ZU_Kardio5-2014new.qxd 04.12.2014 12:39 Page 54

М.Т. Ватутін, д.м.н., професор; **Є.В. Єщенко,** Донецький національний медичний університет ім. М. Горького

Медична грамотність хворих на хронічну серцеву недостатність та їх навчання

В останні роки дедалі більше уваги приділяється прихильності пацієнтів до терапії, особливо при лікуванні хронічних захворювань, і хронічна серцева недостатність (ХСН) не є винятком. Медичні фахівці часто стикаються з тим, що хворі не в повному обсязі або нерегулярно виконують рекомендації лікаря. Від прихильності до лікування залежить його результат, а саме прогноз захворювання та якість життя пацієнтів. На сьогодні в арсеналі кардіолога є низка фармакологічних препаратів, ефективність яких у лікуванні ХСН підтверджено багатьма дослідженнями. Проте низька прихильність пацієнтів до терапії стає значущим бар'єром на шляху до отримання очікуваних результатів.

Однією з причин недостатнього комплаєнсу вважається низький рівень медичної грамотності пацієнтів.

Медична грамотність хворих

Про медичну грамотність хворих почали говорити нещодавно. Це поняття вперше з'явилося в медичній літературі в 90-х роках минулого століття, проте важливість оцінки і підвищення рівня медичної грамотності пацієнтів сьогодні вже не викликає сумнівів. Низький її рівень ставить під загрозу безпеку хворих, реалізацію якісного медичного обслуговування і отримання бажаних результатів лікування.

Під терміном «медична грамотність» (health literacy) пацієнта мається на увазі його здатність розуміти та використовувати медичну інформацію для підтримки або покращення стану свого здоров'я. При цьому рівень освіти не обов'язково корелює з рівнем медичної грамотності. Так, люди із середнім і високим професійним рівнем загальних знань можуть мати досить низький рівень медичної грамотності. Це здебільшого пов'язано з використанням медичним персоналом специфічної термінології, незрозумілої для більшості пацієнтів, і зі стресовою ситуацією, у якій опиняються хворі в медичному закладі. Загальновідомо, що спілкування є потужним інструментом в арсеналі лікаря і невід'ємною складовою ефективної реалізації медичної допомоги, але пацієнти, на жаль, не завжди правильно розуміють інформацію, яку отримують від лікаря, що призводить до неадекватного виконання ними лікарських призначень, порушення рекомендованого режиму і несприятливого перебігу захворювання.

Що стосується ХСН, то проблема недостатньої інформованості пацієнтів із цією патологією залишається досить актуальною. Загалом аналіз робіт із 25 країн світу, у яких порушувалося питання медичної грамотності хворих, свідчить про низький її рівень у приблизно від третини до половини пацієнтів. Так, за даними D.A. DeWalt і співавт., недостатній рівень медичної грамотності виявлено у 41% хворих на ХСН. Згідно з результатами дослідження J.R. Wu і співавт., які опитали 595 амбулаторних пацієнтів з ХСН II-IV функціонального класу (ФК) за класифікацією NYHA, 37% учасників мали низький рівень медичної грамотності.

За даними нашого дослідження, 52,5% (95% довірчий інтервал 36,7-68,1) пацієнтів, які страждають на ХСН ішемічної етіології, також мали низький рівень медичної грамотності, при тому, що медіана тривалості захворювання становила 6 років. Згідно з результатами опитування 37,5% пацієнтів (95% ДІ 22,9-53,4) не знали про необхідність обмежувати кількість випитої рідини. Така сама кількість хворих не була обізнана щодо користі регулярних фізичних вправ при ХСН, позитивний вплив яких на перебіг захворювання доведено багатьма дослідженнями. Крім того, лише 20% пацієнтів (95% ДІ 8,9-34,1) були поінформовані про необхідність систематичного визначення маси тіла як способу контролю затримки рідини в організмі. Позитивним є той факт, що всі опитані нами хворі усвідомлювали шкоду куріння і погоджувалися з необхідністю відмовитися від цієї звички.

Низька медична грамотність підвищує ризик несприятливих результатів лікування. Передусім її рівень тісно пов'язаний з прихильністю до терапії. Так, за даними M. Noureldin і співавт., хворі на ХСН, які мають адекватний рівень медичної грамотності, більш прихильні до регулярного прийому препаратів (69,4%), ніж пацієнти з низьким її рівнем (54,2%, p=0,001). Автори вважають, що підвищення медичної грамотності хворих має бути однією з основних складових у збільшенні їх прихильності до терапії.

Крім того, за даними C.J. Hope і співавт., саме брак навичок і знань, що стосуються лікування, і, відповідно, низька прихильність пацієнтів з ХСН до медикаментозної терапії зумовлюють зростання частоти їх звернень за невідкладною медичною допомогою внаслідок декомпенсації захворювання.

Встановлено, що недостатня медична грамотність корелює з низьким рівнем самодопомоги, високим ризиком госпіталізації та підвищенням смертності. Так, згідно з даними ретроспективного когортного дослідження P.N. Peterson і співавт. низький рівень медичної грамотності хворих на ХСН був незалежно пов'язаний з високими показниками їх смертності (17,6 проти 6,3% у пацієнтів з адекватним рівнем медичної грамотності, скориговане відношення ризиків (ВР) 1,97; 95% ДІ 1,3-2,97; p=0,001).

Крім того, є дані, які свідчать, що якість життя хворих з недостатнім рівнем медичної грамотності нижча, ніж у пацієнтів, які мають адекватний її рівень (55,4 проти 63,9 за Heart Failure Symptom Scale (0-100, чим вище значення, тим краща якість життя), скоригована різниця 7,20, p<0,01).

Таким чином, кожен другий хворий на ХСН може мати недостатній рівень медичної грамотності. Тому, призначаючи лікування пацієнту, що страждає на ХСН, лікар повинен усвідомлювати цей факт і вживати всіх необхідних заходів, спрямованих на підвищення рівня медичної грамотності.

Навчання хворих

Основним способом підвищення рівня медичної грамотності пацієнтів є навчання – це важлива складова ведення хворих на ХСН, що покращує якість їх життя і прогноз.

У комплексному лікуванні ХСН важлива роль відводиться навчанню пацієнтів основним принципам правильного харчування.

! Головна мета дієтологічних рекомендацій при ХСН полягає у зменшенні навантаження на серце і серцево-судинну систему загалом.

Першочергове значення має оцінка маси тіла хворого, що базується на визначенні індексу маси тіла (ІМТ): ІМТ = маса тіла (кг) / зріст ($м^2$). Залежно від цього показника розрізняють кілька категорій пацієнтів: з нормальною масою тіла (ІМТ від 20 до 25), з її дефіцитом (ІМТ <20) та з надмірною масою тіла (ІМТ >25).

Визначення ІМТ має прикладне клінічне значення. Встановлено, що у пацієнтів з ІМТ >27 ризик серцево-судинної смертності зростає у ступеневій залежності. Разом з цим отримано дані про те, що хворі на ХСН з низькою масою тіла мають більший ризик смерті порівняно з пацієнтами, у яких діагностовано ожиріння. Відомо, що 15-місячна виживаність хворих з ІМТ <20 становить лише 50% (при ІМТ від 20 до 25-83%). Найчастіше до зниження маси тіла призводить прогресуюча ХСН, яка зумовлена недостатністю не тільки лівого, а й правого шлуночка. Причинами цього вважається превалювання катаболічних процесів над анаболічними, надмірна робота дихальної мускулатури, зменшення об'ємів вживаної їжі унаслідок анорексії, дисрексії, нудоти, погіршення сприйняття смакових характеристик їжі, швидкої втомлюваності.

! Таким чином, метою дієтологічних рекомендацій є «переміщення» пацієнта в безпечний діапазон ІМТ – від 20 до 27.

У такій ситуації єдиних порад стосовно дієти існувати не може, тому підхід до кожного хворого має бути індивідуальним. Пацієнтам з ІМТ >27 слід роз'яснювати необхідність зменшення маси тіла за рахунок зниження енергетичної цінності продуктів. До раціону хворого з дефіцитом маси тіла потрібно вводити висококалорійні продукти, які легко засвоюються, при цьому добовий рівень калоражу має бути вищим за середній.

Слід детально роз'яснювати пацієнтам користь та негативний вплив різних продуктів, рекомендувати вживати велику кількість овочів і фруктів, зелень, цільнозернові продукти, нежирні сорти м'яса, риби, птиці, оливкову олію, донести до них інформацію про необхідність обмеження вживання солодких та алкогольних напоїв, холестерину (до 300 мг/добу), насичених жирних кислот (до 7% добової калорійності).

! Важливим вважається інформування пацієнтів про необхідність підтримання еуволемічного стану. Згідно з рекомендаціями Європейського товариства кардіологів щодо діагностики та лікування ХСН 2012 р. хворим слід уникати надмірного вживання рідини. Для полегшення симптомів захворювання пацієнтам з тяжкою ХСН рекомендується обмежити вживання рідини до 1,5-2 л/добу.

Щодо хворих з нетяжким перебігом ХСН, то користь постійного зменшення вживання рідини у цієї категорії пацієнтів не доведено. Врахування маси тіла хворого при визначенні кількості обмежуваної рідини може сприяти зменшенню спраги (30 мл/кг маси тіла; 35 мл/кг, якщо маса тіла >85 кг).

Найпростішим способом, який дозволяє виявити небажану затримку рідини в організмі, є регулярний контроль маси тіла. Хоча цей спосіб має певні недоліки, він вважається найбільш доступним. Щоденне визначення маси тіла є обов'язковою навичкою самоконтролю, але, на жаль, не всі пацієнти знають про це. Крім того, не всі хворі, які інформовані про доцільність цієї рекомендації, щоденно її дотримуються. Так, за даними літератури, лише від 19-35% пацієнтів з ХСН регулярно контролюють масу тіла.

Несприятливим фактором для хворих на ХСН може бути як затримка рідини, так і надмірне зневоднення організму, причиною якого найчастіше є лихоманка, діарея, передозування діуретичних препаратів, про що обов'язково слід інформувати пацієнтів.

Стосовно обмеження споживання солі при ХСН, то на сьогодні ефективність та безпека такої рекомендації залишаються незрозумілими. Справа в тому, що протягом тривалого часу доцільність призначення дієти зі зниженим вмістом натрію як для профілактики, так і для лікування ХСН не викликала сумніву. Однак в останні роки з'явилися дані, які суперечать загальноприйнятим поглядам про необхідність і обґрунтованість

ZU_Kardio5-2014new.qxd 04.12.2014 17:40 Page 55

призначення низькосольової дієти хворим з ХСН, що вимагає подальшого, більш глибокого вивчення.

! Згідно з рекомендаціями Асоціації кардіологів України та Української Асоціації фахівців із серцевої недостатності амбулаторні клінічно стабільні пацієнти з ХСН не потребують істотного обмеження споживання хлориду натрію, але мають утримуватися від регулярного вживання солоних продуктів (добова кількість хлориду натрію <5 г).

Хворим з ХСН у фазі декомпенсації не рекомендується вживати солоні продукти та досолювати їжу, а так звану безсольову дієту слід застосовувати лише у пацієнтів із супутньою тяжкою нирковою недостатністю.

! З'являється дедалі більше даних про те, що до раціону харчування хворого на ХСН корисно включати омега-3 поліненасичені жирні кислоти, які зміцнюють клітинну мембрану кардіоміоцитів і покращують функціональний стан міокарда.

Роз'яснення пацієнтам значущості дієти в лікуванні ХСН відіграє важливу роль, оскільки суворе дотримання дієтологічних рекомендацій, які підібрані індивідуально і відповідають потребам організму, дозволяє покращити прогноз, якість життя хворих і функціональний статус.

Окремим розділом у навчанні пацієнтів з ХСН має бути підвищення їх інформованості стосовно фізичних вправ. Відомо, що зниження толерантності до фізичного навантаження у хворих з ХСН, особливо більш тяжких ФК, виникає внаслідок розладів периферичного кровообігу і дисфункції скелетних м'язів. Тому необхідним компонентом лікування ХСН вважаються фізичні тренування, що дозволяють покращити кровообіг і метаболізм скелетних м'язів.

! Встановлено, що адекватна фізична активність позитивно впливає на гемодинамічні параметри, нейрогуморальний профіль пацієнтів і функцію шлунково-кишкового тракту, запобігає ремоделюванню лівого шлуночка, збільшує кровопостачання серця за рахунок посилення вінцевого кровообігу, розкриття резервних капілярів і розвитку колатералей, активізує обмін речовин, покращує реологію крові, клінічний перебіг та прогноз, зменшує частоту прогресування ХСН і необхідність госпіталізації.

За даними нещодавно проведеного дослідження HF-ACTION (Heart Failure: A Controlled Trial Investigating Outcomes of Exercise Training), у якому взяв участь 2331 пацієнт (середній вік – 59 років) з ХСН II-III ФК за NYHA і фракцією викиду лівого шлуночка ≤35% у стабільному стані, фізичні тренування сприяли зменшенню загальної смертності та частоти госпіталізацій на 11%. При цьому ризик серцево-судинної смертності та зростання частоти госпіталізацій з приводу декомпенсації ХСН зменшився на 15%.

! На сьогодні отримано дані про позитивний вплив тренувань не тільки на прогноз захворювання та фізичну активність хворих з ХСН, а й на якість їх життя. Багато досліджень показали, що регулярне виконання вправ покращує настрій і самопочуття пацієнтів цієї категорії.

Фізична культура та тренування дедалі більше сприймаються медичним співтовариством як важлива складова успішного ведення хворих, що страждають на ХСН. Згідно з рекомендаціями Європейського товариства кардіологів щодо діагностики та лікування ХСН 2012 р. таким пацієнтам необхідна фізична активність, тому їм слід регулярно виконувати фізичні вправи (клас рекомендації I, рівень доказів A). Але, на жаль, ця рекомендація недостатньо добре реалізується в щоденній клінічній практиці. Так, серед 673 лікарень із 43 європейських країн лише 63% впроваджують програми ведення хворих на ХСН, тільки 42% з яких передбачають заходи, що стосуються фізичної активності. За даними опитування 2010 р., менше 20% пацієнтів з ХСН беруть участь у спеціальних реабілітаційних програмах. Також відомо, що лише половина хворих дотримуються рекомендацій стосовно фізичної активності.

Крім того, пацієнти з ХСН помилково вважають, що якщо фізичні навантаження викликають появу задишки та інших симптомів, потрібно зменшити ці навантаження до комфортного рівня, і дуже часто взагалі уникають фізичної активності. Отже, інтуїтивна упередженість хворих, з одного боку, і недостатня їх інформованість медичним персоналом – з іншого призводять до ігнорування такого важливого немедикаментозного способу покращення стану при ХСН, яким є фізична культура. Це унеможливлює реалізацію всіх позитивних ефектів фізичних тренувань.

Таким чином, консультування хворих на ХСН має обов'язково включати навчання їх елементам правильного фізичного виховання.

! Пацієнтам слід рекомендувати виконувати регулярні дозовані динамічні фізичні навантаження, вибір характеру і ступеня важкості яких має ґрунтуватися на ретельному обстеженні до початку лікування, особливостях клінічної картини кожного конкретного випадку.

Виконання вправ, особливо на початкових етапах, має контролюватися медичним персоналом.

З хворим необхідно обговорити всі ситуації, при яких займатися фізичними тренуваннями не слід (наприклад, при посиленні задишки у спокої протягом декількох днів, неконтрольованій гіпертензії, виникненні небезпечних аритмій, тахікардії >100 ударів за хвилину у спокої, гострому системному запальному процесі тощо).

Пацієнтам обов'язково потрібно роз'яснювати, що обсяг фізичних навантажень необхідно збільшувати поступово і повільно, особливо якщо хворий має високий ФК ХСН. Найкращим критерієм контролю адекватності такого навантаження є самопочуття пацієнта. Фізичні вправи вважаються оптимальними, якщо самопочуття хворого не погіршується під час їх виконання, після і на наступний день. Велике значення має регулярність і тривалість фізичних тренувань, оскільки їх позитивний ефект зникає через 3 тижні після припинення фізичних навантажень.

Таким чином, інформування пацієнтів про користь фізичної культури при ХСН, навчання правильно виконувати вправи і контролювати свій стан під час навантажень можуть покращити перебіг захворювання та якість життя. Тому включення фізичних тренувань до програми ведення пацієнтів з ХСН є необхідним кроком на шляху до вдосконалення лікування цієї патології.

! Невід'ємною частиною успішного лікування ХСН є власний внесок пацієнта у своє здоров'я, який реалізується через контроль свого стану та адекватну самодопомогу.

Для своєчасного звернення за медичною допомогою, правильного прийому призначених препаратів і виконання рекомендацій лікаря пацієнт повинен мати певний обсяг знань про своє захворювання, методи його лікування та ефективно їх застосовувати.

Не викликає сумнівів той факт, що хворий на ХСН повинен бути активним учасником процесу лікування, адже його поведінка багато в чому впливає на ефективність терапії.

Встановлено, що у пацієнтів з ХСН, які беруть активну участь у процесі лікування і дотримуються рекомендованого режиму, зменшується ризик розвитку несприятливих подій.

Під час навчання хворі на ХСН мають оволодіти навичками самоконтролю та самодопомоги. Самоконтроль включає прості загальнодоступні спостереження, облік суб'єктивних показників (сон, апетит, настрій тощо) і даних об'єктивних досліджень (частота пульсу, артеріальний тиск, вимірювання маси тіла тощо).

! Уміння розпізнавати симптоми декомпенсації захворювання, їх інтенсивність і тривалість є однією з важливих навичок самоконтролю.

Загалом щоденний самоконтроль допомагає хворому аналізувати вплив дотримання ним дієтичних рекомендацій, виконання фізичних вправ, зміни способу життя на стан здоров'я і самопочуття, дозволяє оцінити ефективність медикаментозної терапії, що підвищує прихильність до лікування і формує впевненість у тому, що пацієнт сам може впливати на перебіг свого захворювання.

! Самодопомога при ХСН передбачає дотримання рекомендацій лікаря, які стосуються прийому медикаментів, корекції дієти, виконання фізичних вправ, проведення профілактичних заходів, а також активне спостереження пацієнта за симптомами захворювання та його дії у разі зміни стану.

За даними систематичного огляду J.B. Ditewig і співавт., втручання, спрямовані на навчання хворих з ХСН самодопомозі, позитивно впливають на якість життя, зменшують частоту повторних госпіталізацій і летальність. Це підтверджують і результати нашого дослідження, присвяченого вивченню впливу включення до комплексної програми ведення хворих на ХСН II-IV ФК за NYHA ішемічної етіології індивідуальних програм їх навчання самоконтролю та самодопомозі, що враховують вихідний рівень медичної грамотності.

Спочатку оцінювали рівень медичної грамотності пацієнтів, володіння навичками самоконтролю та самодопомоги, використовуючи спеціально розроблений нами опитувальник, який дозволяв одночасно оцінити рівень загальних і конкретних знань хворого стосовно основних рекомендацій при ХСН і ступінь їх виконання, а також визначити зацікавленість пацієнта у подальшому отриманні інформації про захворювання.

Залежно від результатів хворих навчали за різними індивідуальними програмами, які були спрямовані на поповнення відсутніх знань і умінь. Якщо у пацієнта виявляли низький рівень медичної грамотності, індивідуальне навчання проводили за такими темами: «Загальна інформація про ХСН», «Спосіб життя, дієта, фізична активність при ХСН», «Принципи самоконтролю при ХСН», «Медикаментозне лікування ХСН та принципи самодопомоги». При цьому більше уваги приділяли тим питанням, щодо яких хворий, згідно з проведеним опитуванням, був менш обізнаний. Якщо у пацієнта виявляли середній або високий рівень медичної грамотності, а ступінь виконання рекомендацій та застосування навичок самоконтролю і самодопомоги був низьким, навчання було спрямоване на підвищення мотивації і переконання хворого у важливості дотримання рекомендацій.

Індивідуальне навчання проводилося у форматі співбесіди, наприкінці якої пацієнта просили повторити своїми словами основні моменти заняття. Це надавало можливість хворому закріпити отриману інформацію і дозволяло одразу визначити, наскільки правильно він її зрозумів. Індивідуальне заняття тривало 30-40 хв. Загалом з кожним пацієнтом було проведено від 3 до 5 занять (залежно від початкового рівня медичної грамотності) протягом двох тижнів.

Було встановлено, що таке навчання в комплексі зі стандартним лікуванням позитивно впливає на прогноз захворювання, а саме сприяє зменшенню частоти і тривалості повторних госпіталізацій з приводу декомпенсації ХСН (ВР 0,32; 95% ДІ 0,14-0,71; p=0,004), підвищує прихильність пацієнтів до лікування, покращує якість їх життя та здатність до самодопомоги. Крім того, у хворих після навчання протягом 6 міс спостерігалося покращення клініко-функціонального стану та збільшення толерантності до фізичних навантажень.

Таким чином, своєчасне виявлення пацієнтів з низьким рівнем медичної грамотності і надання їм додаткової підтримки в реалізації самодопомоги та оптимізації терапії дозволяє суттєво покращити якість лікування ХСН.

Список літератури знаходиться в редакції.

Серцева недостатність, № 2, 2014 р.