография, выпуск 62, том 21, № 4, 1999: 36 – 40.
8. Конради А. О., Полуничева Е. В. Недостаточная приверженность к лечению артериальной гипертензии: причины и пути коррекции// Артериальная гипертензия, т 10, № 3, 2004 г.
9. Lip GY, Beevers GD, Doctors, nurses, pharmacists and patients. The rational evaluation and choice in hypertension (REACH) survey of hypertension delivery// Blood pressure 1997; 6:6 – 11.
10. Терапевтическое обучение больных. Отчет рабочей группы ВОЗ. Москва, 2001г: 1 – 96.
11. Waeber B, Burnier M, Brunner HR. How to improve adherence with prescribed treatment in hypertensive patients// J Cardiovasc Pharmacol 2000; 36 (suppl. 3): S23 – S 26.
12. Faragon JJ, Wait NM, Hobson EH. et al. Improving Aspirin Prophylaxis in Primary Care Diabetes Population// Pharmacotherapy 2003; 23 (1): 73 – 79.
13. Ware JE, Sherburne CD, The MOS 36-item short-form health survey (SF 36): Conceptual framework and item selection// Med Care 1993; 30: 473 – 85.

**Abstract**

*As a part of a randomized clinical trial, the potential of patients' education and monitoring by ambulatory therapists for improving pharmaceutical prevention and treatment effectiveness in Type 2 diabetes mellitus (DM-2) was evaluated. After 12 months, patients' compliance and lipid level control improved significantly, as well as self-rated health and quality of life.*

**Keywords:** Type 2 diabetes mellitus, cardiovascular disease, prevention, treatment, therapist, ambulatory clinic.

*Поступила 20/11-2007 г.*