

**ИНФОРМАТИВНОСТЬ ХОЛТЕРОВСКОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ
СЕРДЦА: ВЛИЯНИЕ «ЧЕЛОВЕЧЕСКОГО ФАКТОРА»***НИИ кардиологии МЗ РФ им. В.А.Алмазова, ГМУ им. акад. И.П.Павлова, Санкт-Петербург*

Анализ информации, зарегистрированной при холтеровском мониторировании (ХМ), позволяет определить условия возникновения и купирования выявленных ЭКГ-изменений, установить их связь с ощущениями и жалобами пациента (т.е. клиническую значимость), оценить тяжесть симптоматики, сформировать представление о наиболее вероятном патогенезе приступов стенокардии, принять решение о необходимости и характере лечения, осуществить контроль терапии (при повторных исследованиях). Проводит такой анализ врач. При этом большая часть важнейшей, с клинической точки зрения, информации может быть получена только в процессе сопоставления зарегистрированных данных с дневниковыми записями пациента (далее – «Дневник»). Очевидно, информативность Дневника способна в значительной мере повлиять на информационную значимость исследования в целом.

Цель исследования: оценка информативности Дневников, заполняемых пациентами во время ХМ, и определение факторов, влияющих на полноту содержащейся в них информации.

Материал и методы. За период с июня по декабрь 2003 г. нами проконсультированы 200 больных стенокардией II-III ф.к. - мужчин в возрасте 37-76 лет (57,3±9,2), которым предварительно было выполнено ХМ в 6 медицинских учреждениях Санкт-Петербурга. На основании литературных данных и собственного многолетнего опыта нами был составлен список основной информации, потенциально полезной для эффективной трактовки данных ХМ (см. таблицу). В соответствии с целью работы проанализировано 122 Дневника на предмет наличия этой информации; в беседе с пациентом выяснялись причины отсутствия тех или иных сведений. В 78 случаях к стандартному протоколу-заключению Дневник не прилагался. Результаты представлены в таблице.

Полные, не требующие уточнения, данные о характере и времени активной деятельности и сна с подробным описанием ощущений и жалоб, факторов, способствующих их появлению и купированию и т.д. имелись только в 24,6% Дневников. Причинами низкой информативности Дневников были следующие: негативное отношение больных к необходимости ведения подобных записей (3,3%), неспособность вести Дневник самостоятельно (6,6%), низкая информированность и, как следствие, отсутствие мотивации, недопонимание больными важности их активного участия в обследовании (90,1%). Информацию о методике проведения исследования и его задачах, рекомендации по поведению получили от лечащего врача, направившего на ХМ, лишь 29,5% «первичных» больных. От врача или медсестры лаборатории ХМ получили инструкции все пациенты, но только 54,1% из них ретроспективно расценили их как подробные и понятные (нельзя не заметить, что это может быть характеристикой не столько качества рекомендаций, сколько способности больных к усвоению новой для себя информации. В 49,2% случаев Дневник был проверен и сведения уточнены по окончании исследования, с 14,8% больных врач беседовал дополнительно по вопросам, возникшим уже при анализе данных ХМ.

К 78 заключениям (39%) по ХМ Дневник не прилагался, при этом не все результаты, имеющиеся в этих заключениях, воспринимались однозначно. Так, например, в 26 случаях эпизоды ишемии были представлены как не связанные в физической нагрузкой, однако пороговая ЧСС, указанная в той же таблице, была на 19-31 уд/мин выше, чем средняя ЧСС в дневное время. Наличие Дневника могло бы помочь восстановить события того дня и уточнить условия возникновения ишемических изменений. В 32 заключениях отсутствовала информация о приеме препаратов, при этом только 2 пациента смогли вспомнить, принимали ли они лекарства в тот день, и какие. Больным стенокардией нередко проводятся повторные исследования в процессе динамического наблюдения за их состоянием или с целью оценки эффективности лечения. В этих случаях принципиальным является сравнение не только данных ХМ о количестве ишемических эпизодов, их продолжительности и т.д., но и информации, содержащейся в Дневниках о длительности, интенсивности и субъективной переносимости нагрузок, так как различие числа эпизодов ишемии при стенокардии напряжения может быть связано с разной физической активностью больных в дни исследования. Только в 10 из всех 200 заключений (5%) присутствовала информация о времени возникновения и количестве жалоб (большей, эпизодов одышки и т.д.), не сопровождавшихся изменениями ЭКГ. Для лечащего врача

Таблица.

Информативность «Дневников» самонаблюдения, заполняемых пациентами при проведении ХМ.

Характер информации	п, %
Сведения о физической нагрузке:	
факт выполнения	77,9
интенсивность	48,4
длительность (с...час...мин до...час...мин)	68,9
Эмоциональная нагрузка (эмоц.разговор, просмотр телепередачи и т.д.) *	71,0
Другие виды активной деятельности	63,9
Время сна	84,4
Условия возникновения боли или др.ухудшений самочувствия (во время нагрузки, в покое, при волнении, под утро, ночью, на холоде, после еды, при переходе в горизонтальное положение, др., сочетание факторов)	74,4
Условия купирования боли (прошла самостоятельно, после прекращения нагрузки, после приема нитроглицерина, др.)	46,2
Время приема пищи	38,5
Прием алкоголя * (факт, время)	77,8
Курение* (факт, время)	2,4%
Положение во время отдыха (при чтении, просмотре телевизора и т.д.)	26,2
Подробное описание ощущений	73,8
Указание времени записи ЭКГ в определенном положении больного (на спине, на правом/левом боку, на животе)	5,7
Прием препаратов* :	
время	36,9
названия лекарств	27,1
дозировка	27,1

Где п - количество «Дневников», содержащих данную информацию, * - % рассчитан для больных, у которых данный факт имел место.

эта информация может быть важной. Так, известно, что отсутствие изменений ЭКГ во время типичного приступа стенокардии при низкой толерантности к физической нагрузке ассоциируется с трехсосудистым поражением. Исчезновение на фоне антиангинальной терапии значимого смещения ST при сохранении болевого синдрома на том же уровне физической нагрузки, что и до лечения, указывает на наличие отчетливого антиишемического эффекта препарата при недостаточном антиангинальном; следовательно, терапия нуждается в коррекции. В заключении по ХМ, видимо, целесообразно, без детализации, указывать факт наличия ощущений, не сопровождающихся изменениями ЭКГ, подробное их описание остается в Дневнике и может быть проанализировано лечащим врачом. Отсутствие Дневника приведет к утрате этой информации. Мы считаем, что Дневник необходимо рассматривать как важный «первичный» документ и прилагать к протоколу-заключению. Это позволит 1) в случае необходимости, повторно проанализировать имеющиеся в Дневнике сведения, т.е. обеспечит преемственность в наблюдении и лечении больного, и 2) окажет дисциплинирующее действие как на пациента, так и на врача.

Стандартизация Дневника, создание его универсальной заготовки, по-видимому, нереальная задача. Ритм и стиль жизни, привычки людей так индивидуальны и разнообразны, что невозможно учесть все виды активной деятельности, состояния, ощущения и т.д., о которых пациент должен сделать запись в Дневнике. В этой ситуации велика роль активного взаимодействия врача и больного. Направляя пациента на ХМ, врач обязан объяснить ему цель и методику исследования, практическое значение той информации, получение которой предполагается. В истории болезни или амбулаторной карте желательно наличие эпикриза, в котором врач, направляющий на ХМ, информирует врача, проводящего ХМ, о тех вопросах, которые он планирует решить с помощью данного метода. Врач, выполняющий ХМ, 1) в день исследования, ознакомившись с медицинской документацией и анамнезом, еще раз объясняет больному важность его активного участия в проведении обследования, дает индивидуальные рекомендации по режиму дня и ведению Дневника; 2) по окончании исследования проверяет Дневник и вместе с больным восполняет явно недостающую информацию; 3) если в процессе анализа мониторограммы выявляется несоответствие между зарегистрированными данными и записями пациента, врач должен повторно провести с больным беседу, которую можно охарактеризовать как «целенаправленно уточняющую». Неформальное отношение врача к проведению исследования и сознательное, активное участие в нем пациента способны повысить информативность ХМ.