

С.Л.Жарский¹, Е.А.Сироцинская¹, И.М.Жарская², О.В.Баранова³

РЕЗУЛЬТАТЫ ДВУХЛЕТНЕГО НАБЛЮДЕНИЯ НАД БОЛЬНЫМИ С ПОСТОЯННОЙ ФОРМОЙ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ, ПРОШЕДШИМИ ОБУЧЕНИЕ, НАПРАВЛЕННОЕ НА ПОВЫШЕНИЕ ПРИВЕРЖЕННОСТИ К ЛЕЧЕНИЮ

¹ГБОУ ВПО «Дальневосточный Государственный Медицинский Университет» МЗ РФ,

²КГБУЗ «Клинико-диагностический центр «Вивея» МЗ Хабаровского края,

³НУЗ «Отделенческая поликлиника на станции Хабаровск-1 РЖД», Хабаровск

С целью обоснования возможности повышения эффективности лечения путем обучения больных, направленного на формирование приверженности к оптимальной терапии обследовано 120 больных с постоянной формой фибрилляции предсердий в возрасте от 50 до 72 лет.

Ключевые слова: фибрилляции предсердий, хроническая сердечная недостаточность, анти тромботическая терапия, приверженность к терапии, обучение, качество жизни.

To ground a possibility of improvement of effectiveness of treatment by means of the patient training to improve the treatment compliance, 120 patients aged 50 72 years with chronic atrial fibrillation were examined.

Key words: atrial fibrillation, chronic heart failure, antithrombotic therapy, treatment compliance, training, quality of life.

Фибрилляция предсердий (ФП) является важнейшим фактором риска развития застойной сердечной недостаточности и ишемического тромбоэмболического инсульта. Несмотря на большой арсенал возможностей, которые могут быть сегодня использованы в комплексной терапии ФП и ассоциированных с ней заболеваний, доля больных, получающих адекватное лечение, все еще остается низкой. Применение образовательных программ для больных с сердечнососудистой патологией позволяет повысить регулярность приема лекарств, улучшить контроль гемодинамики, и способствует коррекции факторов риска, влияющих на течение заболевания [1].

Опыт применения обучающих программ для больных ФП свидетельствует о том, что обучение пациентов с ФП в специализированных группах является более эффективным для повышения контроля над заболеванием, чем получение стандартных рекомендаций от лечащего врача [2, 3]. Однако до настоящего времени остается мало изученным влияние обучения больных с постоянной формой ФП на параметры гемодинамики, частоту осложнений, состояние модифицируемых факторов сердечнососудистого риска. Поэтому цель исследования состояла в обосновании возможности повышения эффективности лечения при постоянной форме фибрилляции предсердий путем обучения больных, направленного на формирование приверженности к оптимальной терапии и коррекцию факторов сердечнососудистого риска.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В исследовании добровольно приняли участие 120 больных с постоянной формой ФП в возрасте от 50 до 72 лет, которые были разделены на основную и контрольную группы по 60 человек в каждой. Обе группы находились под наблюдением одних и тех же врачей амбулаторного звена, которые проводили контрольные осмотры и, при необходимости, осуществляли коррек-

цию лечения. На момент начала исследования статистически значимых различий в обеих группах по возрасту, полу, клинико-инструментальным показателям, а также по проводимой терапии не было (табл. 1). Пациенты основной группы, в отличие от контрольной, прошли курс обучения, который состоял из четырех занятий, продолжительностью по 60 минут. В ходе обучения отрабатывали навыки самоконтроля частоты сердечных сокращений (ЧСС), артериального давления (АД), разъясняли больным важность точного следования врачебным рекомендациям, постоянству приема и необходимости титрования доз основных групп препаратов для лечения АГ, хронической сердечной недостаточности (ХСН), контроля ЧСС, значимость правильного подбора антикоагулянтов.

Все участники исследования исходно и через каждые 6 месяцев на протяжении двух лет проходили обследование по протоколу, согласно которому оценивали:

клинические показатели: выраженность одышки в баллах по 10-балльной шкале Борга [4] (0 баллов - нет одышки, 10 баллов - максимальная одышка), наличие и выраженность отеков, ЧСС, АД;

тест 6-минутной ходьбы;

функциональный класс ХСН по NYHA;

лабораторно-инструментальные показатели (липидный спектр, международное нормализованное отношение - МНО, данные суточного мониторинга ЭКГ, эхокардиография);

риск ишемического инсульта и системных эмболий с использованием шкалы CHA₂DS₂VAS_c [5];

объем медикаментозной терапии;

социально-трудовой статус (дни нетрудоспособности, частоту госпитализаций);

качество жизни согласно опроснику SF-36.

Сравнение групп по количественным признакам проводили при помощи t-критерия Стьюдента (при параметрическом распределении признака). Для оценки межгрупповых различий по качественным и бинарным

признакам применяли методы непараметрической статистики (кси-квадрат - вариант максимального правдоподобия). Для оценки связи признаков вычислялись коэффициенты ранговой корреляции Спирмена. Различия считали достоверными при $p < 0,05$.

Исследование выполнено с учетом требований Хельсинской Декларации Всемирной Медицинской Ассоциации и согласовано с Этическим комитетом ГБОУ ВПО «Дальневосточный государственный медицинский университет» Минздрава России.

ПОЛУЧЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

В основной группе, в результате обучения, направленного на повышение приверженности к врачебным назначениям, удалось добиться лучшего, чем в контроле, соответствия медикаментозной терапии требованиям клинических рекомендаций (табл. 2). В сравнении с исходным уровнем, у прошедших обучение пациентов наблюдали тенденцию к увеличению доли лиц, принимавших бета-адреноблокаторы и увеличение доли больных, получавших дигоксин, что способствовало улучшению контроля над ЧСС и симптомами ХСН.

Таблица 1.

Сравнительная характеристика больных с постоянной формой фибрилляции предсердий на момент начала исследования

Показатели.	Группа обучения (n=60)	Контрольная группа (n=60)	p
Возраст, годы	60,1±0,6	59,7±0,6	> 0,05
Мужской пол, n (%)	30 (50,0)	30 (50,0)	> 0,05
Индекс массы тела, кг/м ²	25,8±0,3	25,4±0,3	> 0,05
Артериальная гипертензия, n (%)	52 (86,6)	55 (91,6)	> 0,05
Сахарный диабет, n (%)	10 (16,6)	8 (13,3)	> 0,05
Курение, n (%)	7 (11,6)	9 (15,0)	> 0,05
Стенокардия напряжения, n (%)			
I ФК	2 (3,3)	1 (1,6)	> 0,05
II ФК	28 (46,6)	31 (51,6)	> 0,05
III ФК	14 (23,3)	11 (18,3)	> 0,05
Перенесенный инфаркт миокарда, n (%)	18 (30)	17 (28,3)	> 0,05
Перенесенный инсульт или ТИА n (%)	7 (11,6)	6 (10,0)	> 0,05
ХСН n (%)			
I ФК	4 (6,6)	4 (6,6)	> 0,05
II ФК	39 (65,0)	43 (71,6)	> 0,05
III ФК	17 (28,3)	13 (21,6)	> 0,05
Левое предсердие, мм	42,9±0,4	41,9±0,38	> 0,05
Гипертрофия левого желудочка n (%)	47 (78,3)	43 (71,6)	> 0,05
КДО, мл		138,7±2,0	> 0,05
Фракция выброса, %	57,9±0,6	57,4±0,4	> 0,05
Средняя ЧСС по данным ХМЭКГ	109,7±2	108,5±2,1	> 0,05
Основная терапия			
Бета-адреноблокаторы, n (%)	49 (81,6)	55 (91,6)	> 0,05
ИАПФ/БРА, n (%)	48 (80,0)	44 (73,3)	> 0,05
Дигоксин, n (%)	25 (41,6)	26 (43,3)	> 0,05
Диуретики, n (%)	25 (41,6)	28 (46,6)	> 0,05
Варфарин, n (%)	6 (10,0)	8 (13,3)	> 0,05
Ацетилсалициловая кислота, n (%)	53 (88,3)	52 (86,6)	> 0,05
Антагонисты кальция, n (%)	2 (3,3)	3 (5,0)	> 0,05
Статины, n (%)	39 (65,0)	41 (68,3)	> 0,05
Нитраты пролонгированного действия, n (%)	14 (23,3)	13 (21,6)	> 0,05

здесь и далее, n - количество больных; ФК - функциональный класс; ТИА - транзиторная ишемическая атака; ХСН - хроническая сердечная недостаточность; КДО - конечный диастолический объем; ЧСС - частота сердечных сокращений; ХМЭКГ - холтеровское мониторирование ЭКГ; ИАПФ - ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента; БРА - блокаторы рецепторов ангиотензина-II

Все пациенты обеих групп имели риск системных тромбоэмболий по шкале CHA₂DS₂VASc > 2 баллов и нуждались в назначении антикоагулянтов. Почти все пациенты основной группы (98,3%) на протяжении двух лет наблюдения постоянно принимали варфарин, в контрольной же группе доля таких пациентов колебалась от 13,3 до 18,3%. Это различие мы объясняем тем, что в процессе обучения у больных формировалось более четкое понимание необходимости постоянного приема антикоагулянта и методики контроля над его эффективностью и безопасностью по уровню МНО. В контрольной же группе, несмотря на сделанное врачом назначение варфарина, большинство больных так и не начинали или в последующем самостоятельно прекращали его прием, считая «слишком сложной» методику подбора дозы и опасаясь кровотечений. У постоянно принимавших варфарин больных МНО в обеих группах достигало целевого уровня. Оно изменилось в сравнении с исходным средним значением в основной группе от 1,29±0,02 до 2,47±0,02, в контрольной - от 1,88±0,04 до 2,29±0,03. Однако в контрольной группе за весь период наблюдения количество пациентов, принимавших антикоагулянт, не превысило 11-ти человек из 60-ти (18,3%).

Динамика основных клинико-инструментальных показателей представлена в табл. 3. В группе обучения наблюдали достоверное снижение выражен-

Таблица 2.

Частота применения основных лекарственных препаратов

Группы препаратов	Группа обучения n=60		Группа контроля n=60		p
	Абс.	%	Абс.	%	
ИАПФ/БРА					
Исходно	48	80	44	73,3	>0,05
6 мес.	52	86,6	40	66,6	>0,05
12 мес.	54	90	42	70	>0,05
18 мес.	55	91,6	40	66,6	>0,05
24 мес.	55	91,6	46	76,6	>0,05
БАБ					
Исходно	49	81,6	55	91,6	>0,05
6 мес.	57	95	56	93,3	>0,05
12 мес.	60	100	53	88,3	>0,05
18 мес.	60	100	55	91,6	>0,05
24 мес.	60	100	53	88,3	>0,05
Дигоксин					
Исходно	25	41,6	26	43,3	>0,05
6 мес.	42*	71,6	30	50	>0,05
12 мес.	47*	78,3	31	51,6	>0,05
18 мес.	47*	78,3	32	53,3	>0,05
24 мес.	47*	78,3	32	53,3	>0,05
АСК					
Исходно	53	88,3	52	86,6	>0,05
6 мес.	1***	1,7	49	81,6	<0,01
12 мес.	1***	1,7	49	81,6	<0,01
18 мес.	1***	1,7	50	83,3	<0,01
24 мес.	1***	1,7	50	83,3	<0,01
Варфарин					
Исходно	6	10,0	8	13,3	>0,05
6 мес.	59***	98,3	11	18,3	<0,01
12 мес.	59***	98,3	11	18,3	<0,01
18 мес.	59***	98,3	10	16,6	<0,01
24 мес.	59***	98,3	10	16,6	<0,01
Диуретики					
Исходно	25	41,6	28	46,6	>0,05
6 мес.	42	70	25	41,6	>0,05
12 мес.	40	66,6	30	50	>0,05
18 мес.	44	73,3	34	56,6	>0,05
24 мес.	44	73,3	34	56,6	>0,05
Статины					
Исходно	39	65	41	68,3	>0,05
6 мес.	60	100	45	75	>0,05
12 мес.	60	100	44	73,3	>0,05
18 мес.	60	100	43	71,6	>0,05
24 мес.	60	100	45	75	>0,05
НПД					
Исходно	14	23,3	13	21,6	>0,05
6 мес.	4*	6,7	14	23,3	<0,05
12 мес.	3**	5	15	25	<0,01
18 мес.	2***	3,3	17	28,3	<0,01
24 мес.	2***	3,3	17	28,3	<0,01

где, БАБ - бета-адреноблокаторы, АСК - ацетилсалициловая кислота, НПД - нитраты пролонгированного действия, достоверные изменения в группах по сравнению с исходным уровнем: * - p<0,05; ** - p<0,025; *** - p<0,01

ности одышки, уменьшение доли больных с отеками голеней и стоп, а также увеличение на 91 метр дистанции 6-минутной ходьбы при отсутствии динамики аналогичных параметров в контроле. Это сопровождалось понижением функционального класса (ФК) ХСН. Доля больных с I ФК возросла с 6,6% до 26,6%, а с III ФК уменьшилась с 28,3% до 0%. В контрольной группе процент лиц с III ФК, наоборот, увеличился с 21,6% до 30%. После обучения отмечено достоверное снижение АД с 139,8/87 до 119,8/76,1 мм рт. ст. У обученных пациентов также отмечалось и достоверно более значимое снижение ЧСС в сравнении с контрольной группой как по регистрации во время осмотра, так и по средней ЧСС при суточном мониторинге ЭКГ. В основной группе наблюдали более выраженное, чем в контроле снижение общего холестерина (ОХС) и липопротеидов низкой плотности (ЛПНП).

По данным эхокардиографии в группе обучения, в сравнении с исходным уровнем, отмечено небольшое, но статистически достоверное уменьшение размеров, как левого, так и правого предсердий, в то время как размеры предсердий в контрольной группе наоборот увеличились. В результате, к концу периода наблюдения размеры левого и правого предсердий у пациентов, прошедших обучение, оказались достоверно меньшими, чем в контрольной группе. Конечный диастолический размер (КДР) левого желудочка (ЛЖ) в группе обучения оставался неизменным на протяжении всего периода наблюдения и немного, но достоверно увеличился в группе контроля. При этом не было отмечено существенного изменения конечного диастолического объема (КДО) ЛЖ в обеих группах. В то же время в группе обучения конечный систолический объем (КСО) значительно уменьшился, а в контрольной группе этот показатель имел тенденцию к увеличению.

У больных, прошедших обучение, мы зарегистрировали статистически значимое увеличение фракции выброса (ФВ) ЛЖ на 3,8% (с 57,9% до 61,7%; p<0,01). В контрольной же группе наблюдали статистически значимое уменьшение ФВ ЛЖ на 1,8% (с 57,4% до 55,6%; p<0,02). В итоге к концу двухлетнего периода наблюдения среднее значение ФВ ЛЖ в группе обучения оказалось на 6,1% больше, чем у пациентов контрольной группы. Согласно рекомендациям по эхокардиографии значимым считается снижение ФВ ЛЖ <50% [6]. В группе обучения, в сравнении с контролем, доля больных с низкой ФВ уменьшилась с 11,7% до 1,7%, тогда как в контроле процент таких больных увеличился с 3,3% до 15%.

При анализе показателей качества жизни по данным опросника SF-36 в группе обучения наблюдали улучшение интегрального показателя «физический компонент здоровья» (PCS) от исходного значения 41,4±1,2 баллов до 49,9±0,6 баллов к окончанию двухлетнего наблюдения. В контрольной же группе наблюдалась тенденция к его уменьшению с 44,4±0,9 до 42,1±1,1 баллов. Обобщающий показатель «психологический компонент здоровья» (MCS) в основной группе также достоверно улучшился как по сравнению с исходным значением с 53,2±0,9 до 58,9±0,26,

($p < 0,01$), так и в сравнении контролем, где, наоборот, отмечали тенденцию к его ухудшению с $54,2 \pm 0,6$ до $53,2 \pm 0,8$ ($p > 0,05$).

Результаты корреляционного анализа свидетельствовали о зависимости состояния гемодинамики и качества жизни от ЧСС. В начале наблюдения в обеих группах ЧСС имела отрицательную связь средней силы с ФВ ЛЖ ($r = -0,460 \pm 0,116$; $p < 0,01$) и обоими интегральными параметрами, характеризующими качество жизни - физическим и психологическим компонентами здоровья - PCS и MCS ($r = -0,570 \pm 0,107$ и $-0,542 \pm 0,110$ соответственно; $p < 0,01$). Это подтверждает существующее мнение специалистов о том, что у больных с постоянной формой ФП, имеющих клинические проявления сердечнососудистых заболеваний, тахисистолия может способствовать ухудшению течения болезни и прогрессированию ХСН [5].

В процессе дальнейшего наблюдения в контрольной группе сохранилась аналогичная корреляция между ЧСС и вышеуказанными показателями. В группе же обучения к окончанию первого года наблюдения эта зависимость практически полностью исчезла. Такая, необычная на первый взгляд, динамика вполне может быть объяснима тем, что в основной группе под влиянием оптимизации терапии практически у всех больных была достигнута нормосистолия, и различия по ЧСС между этими больными уже не были столь значительными, как в начале исследования. Кроме того, помимо ЧСС, на величину ФВ ЛЖ в группе обучения могла позитивно влиять и более оптимальная, чем в контроле, медикаментозная терапия.

За весь двухлетний период наблюдения в основной группе не отмечено тромбоэмболических осложнений, тогда как в контрольной у 4-х пациентов развился ишемический инсульт.

На основании приведенных результатов можно полагать, что в основе позитивного влияния обучения на клинический статус и качество жизни у больных с ФП лежит формирование у них более высокой мотивации следования предписанной терапии, контроля ее эффективности, коррекции факторов сердечнососудистого риска. В рутинной же практике, отражением которой в нашем исследовании является контрольная группа, чаще могут наблюдаться случаи самостоятельного отклонения пациентов от предписанной им терапии. Причинами подобных отклонений могут быть самые различные факторы, например, недооценка высокого риска инсультов при ФП, неадекватный страх перед антикоагулянтами, слишком большое, по мнению больного, число лекарственных препаратов, недостаточное понимание актуальности титрования препаратов для достижения эффективной дозы, экономические и другие соображения. Уменьшению негативного влияния этих причин на достижение оптимальной терапии и способствует обучение больных.

Таким образом обучение больных с постоянной формой ФП способствует повышению приверженности к лечению и оптимизации терапии в соответствии с требованиями клинических рекомендаций. Это, в свою очередь сопровождается уменьшением симптомов и функционального класса ХСН, улучше-

Таблица 3.

Динамика основных клинко-инструментальных показателей в группах обучения и контроля за два года

Показатели	Группа обучения			Контрольная группа			P ₂
	До обучения	Через 2 года	p ₁	Исходно	Через 2 года	p ₁	
САД, мм рт. ст.	139,8±2,8	119,8±0,8	<0,01	136,1±2,7	131,1±2,1	>0,05	<0,01
ДАД, мм рт. ст.	87,0±1,7	76,1±0,7	<0,01	86,0±1,6	82,5±1,3	>0,05	<0,01
ЧСС на смотрах	97,2±1,4	72,3±0,5	<0,01	95,3±1,3	92,3±1,1	>0,05	<0,05
Средняя ЧСС _{ХМ}	109,7±2,0	80,7±0,6	<0,01	108,5±2,1	105,6±1,8	>0,05	<0,05
Одышка, балы	4,8±0,2	2,5±0,1	<0,01	4,2±0,2	4,5±0,2	>0,1	<0,01
Отеки голеней, n (%)	20 (33,3)	7 (11,6)	<0,05	24 (40,0)	28 (46,6)	>0,05	<0,05
Дистанция ТШХ, м	341,4±10,9	432,4±5,3	<0,01	361,6±8,4	353,4±10,0	>0,05	<0,01
ЛП, мм	42,9±0,4	41,1±0,4	<0,01	41,9±0,4	43,4±0,4	<0,01	<0,01
ПП, мм	48,0±0,4	46,0±0,3	<0,01	47,5±0,4	48,7±0,4	<0,05	<0,01
ДР ЛЖ, мм	53,6±0,4	53,2±0,3	>0,05	53,8±0,3	54,8±0,3	<0,01	<0,01
КДО ЛЖ, см ³	133,4±2,1	134,3±1,5	>0,05	138,7±1,9	138,6±1,9	>0,05	>0,05
КСО ЛЖ, см ³	56,3±1,3	51,6±0,9	<0,01	59,3±1,1	61,8±1,2	>0,05	<0,01
ФВ ЛЖ, %	57,9±0,6	61,7±0,5	<0,01	57,4±0,4	55,6±0,5	<0,02	<0,05
ОХС, ммоль/л	6,35±0,13	4,81±0,04	<0,01	6,02±0,11	5,52±0,08	<0,01	<0,05
ЛПНП, ммоль/л	4,36±0,09	3,00±0,03	<0,01	4,12±0,09	3,70±0,07	<0,01	<0,05

где, p₁ - достоверность отличий в группе исходно и через 2 года; p₂ - достоверность отличий между группами обучения и контроля через 2 года наблюдения, САД и ДАД - систолическое и диастолическое АД, ЧСС - частота сердечных сокращений; ЧСС_{ХМ} - ЧСС при холтеровском мониторировании электрокардиограммы; ТШХ - тест шестиминутной ходьбы, ЛП - левое предсердие; ПП - правое предсердие; ЛЖ - левый желудочек; ДР - диастолический размер; КДО - конечный диастолический объем; КСО - конечный систолический объем; ФВ - фракция выброса; ОХС - общий холестерин; ЛПНП - липопротеиды низкой плотности.

нием показателей гемодинамики, липидного профиля и качества жизни, а также уменьшением случаев развития ишемических инсультов. Обучение больных с

постоянной формой ФП целесообразно включать в комплекс лечебно-профилактических мероприятий амбулаторного звена.

ЛИТЕРАТУРА

1. Петричко, Т.А. Эффективность профилактического обучения больных артериальной гипертензией в первичном звене здравоохранения / Т.А.Петричко, И.А.Шапиро // Дальневосточный медицинский журнал. - 2008. - №2. - С.16 - 19.
2. Муромкина, А.В. Методика и эффективность обучения в школе для пациентов с фибрилляцией предсердий / А.В. Муромкина, Ю.В. Интякова, О.А. Назарова // Вестник аритмологии. - 2008. - №52. - С. 37-40.
3. Муромкина, А.В. Медико-социальная эффективность терапевтического обучения больных фибрилляцией предсердий / А.В. Муромкина, О.А. Назарова, С.В. Романчук, Е.В. Бородавина // Материалы Всероссийского научно-образовательного форума «Кардиология 2012». - М., 2012 - С.112
4. Borg G. Psychophysical bases of perceived exertion. / G.Borg // Medicine and Science in Sports and Exercise - 1982. - Vol.14. - P.436-447.
5. Guidelines for the management of atrial fibrillation. The Task Force for the Management of Atrial Fibrillation of the European Society of Cardiology (ESC) // European Heart Journal. - 2010. - Vol.31. - P.2369-2429.
6. Guidelines for Performing Ultrasound Guided Vascular Cannulation: Recommendations of the American Society of Echocardiography and the Society of Cardiovascular Anesthesiologists // Journal of the American Society of Echocardiography.- 2011.- Vol 24.- P.1291-318.

РЕЗУЛЬТАТЫ ДВУХЛЕТНЕГО НАБЛЮДЕНИЯ НАД БОЛЬНЫМИ С ПОСТОЯННОЙ ФОРМОЙ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ, ПРОШЕДШИМИ ОБУЧЕНИЕ, НАПРАВЛЕННОЕ НА ПОВЫШЕНИЕ ПРИВЕРЖЕННОСТИ К ЛЕЧЕНИЮ

С.Л.Жарский, Е.А.Сироцинская, И.М.Жарская, О.В.Баранова

С целью повышения эффективности лечения при постоянной форме фибрилляции предсердий (ФП) путем обучения обследовано 120 больных в возрасте от 50 до 72 лет, которые были разделены на основную и контрольную группы по 60 человек в каждой. Все пациенты нуждались в назначении антикоагулянтов. Пациенты основной группы прошли курс обучения, который состоял из четырех занятий, продолжительностью по 60 минут. В ходе обучения отрабатывали навыки самоконтроля частоты сердечных сокращений (ЧСС), артериального давления (АД), разъясняли роль контроля ЧСС и правильного подбора антикоагулянтов. Все больные обследовались каждые 6 месяцев на протяжении двух лет. В течение наблюдения варфарин постоянно принимали 98,3% пациентов основной группы и лишь до 18,3% контрольной. В группе обучения наблюдали увеличение на 91 метр дистанции 6-минутной ходьбы при отсутствии ее динамики в контроле. Это сопровождалось понижением функционального класса (ФК) хронической сердечной недостаточности (ХСН). Доля больных с I ФК возросла с 6,6% до 26,6%, а с III ФК уменьшилась с 28,3% до 0%. В контрольной группе процент лиц с III ФК, наоборот, увеличился с 21,6% до 30%. Таким образом обучение больных с постоянной формой ФП способствует повышению приверженности к лечению и оптимизации терапии в соответствии с требованиями клинических рекомендаций. Это, в свою очередь сопровождается уменьшением симптомов и ФК ХСН, улучшением показателей гемодинамики, липидного профиля и качества жизни. Обучение больных с постоянной формой ФП целесообразно включать в комплекс лечебно-профилактических мероприятий амбулаторного звена.

RESULTS OF TWO-YEAR SURVEY OF PATIENTS WITH PERMANENT ATRIAL FIBRILLATION AFTER TRAINING TO IMPROVE THE TREATMENT COMPLIANCE

S.L. Zharsky, E.A. Sirotsinskaya, I.M. Zharskaya, O.V. Baranova

To improve effectiveness of treatment of permanent atrial fibrillation (AF) by means of training, 120 patients aged 50-72 years distributed into Study Group and Control Group of 60 patients each were examined. Anticoagulant treatment was indicated to all study subjects. The study group subjects were delivered a training course which consisted of four 60 minute training sessions. The training sessions were aimed to test skills of self-check of heart rate (HR) and blood pressure (BP) and to explain significance of the heart rate control and selection of appropriate anticoagulant therapy. All patients were examined every 6 months within 2 years. During the survey period, Warfarin was continuously taken by 98.3% patients of the Study Group and up to 18.3% subjects of Control Group. The study group subjects showed an increase of 6 minute walk test distance by 91 m, whereas no change was observed in Control Group. The above change was accompanied by an improvement of functional class of chronic heart failure (CHF). The part of patients with CHF I (NYHA functional class) increased from 6.6% to 26.6%, and with CHF III decreased from 28.3% to 0%. On the contrary, the part of patient with CHF III in Control Group increased from 21.6% to 30%. Thus, training of patients with chronic AF contributes to an improved treatment compliance and treatment optimization in accordance with the requirements of clinical guidelines. It is also accompanied by improvement of symptoms and functional class of CHF, hemodynamic signs, lipoprotein pattern, and quality of life. Training of patients with chronic AF is worth being included into the outpatient treatment strategy.