

РОССИЙСКИЙ СЕМЕЙНЫЙ ВРАЧ

МЕДИЦИНСКИЙ НАУЧНО-
ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

Учредитель

ГОУ ДПО «Санкт-Петербургская медицинская академия
последипломного образования» Росздрава

Журнал выпускается при поддержке:

Королевского колледжа врачей общей практики (Великобритания)
Университета штата Айова (США)

Журнал рекомендован Высшей аттестационной комиссией (ВАК)
для публикации основных результатов диссертаций
на соискание ученой степени доктора наук

Президенты:

Н.А.Беляков (Санкт-Петербург, Россия)
Л.Соутгейт (Лондон, Великобритания)

Е.В.Фролова (Санкт-Петербург, Россия)
А.Л.Шишков (Санкт-Петербург, Россия)
А.П.Щербо (Санкт-Петербург, Россия)

Главный редактор:

О.Ю.Кузнецова (Санкт-Петербург, Россия)

Редакционный совет:

И.Н.Денисов (Москва, Россия) — председатель
А.А.Абдуллаев (Махачкала, Россия)
Б.В.Агафонов (Москва, Россия)
Б.Г.Головской (Пермь, Россия)
А.Я.Гриненко (Ленинградская область, Россия)
Д.Джогерст (Айова-Сити, США)
П.Джулиан (Лондон, Великобритания)
Ю.Д.Игнатов (Санкт-Петербург, Россия)
П.Мак-Крори (Лондон, Великобритания)
Е.П.Мартынюк (Санкт-Петербург, Россия)
Л.В.Прохорова (Екатеринбург, Россия)
Э.Свонсон (Айова-Сити, США)
И.К.Якубович (Ленинградская область, Россия)

Заместители главного редактора:

Н.Н.Гурин (Санкт-Петербург, Россия)
П.Тун (Лондон, Великобритания)

Редакционная коллегия:

В.П.Алферов (Санкт-Петербург, Россия)
К.В.Логунов (Санкт-Петербург, Россия)
В.П.Медведев (Санкт-Петербург, Россия)
В.Н.Петров (Санкт-Петербург, Россия)
С.Л.Плавинский (Санкт-Петербург, Россия)
Ф.П.Романюк (Санкт-Петербург, Россия)

Ответственный секретарь:

Н.А.Гурина (Санкт-Петербург, Россия)

ПОДПИСНОЙ ИНДЕКС ПО КАТАЛОГУ «РОСПЕЧАТЬ» 29950

Адрес редакции:

194291, Санкт-Петербург, пр. Просвещения, д. 45
ГОУ ДПО Санкт-Петербургская медицинская академия
последипломного образования, кафедра семейной медицины
Телефон: (812) 598-93-20, 598-52-22
E-mail: fammedmapo@yandex.ru

Том 10
1-2006

ВЫПУСКАЕТСЯ
ЕЖЕКВАРТАЛЬНО



Журнал является официальным печатным изданием Всероссийской ассоциации семейных врачей.

С обложки журнала на Вас смотрит одна из удивительных российских женщин, прекрасный облик которой запечатлела кисть Карла Брюллова. Немецкая принцесса Фридерика-Шарлотта-Мария Вюртембергская была выбрана в невесты младшему брату Императора Александра I Великому князю Михаилу. Она приняла православие и была наречена Еленой Павловной. Юная принцесса была не только красива, но умна и образованна. Она была олицетворением идеала прекрасной жены, матери и хозяйки аристократического дома. Ею были открыты в Петербурге Повивальный институт, училище святой Елены, музыкальная Консерватория, Крестовоздвиженская община сестер милосердия, Елизаветинская детская больница. Елена Павловна была учредительницей и Клинического Института (далее Институт для усовершенствования врачей, ныне Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования). К сожалению, Елена Павловна не дожидая до открытия Института. Дело ее рук продолжила дочь Екатерина Михайловна, по инициативе которой Институту было присвоено имя матери. На портрете Елена Павловна изображена с дочерью Екатериной. Нам хотелось, чтобы этот семейный портрет стал не только олицетворением журнала, но и напомнил уважаемому читателю небольшой, но прекрасный эпизод из отечественной истории.

The cover depicts a beautiful portrait by Karl Bruilov of a well-known woman in Russian history/ German Princess Frederik-Sharlotte-Marie Wurtemberg, wife of Prince Mikhail, the younger brother of Russian emperor Alexander I, became Elena Pavlovna when she accepted Orthodoxy. Being young, pretty and highly educated, she became the symbol of the ideal wife, mother and salon hostess. She was the founder of Obstetrics House, St. Helen Courses, Conservatoire Hall, and the St. Cross Nursing Society and the Elisabeth Hospital for Children. She was also the founder of the Clinical Institute (later called the Institute for Postgraduate Education of Doctors) now known as the St.-Petersburg Medical Academy for Postgraduate Education. Unfortunately, Elena Pavlovna died long before the Institute was opened to the public but her daughter, Ekaterina Mikhaylovna, brought her mothers initiatives to life and insisted on naming the Institute after her mother.

This portrait shows Elena Pavlovna with her young daughter Ekaterina. We believe that this beautiful picture captures the essence of our journal and should also remind our readers of a wonderful episode from our national history.

СТАТЬИ

ПОДГОТОВКА ВРАЧЕЙ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ —
ИТОГИ 10 ЛЕТ РАБОТЫ КАФЕДРЫ СЕМЕЙНОЙ
МЕДИЦИНЫ СПбМАПО
О.Ю.Кузнецова 4

ДЕПРЕССИЯ У ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ
Г.Дж.Джогерст 10

ТЕЗИСЫ КОНФЕРЕНЦИИ**«СЕМЕЙНАЯ МЕДИЦИНА: НАУКА, ПРАКТИКА,
ПРЕПОДАВАНИЕ»**

НАУЧНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ В ОБЩЕЙ
ВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИКЕ 21

ПРЕПОДАВАНИЕ СЕМЕЙНОЙ МЕДИЦИНЫ 50

ОРГАНИЗАЦИЯ ОБЩЕЙ ВРАЧЕБНОЙ
ПРАКТИКИ 66

ХРОНИКА

ИНФОРМАЦИОННОЕ ПИСЬМО «О ПОРЯДКЕ
ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ ДЕНЕЖНЫХ ВЫПЛАТ
МЕДИЦИНСКИМ РАБОТНИКАМ ЗА ОКАЗАНИЕ
ДОПОЛНИТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ
ПОМОЩИ» 80

ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ, СВЯЗАННЫЕ С
ВЫПЛАТАМИ ВРАЧАМ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ 82

ARTICLES

TRAINING OF GENERAL PRACTITIONERS — THE
REVIEWS OF 10 YEARS EXPERIENCE OF
DEPARTMENT OF FAMILY MEDICINE, MAPS
O.Yu.Kuznetsova 4

LATE LIFE DEPRESSION
G.J.Jogerst 10

**ABSTRACTS OF THE CONFERENCE
“FAMILY MEDICINE: SCIENCE, PRACTICE,
AND TRAINING”**

RESEARCHES IN GENERAL
PRACTICE 21

TRAINING IN FAMILY MEDICINE 50

MANAGEMENT OF GENERAL
PRACTICE 66

CHRONICLE

INFORMATIONAL
LETTER “ORDER OF PAYMENT
TO MEDICAL STUFF
FOR ADDITIONAL
PRIMARY CARE” 80

ANSWERS ON THE QUESTIONS RELATED TO
PAYMENT OF DOCTORS OF PRAMARY HEALTH
CARE 82

ОБРАЩЕНИЕ ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА ПРОФЕССОРА О.Ю.КУЗНЕЦОВОЙ

Уважаемые читатели, этот номер журнала включает основные материалы, представленные на конференцию, посвященную 10-ти летнему юбилею кафедры семейной медицины СПбМАПО. Мы надеемся, что краткие тезисы докладов позволят познакомиться с основными направлениями развития семейной медицины в различных регионах нашей страны.

ПОДГОТОВКА ВРАЧЕЙ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ — ИТОГИ 10 ЛЕТ РАБОТЫ КАФЕДРЫ СЕМЕЙНОЙ МЕДИЦИНЫ СПБМАПО

О.Ю.Кузнецова

ГОУ ДПО «Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию», Россия

TRAINING OF GENERAL PRACTITIONERS — THE REVIEWS OF 10 YEARS EXPERIENCE OF DEPARTMENT OF FAMILY MEDICINE, MAPS

O. Yu. Kuznetsova

St-Petersburg Medical Academy of Postgraduate Studies, Russia

© О.Ю.Кузнецова, 2006

В статье представлен десятилетний опыт преподавания семейной медицины в СПбМАПО. Проведен анализ необходимости реформирования первичной медицинской помощи РФ и обоснована ее эффективность. Отмечена важность разработки стратегии обучения врачей общей практики, основанной на собственном клиническом опыте. Подчеркнута необходимость особых подходов к подготовке преподавателей семейной медицины.

Ключевые слова: общая врачебная практика, преподавание, организация.

The article presents the 10 years experience of training of general practice at the department of family medicine of MAPS. The analysis of necessity of reform at primary health care in Russia is demonstrated. The efficacy of such reform is ground. The importance of development of strategy of GP's training based on own clinical experience is marked. The necessity of development of special approaches for training of trainers is emphasized.

Keywords: general practice, training, management of health care.

Среди существующих на сегодня медицинских специальностей, вероятно, ни одна не претерпела столь больших трудностей при своем становлении, как семейная медицина (общая врачебная практика). До начала 90-х годов в нашей стране существовала единая система поликлинического обслуживания, включавшая отдельные учреждения для оказания помощи взрослым и детям, а также женские консультации, предназначенные для ведения беременных и лечения заболеваний женской половой сферы. В каждом учреждении работали узкие специалисты, которые не располагали высокотехнологичным диагностическим оборудованием, а, следовательно, любого сложного пациента для выяснения диагноза направляли в стационар. Было принято считать, что эта система — одна из лучших в мире, однако доказательства в виде неуклонно снижающейся заболеваемости и смертности, за исключением некоторого улучшения демографических данных, особенно среди мужской популяции, в период антиалкогольной компании середины 80-х отмечено не было [1, 2].

Не кажущимся ли было то благополучие в сфере здравоохранения, о котором нередко сегодня в пору реформирования мы вспоминаем?

Обратимся к такому уважаемому источнику, как данные ВОЗ о состоянии систем здравоохранения стран мира, включая их финансовое обеспечение. Возьмем для сравнения не богатую страну типа США, в которой отчисления от ВВП на систему здравоохранения достигают 14%, а соседнюю с нами Финляндию. К сожалению, наша

страна начала передавать данные о состоянии здравоохранения, начиная с 1985 г., а об уровне финансирования системы — только с 1989 г., поэтому провести более ранний сравнительный анализ не представляется возможным. Тем не менее, посмотрим, как финансировалось наше здравоохранение в тот период времени. Доля отчислений от ВВП на здравоохранение в Советском Союзе в 1989 г. составила 2,18%, в то время как в соседней с нами Финляндии, не отличавшейся в то время быстрым экономическим ростом, этот показатель составлял 7,2%. В период бурных политических и экономических потрясений, которыми были отмечены 90-е годы, отчисления на здравоохранение даже несколько увеличились и, например, в 1992 г. составили 2,3% от ВВП (в Финляндии этот показатель возрос до 9,1%), а в 2000 г. процент отчислений от ВВП увеличился до 2,9% (в Финляндии он несколько снизился, составляя 6,7%, что соответствовало общеевропейскому уровню) [3].

Таким образом, система здравоохранения России находилась в состоянии резкого недофинансирования, которое, как можно было полагать, требовало более экономичного использования средств. Тем не менее, в нашей стране продолжал оставаться высоким показатель обеспеченности населения госпитальными койками. Если в 1988 г. он составлял 1317,52 на 100 000 населения, не намного превышая этот показатель в Финляндии — 1223,55, то к 2002 г. он снизился лишь до 1083,05, в то время как в Финляндии произошли значительные изменения в структуре оказания помо-

щи, приведшие к сокращению госпитального звена, о чем свидетельствует снижение количества госпитальных коек до 731,17 на 100 000 населения. Может возникнуть вопрос, как же обеспечивалось оказание помощи населению в этой стране и что происходило с показателями здоровья? Как свидетельствуют данные ВОЗ, в Финляндии возросло количество врачей общей практики. Если в 1986 г. на 100 000 населения приходилось 118,87 врачей первичного звена, то к 2002 г. этот показатель возрос до 167,08, в то время как в нашей стране при наличии традиционной поликлинической системы число участковых терапевтов на 100 000 населения в 1986 г. было всего 26, а в 2002 г. снизилось до 22,48. Мы не обсуждаем различий между участковыми терапевтами и врачами общей практики. Их объединяет одно — работа в первичном звене здравоохранения, которое является основой всей системы охраны здоровья граждан в цивилизованных странах [4].

Что же происходило в последние десятилетия с заболеваемостью населения в первую очередь сердечно-сосудистыми заболеваниями, которые занимают первое место среди причин смертности взрослого населения? В 1986 г. в Советском Союзе она составляла 684,33, а в Финляндии — 459,22. В 2002 г. этот показатель возрос до 806,96, а в Финляндии снизился до 274,96 на 100 000. Эти данные в определенной степени могут рассеять убежденность в том, что до периода реформ в нашей стране со здравоохранением все было хорошо. Трудно ожидать от отрасли быстрого и эффективного развития в условиях такого финансирования. Использование этих средств, в основном, на обеспечение госпитального ведения пациентов, нельзя назвать эффективным методом использования ресурсов, кроме того, в этих условиях нарушается один из важнейших принципов отечественного здравоохранения — приверженность профилактике. И, наконец, низкая обеспеченность населения врачами первого контакта могла лишить ее самого главного качества — доступности.

Вышеизложенные факты стали одним из мотивов реформирования здравоохранения, которое было начато с важнейшего сектора — первичной медико-санитарной помощи. К сожалению, забегая вперед, следует отметить, что оно пока практически не коснулось всей системы в целом, что, на наш взгляд, является одной из причин низкого темпа начатых преобразований.

Мы сочли целесообразным еще раз вернуться к причинам необходимости реформирования первичного звена здравоохранения, поскольку в последнее время появилось достаточно много негативных и необоснованных заявлений в адрес новой специальности, развитие которой было начато в нашей Академии почти за десятилетие до открытия кафедры семейной медицины. Начиная с первых прерывистых циклов переподготовки

врачей общей практики на кафедре терапии № 1 под руководством профессора А.А.Крылова, в Академии, а тогда в Ленинградском ГИДУВе, преподаватели старались выработать оптимальный режим обучения этих специалистов. В 1993 г. был открыт факультет общей практики под руководством декана профессора В.П.Алферова, объединивший различные кафедры, участвовавшие в обучении врачей амбулаторного звена наряду с кафедрой общей практики под руководством профессора Ю.М.Губачева и кафедрой судебной медицины под руководством профессора Н.Н.Гурина. Однако в тот период времени подготовленные специалисты не были востребованы практическим здравоохранением и возвращались на свои рабочие места в качестве участковых терапевтов, за исключением Ленинградской области, где в г. Гатчина было создано несколько успешно функционирующих отделений общей практики.

Открытие кафедры семейной медицины произошло одновременно с началом реального реформирования первичного звена здравоохранения в Санкт-Петербурге. Появление новой кафедры было обусловлено реализацией программы гранта, полученного совместно с университетом штата Айова. Условием этого проекта было создание центра для оказания помощи населению, причем поток пациентов должен был быть достаточным для обучения врачей и клинических ординаторов. Этого достичь можно было только при обеспечении финансирования в рамках ОМС. Договоренность с руководством Комитета по здравоохранению и территориальным фондом была достигнута и в Санкт-Петербурге впервые в медицинском учреждении федерального подчинения начало функционировать отделение, имевшее автономное финансирование из средств ОМС.

Это событие стало решающим для выстраивания новой идеологии обучения врачей общей практики, поскольку учебный процесс был перемещен из стен стационара на амбулаторный уровень, что потребовало соответствующей подготовки преподавателей. В рамках проекта была предусмотрена их длительная стажировка, что дало возможность обеспечить работу Центра семейной медицины силами врачей, имевших на тот период времени уникальную подготовку за рубежом. Объединение кафедры и центра в одном здании было удобно с функциональной точки зрения, так как позволяло использовать опыт доцентского звена кафедры в проведении консультаций пациентов по узким специальностям, а также приобщало всех преподавателей к познанию особенностей амбулаторного ведения пациентов. Постепенно на кафедре сформировалось научное направление, ставшее основным в течение последних лет — изучение эффективности профилактики хронических неинфекционных заболеваний, что позволило не только оцени-

вать распространенность факторов риска и разрабатывать профилактические стратегии, направленные на борьбу с ними, но и оценивать их долгосрочную эффективность.

Научная деятельность была тесно переплетена с преподавательской, поэтому на лекциях и семинарах ассистентам и доцентам кафедры не надо было заглядывать в книги для того, чтобы найти интересный клинический пример или какой-то особенный случай, характерный для амбулаторной практики. Реальные пациенты с их проблемами, внутрисемейными конфликтами, особенностями поведения, отсутствием приверженности к лечению или полным доверием к доктору и выполнением всех его рекомендаций, были рядом в Центре семейной медицины. На прием к преподавателю, только что закончившему читать лекцию, могла быть записана молодая пациентка с бронхиальной астмой, затем пожилой мужчина с жалобами на одышку и плохое самочувствие, самоуверенная девочка-подросток с излишней косметикой на лице и кругами под глазами, жалующаяся на тошноту и боль в животе; семейная пара, планирующая завести ребенка, а в завершение кто-то из «ветеранов» Центра, пришедших пожаловаться на невестку, плохо следящую за детьми, а заодно поинтересоваться, можно ли снова проверить остроту зрения, поскольку старые очки уже не позволяют читать газеты. Что же помогает ориентироваться семейному врачу в таком многообразии возникающих ситуаций, что предохраняет его от ошибок, что обеспечивает правильное принятие решений? Мы должны были дать ответы на эти вопросы, чтобы обеспечить эффективную подготовку наших слушателей и клинических ординаторов.

В первую очередь следовало обратить внимание на умение общаться с пациентами, провести консультацию так, чтобы сблизить понимание медицинской проблемы пациента и его ощущения и ожидания, вызванные болезнью. К сожалению, как выпускники вузов, так и врачи со стажем не имели навыков психологии общения, что во многом осложняет ведение пациентов с учетом всех его личностных особенностей.

Очень важно было обеспечить врачей новым инструментом поиска данных, анализа литературы и использования клинических рекомендаций. Врач общей практики, работающий в определенной изоляции, принимая амбулаторного больного или осматривая его в домашних условиях, далеко не всегда может призвать на помощь более опытного коллегу, как это происходит в стационаре. Поэтому умение использовать клинические рекомендации и литературу, в которой можно найти научно-обоснованную информацию, является важным подспорьем в работе врачей общей практики за рубежом. Вот почему во вводном курсе цикла профессиональной переподготовки или

обучения в ординатуре читаются лекции и проводятся семинары по научно-доказательной медицине.

Важным этапом подготовки врача общей практики стала выработка методики обучения практическим навыкам. Отсутствие возможности работать руками было основной претензией большинства слушателей циклов подготовки врачей общей практики, проводившихся ранее, о чем свидетельствовали данные анонимного анкетирования, с которыми автору статьи пришлось познакомиться, будучи заместителем декана факультета подготовки врачей общей практики нашей Академии. Эту проблему удалось решить, создав многоэтапную систему обучения, включающую использование манекенов для отработки навыков, работу обучающихся в парах, организацию приема пациентов с преподавателем, контроль за самостоятельной работой клинических ординаторов [5]. Безусловно, без собственной клинической базы такая подготовка не могла быть реализована.

Каждый этап обучения требовал адекватной оценки знаний. Знакомство с современными принципами конструирования тестовых заданий, внедрение в практику вопросов множественного и расширенного выбора впервые в отечественной практике преподавания позволило создать свой банк тестов, которые приблизили оценку знаний практикующих врачей к европейским стандартам, а самое главное,— появился инструмент для объективной оценки знаний врача, прошедшего подготовку. Комплексная оценка на заключительном экзамене, организованная в соответствии с британскими традициями по типу структурированного экзамена с использованием станций для оценки практических навыков и умения ориентироваться в клинических ситуациях, используется для получения более достоверной информации об уровне, достигнутом к концу обучения. Он не всегда бывает, к сожалению, блестящим, в практике работы кафедры три раза возникали ситуации, когда сертификат специалиста не был выдан врачу, завершившему обучение.

Коллектив кафедры не ограничивал свою образовательную деятельность только циклами профессиональной переподготовки. Тесный контакт с врачами города, обеспеченный совместной работой с Санкт-Петербургской региональной ассоциацией специалистов семейной медицины, позволял планировать работу в соответствии с потребностями практического здравоохранения. Цикл 6-месячной профессиональной переподготовки может расцениваться как своеобразное вхождение в специальность. Затем начинается профессиональная деятельность в новом качестве, которая может быть реализована в полном объеме, если врач хорошо овладел не только азами специальности, но и в действительности может взять на себя более широкие полномочия.

В связи с этим появилась потребность в циклах усовершенствования, направленных на более подробное изучение офтальмологии, ЛОР, невропатологии. Появилась необходимость в создании цикла, направленного на освоение мануальных навыков. Стали востребованы циклы тематического усовершенствования по психологии, профилактике. Всего в архиве кафедры 16 программ тематических циклов, которые создавались в соответствии с потребностями врачей, прошедших переподготовку на кафедре.

Изменялись не только названия и программы, но и условия их реализации. Попробовав провести цикл с компонентом дистанционного обучения, и изучив, по данным анкетирования, мнение слушателей, мы поняли, что они пока не готовы к обучению такого рода [6]. В дальнейшем этот опыт был вновь повторен при проведении еще одного сертификационного цикла, но большого энтузиазма не вызвал, так как вынуждал слушателей много работать с предоставленными материалами самостоятельно. Мы столкнулись со своеобразным парадоксом. С одной стороны у практикующих врачей мало времени, чтобы оторваться полностью от работы на один месяц, и известен факт, что активные методы образования более эффективны, поэтому стали так популярны за рубежом [4]. Однако большинство наших слушателей не были готовы к самостоятельной работе даже во имя сокращения сроков подготовки и, по данным анонимного анкетирования, большинство из них отрицательно отнеслось к такой форме обучения. Особенно негативно была воспринята проверка знаний, направленная на выяснение усвояемости материалов, полученных для самостоятельной самоподготовки.

Был апробирован и другой способ проведения сертификационного цикла, который реализован с помощью Ассоциации специалистов семейной медицины. Лекционный курс был прочитан в течение двух лет на заседаниях Ассоциации, что не исключало и обсуждения насущных организационных вопросов. 36 часов были отведены на очный цикл, который был посвящен тренировке мануальных навыков на манекенах. Завершающим этапом стал 36-часовой цикл лекций и семинаров, позволивший информационно насытить программу цикла новыми материалами и обсудить на семинарах практические проблемы, наиболее насущные для врача общей практики. Таким образом, суммарная продолжительность ресертификационного цикла составила, как и положено, 144 часа. В такой форме обучения участвовали 32 врача общей практики. При анонимном анкетировании было отмечено удобство этой формы обучения и ее эффективность с точки зрения слушателей. Те врачи, которые не нуждались в обновлении сертификата, получили удостоверение установленного образца, выданное учеб-

ным управлением СПбМАПО и право на сокращение периода очного обучения через 1–2 года, когда им потребуются обновление сертификата специалиста. Данный опыт, на наш взгляд, позволяет сделать систему сертификации более гибкой и является переходом на систему кредитов.

Нерешенным до конца вопросом является легитимность учета часов, затраченных на участие в различных научно-практических конференциях. В соответствии с правилами, существующими в СПбМАПО, как и в любом другом образовательном учреждении, занимающемся последипломным образованием, часы пребывания на конференции могут быть зачтены в виде кредитов, если ее программа утверждена Методическим советом факультета. Все желающие получить кредиты должны иметь при себе дипломы для оформления свидетельств, а сама конференция — оформлена как краткосрочный цикл, для чего необходимо заранее иметь точный список ее участников, желающих использовать такую систему для предстоящей ресертификации. Понятно, насколько трудоемким оказывается процесс подготовки такого мероприятия с точки зрения его образовательного компонента для сотрудников кафедры. Тем не менее, первый опыт реализации кредитной системы при проведении сертификационных циклов получен, что позволяет говорить о возможности данного вида образовательной деятельности.

Еще одним важным направлением работы кафедры за истекшие 10 лет стало проведение циклов для преподавателей кафедр семейной медицины вузов. Было подготовлено 150 преподавателей для различных регионов Российской Федерации, а также Таджикистана, Казахстана, Узбекистана и Армении. Такие циклы всегда очень ответственны. Кто лучше чем наши коллеги может оценить наш труд и увидеть возможные промахи? Следует отметить, что анкетирование наших слушателей во всех случаях выявило не только доброжелательное отношение, но и показало, что стратегия обучения семейной медицины, принятая на нашей кафедре, воспринимается с большим интересом и принимается многими за основу собственной образовательной деятельности. В течение 2004 и 2005 гг. потребовалось проведение трех циклов для преподавателей, что было связано с формированием новых региональных кафедр в городах Пскове, Мурманске и Вологде, где, наряду с подготовкой врачей других специальностей, было начато обучение врачей общей практики. Эта задача была непростой, так как к преподаванию привлекались главные специалисты различных специальностей — оториноларингологи, хирурги, неврологи, терапевты. Являясь высокопрофессиональными специалистами, они далеко не сразу улавливали тонкости обучения врачей широкого профиля. Не имея

большого опыта взаимодействия с врачами общей практики в своем регионе, трудно воспринимали принципы разделения полномочий между врачом первого контакта и врачом-специалистом. Однако все их сомнения быстро рассеивались после посещения Центра семейной медицины, отделений семейных врачей в г. Гатчине. Никакие семинары не могли заменить знакомство с работой отделения и бесед с практикующими врачами. Необходимо отметить, что, наши коллеги повторили наш опыт обучения врачей общей практики, сформировав у себя в регионах учебно-клинические центры. К моменту издания этого номера журнала на региональных кафедрах обучено уже 69 врачей общей практики. Казалось бы, число подготовленных врачей невелико. Следует учесть, что до этого на данных территориях работало всего 60 врачей общей практики, подготовленных за предшествующие 10 лет в разных образовательных учреждениях.

Одним из важных направлений подготовки врачей общей практики является обучение в клинической ординатуре. Послевузовская подготовка должна была бы стать самым главным способом пополнения врачебных кадров отделений общей практики Санкт-Петербурга и всего Северо-Западного региона. Мы не можем сетовать, что к нам поступает мало выпускников вузов. В настоящее время обучается 38 человек, причем 17 из них сами оплачивают свое обучение, а 10 направлены по линии Комитета здравоохранения правительства Санкт-Петербурга. К сожалению, пока это очень небольшое число врачей, которое пополнит вакантные места в отделениях общей практики. Радует то, что выпуск 2005 г. практически весь был трудоустроен в государственные ЛПУ и именно в отделения общей практики. Однако для масштабов города это небольшое число врачей, которое не сможет решить кадровых проблем первичного звена здравоохранения. Проблема, связанная с тем, что выпускники вузов редко избирают своей дальнейшей специальностью общую практику, будет обсуждаться в следующем номере журнала. Нам хотелось бы еще раз подчеркнуть, что обучение в ординатуре может стать привлекательным для выпускника вуза, если оно будет организовано с использованием современных обучающих технологий, и будет учитывать специфику амбулаторной работы.

Мы неоднократно подчеркивали важность для реализации обучения наличия собственного клинического центра, располагающего необходимым потоком пациентов. За истекшие 10 лет Центр семейной медицины стал тем настоящим учреждением первичной медицинской помощи, которое в полной мере соответствует своему названию. Среди прикрепленных пациентов есть дети всех возрастных групп, включая новорожденных, постоянно наблюдаются беременные, оказывается помощь как на основе обязательного медицинского

страхования, так и в виде платных услуг. За последние годы значительно возросла обращаемость пациентов за помощью по разным поводам. Это не только острые заболевания, но и консультации по здоровому питанию, посещения, связанные с планированием появления ребенка, и, безусловно, за социальной помощью. Как видно из табл. 1, общее количество посещений достигло в 2005 г. 18013.

Таблица 1.

**Зарегистрированное количество посещений
Центра семейной медицины СПбМАПО**

| Годы | 2003 | 2004 | 2005 |
|----------------------|--------|--------|--------|
| Количество посещений | 12 760 | 16 947 | 18 013 |

Как правило, за платной помощью обращаются не те пациенты, которые еще 10 лет тому назад были к нам прикреплены, а затем своими заявлениями подтвердили желание именно у нас получать помощь; а лица, проживающие за пределами нашего района. Поводом для обращения за платной услугой является профилактический осмотр детей перед школой, комплексное обследование, включая ультразвуковое; необходимость профилактического обследования сотрудников какого-либо предприятия; проведение вакцинации в связи с заболеваниями, не включенными в национальный календарь прививок, например, против гепатита А, а также ведение беременных семейным доктором. Несмотря на то, что комплексная помощь семейного доктора пока не стала столь же популярной в системе ДМС, как другие медицинские услуги, увеличение потока хозрасчетных средств является своеобразным признанием статуса нашего учреждения.

Таблица 2.

**Сравнительный анализ поступлений средств
в Центр семейной медицины СПбМАПО**

| Источник финансирования | Годы и сумма финансирования (тыс. руб.) | | |
|---------------------------------|---|--------|--------|
| | 2003 | 2004 | 2005 |
| Внебюджетная деятельность и ДМС | 1118,4 | 977,5 | 2381,1 |
| ОМС | 1802,3 | 2322,6 | 2205,8 |

Как видно из табл. 2, поток средств, поступающих по ДМС, увеличивался год от года и в 2005 г. даже превысил сумму, поступающую из средств ОМС, являющихся основным источником финансирования. Это создает возможности не только для поддержания жизнедеятельности учреждения, но и для его развития. Кроме того, сегодня мы можем говорить о том, созданная 10 лет тому назад на средства иностранных грантов модель учебно-клинического центра устойчива и способна существовать в современных условиях.

Будем надеяться, что государственная поддержка в рамках Приоритетного национального про-

екта позволит улучшить финансовое состояние первичного звена здравоохранения в целом, а значит и нашего Центра семейной медицины, исполняющего роль учреждения первичной медицин-

ской помощи для 5000 жителей Санкт-Петербурга, а также важную функцию учебно-методического центра подготовки врачей общей практики Северо-Западного региона Российской Федерации.

Литература

1. *Shkolnikov V.* The Russian health crisis of the 1990s in mortality dimensions. Harvard Center for Population and Development Studies working paper series.— No 97.01.— 1997.
2. *Cockerham W.* Health and Social Change in Russia and Eastern Europe.— Routledge: New York, 1999.— 284 p.
3. *www.who.dk* Последний визит 23.01.2006.
4. *Гец Л., Вестин С.* Руководство для преподавателей и врачей общей практики / перевод с норвежского под ред. проф. О.Ю.Кузнецовой.— СПб., 2005.— 351 с.
5. *Методология* обучения практическим навыкам в семейной медицине (общей врачебной практике) / Под ред. О.Ю.Кузнецовой.— СПб.: Издательский дом СПбМАПО.— 2005.— 112 с.
6. *Кузнецова О.Ю., Плавинский С.Л., Моисеева И.Е., Соусгейт Л., Тун П.* Дистанционное обучение. Барьеры, которые нам предстоит преодолеть // Российский семейный врач.— 2003.— Том 7.— № 3.— С. 56–60.

Адрес для контакта: oukuznetsova@mail.ru

Кафедра семейной медицины СПбМАПО в 2007 году проводит следующие циклы:

1. Общая врачебная практика / семейная медицина / 3-й этап прерывистого цикла, подготовка на сертификат специалиста (для терапевтов и педиатров поликлиник, цеховых врачей) — **9.01–15.02.**
2. Общая врачебная практика / семейная медицина / Подготовка и прием экзамена на сертификат специалиста (для терапевтов и педиатров поликлиник, цеховых врачей) — **15.01–4.07.**
3. Общая врачебная практика / семейная медицина / 4-й этап прерывистого цикла, подготовка и прием экзамена на сертификат специалиста (для терапевтов и педиатров поликлиник, цеховых врачей) областной — **5.03–4.04.**
4. Общая врачебная практика / семейная медицина / Подготовка и прием экзамена на подтверждение сертификата специалиста (для врачей общей практики / семейных врачей /) — **10.09–29.09.**
5. Общая врачебная практика / семейная медицина / 1-й этап прерывистого цикла (для терапевтов и педиатров поликлиник, цеховых врачей) областной — **1.10–31.10.**

Обучение проводится на базе Учебно-клинического центра семейной медицины СПбМАПО, оказывающего помощь в рамках обязательного медицинского страхования всем категориям пациентов, включая детей и беременных. В преподавании участвуют высококвалифицированные специалисты, прошедшие подготовку в зарубежных университетах и использующие современные интерактивные методы обучения. Кафедра располагает набором манекенов и муляжей для отработки мануальных навыков, электронными базами данных, библиотекой, состоящей из современной отечественной и переводной литературы, а также учебных пособий и руководств, подготовленных сотрудниками кафедры и рекомендованных Росздравом для медицинских вузов Российской Федерации.

Зав. кафедрой профессор *О.Ю.Кузнецова*

Адрес кафедры пр. Просвещения, д. 45; телефон (812) 598 9320, e-mail: fammedmapo@yandex.ru

ДЕПРЕССИЯ У ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ

Г.Дж.Джогерст
Университет штата Айова, США

LATE LIFE DEPRESSION

G. J. Jogerst
University of Iowa, USA

© Г.Дж.Джогерст, 2006

В этой статье депрессия у пожилых людей рассматривается в следующих аспектах: распространенность, переживания вследствие утраты, деменция, сопутствующая патология, лечение и клинические исходы.

Ключевые слова: пожилые люди, депрессия, общая врачебная практика.

In this article, several aspects of late-life depression are considered including prevalence, bereavement, dementia, other associated conditions, treatment and outcomes.

Keywords: elderly, depression, and general practice.

Введение. У лиц пожилого возраста довольно сложно своевременно выявить и диагностировать депрессию. Пациенты часто жалуются на усталость и другие соматические симптомы, которые можно объяснить пожилым возрастом и различными патологическими состояниями. Иногда больные могут и не предъявлять никаких жалоб.

Депрессия — диагноз клинический. Выявление депрессии полностью базируется на адекватном диалоге с пациентом. Этот процесс осложняется возрастными изменениями сенсорных и когнитивных способностей, а также наличием сопутствующей патологии, которая может проявляться симптоматикой депрессии и затруднять диагностику.

Особого внимания и выявления клинической причины требуют четыре симптома депрессии. К ним относят: усталость, изменение аппетита и массы тела, нарушение сна, снижение внимания [1]. Кроме того, многие пожилые люди с депрессией отмечают и более специфические симптомы, такие как депрессивное настроение, чувство вины или снижение чувства собственной значимости, мысли о самоубийстве. В гериатрической практике для активного выявления депрессии целесообразно применять специально разработанные анкеты, например, гериатрическую шкалу депрессии (схема 1). Оценка по шкале депрессии является надежным методом выявления депрессии, так как помогает установить наличие эмоциональных нарушений, а не жалоб, характерных и для депрессии, и для хронических соматических заболеваний.

Распространенность. В Америке приблизительно у 5 млн людей в возрасте старше 65 лет отмечаются симптомы клинически значимой депрессии [2]. Распространенность клинической и субклинической депрессии варьирует в зависимости от критериев диагностики и условий, в которых живут пожилые люди. Одномоментная и выявленная в течение жизни распространен-

ность клинически выраженной депрессии в возрасте от 65 до 100 лет составляет у женщин 4,4% и 20,4%, соответственно, а у мужчин 2,7% и 9,6% соответственно [3]. По данным амбулаторных центров, клинически выраженная депрессия диагностируется у 6–9% пожилых пациентов [4], среди госпитализированных этот показатель составляет 11–45% [5, 6], а, по данным домов престарелых с сестринским уходом — 12–25% [7]. Субклиническую депрессию выявляют приблизительно у 4–15% амбулаторных пациентов пожилого возраста [4, 8, 9]. В неспециализированных стационарах этот показатель равен 18% для лиц старше 60 лет [6], а среди населения, проживающего в обычных домашних условиях, — 13–27% [10].

Утрата. Переживания, связанные со смертью супруга/супруги или другого близкого человека часто являются причиной клинически выраженной депрессии. Смерть жены или мужа считается самым тяжелым событием в жизни [11, 12]. У одной трети овдовевших лиц отмечают признаки выраженной депрессии в течение первого месяца, из этого числа у половины пациентов признаки депрессии сохраняются на протяжении года [13]. При отсутствии осложнений наиболее тяжелые признаки депрессии исчезают в течение 2 месяцев. Если симптомы клинически выраженной депрессии сохраняются, следует назначить антидепрессанты или применить нефармакологические методы лечения. Когда у пожилого человека отмечают серьезные функциональные нарушения, мысли о самоубийстве или имеется депрессия в анамнезе, следует начать терапию, не дожидаясь окончания двухмесячного периода [14]. Неосложненное течение переживания утраты не вызывает серьезных функциональных нарушений [15].

Деменция. Депрессия может проявляться признаками деменции, хотя оба заболевания чаще просто сочетаются, нежели маскируют друг

Оценка функционального статуса в гериатрии для быстрого анализа

Формула: (при наличии дефицита) **Функции** = (оценить) **Способность** + **Мотивация** + **Возможность**

Функции = **Активность повседневной жизнедеятельности (АПЖ)**

Основные АПЖ: подвижность, посещение ванной, одевание, перемещение, посещение туалета, способность регулировать экскреторные функции, способность употреблять пищу

Инструментальные АПЖ: использование телефона, вождение автомобиля, пользование общественным транспортом, покупки, приготовление пищи, работа по дому, прием лекарств, трата денег

Способность: Физическое состояние

Шесть заданий для выполнения (тестирование функций):

1. Обе руки за головой (расчесывание волос, мытье спины, т.д.)
2. Обе руки на задней поверхности талии (одевание нижней части тела, гигиена)
3. Сидя дотронуться до большого пальца на противоположной ноге (одевание нижней части тела, гигиена)
4. Сжатие пальцев врача обеими руками (открывание банок, дверей, т.д.)
5. Удержание бумаги между большим и указательным пальцами при попытке врача уронить что-либо (выбор и удержание предметов)
6. Поднятие с кресла, в то время как руки скрещены на груди (возможность перемещения)

Другие инструменты оценки:

Ходьба на 6 метров

Стоять на одной ноге

Способность: Когнитивная оценка

Оценка умственных способностей (Folstein et al J Psychiat Res 12:189-196, 1975).

Сделать обстановку удобной, установить контакт, хвалить в случае правильных действий, избегать давления при ответах. Осуществить первичную и повторную оценку.

Ориентация

- 5 Какой сегодня (год) (сезон) (дата) (день) (месяц)?
- 5 Где мы находимся? (страна) (город) (больница) (этаж)?
- 3 **Регистрация:** Назвать 3 логически не связанных объекта. Переспросить все 3. Повторить до тех пор, пока пациент не запомнит все 3. Записать количество попыток
- 5 **Внимание и вычисление:** Тест семерок (93-7=86, 86-7=79 и т.д.), если правильный счет, то остановить после 5 попытки. Или предложить написать «СЛОВО» наоборот «ОВОЛС».
- 3 **Повторение:** спросить о трех упомянутых ранее объектах

Язык:

- 2 **Названия:** карандаш и часы
- 1 **Повторы:** «ну, и, но»
- 3 **3-ступенчатая команда:** возьмите бумагу в правую руку, сложите пополам, положите на пол
- 1 **Чтение:** «Закройте глаза»
- 1 **Письмо:** «Напишите предложение»
- 1 **Скропировать:** пересекающиеся пятиугольники

Сумма: ≤20 = деменция

Другие методы оценки: нарисовать часы, нарисовать след

Мотивация: Оценка депрессии — простой вопрос: «Часто ли Вы грустите или чувствуете депрессию?»

Краткая гериатрическая шкала депрессии

Выберите наиболее подходящий ответ на вопрос «Как Вы себя чувствовали за последнюю неделю?» (Да или Нет)

1. Удовлетворены ли Вы жизнью? **Да**
2. Отказались ли Вы от своих увлечений и дел? **Нет**
3. Чувствуете ли Вы, что Ваша жизнь пуста? **Нет**
4. Часто ли Вам скучно? **Нет**
5. В хорошем ли Вы настроении пребываете большую часть времени? **Да**
6. Бойтесь ли Вы, что что-то плохое может с Вами случиться? **Нет**

7. Чувствуете ли Вы себя счастливым большую часть времени? **Да**
8. Часто ли Вы чувствуете себя беспомощным? **Нет**
9. Предпочитаете ли Вы оставаться дома, а не выйти из дома и сделать что-либо новое? **Нет**
10. Думаете ли Вы, что имеете больше проблем с памятью, чем остальные? **Нет**
11. Думаете ли Вы, что прекрасно быть сейчас живым? **Да**
12. Думаете ли Вы, что Ваша жизнь сейчас ничтожна? **Нет**
13. Чувствуете ли Вы себя полным энергии и сил? **Да**
14. Думаете ли Вы, что Ваша ситуация безвыходная? **Нет**
15. Думаете ли Вы, что большинству людей лучше, чем Вам? **Нет** (Sheikh and Yesavage, Clin Geront 165: 1986)

Выделенные ответы (Да/Нет) соответствуют «норме», более 5 «депрессивных» ответов = тест на депрессию положительный

Возможности: существующие или необходимые

Индивидуальные возможности: персональные ресурсы

Привычки/ образ жизни: оценка характера питания, алкоголя и курения, прием лекарств, вакцинация
Структура семьи и поддержка общества
Адекватность условий проживания
Приспособления: слуховой аппарат, очки, вспомогательные средства для ходьбы, т.д.
Методы оценки: опросник по питанию, тест-лист по безопасности жилища

Социальные возможности: ресурсы общества

Страхование здоровья
Транспорт
Доступ к сети социальной поддержки
Знание существующих услуг для пожилых пациентов:
Возможности транспортировки
Доставка пищи и уборка помещения
Заболевания — группы поддержки
Социальная работа, т.д.

Формула создана G.Jogerst, M.D., дизайн анкеты M.Rosenbaum, Ph.D., Университет штата Айова, кафедра семейной медицины.

Схема 1.

друга [16, 17]. Клинически выраженная депрессия у пожилых людей зачастую ассоциирована со снижением когнитивных способностей и повышает риск развития деменции в будущем. Особенно высок риск развития деменции в тех случаях, когда лечение антидепрессантами мало эффективно. Нельзя сказать, что позднее начало депрессии является продромальным периодом какого-то определенного типа деменции, однако если деменция развивается, она чаще проявляется либо в варианте болезни Альцгеймера (БА), либо в виде сосудистой деменции [20].

Исследования Центра по изучению болезни Альцгеймера и клиническая практика свидетельствуют о том, что распространенность клинических эпизодов депрессии у пациентов с БА составляет 20–25%. Более того, еще у 20–30% пациентов отмечаются отдельные симптомы депрессии, включая субклиническую форму заболевания [21, 22]. Среди пожилых людей с небольшими проявлениями когнитивных отклонений распространенность симптомов депрессии занимает промежуточное место между показателями у здоровых лиц и у пациентов с деменцией [23]. И, несмотря на некоторые расхождения данных, полученных отдельными авторами из-за различий в условиях проведения исследований и стадии деменции, существует единое мнение о том, что депрессия усугубляет течение БА и усложняет уход за такими больными.

Диагностировать депрессию у пациентов с БА сложнее, чем у других пожилых людей, так как клинические проявления заболевания носят атипичный характер [22]. Явное состояние печали встречается реже, чем раздражительность, страх и беспокойство. Функциональные расстройства могут проявляться снижением переносимости повседневных нагрузок. Самое частое проявление депрессии у больных БА — апатия и снижение мотивации. Вместе с тем, необходимо учитывать, что чувство вины и мысли о самоубийстве, будучи редкими проявлениями заболевания, требуют активного выявления и наблюдения [24]. Кроме того, у пациентов с БА депрессия чаще сопровождается такими симптомами психоза, как галлюцинации и иллюзии, чем у пациентов с депрессией без деменции. Такая клиническая симптоматика может привести к ошибочной диагностике психоза вместо депрессии [25].

Более того, выявить депрессию у пациента с БА трудно из-за снижения когнитивных способностей и вследствие того, что при осмотре явных признаков депрессии может и не быть [24]. Из-за снижения памяти, нарушения восприятия информации и вербальных способностей больной может забыть или неправильно описать врачу свои эмоциональные проблемы. Поэтому очень важно получить полноценную информацию от лиц, ухаживающих за больным. Однако следует

учитывать, что родственники часто принимают апатию за депрессию. Кроме того, люди, сами страдающие депрессией, зачастую гипердиагностируют ее у других [26]. Поэтому идеальный информатор в данном случае — это человек с нормальными когнитивными способностями, не страдающий депрессией и хорошо знающий пациента.

Использование стандартизованных опросников является наилучшим способом выявления и оценки выраженности депрессии у больного БА. Гериатрическая шкала депрессии (Geriatric Depression Scale — GDS) [1] относится к самым хорошо изученным и надежным опросникам. Данный опросник валиден и может применяться даже у лиц со сниженной когнитивной функцией, если это снижение не меньше 15 баллов по результатам тестирования состояния умственного здоровья (minimal state examination) [1]. Кроме того, для диагностики депрессии у больных с БА можно использовать шкалу депрессии Корнелля для больных с деменцией (Cornell Scale for Depression in Dementia — CSDD) [27]. При использовании этой шкалы для опроса пациента требуется 10–15 минут; анкета состоит из 19 пунктов. Диапазон результатов может колебаться от 0 до 38, при этом, чем выше показатель, тем больше вероятность депрессии. Если результат тестирования достигает 12 баллов и более — необходимо лечение.

Однако если при ведении больного с деменцией сомнения по поводу диагностики депрессии все же остаются, имеет смысл назначить пробную терапию и оценить результат. Депрессия характеризуется быстрым развитием симптоматики, и эффект от терапии будет очевидным. Терапией первого выбора является нефармакологическое вмешательство для лечения депрессии у лиц с БА. К эффективным поведенческим методикам относят предоставление пациенту возможности заниматься интересным делом; при этом лиц, ухаживающих за больным, надо обеспечить необходимым оснащением [28]. Антидепрессанты назначают сразу при наличии выраженной симптоматики (по CSDD 12 баллов и более), а также в ситуациях, когда больного беспокоят мысли о самоубийстве или он отказывается от еды и употребления жидкости [24]. Сертралин является эффективным средством по данным плацебо-контролируемых исследований. Препаратами первого выбора могут быть сертралин (25 мг) или циталопрам (10 мг) при ежедневном приеме. Дозу можно постепенно повышать до максимальных значений: 150 мг сертралина или 40 мг циталопрама.

Существуют противоречивые представления об эффективности лечения депрессии у больных с деменцией [29]. Вообще улучшение течения заболевания происходит в 50–75% случаев на фоне лечения антидепрессантами. Но для лечения депрессии у пациента с БА требуется назначение более высоких доз препарата и более продолжи-

тельный курс лечения [24]. Применение электрошоковой терапии у пациентов с БА мало изучено, однако имеющиеся данные свидетельствуют, что она приводит к улучшению когнитивных способностей при лечении по поводу депрессии на фоне деменции [30]. Уменьшение выраженности симптомов депрессии ассоциировано с улучшением поведенческих характеристик, а также с более успешным выполнением повседневных бытовых нагрузок, но не с улучшением мыслительных способностей. В целом можно сказать, что существует не много подтверждений тому, что антидепрессанты являются эффективным методом лечения депрессии при ее сочетании с деменцией [32].

Другие ассоциированные состояния. При наличии синдрома депрессии необходимо выявить причины ее развития. Это может быть очередной рецидив депрессивного психического расстройства, дебютировавшего ранее. В таком случае следует учесть опыт ведения больного в период предыдущего эпизода, это может помочь в выборе терапии. Также следует учитывать, что пожилые люди часто страдают соматическими заболеваниями, которые могут являться причиной развития симптомов, свойственных депрессии. Это особенно важно учитывать в тех случаях, когда заболевание дебютирует в пожилом возрасте.

Депрессия также может быть следствием метаболических расстройств, таких как избыток глюкокортикоидов и нарушения функции щитовидной железы [33]. Однако развитие депрессии вследствие биологических эффектов соматических заболеваний и побочных эффектов от терапии встречается намного реже, чем сочетание депрессии с другими хроническими заболеваниями [5]. По данным неконтролируемых исследований, гипотиреоз и гипертиреоз способствуют развитию депрессии [34]. Однако при исследовании эффективности лечения депрессии только у 0,7% из 725 пожилых людей с клинически выраженной депрессией был выявлен повышенный уровень ТТГ (тиреостимулирующий гормон) более 10 мЕД/л [35]. То же самое можно сказать и по поводу гипотиреоидных состояний в популяции пожилых людей. Среди пациентов с болезнью Паркинсона депрессия встречается в 45% случаев. Так как многие симптомы могут являться признаками и одного и другого заболевания, диагноз будет базироваться в основном на жалобах по поводу субъективного ощущения пустоты и отсутствия чувства удовольствия от тех видов активности, которые ранее доставляли радость [36, 37]. Кроме того, депрессия часто развивается у больных с раком поджелудочной железы, причем симптоматика депрессии и тревоги может появиться до того, как будет диагностировано онкологическое заболевание [38].

К другой категории заболеваний, сопутствующих депрессии относится сосудистая патология: ишемическая болезнь сердца (ИБС), инсульт, цере-

броваскулярная недостаточность. Депрессия является фактором риска развития ИБС и ассоциирована с повышенным риском смерти от сердечно-сосудистых заболеваний [39, 40]. Есть доказательства того, что депрессия повышает риск развития инфаркта, а также увеличивает показатели заболеваемости и смертности в постинфарктном периоде [41]. Лица, выжившие после инсульта, имеют повышенный риск развития симптомов депрессии через 2 года и позднее, независимо от функциональных возможностей, выраженности сердечно-сосудистых факторов риска и наличия депрессии в анамнезе [42]. Кроме того, депрессия развивается чаще у тех, кто перенес бессимптомный инсульт (диагностированный по МРТ) по сравнению с теми, у кого не было выявлено никаких изменений на МРТ. Это может быть признаком того, что сосудистые изменения головного мозга и инсульт имеют прямое отношение к возникновению депрессии [43]. Высокая распространенность (более 50%) бессимптомного течения нарушений мозгового кровообращения у пожилых людей с депрессией является еще одним доказательством наличия прямой связи между инсультом и депрессией [44].

Сопутствующая сосудистая патология — частое явление у пожилых лиц с депрессией [45]. У многих из них отмечают признаки цереброваскулярной недостаточности. Выделяют группу депрессивных расстройств, являющихся следствием поражения сосудов головного мозга, она носит название «сосудистая депрессия» [46, 47, 48].

Несмотря на то, что существует множество подтверждений того, что депрессия ассоциирована с рядом биологических отклонений, о причинно-следственной взаимосвязи известно немного [49].

Для врача классификация депрессивных состояний в зависимости от причины и сопутствующей патологии может оказаться полезным инструментом. Существует классификация Ван ден Берга:

- раннее начало и длительная психобиологическая уязвимость;
- позднее начало как реакция на тяжелые стрессы;
- позднее начало и наличие факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний.

Принципы лечения одинаковы, однако в ведении отдельных групп больных имеются особенности.

Для пациентов, формирующих первую группу, ключевым моментом является опыт лечения в прошлом. При лечении второго варианта депрессии целесообразно применять поведенческую психотерапию, у пациентов третьей группы следует проводить коррекцию факторов риска ИБС.

При лечении пожилого человека с впервые возникшей депрессией необходимо обращать особое внимание на сопутствующую патологию.

Лечение. Большинство пациентов с депрессией при обращении к семейному врачу в первую оче-

редь указывают на физические, а не на эмоциональные нарушения [51, 52]. Необходимо объяснить пациенту, что имеющиеся симптомы являются признаком депрессии и пояснить, что существует чисто медицинская основа для развития депрессии (химический дисбаланс). Кроме того, надо подчеркнуть, что депрессия является довольно распространенным явлением, ее симптомы поддаются лечению, а выздоровление — обычный исход. Следующий шаг терапии — описать возможные варианты лечения и выявить предпочтения пациента. Существует несколько подходов: наблюдение, терапия антидепрессантами, психотерапия.

Выжидательная тактика подходит для пациентов, воздерживающихся от медикаментозного лечения, с недавно развившейся симптоматикой, без глубоких функциональных нарушений и при отсутствии признаков клинически выраженной депрессии [53]. Рекомендации и советы семейного врача на приеме могут принести пользу пациентам с проявлениями легкой депрессии. В этом случае пациенту необходимо объяснить необходимость ежедневного режима, включая физические упражнения и деятельность, приносящую удовольствие [2].

Различные антидепрессанты примерно одинаково эффективны в лечении большой (клинически выраженной) депрессии у пожилых пациентов. Тем не менее, существует относительно небольшое количество плацебо-контролируемых исследований, посвященных изучению эффективности терапии антидепрессантами в этой популяции, и некоторые из них противоречивы [54–57]. По данным мета-анализа лечение депрессии у пожилых людей и ингибиторами селективного захвата серотонина, и трициклическими антидепрессантами одинаково эффективно [58].

Ингибиторы селективного захвата серотонина являются препаратами первого выбора в лечении депрессии у пожилых пациентов [59]. При их непереносимости или недостаточном эффекте следует назначить другой препарат этой же группы [60]. Трициклические антидепрессанты рекомендуются применять в том случае, если диагностирована тяжелая депрессия [59]. Миртазапин является еще одним вариантом лечения, особенно у пациентов со сниженной массой тела и нарушениями сна [61]. Венлафаксин может успешно применяться в случае резистентной к терапии клинически выраженной депрессии, а также у пациентов с отсутствием эффекта от терапии ингибиторами селективного захвата серотонина [62, 63].

Ведение пациентов с депрессией может эффективно осуществляться за счет имеющихся антидепрессантов при учете переносимости и сопутствующих заболеваний. Ингибиторы селективного захвата серотонина эффективны и хорошо переносятся пациентами с высоким риском развития инсульта и инфаркта, а также с сосудистой

деменцией и БА [64, 65]. Венлафаксин может успешно применяться у пациентов с диабетом, так как он снижает остроту болевых ощущений, связанных с диабетической нейропатией [64]. Кроме того, в исследованиях показано, что сертралин и циталопрам уменьшают проявления депрессии и когнитивных нарушений при слабой и субсиндромальной депрессии у пожилых пациентов без деменции [66].

Существует три формы курсовой психотерапии для лечения депрессии. Когнитивная поведенческая терапия, межперсональная терапия (8–10 визитов) и терапия разрешения проблем (4–8 визитов) так же эффективны, как и лечение антидепрессантами. Улучшение, тем не менее, происходит медленнее, чем с применением препаратов, а продолжительность эффекта психотерапии неизвестна [68]. Психотерапия подходит пациентам, которые предпочитают избежать приема антидепрессантов, лицам с множественными психосоциальными проблемами и тем, у кого терапия антидепрессантами была неэффективной [14]. В соответствии с рекомендациями экспертов сочетание медикаментозной терапии с психотерапией следует применять для лечения депрессии в тех случаях, когда ясно можно определить компонент психосоциального стресса [59]. Однако исследований по эффективности психотерапии у пожилых людей с депрессией не существует [69].

В последнюю очередь рассматривают необходимость применения электрошоковой терапии (ЭШТ) у пожилых лиц с тяжелым течением заболевания. ЭШТ предпочтительна у пациентов с высоким риском самоубийства или отказом от приема пищи в случае клинически выраженной депрессии. Важно отметить, что пациенты с манией преследования подозрительно относятся к тем, кто готовит им пищу и обеспечивает уход, поэтому пероральный прием антидепрессантов исключен. В литературном обзоре Ван дер Вульф [70] утверждает, что ЭШТ эффективна в период острой стадии депрессии у пожилых и в общем безопасна. Возраст сам по себе не повышает риск побочного воздействия ЭШТ на когнитивную функцию, но этот риск повышается благодаря ассоциированным с возрастом состояниям, таким как цереброваскулярные заболевания и деменция Альцгеймера [71]. Терапия эффективна у 70% пациентов в возрасте от 70 лет и старше [72].

Сотрудничество семейного врача и психиатра особенно необходимо при наличии нескольких заболеваний, сопутствующих психических заболеваний, суицидальных намерений, необходимости применения сложных схем лечения и отсутствии эффекта от терапии антидепрессантами. В схемах 2 и 3 представлены рекомендованные дозы антидепрессантов и алгоритм последовательности подбора терапии при недостаточном эффекте [67].

Суточная доза различных антидепрессантов

| Антидепрессант | Целевая суточная доза или концентрация в плазме* (мг) | Максимальная суточная доза или концентрация в плазме (мг) |
|----------------------------------|---|---|
| Циталопрам (Citalopram) | 30 | 40 |
| Флуоксетин (Fluoxetine) | 20 | 40 |
| Флувоксамин (Fluvoxamine) | 150 | 300 |
| Пароксетин (Paroxetine) | 20 | 40 |
| Сертралин (Sertraline) | 100 | 200 |
| Тразодон (Trazodone) | 300 | 600 |
| Нефазодон (Nefazodone) | 200 | 400 |
| Бупропион (Bupropion) | 200 | 400 |
| Миртазапин (Mirtazapine) | 30 | 45 |
| Венлафаксин (Venlafaxine) | 150 | 300 |
| Фенелзин (Phenelzine) | 45 | 90 |
| Тринилципрамин (Tranlycypromine) | 30 г | 60 |
| Нортриптилин (Nortriptyline) | концентрация в плазме ≥ 50 нг/мл | концентрация в плазме 120 нг/мл |
| Дезипрамин (Desipramine) | концентрация в плазме ≥ 100 нг/мл | концентрация в плазме 150 нг/мл |

Если в течение 6 недель приема препарата эффект не наступает, считают что терапия неэффективна.

* Схема взята из Int J Geriatr Psychiatry, BH Mulsant, GS Alexopoulos, CF Reynolds III, et al, Pharmacological Treatment of Depression in Older Primary Care Patients: The PROSPECT Algorithm, 2001; 16:585–592. Copyright John Wiley and Sons Ltd. Reproduced with permission.

Клинические исходы

Эффективность терапии. Целью терапии антидепрессантами является достижение ремиссии. Исходы большой депрессии у пожилых людей, получающих лечение на амбулаторном этапе, в основном, неблагоприятны, и в 30% случаев результатов от лечения нет, несмотря на идеально назначенную терапию, проведенную согласно клиническим рекомендациям [73]. Быстрота наступления эффекта одинакова у лиц пожилого и среднего возраста. Однако существует ряд факторов, ведущих к снижению скорости реакции на терапию антидепрессантами. К ним относят тяжелое течение депрессии и симптомы тревоги [74]. Демографические характеристики и соматические заболевания не влияют на сроки наступления эффекта. Установлено, что пациенты с сосудистой депрессией и с большей площадью гиперинтенсивных участков на изображении головного мозга при магнитно-резонансном сканировании имеют более высокий риск неблагоприятных исходов, включая инвалидность и неустойчивую ремиссию, чем пациенты с депрессией несосудистого характера [45, 75]. Тем не менее, Миллер [76] описал группу пациентов старческого возраста, имевших и не имевших депрессию, дебютировавшую в пожилом возрасте, а также факторы риска цереброваскулярных заболеваний, и не нашел различий во времени наступления ремиссии, необходимости дополнительной терапии или риска возврата симптомов через 3 года. Таким образом, даже при наличии цереброваскулярных факторов риска можно ожидать неплохие результаты лечения.

Некоторые другие факторы также могут влиять на исходы лечения депрессии в гериатрии.

И религиозность, и социальная поддержка влияют на результаты лечения. Религиозность связана с социальной поддержкой, а также независимо влияет на исходы депрессии [77]. Терапия антидепрессантами эффективна даже у пациентов, употребляющих алкоголь [78]. Тем не менее, даже небольшое уменьшение употребления алкоголя оказывает положительный эффект на результаты терапии. Пациенты, низко оценивающие состояние своего здоровья, чаще способны отказаться от адекватной терапии [79].

Семейный врач должен иметь информацию об употреблении пациентом алкоголя и оценке своего здоровья для четкого понимания потенциальных результатов терапии антидепрессантами.

Суицид. Депрессия пожилых людей ассоциирована с непропорционально высоким уровнем самоубийств и высокой смертностью от других причин [80]. Уровень суицидов значительно выше среди американцев старше 75, особенно среди мужчин белой расы. А в возрасте старше 85 лет этот показатель более чем в 5 раз превышает аналогичный по общей популяции [81]. Суицидальные попытки характеризуются меньшей частотой демонстративного предупреждения о них, высокой летальностью, а также большей частотой депрессии и физических заболеваний у лиц, совершивших самоубийство [82]. Сочетание употребления алкоголя и депрессии повышает риск суицида [81]. Учитывая тот факт, что отсутствие социальной поддержки является существенным фактором риска самоубийства среди пожилых людей, были разработаны профилактические программы, включающие повышение уровня знаний и укрепление связей социальной поддержки, которые оказались успешными для снижения риска самоубийств среди женщин старшего возраста [83].

Рекомендации по ведению пациентов при отсутствии результата от терапии антидепрессантами

Нет реакции на антидепрессанты*

- Шаг 1: По возможности оптимизировать прием назначенного препарата
- Шаг 2: Начать/заменить на циталопрам в соответствии с протоколом ведения пациента
- Шаг 3: Заменить на бупропион SR 200–400 мг/день в два приема
- Шаг 4: Заменить на венлафаксин XR 150–300 мг
- Шаг 5: Заменить на нортриптилин (концентрация в плазме 80–120 нг/мл)
- Шаг 6: Заменить на миртазапин 30–45 мг

Частичная реакция на антидепрессант†

- Шаг 1: Оптимизировать прием назначенного препарата
- Шаг 2: Усилить терапию бупропион SR 200–400 мг/день в два приема‡
- Шаг 3: Усилить терапию нортриптилин (концентрация в плазме 80–120 нг/мл)‡
- Шаг 4: Усилить терапию литием (концентрация в плазме 0,60–0,80 мэкв/л)
- Шаг 5: Следуйте шагам 2, 4 и 6 для тех, у кого реакция отсутствует

* Нет реакции на терапию в случае снижения тестовой оценки по шкале депрессии Гамильтона (HDR) <30% после 6 недель лечения, <50% при оценке выше 10 после 12 недель лечения.

† Частичный ответ на терапию — снижение оценки по шкале HDRS ≥50% с оценкой более 10 после 12 недель лечения.

‡ Это предполагает, что пациент лечится ингибиторами селективного или неселективного захвата серотонина. Бупропион или нортриптилин первыми должны быть добавлены к циталопраму 20–40 мг. Пациенты на терапии трициклическими антидепрессантами, отличными от нортриптилина или ингибиторов МАО, должны быть переведены на циталопрам.

Большинство пациентов, пытавшихся покончить жизнь самоубийством, незадолго до этого были на приеме у своего врача [84, 85]. Врач общей практики должен проводить скрининг на депрессию и помнить о повышенном риске среди мужчин старше 85 лет. Расспрос о суицидальных идеях и намерениях, наряду с оценкой готовности пациента к осуществлению своих планов очень важен. Пожилые люди чаще, чем молодые, совершают суицид с использованием калящих предметов. Использование огнестрельного оружия приносит наибольшую летальность. Около 30% пожилых людей имеют огнестрельное оружие у себя дома [88], риск суицида в 3,4 раза выше среди людей, имеющих оружие [89]. Поэтому устранение доступа к оружию является разумной мерой предотвращения самоубийства, кроме того пациента, планирующего суицид, необходимо госпитализировать в психиатрический стационар.

Функциональный статус. Персистирование симптомов депрессии является плохим прогностическим признаком, так как ассоциировано с неуклонным ухудшением функционального статуса и развитием инвалидности. Лечение в таком случае должно быть направлено на поддержание функционального статуса и купирование симптомов депрессии [90, 91]. При адекватном лечении симптомы депрессии исчезают у большинства пациентов. Такое улучшение достоверно взаимосвязано с улучшением в инструментальной оценке активности повседневной жизнедеятельности и качества жизни [91, 92]. Сотрудничество между врачом общей практики и психиатром повышает вероятность улучшения функционального статуса, чего не всегда можно

ожидать от обычной терапии [93]. Тем не менее, даже при сотрудничестве специалистов выраженные нарушения физических и эмоциональных функций являются предпосылками отсутствия ремиссии у пациентов с тяжелой депрессией [94]. Мониторинг симптомов депрессии у таких пациентов наряду с оценкой функциональных способностей в течение курса лечения помогает врачу в решении вопроса об изменении терапии.

Рекомендации. В соответствии с полученными доказательствами врач должен проводить скрининг среди взрослого населения на предмет депрессии при наличии системы, обеспечивающей правильность диагностики, лечения и наблюдения [95]. Использование нескольких антидепрессантов имеет доказанно лучший эффект, чем плацебо при лечении большой депрессии у пожилых пациентов, а эффективность различных антидепрессантов признана эквивалентной [96]. Поэтому выбор антидепрессанта нужно основывать на индивидуальной переносимости препарата и наличии сопутствующих состояний.

Депрессия у пожилых людей — ключевые положения

1. При обращении к врачу общей практики пациенты чаще предъявляют жалобы на физическое недомогание и не замечают своих эмоциональных проблем.

2. Депрессия часто сочетается с хроническими заболеваниями, включая деменцию, болезнь Паркинсона и сосудистые заболевания

3. Депрессия пожилых людей часто ассоциирована с когнитивными нарушениями

4. У пациентов с болезнью Альцгеймера чаще отмечаются такие симптомы как раздражительность, беспокойство, тревога и страх, чем открывенная грусть.

5. Ингибиторы селективного захвата серотонина относят к препаратам первой линии для лечения депрессии у пожилых людей.

6. Сочетание психотерапии с лечением антидепрессантами рекомендовано для лечения депрессии на фоне психосоциальных стрессов.

7. Частота самоубийств в 5 раз чаще у людей в возрасте 85 лет и старше, чем в общей популяции.

8. ЭШТ — метод выбора для лечения депрессии у людей с высоким риском суицида и отказом от приема пищи

9. Если депрессия плохо поддается лечению, то риск быстрого прогрессивного нарушения функциональных способностей резко возрастает.

Литература

1. American Psychiatric Association. Diagnostic Criteria from Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th ed. Washington (DC): American Psychiatric Association. 1994: 161–172.
2. Unutzer J., Katon W., Sullivan M. et al. Treatment depressed older adults in primary care: narrowing the gap between efficacy and effectiveness // *Milbank Q.*— 1999.— Vol. 77.— P. 225–256.
3. Steffens D.C., Skoog I., Norton M.C. et al. Prevalence of depression and its treatment in an elderly population: The Cache County Study // *Arch. Gen. Psychiatry.*— 2000.— Vol. 57.— P. 601–607.
4. Berardi D., Menchetti M., De Ronchi D. et al. Late-life depression in primary care: A nationwide Italian epidemiological survey // *J. Am. Geriatr. Soc.*— 2002.— Vol. 50.— P. 77–83.
5. Cassem E.M. Depressive disorders in the medically ill: an overview // *Psychosomatics.*— 1995.— Vol. 36.— P. S2–S10.
6. Schneider G., Kruse A., Nehen H.G. et al. The prevalence and differential diagnosis of subclinical depressive syndromes in inpatients 60 years or older // *Psychother. Psychosom.*— 2000.— Vol. 69.— P.251–260.
7. Barkin R.L., Schwer W.A., Barkin S.J. Recognition and management of depression in primary care: a focus on the elderly. A pharmacotherapeutic overview of the selection process among the traditional and new antidepressants // *Am. J. Ther.*— 2000.— Vol. 7.— P. 205–226.
8. Vanitallie T.B. Subsyndromal depression in the elderly: underdiagnosed and undertreated // *Metabolism.*— 2005.— Vol. 54.— P. 39–44.
9. Lyness J.M., King D.A., Cox C. et al. The importance of subsyndromal depression in older primary care patients: prevalence and associated functional disability // *J. Am. Geriatr. Soc.*— 1999.— Vol. 47.— P. 757–758.
10. Kaldyand J., Tarnove L. A Clinical Practice Guideline approach to treating depression in long-term care // *J. Am. Med. Dir. Assoc.*— 2003.— Vol. 4.— P. S60–S68.
11. Amster L.E., Krauss H.H. The relationship between life crises and mental deterioration in old age // *Int. J. of Aging Hu. Dev.*— 1974.— Vol. 5.— P. 51–55.
12. Holmes T.H., Rahe R.H. The Social Readjustment Rating Scale // *J. Psychosom. Res.*— 1967.— Vol. 11.— P. 213–218.
13. NIH Consensus Panel on Diagnosis and Treatment of Depression in Late Life. Diagnosis and treatment of depression in late life // *JAMA.*— 1992.— Vol. 286.— P. 1018–1024.
14. Kroenke K. A 75-year-old man with depression // *JAMA.* 2002.— Vol. 287.— P. 12.
15. Wilcox S., Evenson K., Aragaki A. et al. The effects of widowhood on physical and mental health, health behaviors, and health outcomes: the Women's Health Initiative // *Health Psychol.*— 2003.— Vol. 22.— P. 513–522.
16. Alexopoulos G.S., Meyers B.S., Young R.C. et al. The course of geriatric depression with «reversible dementia.» // *Am. J. Psychiatry.*— 1993.— Vol. 150.— P. 1693–1699.
17. Chiu E., Ames D., Draper B., Snowdon J. Depressive disorders in the elderly: a review. In: Maj M., Sartorius N., eds. *Depressive Disorders.* New York, NY: John Wiley & Sons; 1999: 313–363.
18. Sweet R.A., Hamilton R.L., Butters M.A. et al. Neuropathologic correlates of late-onset major depression // *Neuropsychopharmacology.*— 2004.— Vol. 29.— P. 2242–2250.
19. Modrego P.J., Ferrandez J. Depression in patients with mild cognitive impairment increases the risk of developing dementia of Alzheimer type: a prospective cohort study // *Arch. Neuro.* 2004.— Vol. 61.— P. 1290–1293.
20. Schwetzer I., Tuckwell V., O'Brien J. et al. Is late onset depression a prodrome to dementia? // *Int. J. Geriatr. Psychiatry.*— 2002.— Vol. 17.— P. 997–1005.
21. Olin J.T., Katz I.R., Meyers B.S. et al. Provisional diagnostic criteria for depression of Alzheimer disease: rationale and background // *Am. J. Geriatr. Psychiatry.*— 2002.— Vol. 10.— P. 129–141.
22. Zubenko G.S., Zubenko W.N., McPherson S. et al. A collaborative study of the emergence and clinical features of the major depressive syndrome of Alzheimer's disease // *Am. J. Psychiatry.*— 2003.— Vol. 160.— P. 857–866.
23. Lyketsos C.G., Lopez O., Jones B. et al. Prevalence of neuropsychiatric symptoms in dementia and mild cognitive impairment: results from the Cardiovascular Health Study // *JAMA.*— 2002.— Vol. 288.— P. 1475–1483.
24. Lyketsos C.G., Hochang B.L. Diagnosis and treatment of depression in Alzheimer's disease // *Dement. Geriatr. Cogn. Disord.*— 2004.— Vol. 17.— P. 55–64.
25. Lyketsos C.G., Sheppard J.M., Steinberg M. et al. Neuropsychiatric disturbance in Alzheimer's disease clusters into three groups: The Cache County study // *Int. J. Geriatr. Psychiatry.*— 2001.— Vol. 16.— P. 1043–1053.

26. Schulz R., Williamson G. Biases in family assessments of depression in patients with Alzheimer's disease // *Am. J. Psychiatry.*— 1990.— Vol. 147.— P. 377–378.
27. Alexopoulos G.S., Abrams R.C., Young R.C., Shamoian C.A. Use of the Cornell Scale in nondemented patients // *JAGS.*— 1988.— Vol. 36.— P. 235–236.
28. Teri L., Logsdon R.G., Uomoto J. et al. Behavioral treatment of depression in dementia patients; a controlled clinical trial // *J. Gerontol. B. Psychol. Sci. Soc. Sci.*— 1997.— Vol. 52.— P. 159–166.
29. Lyketsos C.G., Olin J. Depression in Alzheimer's disease: overview and treatment // *Biol. Psychiatry.*— 2002.— Vol. 52.— P. 243–252.
30. Rao V., Lyketsos C.G. The benefits and risks of ECT for patients with primary dementia who also suffer from depression // *Int. J. Geriatr. Psychiatry.*— 2000.— Vol. 15.— P. 729–735.
31. Lyketsos C.G., DelCampo L., Steinberg M. et al. Treating depression in Alzheimer disease: efficacy and safety of sertraline therapy, and the benefits of depression reduction: the DIADS // *Arch. Gen. Psychiatry.*— 2003.— Vol. 60.— P. 737–746.
32. Bains J., Birks J.S., Denning T.R. Antidepressants for treating depression in dementia (Cochrane Review). The Cochrane Library, Issue 2, 2005.
33. Brown E.S., Varghese F.P., McEwen B.S. Association of depression with medical illness: does cortisol play a role? // *Biol. Psychiatry.*— 2004.— Vol. 55.— P. 1–9.
34. Haggerty J.J., Prange A.R. Borderline hypothyroidism and depression // *Annu. Rev. Med.*— 1995.— Vol. 46.— P. 37–46.
35. Fraser S.A., Kroenke K., Callahan C.M. et al. Low yield of thyroid-stimulating hormone testing in elderly patients with depression // *Gen. Hosp. Psychiatry.*— 2004.— Vol. 26.— P.302–309.
36. Lemke M.R., Fuchs G., Gemende I. et al. Depression and Parkinson's disease // *J. Neurol.*— 2004.— Vol. 251.— P.VI/24–27.
37. Leentjens A.F. Depression in Parkinson's disease: conceptual issues and clinical challenges // *J. Geriatr. Psychiatry. Neurol.*— 2004.— Vol. 17.— P. 120–126.
38. Passik S.D., Breitbart W.S. Depression in patients with pancreatic carcinoma. Diagnostic and treatment issues // *Cancer.*— 1996.— Vol. 78.— P. 615–626.
39. Swenson J.R. Quality of life in patients with coronary artery disease and the impact of depression // *Curr. Psychiatry. Rep.*— 2004.— Vol. 6.— P. 438–445.
40. Lett H.S., Blumenthal J.A., Babyak M.A. et al. Depression as a risk factor for coronary artery disease: evidence, mechanisms, and treatment // *Psychosom. Med.*— 2004.— Vol. 66.— P. 305–315.
41. Malach M., Imperato P.J. Depression and acute myocardial infarction // *Prev. Cardiol.*— 2004.— Vol. 7.— 83–90.
42. Whyte E.M., Mulsant B.H., Vanderbilt J. et al. Depression after stroke: a prospective epidemiological study // *J. Am. Geriatr. Soc.*— 2004.— Vol. 52.— P. 774–778.
43. Schmidt W.P., Roesler A., Kretschmar K. et al. Functional and cognitive consequences of silent stroke discovered using brain magnetic resonance imaging in an elderly population // *J. Am. Geriatr. Soc.*— 2004.— Vol. 52.— P. 1045–1050.
44. Fujikawa T., Yamawaki S., Touhouda Y. Incidence of silent cerebral infarction in patients with major depression // *Stroke.*— 1993.— Vol. 24.— P. 1631–1634.
45. Taylor W.D., Steffens D.C., MacFall J.R. et al. White matter hyperintensity progression and late-life depression outcomes // *Arch. Gen. Psychiatry.*— 2003.— Vol. 60.— P. 1090–1096.
46. Krishnan K.R. Depression as a contributing factor in cerebrovascular disease // *Am. Heart J.*— 2000.— Vol. 140.— P. 70–76.
47. Camus V., Kraehenbuhl H., Preisig M. et al. Geriatric depression and vascular diseases: what are the links? // *J. Affect. Disord.*— 2004.— Vol. 81.— P. 1–16.
48. Baldwin R.C. Is vascular depression a distinct sub-type of depressive disorder? A review of causal evidence // *Int. J. Geriatr. Psychiatry.*— 2005.— Vol. 20.— P. 1–11.
49. Tiemeier H. Biological risk factors for late life depression // *Eur. J. Epidemiol.*— 2003.— Vol. 18.— P. 745–750.
50. Van den Berg M.D., Oldehinkel A.J., Bouhuys A.L. et al. Depression in later life: three etiologically different subgroups // *J. Affect. Disord.*— 2001.— Vol. 65.— P. 19–26.
51. Simon G.E., Von Korff M., Piccinelli M. et al. An international study of the relation between somatic symptoms and depression // *N. Engl. J. Med.*— 1999.— Vol. 341.— P. 1329–1335.
52. Kroenke K. Discovering depression in medical patients: reasonable expectations // *Ann. Intern. Med.*— 1997.— Vol. 126.— P. 463–465.
53. Whooley M.A., Simon G.E. Primary care: managing depression in medical out-patients // *N. Engl. J. Med.*— 2000.— Vol. 343.— P. 1942–1950.
54. Thorpe L., Whitney D., Kutcher S. et al. Clinical guidelines for the treatment of depressive disorders. VI. Special populations // *Can. J. Psychiatry.*— 2001.— Vol. 46.— P. 63S–76S.
55. Katona C., Livingston G. How well do antidepressants work in older people? A systematic review of number needed to treat // *J. Affect. Disord.*— 2002.— Vol. 69.— P. 47–52.
56. Williams J.W. Jr., Mulrow C.D., Chiquette E. et al. A systematic review of newer pharmacotherapies for depression in adults: evidence report summary // *Ann. Intern. Med.*— 2000.— Vol. 132.— P. 743–756.
57. Mittmann N., Hermann J., Einarson T.R. et al. The efficacy, safety and tolerability of antidepressants in late life depression: a meta-analysis // *J. Affect. Disord.*— 1997.— Vol. 46.— P. 191–217.

58. McCusker J., Cole M., Keller E. et al. Effectiveness of treatments of depression in older ambulatory patients // Arch. Intern. Med.—1998.— Vol. 158.— P. 705–712.
59. Alexopoulos G.S., Katz I.R., Reynolds C.F. et al. Expert Consensus Guideline Series: pharmacotherapy depressive disorders in older patients // Postgrad. Med.— 2001.— P. 1–86.
60. Nurnberg H.G., Thompson P.M., Hensley P.L. Antidepressant medication change in a clinical treatment setting: a comparison of the effectiveness of selective serotonin reuptake inhibitors // J. Clin. Psychiatry.— 1999.— Vol. 60.— P. 574–579.
61. Kasper S., Zivkov M., Roes K.E. et al. Pharmacological treatment of severely depressed patients: a meta-analysis comparing efficacy of mirtazapine and amitriptyline // Eur. Neuropsychopharmacol.— 1997.— Vol. 7.— P. 115–124.
62. De Montigny C., Silverstone P.H., Debonnel G. et al. Venlafaxine in treatment-resistant major depression: a Canadian multicenter, open-label trial // J. Clin. Psychopharmacol.— 1999.— Vol. 19.— P.401–406.
63. Saiz-Ruiz J., Ibanez A., Diaz-Marsa M. et al. Efficacy of venlafaxine in major depression resistant to selective serotonin reuptake inhibitors // Prog. Neuropsychopharmacol. Biol. Psychiatry.— 2002.— Vol. 26.— P. 1129–1134.
64. Rabheru K. Special issues in the management of depression in older patients // Can. J. Psychiatry.— 2004.— Vol. 49.— P. 41S–50S.
65. Roose S.P., Laghrissi-Thode F., Kennedy J.S., et al. Comparison of paroxetine and nortriptyline in depressed patients with ischemic heart disease // JAMA.— 1998.— Vol. 279.— P. 287–291.
66. Rocca P., Calvarese P., Faggiano F. et al. Citalopram versus sertraline in late-life nonmajor clinically significant depression: a 1-year follow-up clinical trial // J. Clin. Psychiatry.— 2005.— Vol. 66.— P. 360–369.
67. Mulsant B.H., Pollock B.G., Nebes R. et al. A twelve-week, double-blind, randomized comparison of nortriptyline and paroxetine in older depressed inpatients and outpatients // Am. J. Geriatr. Psychiatry.— 2001.— Vol. 9.— P. 406–414.
68. Schulberg H.C., Katon W.J., Simon G.E. et al. Best clinical practice: guidelines for managing major depression in primary medical care // J. Clin. Psychiatry.— 1999.— Vol. 60.— P. 19–26.
69. Freudenstein U., Jagger C., Arthur A. et al. Treatments for late life depression in primary care—a systematic review // Fam. Pract.— 2001.— Vol. 18.— P. 321–327.
70. van der Wurff F.B., Stek M.L., Hoogendijk W.J. et al. The efficacy and safety of ECT in depressed adults: a literature review // Int. J. Geriatr. Psychiatry.— 2003.— Vol. 18.— P. 894–904.
71. Flint A.J., Gagnon N. Effective use of electroconvulsive therapy in late-life depression // Can. J. Psychiatry.— 2002.— Vol. 47.— P. 734–741.
72. Tew J.D., Mulsant B.H., Haskett R.F. et al. Acute efficacy of ECT in the treatment of major depression in the old-old // Am. J. Psychiatry.— 1999.— Vol. 156.— P. 1865–1870.
73. Callahan C.M. Quality improvement research on late life depression in primary care // Med. Care.— 2001.— Vol. 39.— P. 772–784.
74. Whyte E.M., Dew M.A., Gildengers A. et al. Time course of response to antidepressants in late-life major depression: therapeutic implications // Drugs Aging.— 2004.— Vol. 21.— P. 531–554.
75. Kales H.C., Maixner D.F., Mellow A.M. Cerebrovascular disease and late-life depression // Am. J. Geriatr. Psychiatry.— 2005.— Vol. 13.— P. 88–98.
76. Miller M.D., Lenze E.J., Dew M.A. et al. Effect of cerebrovascular risk factors on depression treatment outcome in later life // Am. J. Geriatr. Psychiatry.— 2002.— Vol. 10.— P. 592–598.
77. Bosworth H.B., Park K.S., McQuoid D.R. et al. The impact of religious practice and religious coping on geriatric depression // Int. J. Geriatr. Psychiatry.— 2003.— Vol. 18.— P. 905–914.
78. Oslin D.W., Katz I.R., Edell W.S. et al. Effects of alcohol consumption on the treatment of depression among elderly patients // Am. J. Geriatr. Psychiatry.— 2000.— Vol. 8.— P. 215–220.
79. Lenze E.J., Miller M.D., Dew M.A. et al. Subjective health measures and acute treatment outcomes in geriatric depression // Int. J. Geriatr. Psychiatry.— 2001.— Vol. 16.— P. 1149–1155.
80. Montano C.B. Primary care issues related to the treatment of depression in elderly patients // J. Clin. Psychiatry.— 1999.— Vol. 60.— P. 45–51.
81. Blow F.C., Brockmann L.M., Barry K.L. Role of alcohol in late-life suicide // Alcohol Clin. Exp. Res.— 2004.— Vol. 28.— P. 48S–56S.
82. Salib E., Rahim S., El-Nimr G. et al. Elderly suicide: an analysis of coroner's inquests into two hundred cases in Cheshire 1989–2001 // Med. Sci. Law.— 2005.— Vol. 45.— P.71–80.
83. Oyama H., Watanabe N., Ono Y. et al. Community-based suicide prevention through group activity for the elderly successfully reduced the high suicide rate for females // Psychiatry Clin. Neurosci.— 2005.— Vol. 59.— P. 337–344.
84. Petrie K. Recent general practice contacts of hospitalized suicide attempters // N.Z. Med. J.— 1989.— Vol. 102.— P. 130–131.
85. Andersen U.A., Andersen M., Rosholm J.U. et al. Contacts to the health care system prior to suicide: a comprehensive analysis using registers for general and psychiatric hospital admissions, contacts to general practitioners and practicing specialists and drug prescriptions // Acta. Psychiatr. Scand.— 2000.— Vol. 102.— P. 126–134.
86. Bazin N. Suicide and depression in the elderly // Psychol. Neuropsychiatr. Vieil.— 2004.— P. S29–S33.
87. Miller M., Azrael D., Hemenway D. The epidemiology of case fatality rates for suicide in the northeast // Ann. Emerg. Med.— 2004.— Vol. 43.— P. 723–730.

88. *Oslin D.W., Zubritsky C., Brown G. et al.* Managing suicide risk in late life: access to firearms as a public health risk // *Am. J. Geriatr. Psychiatry.*— 2004.— Vol. 12.— P. 30–36.
89. *Wiebe D.J.* Homicide and suicide risks associated with firearms in the home: a national case-control study // *Ann. Emerg. Med.*— 2003.— Vol. 41.— P. 771–782.
90. *Lenze E.J., Schulz R., Martire L.M. et al.* The course of functional decline in older people with persistently elevated depressive symptoms: longitudinal findings from the cardiovascular health study // *J. Am. Geriatr. Soc.*— 2005.— Vol. 53.— P. 569–575.
91. *Oslin D.W., Streim J., Katz I.R. et al.* Change in disability follows inpatient treatment for late life depression // *J. Am. Geriatr. Soc.*— 2000.— Vol. 48.— P. 357–362.
92. *Doraiswamy P.M., Khan Z.M., Donahue R.M. et al.* The spectrum of quality-of-life impairments in recurrent geriatric depression // *J. Gerontol. A. Biol. Sci. Med. Sci.*— 2002.— Vol. 57.— P. M134–M137.
93. *Callahan C.M., Kroenke K., Counsell S.R. et al.* Treatment of depression improves physical functioning in older adults // *J. Am. Geriatr. Soc.*— 2005.— Vol. 53.— P. 367–373.
94. *Alexopoulos G.S., Katz I.R., Bruce M.L. et al.* Remission in depressed geriatric primary care patients: a report from the PROSPECT study // *Am. J. Psychiatry.*— 2005.— Vol. 162.— P. 4.
95. *United States Preventive Services Task Force (USPSTF).* Recommendations and rationale. Screening for depression. Last update 2001. Accessed on 8–6 2005 at: <http://www.ahrq.gov/clinic/3rduspstf/depression/depress-rr.htm>
96. *Agency for Health Care Policy and Research (AHCPR).* Treatment of Depression—Newer Pharmacotherapies. Summary, Evidence Report/Technology Assessment: Number 7. Last updated 1999. Accessed on 8–6 2005 at: <http://www.ahcpr.gov/clinic/epcsums/deprsumm.htm>

Адрес для контакта: gerald-jogerst@uiowa.edu

ТЕЗИСЫ конференции

«Семейная медицина: наука, практика, преподавание»
15–16 мая 2006 г.

НАУЧНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ В ОБЩЕЙ ВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИКЕ

ИССЛЕДОВАНИЕ КОМПЛАЙНСА У БОЛЬНЫХ ЭРОЗИВНЫМ ГАСТРИТОМ В РАБОТЕ ВРАЧА ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ (СЕМЕЙНОГО ВРАЧА)

Т.Е.Афанасенкова

Смоленская государственная медицинская академия

INVESTIGATION OF COMPLIANCE AMONG PATIENTS WITH EROSIIVE GASTRITIS IN GENERAL PRACTICE

T.E.Afanasenkov

Smolensk State Medical Academy

Хронический гастрит занимает центральное место среди заболеваний желудка. По различным данным, распространенность хронического гастрита составляет 2,5% среди всего населения и 85% — среди заболеваний желудка.

Достоверно известно, что соматическое заболевание, в том числе хронический гастрит, влияет не только на физическое состояние больного, но и на его психический статус. Однако в современной медицине наибольшее внимание уделяется объективным данным. При этом вне поля зрения врача остается не менее важная часть информации о психологической, социальной, эмоциональной индивидуальной картине болезни. Следует учитывать, что больной является участником лечебного процесса, а не пассивным объектом терапии, поэтому его психологический статус и готовность к сотрудничеству, т. е. комплайнс, имеют значение для эффективности лечения и течения заболевания в целом.

Цель работы — изучить комплайнс пациентов, страдающих эрозивным гастритом.

С этой целью было обследовано 30 больных, страдающих эрозивным гастритом. Из них 15 мужчин и 15 женщин в возрасте от 18 до 57 лет. Диагноз заболевания ставили на основании результатов клинического и обязательного эзофагогастродуоденоскопического исследования.

На приверженность индивидуума к лечению влияет уровень качества жизни пациента и многочисленные факторы, касающиеся самого лечения. Наиболее значимыми факторами комплайнса являются: финансовая готовность оплачивать лечение; медико-социальная адаптированность индивидуума; медико-социальная информированность; отсутствие приверженности к лечению нетрадиционными способами; медико-социальная коммуникабельность; удовлетворенность назначенным лечением; отсутствие склонности к медико-социальной изоляции; доверие к тактике и стратегии лечащего врача; результативность проводимой или ранее проведенной терапии.

Существует много методов определения приверженности индивидуума к лечению. В нашем исследовании использовалась методика, предложенная С.В.Давыдовым, суть которой состоит в вычислении суммарного показателя с учетом выраженности силы влияния факторов, характеризующих готовность индивидуума следовать рекомендациям медицинских работников.

Анкета включает 9 вопросов, содержащих формулировку, раскрывающую особенности влияния рассматриваемого фактора. Каждый вопрос имеет 5 вариантов ответа, оцененных в баллах в диапазоне от -2 до +2, характеризующих выраженность силы влияния данного фактора на приверженность к лечению: -2 (низкая степень влияния), -1 (ниже средней), 0 (средняя степень), +1 (степень влияния фактора выше средней), +2 (высокая степень влияния фактора комплайнса). В ходе тестирования опрашиваемый в каждом вопросе выбирает только один вариант ответа.

При вычислении индивидуальной приверженности пациента к лечению суммировали числовые значения выбранных ответов.

В ходе исследования установлено, что индекс приверженности пациентов к лечению (ИППКЛ) составил $5,7 \pm 5,2$ ($65,39 \pm 8,8\%$). У мужчин он равнялся $1,73 \pm 2,49$ ($56,75 \pm 16,5\%$), а у женщин — $9,66 \pm 3,98$ ($76,08 \pm 11,4\%$) и был выше, так как ИППКЛ у 50% мужчин был равен нулю или меньше.

При рассмотрении показателей по отдельным шкалам было выявлено, что большинство пациентов не готово отказаться от нетрадиционных методов лечения, у них нет удовлетворенности назначенным лечением. Возможно, это связано с недостаточной медико-социальной информированностью населения и неудовлетворительными результатами ранее проведенного лечения. Индекс результативности ранее проведенного лечения значительно ниже у мужчин, что можно объяснить низкой приверженностью к выполнению медицинских рекомендаций. У женщин складываются более доверительные отношения с лечащим врачом, возможно, поэтому и выше результаты лечения. Кроме того, пациенты не готовы потратить деньги на приобретение необходимых лекарственных препаратов, а, при необходимости, — и на дополнительные методы обследования.

Таким образом, приверженность к лечению у мужчин, страдающих хроническим эрозивным гастритом, ниже, чем у женщин. В связи с этим врачу общей практики при назначении лечения необходимо учитывать личностные особенности пациента, формирование индивидуальной реакции на заболевание, отношение к лечащему врачу.

ОСНОВНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ МИКРОЦИРКУЛЯТОРНОГО РУСЛА В ОПТИМИЗАЦИИ ЛЕЧЕНИЯ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ВРАЧОМ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ

О.Д.Алехина, В.Т.Бурлачук, Л.В.Трибунцева,
О.В.Виктор

Воронежская государственная медицинская академия
им. Н.Н.Бурденко

THE MAIN CHARACTERISTICS OF MICROCIRCULATION IN OPTIMIZATION OF TREATMENT OF ARTERIAL HYPERTENSION BY GENERAL PRACTITIONER

O.D.Alekhina, V.T.Burlachuk, L.V.Tribuntseva, O.V.Victor
Voronej State Medical Academy named N.N.Burdenko

Цель исследования — выявление основных характеристик микроциркуляторного русла (МЦР), определяющих вариант периферической гемодинамики, ее коррекции и базисной терапии больных артериальной гипертензией (АГ) в условиях работы врача общей практики.

Материалы и методы. В исследование включены 68 пациентов: 47 больных АГ составили основную группу, 21 здоровый мужчина — группу сравнения. Средний возраст в группе сравнения составил $35,4 \pm 7,2$ года, а в основной группе — $41,2 \pm 7,3$ года. Систолическое АД — $125,5 \pm 12,3$ мм рт. ст. в контрольной группе и $175,7 \pm 20,4$ мм рт. ст. в основной, а диастолическое — $85,1 \pm 7,7$ и $105,6 \pm 12,3$ мм рт. ст. соответственно. Пульсовое АД в группе сравнения составило $40,5 \pm 6,6$ мм рт. ст. и $71,1 \pm 8,2$ мм рт. ст. в основной группе. Средняя длительность заболевания была известна только у мужчин основной группы и составила $41,4 \pm 9,5$ года.

Всем пациентам проводилась лазерная доплер-флоуметрия капиллярного кровотока с помощью отечественного аппарата ЛАКК-01 и суточное мониторирование артериального давления (СМАД) до начала и через 3 месяца лечения.

Результаты. Анализ полученных результатов позволил разделить пациентов основной группы на три подгруппы для последующего выбора гипотензивной терапии. В 1-ую подгруппу вошли пациенты с микроциркуляторным индексом (МИ), достоверно превышающим МИ у пациентов группы сравнения. У этих больных отмечено уменьшение степени снижения МИ в дыхательной пробе (дых МИ min) и повышение амплитуды осцилляций кардиоритма (cfA). Во 2-ой подгруппе находились пациенты с МИ более низким, чем в группе сравнения. В этой подгруппе были выделены два варианта перестройки МЦР. Вариант А характеризовался ограничением притока в МЦР, повышением сосудистого тонуса (СТ), низким резервом капиллярного кровотока (РКК), замедленным полупериодом восстановления базального кровотока ($1/2T$). Вариант Б — повышенными РКК и cfA. В 3-ей подгруппе МИ не отличался от МИ группы сравнения. Особенности МЦР этих больных явились сниженные РКК, cfA и резкое увеличение амплитуды вазомоций средней частоты (hfA), оказывающее на существование венозного застоя.

Таким образом, были выделены 4 варианта перестройки МЦР при АГ: 1) гиперемический, обусловленный ростом вклада cf-ритма (1 подгруппа); 2) спастический — повышением тонуса сосудов (2А подгруппа); 3) стазический — замедлением ответа на нейроэндокринные механизмы регуляции МЦР (2Б подгруппа); 4) застойный — венозным застоем (3 подгруппа).

Для коррекции выявленных патофизиологических механизмов формирования и поддержания микроциркуляторных нарушений были выбраны следующие варианты гипотензивной базисной терапии: пациентам с гиперемическим типом ремоделирования МЦР был назначен β -адреноблокатор конкор (10 мг/сут), со спастическим — длительно действующий антагонист кальциевых L-каналов кордипин XL (40 мг/сут), 7 пациентов со стазическим вариантом МЦР получали ингибитор АПФ эналаприл (20 мг/сут) и 7 больных — кордипин XL (40 мг/сут), при застойном типе назначали тиазидные диуретики в сочетании с ингибиторами АПФ (энап HL — 2 табл./сут). В течение трех месяцев продолжавшейся терапии каждые 2 недели повторяли исследование параметров МЦР.

На фоне терапии показатели МЦР у больных 1-й и 2-й подгрупп не отличались от параметров группы сравнения к концу 8-й недели, а у пациентов 3-й подгруппы — только к концу 3-го месяца. Сосудистый тонус и полупериод восстановления базального кровотока у больных 2Б подгруппы, получавших кордипин XL, нормализовался на 4-й неделе лечения, а на фоне приема ингибитора АПФ — на 8-й. К концу исследования показатели МЦР у пациентов 2Б подгруппы, принимавших кордипин XL и эналаприл, достоверно не различались. Во всех подгруппах исследования восстановление показателей МЦР коррелировало с нормализацией параметров СМАД. При этом ни один пациент не отказался от проводимой терапии.

Таким образом, изучение параметров МЦР позволяет врачу общей практики вместо длительного эмпирического подбора антигипертензивных препаратов (нередко дорогостоящих) сразу назначить оптимальную, патогенетически обоснованную и экономически целесообразную терапию конкретному больному АГ, позволяющую в течение 4–12 недель нормализовать показатели МЦР и параметры СМАД и обеспечивающую высокую приверженность больных к проводимому лечению.

ИСХОДЫ НАРУШЕННОЙ ТОЛЕРАНТНОСТИ К ГЛЮКОЗЕ У ПОДРОСТКОВ

Е.Б.Башнина, Н.В.Ворохобина, М.М.Шарипова
ГОУ ДПО «Санкт-Петербургская медицинская академия
последипломного образования Федерального агентства
по здравоохранению и социальному развитию»

OUTCOMES OF BROKEN GLUCOSE TOLERANCE AMONG ADOLESCENCES

E.B.Bashnina, N.V.Vorobobina, M.M.Sharipova
St-Petersburg Medical academy of Postgraduate studies,
St-Petersburg State Pediatric Medical Academy

Риск развития сахарного диабета (СД) в детском возрасте на 50% определяется генетическими факторами, что определяет исключительную роль наследственности в прогнозировании заболевания. СД 1 типа и СД 2 типа наследуются независимо друг от друга и являются нозологически самостоятельными заболеваниями. Одной из доклинических стадий метаболических нарушений при развитии СД является стадия нарушенной толерантности к глюкозе (НТТ), выявляемая при проведении орального глюкозотолерантного теста.

Для выявления прогностической значимости НТТ у пациентов с отягощенным семейным по СД анамнезом был проведен сравнительный ретроспективный анализ исходов случаев НТТ

в СД 1 и СД 2 типа у подростков. Среди 860 пациентов в возрасте 12–17 лет, наблюдавшихся в Городском диабетологическом центре для детей и подростков в связи с угрозой развития СД у 130 была выявлена нарушенная толерантность к глюкозе при проведении орального глюкозотолерантного теста. В течение 5 лет наблюдения было выявлено, что исход в СД произошел у 24 (18,5%) человек. Причем, в процессе наблюдения у 56 из 130 (43%) обнаружены иммунологические маркеры СД 1 типа (ICA и/или GAD-аутоантитела), а 74 (57%) не имели в сыворотке крови данных антител. В последующем СД 2 типа был диагностирован у 10 из 74 пациентов (13,5%), СД 1 типа — у 14 из 56 (25%).

Таким образом, полученные данные свидетельствуют о том, что нарушенная толерантность к глюкозе у подростков в большинстве случаев сохраняется длительно и не является прогностическим признаком развития определенного типа сахарного диабета. Вместе с тем, исход НТТ в СД в 18,5% случаев требует особого внимания семейного врача к подросткам в семьях с отягощенным по СД анамнезом, регулярного контроля показателей углеводного обмена.

ПОКАЗАТЕЛИ ЖИРОВОГО ОБМЕНА У БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА НА ФОНЕ ЛЕЧЕНИЯ АНАЛОГАМИ ИНСУЛИНА

Е.Б.Башнина, Н.В.Ворохобина, М.М.Шарипова
ГОУ ДПО «Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию»

CHARACTERISTICS OF LIPID METABOLISM AMONG PATIENTS WITH DIABETES MELLITUS TYPE ONE TREATED WITH ANALOGUE OF INSULIN

E.B.Bashnina, N.V.Vorohobina, M.M.Sharipova
St-Petersburg Medical Academy of Postgraduate Studies,
St-Petersburg State Pediatric Medical Academy

Актуальность: при сахарном диабете нарушения углеводного обмена сочетаются с изменениями липидного обмена. Показатели состояния жирового обмена при плохо управляемом сахарном диабете относятся к значительным факторам риска развития сосудистых осложнений. Профилактика микроангиопатий — достижение целевых значений показателей углеводного обмена и нормализация показателей липидов в сыворотке крови.

Цель: изучить показатели жирового обмена у больных сахарным диабетом 1 типа, получающих заместительную терапию аналогами инсулина.

Материалы и методы: на базе Городского детского диабетологического центра для детей и подростков обследовано 72 пациента с сахарным диабетом 1 типа в возрасте 12–18 лет, с длительностью заболевания от 5 до 8 лет. Все пациенты прошли обучение по индивидуальным и групповым программам в школе «Диабет» и получали своевременную консультативную помощь в данном центре. Были сформированы 2 группы. 1-ю группу составили 40 человек, получавших в качестве заместительной терапии аналоги инсулина ультракороткого и пролонгированного действия, во 2-ю группу вошли 32 подростка, которые использовали препараты генноинженерного человеческого инсулина. Ферментативным методом определялись показатели липидного спектра крови — общего холестерина

(ХС), триглицеридов (ТГ) и холестерина β -липопротеидов — липопротеидов высокой плотности (ХС ЛПВП), липопротеидов низкой плотности (ХС ЛПНП), липопротеидов очень низкой плотности (ХС ЛПОНП). Коэффициент атерогенности рассчитывали по формуле: $(ХС - ХС ЛПВП) / ХС ЛПВП$.

Результаты: анализ исследования продемонстрировал, что показатели уровня ХС, ТГ, ХС ЛПНП, ХС ЛПОНП были достоверно лучше в 1-ой группе больных, применявших аналоги инсулина. Уровень общего ХС составил $4,3 \pm 0,09$ против $5,07 \pm 0,2$ ммоль/л ($p < 0,001$), триглицеридов — $0,73 \pm 0,05$ против $1,04 \pm 0,11$ ммоль/л ($p < 0,05$), ХС ЛПНП — $2,38 \pm 0,07$ против $3,01 \pm 0,17$ ммоль/л ($p < 0,001$), ХС ЛПОНП — $0,34 \pm 0,02$ против $0,48 \pm 0,05$ ммоль/л ($p < 0,05$). Однако значимых различий в уровне ХС ЛПВП не обнаружено — $1,58 \pm 0,05$ (в 1-ой группе) и $1,59 \pm 0,07$ ммоль/л (во 2-ой группе) ($p > 0,05$). Коэффициент атерогенности также был достоверно лучше в 1-ой группе ($p < 0,01$) и составил $1,8 \pm 0,08$ против $2,4 \pm 0,19$.

Выводы: полученные данные свидетельствуют о том, что аналоги инсулина являются эффективным методом управления сахарным диабетом 1 типа. Использование этих препаратов в современной диабетологии позволяет достигать лучшей компенсации метаболических процессов, направленной на профилактику поздних осложнений диабета. Применение аналогов можно считать приоритетным в инсулинотерапии диабета 1 типа и может быть рекомендовано в практику семейного врача.

ВЕДЕНИЕ ВРАЧАМИ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

А.П.Байда

ГОУ ВПО Медицинская академия, г. Ставрополь

MANAGEMENT OF ELDERLY WITH ARTERIAL HYPERTENSION BY GENERAL PRACTITIONERS

A.P.Bayda

Medical Academy, Stavropol city

Артериальная гипертензия (АГ) пожилого и старческого возраста в связи с большой распространенностью и высокой значимостью медико-социальных последствий этой патологии является одной из основных проблем гериатрии и кардиологии. В Российских рекомендациях второго пересмотра определены диагностические критерии, терапевтические подходы и лекарственные средства, которые следует использовать для лечения АГ у больных пожилого возраста. В США получены достоверные доказательства эффективного лечения и профилактики артериальной гипертензии у больных старших возрастных групп (Karlson N.M., 1995). Согласно отечественным клинико-эпидемиологическим исследованиям, диагностика и лечение пожилых больных АГ в настоящее время проводится не в полном объеме. Наряду с низкой ответственностью и приверженностью самих больных АГ пожилого и старческого возраста к лечению неэффективность оказания медицинской помощи обусловлена также и недостаточностью использования врачами общей практики (ВОП) и участковыми терапевтами современных научно-практических рекомендаций.

Цель исследования. Выяснение причин неадекватного ведения ВОП лиц пожилого и старческого возраста с артериальной гипертензией в городской поликлинике.

Методы исследования. Изучен уровень осведомленности ВОП о современных научных рекомендациях по диагностике, лечению и профилактике пожилых больных с АГ. Проведено анкетирование 19 ВОП городских поликлиник. Общий врачебный стаж варьировал от 2 до 27 лет, в среднем $13,2 \pm 2,4$ года, стаж работы ВОП — от 1 до 5 лет, в среднем — $2,7 \pm 1,1$ года.

Анкета, включающая около 150 вопросов, была составлена на основании положений Российских национальных рекомендаций (2004 г.) по ведению, в том числе, и пожилых больных АГ.

Результаты. Данные анонимного анкетирования показали, что большинство ВОП убеждены в существовании так называемых «возрастных» норм АД для пожилых пациентов. При этом изолированную систолическую АГ 78% врачей общей практики, участвовавших в анкетировании, рассматривают как благоприятное состояние. При лечении АГ они ориентируются в основном на уровень диастолического давления.

Важнейшими этиологическими факторами, по мнению респондентов, являются наследственность и психоэмоциональный стресс. Значение таких модифицируемых факторов риска как курение, употребление алкоголя, гиподинамия, избыточная масса тела и другие врачами явно недооценивается. Практически все ВОП (98%) проводят дополнительные исследования для выявления поражения органов-мишеней. Однако о необходимости исследований, направленных на стратификацию степени риска осложнений, знает только 26% ВОП.

К сожалению, следует констатировать, что никто из опрошенных ВОП в своей повседневной работе не проводит оценку личностных качеств пациентов, не изучает отклонений от нормы памяти, слуха, зрения у пожилых пациентов с АГ, что особенно важно знать у пожилых больных. Даже измерение АД выполняется с нарушениями рекомендаций.

При анализе ответов на вопросы анкеты мы установили несоответствие их Российским рекомендациям и при изучении анамнеза заболевания и жизни больных АГ.

Что касается инструментально-лабораторных методов исследования, то 90% ВОП считают обязательным исследование общего анализа крови и мочи, выполнение ЭКГ, изучение глазного дна. Исследование креатинина крови назначают 57,9%, холестерина — 63%, УЗИ почек — 52,6%, ЭхоКГ — 57,9% врачей. К сожалению, учитывая наличие у пожилых людей сопутствующей патологии, поражение органов-мишеней, эти исследования следует выполнять практически у всех больных.

Заключение. Результаты нашего исследования свидетельствуют, что ВОП недостаточно ознакомлены с Российскими рекомендациями (второго пересмотра) по ведению больных АГ, а это значит, и лечение пациентов не соответствует современным требованиям. Следует констатировать, что большинство ВОП в своей работе ориентируются на так называемое «рабочее» артериальное давление, которое почти всегда выше целевого.

Приведенные результаты исследований свидетельствуют, что для формирования уверенной и активной врачебной позиции по тактике ведения больных АГ пожилого и старческого возраста требуется не только ознакомление с отечественными рекомендациями, но и клиническое осмысление и проработка последних, с учетом региональной коррекции, на конкретном материале. Этим вопросам должно быть уделено достаточное внимание во время последипломного профессионального образования ВОП.

СОВРЕМЕННАЯ КОНЦЕПЦИЯ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ НА ГОСПИТАЛЬНОМ И ПОСТГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПАХ

А. Беркович, К. Джегер
Университет Геттингена, Германия

THE MODERN CONCEPTION OF ANESTHETIZATION AT HOSPITAL AND POSTHOSPITAL STAGES

A. Berkovich, K. Joger
Gettingen University, Germany

Обезболивание в послеоперационном периоде является актуальной проблемой, так как большинство пациентов испытывают страх не перед предстоящей операцией и анестезией, а перед развитием болевого синдрома в последующем. В связи с этим семейные врачи, принимающие участие в подготовке своих пациентов к оперативным вмешательствам должны быть информированы о наиболее перспективных методах болеутоления для консультирования тех лиц, которых направляют в стационар в связи с хирургической операцией. С этой точки зрения опыт специализированных служб обезболивания, накопленный в Германии, представляет интерес.

Следует отметить, что даже в странах Западной Европы иногда лечению болевого синдрома в послеоперационном периоде не уделяется должное внимание. При этом сильная боль является стресс-фактором, приводящим к дисфункции кардиопульмональной, эндокринно-метаболической, гастроинтестинальной и иммунной систем. Нарушение их функций лежит в основе послеоперационных осложнений. При неадекватном обезболивании боль может трансформироваться в хронический болевой синдром. Лечение развившихся на этом фоне осложнений сопряжено с длительным пребыванием в стационаре и финансовыми затратами. В частности лечение послеоперационного пареза желудочно-кишечного тракта обходится в 1500 долларов США на одного пациента, а расходы, связанные с длительным пребыванием пациентов в стационаре составляют, по данным американской статистики, до 1 млрд долларов США в год. Очевидно, что адекватное лечение послеоперационной боли уменьшает риск возникновения послеоперационных осложнений и приводит к экономии финансовых средств.

По сведениям Европейской Ассоциации боли, большинство использующихся методов лечения послеоперационного болевого синдрома нельзя признать удовлетворительными. Поэтому не случайно одним из требований, предъявляемых при сертификации больниц в Германии и США, является обязательное наличие специализированного подразделения терапии острого болевого синдрома, располагающего внутренними стандартами и рекомендациями по лечению боли.

Анализ эффективности лечения болевого синдрома в клинике Геттингенского университета выявил следующие причины неэффективного болеутоления:

- 1) Не выполнялись разработанные стандарты и рекомендации.
- 2) При назначении обезболивающих средств не проводилась оценка интенсивности боли по визуальной аналоговой шкале.
- 3) Назначались заниженные дозы анальгетиков.
- 4) Анальгетики не назначались в строгом временном интервале, а применялись лишь по требованию пациента.

5) Пациенты не были информированы о характере проводимой противоболевой терапии.

6) В больнице не проводились занятия с медицинским персоналом, направленные на повышение квалификации в области послеоперационной аналгезии.

Стандарты обезболивания в послеоперационном периоде, применяющиеся в нашей клинике, основаны на «трехступенчатой схеме», включающей базовую аналгезию, специальную аналгезию с использованием контролируемым пациентом микронасосом с опиатным аналгетиком, использование региональных методов анестезии (эпидуральной, проводниковой).

При наличии слабой и средней интенсивности боли проводят базовую аналгезию неопиатными аналгетиками. Препараты выбора: парацетамол, нестероидные противовоспалительные средства, селективные ЦОГ-2 ингибиторы; новалгин с местными анестетиками; инфльтрационная аналгезия в области послеоперационной раны, введение местных анестетиков в дренаж. Форма назначения: энтеральная и парентеральная. При неэффективности терапии дополнительно назначают опиоидные аналгетики — трамал, дипидолор (пиритрамид).

Специальная контролируемая пациентом аналгезия применяется при наличии средней и сильной боли. Обычно используют низкодозированный опиоид (дипидолор). Аналгезия позволяет учитывать индивидуальную чувствительность пациентов к боли. Из негативных отмечают известные побочные эффекты наркотических аналгетиков: апноэ, седация, головокружение, запоры. Для нивелирования побочных эффектов целесообразна комбинация с неопиатными аналгетиками. Региональная анестезия (перидуральная анестезия, катетеризация шейного, подмышечного, бедренного сплетений) с использованием компактных, контролируемых пациентом насосов, применяется при наличии сильной боли. Средствами аналгезии являются местные анестетики, опиаты и их комбинация. Преимуществами этого вида аналгезии являются:

- лучшая субъективная переносимость;
- психологический и физический комфорт;
- незначительное влияние на центральную нервную систему, желудочно-кишечный тракт, дыхательную систему.

При проведении аналгезии необходимо определять: интенсивность боли 1–2 раза в день, состояние пациента, локализацию катетера, место пункции, неврологический статус, значение базовой аналгезии.

В послеоперационном периоде после выписки больного из стационара возможности лечения боли ограничены из-за отсутствия постоянного отделения терапии боли. В связи с этим в Германии широко используется базовая аналгезия в комбинации с опиатами в форме пластыря (фентанил). Внедрение специализированных дневных стационаров службы терапии боли позволяет обеспечить не только оптимальное обезболивание с помощью традиционных методов (включая психотерапию), но и с помощью нетрадиционных (иглоукальвание).

Таким образом, лечение болевого синдрома в послеоперационном периоде можно разделить на два этапа. Первый включает болеутоление в соответствии с описанными стандартами, которое может быть эффективным, если разработанная схема используется в полном объеме, а пациент информирован об используемом методе лечения. После выписки больного из стационара необходимо оценивать потребность

больного в болеутолении и при необходимости привлекать специалистов, занимающихся лечением болевого синдрома, для выбора оптимального вида лечения.

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ДЕТЕРМИНАНТЫ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА С В ОДНОМ ИЗ РАЙОНОВ САНКТ-ПЕТЕРБУРГА

Н.В.Златьева, Н.И.Кузнецов, О.Ю.Кузнецова, С.Л.Плавинский

Поликлиника № 73 Колпинского района, ГОУ ДПО «Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию»

MEDICO-SOCIAL DETERMINANTS OF PREVALENCE OF HEPATITIS C IN ONE OF THE DISTRICTS OF ST-PETERSBURG

N. V. Zlatyeva, N. I. Kuznetsov, O. Yu. Kuznetsova, S. L. Plavinski

Kolpino polyclinic № 73, St-Petersburg, St-Petersburg Medical Academy of Postgraduate Studies

Санкт-Петербург и Ленинградская область относятся к субъектам Российской Федерации с наиболее высокой заболеваемостью гепатитом С. Так, показатель заболеваемости хроническим гепатитом С в 2004 г. по данным Госсанэпиднадзора Санкт-Петербурга, составил 90,19 на 100 тысяч населения, а число «носителей антител к HCV» составляло 158,7 на 100 тысяч населения.

Следует отметить, что у 3 из 4 носителей анти-HCV антител имеется активная вирусемия, которая ведет к прогрессированию заболевания. При оценке распространенности HCV следует учитывать, что первые симптомы заболевания у части пациентов могут появляться через 20 лет и более после инфицирования, поэтому 25–30% новых случаев остаются недиагностированными. В связи с этим показатели заболеваемости не отражают истинную частоту и могут быть заниженными.

Цель исследования. Изучение распространенности HCV-инфекции в одном из районов Санкт-Петербурга.

В задачи исследования входило выявление частоты возможных факторов риска инфицирования в различных возрастных группах с учетом социального положения обследуемых.

Объект и методы исследования. Для проведения исследования был выбран поселок Понтонный Колпинского района Санкт-Петербурга, так как анализ заболеваемости хроническим гепатитом С и носительства анти-HCV антител в этом районе, ее динамики, характеристики и структуры определяют этот регион Санкт-Петербурга как место высокого риска распространения инфекции. На территории Колпинского района на протяжении последних лет отмечается постоянный рост заболеваемости населения ХГС и увеличения числа «здоровых носителей» анти-HCV антител. Так, в 2000 г. заболеваемость ХГС на 100 тыс. населения составила 40,0, в 2001 г.— 44,8, в 2002 г.— 48,7, в 2003 г.— 64,0 соответственно. Одновременно отмечается рост числа «носителей анти-HCV антител», а именно в 2000 г. оно составляло 30,0 на 100 тыс. населения, а в 2003 г. возросло в 7 раз. При этом основную возрастную

группу инфицированных составляют лица в возрасте от 14 до 40 лет. Такая же закономерность наблюдается в заболеваемости детей. В 2000 г. показатели заболеваемости ХГС составили 0,6 на 100 тыс. населения, в 2003 — 8,3 на 100 тыс. населения. «Носительство» анти-HCV антител среди детей в 2000 г. составляло 54,0 на 100 тыс. населения, в 2003 г. оно равнялось 317,2 на 100 тыс. населения.

На территории поселка Понтонный проживает около 10 тыс. человек. Для формирования репрезентативной выборки для проведения исследования было отобрано 1320 человек в возрасте от 11 до 30 лет. Отклик составил 55,9%, то есть всего было обследовано 738 человек. Для выявления частоты распространения факторов риска инфицирования среди обследуемых использовалась анкета, включающая 34 вопроса, касающиеся социального положения анкетированного, социального положения членов семьи. Остальные вопросы были направлены на выяснение состояния здоровья обследуемого, перенесенные ранее инфекционные заболевания и возможные факторы риска инфицирования.

Для выяснения частоты распространения HCV-инфекции у всех обследуемых проводили определение антител к HCV методом ИФА с использованием тест-систем фирмы «Roche-Москва» в СПбГУЗ «Городской Консультативно-диагностический центр (вирусологический)», который является экспертной лабораторией Росздрава.

Результаты исследования. По возрастному составу все обследуемые распределялись следующим образом: 11–15 лет — 33,3%; 16–19 лет — 32,7%; 20–24 года — 17,04%; 25–29 лет — 16,14%; 30 лет — 0,75%. Женщин было 51,72%, мужчин — 48,28%.

Возрастную группу 11–15 лет составили учащиеся — 52,14%; безработных было 6,67%; в группе 16–19 лет — учащихся было 40,48%, работающих — 16%, безработных — 23,33%; в группе 20–24 года — учащихся — 6,43%, работающих — 41,3%, безработных — 43,33%, в группе 25–29 лет — 0,95% учащихся, 40,5% — работающих и 16,67% безработных. Антитела к HCV были выявлены у 74 человек, что составило 10% от общего числа обследованных. У 50% из этой группы определялась активная вирусемия. Проведенный анализ анкет по вопросам, связанным с состоянием здоровья, показал, что только два человека из 74 инфицированных знали, что у них имеются антитела к HCV.

Среди носителей антител к HCV женщин было 38, мужчин — 36, при этом в возрастных группах 20–24 года и 25–29 лет число мужчин и женщин было практически равным (в группе 20–24 года — 11 женщин и 16 мужчин, в группе 25–29 лет — 12 женщин и 11 мужчин). По возрасту носители антител распределялись следующим образом: 12% были в возрасте 11–15 лет; 20% — в возрасте 16–19 лет; 37% — в возрасте 20–24 года и 31% — в возрасте 25–29 лет. По социальному положению 30,8% из носителей HCV были учащиеся, работающие — 49,5% и безработные — 19,8%.

Анализ факторов риска инфицирования, проведенный методом логистической регрессии, показал, что в возрастной группе инфицированных от 11 до 14 лет основной фактор риска инфицирования связан с медицинскими манипуляциями (внутримышечные или внутривенные инъекции в медицинских учреждениях), а в более старших возрастных группах факторы риска инфицирования вирусом гепатита С имеют чет-

кий поведенческий характер. Ведущими факторами риска в этих группах являются татуировки, пирсинг и беспорядочная сексуальная активность.

На основании проведенного исследования можно сделать следующие выводы.

1) Истинная распространенность вируса гепатита С выше регистрируемой.

2) В разных возрастных группах преобладают различные факторы риска инфицирования.

3) Профилактическая работа по снижению риска инфицирования гепатитом С должна быть направлена на формирование здорового образа жизни, начиная с возрастной группы 10–13 лет, учитывая, что в возрастной группе старше 14 лет преобладают поведенческие факторы риска инфицирования.

РОЛЬ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА В ПРОФИЛАКТИКЕ ОСТЕОПОРОЗА

О.Ф.Калев, А.В.Барменкова, О.В.Ртищева
ГОУ ВПО «Челябинская государственная медицинская академия Росздрава»

THE ROLE OF FAMILY PHYSICIAN IN PREVENTION OF OSTEOPOROSIS

O.F.Kalev, A.V.Barmenkova, O.V.Ptsicheva
Chelyabinsk State Medical Academy

Остеопороз является актуальной проблемой клинической медицины и общественного здравоохранения в связи с высокой распространенностью данного заболевания и постарением населения. Установлено, что в возрасте старше 50 лет остеопорозом страдают каждая вторая женщина и каждый пятый мужчина. Основная угроза для здоровья человека связана с осложнениями остеопороза — переломами шейки бедра, позвоночника, костей предплечья и других областей. Именно переломы приводят к длительной утрате трудоспособности, способности к самообслуживанию, снижению качества жизни, а при переломах шейки бедра — и к летальному исходу. Таким образом, остеопороз ложится тяжелым бременем на экономику страны и семьи.

Как известно, остеопороз разделяют на первичный и вторичный. Считается, что примерно 85% случаев остеопороза приходится на долю первичного, основную массу которого занимает постменопаузальный и сенильный остеопороз, т.е. женщины старше 50 лет и мужчины старше 70 лет — основной контингент пациентов, состоящих на диспансерном учете в поликлиниках. В связи с тем, что заболевание длительно протекает бессимптомно и первыми признаками являются переломы костей скелета, большая ответственность в выявлении групп риска развития заболевания, профилактики, диагностики остеопороза принадлежит первичному звену здравоохранения: участковым врачам, врачам общей практики (семейным врачам), врачам-специалистам, ведущим прием в поликлинике. Факторов и причин развития остеопороза много.

Цель исследования: оценить сложившуюся ситуацию по выявлению остеопороза врачами первичного звена здравоохранения и определить роль семейного врача в совершенствовании профилактики остеопороза.

Материалы и методы. Исследование состояло из трех этапов.

Первый этап. Проведен опрос 129 лиц пожилого возраста (120 женщин и 9 мужчин) по тесту международного фонда остеопороза «можете ли вы заболеть остеопорозом?». Средний возраст опрошенных женщин 68,2 года, мужчин — 74 года.

Второй этап. Проанализированы результаты денситометрического обследования, проведенного на базе Челябинского областного диагностического центра за период 2005 г. Обследовано 1429 человек (1187 женщин, средний возраст 52,8 лет и 242 мужчин, средний возраст 49,2 лет). Остеоденситометрию осуществляли на двухэнергетическом костном денситометре Lunar Prodigy-3, и оценивали по Т-индексу. Согласно рекомендациям ВОЗ, снижение минеральной плотности костной ткани (МПКТ) более чем на 1 стандартное отклонение (SD) принимали за остеопению; снижение более чем на 2,5 SD — за остеопороз. Нормой считали МПКТ от 1 до -1 SD.

Третий этап. Оценка уровня знаний и определение потребности врачей в повышении их квалификации по диагностике, лечению и профилактике остеопороза. Опрошено 29 врачей-курсантов и 30 врачей общей практики (членов челябинского областного общества семейных врачей).

Результаты исследования. *Первый этап.* При положительном ответе хотя бы на один из 8 вопросов теста для мужчин или 9 вопросов теста для женщин, респондента относили к группе риска развития остеопороза. Все опрошенные мужчины и женщины по этому критерию были отнесены к группе риска. Наиболее часто положительный ответ у женщин был дан о переломах в прошлом после незначительной травмы (34,1%), уменьшение роста более чем на 3 см (24,2%), наступление менопаузы до 45 лет (16,7%). У мужчин в 33% отмечено уменьшение роста более чем на 3 см, в 33% — снижение половой функции, и в 22% случаях — наличие переломов у родителей.

Второй этап. У 415 (34,9%) женщин диагностирован остеопороз, у 449 (37,8%) — остеопения и у 322 (27%) была нормальная МПКТ. У мужчин были получены следующие данные: у 88 обследованных (36,3%) — остеопороз, 103 пациента (42,5%) имели остеопению, у 51 мужчины (21%) диагностирована нормальная МПКТ. Эти данные показывают, что выявляемость снижения МПКТ, включая ранние стадии, высокая.

Третий этап. Все врачи-курсанты и врачи общей практики до начала занятий не были знакомы с тестом международного фонда остеопороза «можете ли вы заболеть остеопорозом?». Оценка уровня знаний врачей показала, что они имеют недостаточную подготовку по выявлению факторов риска первичного и вторичного остеопороза, и методам первичной, вторичной и третичной профилактики данного заболевания.

Заключение. При высокой заболеваемости населения остеопорозом и наличии простых методов выявления групп риска, в первичном звене здравоохранения уделяется недостаточное внимание первичной, вторичной и третичной профилактике данного заболевания. Одной из причин сложившейся ситуации является низкий уровень подготовки врачей и недооценка ими медицинской и социально-экономической значимости этой проблемы. Необходимы разработка и внедрение интегрированных программ профилактики остеопороза, в которых основную роль должны играть семейные врачи, имеющие высокий уровень подготовки по вопросам выявления, лечения и диспансеризации пациентов с этим заболеванием.

К ВОПРОСУ О ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С РЕЗИСТЕНТНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ НА ПОЛИМОРБИДНОМ ФОНЕ В ОБЩЕЙ ВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИКЕ

В.Ю.Казьмина, М.А.Писанко

Новосибирская государственная медицинская академия

TO THE QUESTION OF TREATMENT OF PATIENTS WITH RESISTANT HYPERTENSION ON POLYMORBID BACKGROUND IN GENERAL PRACTICE

V.Yu.Kazmina, M.A.Pisanko

Novosibirsk State Medical Academy

Специфика работы семейного врача подразумевает знание врачом особенностей жизни каждой семьи, включая их привычки, болезни близких и дальних родственников, характер работы или учебы каждого, особенности течения болезней, пристрастия в еде и так далее. Однако все чаще назначается симптоматическая терапия. Например — высокоэффективные антигипертензивные препараты больным с АГ, без учета того, что ее наличие является следствием или признаком той или иной заинтересованности других систем организма, что особенно часто происходит при их латентном течении. Не редко не используются в полном объеме меры первичной и вторичной профилактики хронических болезней.

Цель исследования: изучение «спектра полиморбидности», тех или иных составляющих полиморбидный фон сопутствующих заболеваний у пациентов с резистентной артериальной гипертензией.

Материалы. Исследовано 67 случаев АГ (2 и 3 степени) у пациентов одной из поликлиник, имевших наряду с АГ другие заболевания (20 мужчин и 47 женщин; мужчин моложе 65 лет пять человек, старше 65 лет — 15 человек; женщин моложе 65 лет десять человек, старше 65 лет 37 человек). В группе мужчин моложе 65 лет АГ сопутствовали следующие заболевания: хронический обструктивный бронхит — в двух случаях, бронхиальная астма — в одном, лямблиоз кишечника — в двух случаях; в группе мужчин старше 65 лет преобладала ИБС (в десяти случаях), хроническая сердечная недостаточность имела место в девяти случаях, церебральная сосудистая патология — в семи; хронический пиелонефрит в семи случаях (из них в пяти — в сочетании с хроническим холецистопанкреатитом, в трех из которых — в сочетании с лямблиозом кишечника); ХОБЛ (хронический обструктивный бронхит) — в одном случае. В группе женщин моложе 65 лет ИБС имела место в пяти случаях, ХОБЛ (хронический обструктивный бронхит) — в четырех, хронический пиелонефрит в семи случаях (из них в пяти — в сочетании с лямблиозом кишечника), хронический холецистопанкреатит в сочетании с лямблиозом кишечника — в трех случаях, частые простудные заболевания верхних и нижних дыхательных путей — отмечались в четырех случаях, саркоидоз легких — в одном, ДОА — в трех случаях, сахарный диабет 2 типа — в двух случаях. В группе женщин старше 65 лет — у всех отмечено наличие более чем двух заболеваний: ИБС и хроническая сердечная недостаточность (ХСН) — в 12 случаях, цереброваскулярное заболевание (ЦВЗ) — в девяти, ХОБЛ — в девяти (из них хронический обструктивный бронхит — в семи, бронхиальная астма — в двух), хронический холецистопанкреатит в 15 случаях (в со-

четании с хроническим пиелонефритом — в 11-ти, с лямблиозом кишечника — в девяти), хронический пиелонефрит — в шести случаях, (в сочетании с лямблиозом кишечника — в трех), хронический гастродуоденит — в четырех случаях (с лямблиозом кишечника — в двух случаях); частые простудные заболевания — в трех случаях, гипотиреоз — в двух случаях, сахарный диабет 2 типа — в трех. В контрольной группе (с тщательно проводимой лечебной программой сопутствующей патологии) из 15 человек старше 65 лет было 12 женщин и трое мужчин. Все пациенты более 10 лет страдали АГ в сочетании с хроническим холецистопанкреатитом, лямблиозом кишечника, из них в 11 случаях имел место хронический пиелонефрит; у всех пациентов этой группы сопутствующие АГ заболевания протекали со стертой клинической симптоматикой. Все пациенты контрольной группы получали лечение сопутствующих АГ заболеваний в полном объеме.

В результате анализа проведенного лечения установлено, что в основной группе по поводу артериальной гипертензии проводилась терапия в соответствии с общепринятыми критериями (больные получали 3–4 антигипертензивных препарата, включая диуретик), достаточно полное лечение осуществлялось при ИБС, цереброваскулярной патологии, сахарном диабете, бронхиальной астме, гипотиреозе, хроническом лимфолейкозе. В то же время лечение ХСН проводилось не в полном объеме в 50% случаев, ХОБЛ — в 80% случаев, лямблиоза кишечника — в 35%. Практически в 100% случаев пациенты с хроническим пиелонефритом и хроническим холецистопанкреатитом не получали должной терапии. В группе сравнения (с полным объемом лечения сопутствующих заболеваний в соответствии с современными требованиями) у всех пациентов отмечалось отсутствие резистентности АГ и достижение целевого уровня АД (140/90 и ниже), и в течение трех лет не наблюдалось ухудшения состояния.

Таким образом, полученные результаты свидетельствуют о наличии у пациентов с резистентной артериальной гипертензией сложного (индивидуального) полиморбидного фона с недостаточным объемом лечения тех или иных сопутствующих хронических заболеваний (наиболее часто — хронического пиелонефрита, хронического холецистопанкреатита, хронического обструктивного бронхита, лямблиоза кишечника); об отсутствии резистентной артериальной гипертензии в группе с максимально полным лечением сопутствующей патологии.

ЗДОРОВЬЕ СЕМЬИ И ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЙ СТАТУС РОДИТЕЛЕЙ

А.В.Мельцер

ГОУ ДПО «Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию»

FAMILY HEALTH AND OCCUPATIONAL STATUS OF PARENTS

A.V.Meltser

St-Petersburg Medical Academy of Postgraduate Studies

Одной из основных мер государственного регулирования в области обеспечения санэпидблагополучия населения, в том числе и семьи, является социально-гигиенический мониторинг (СГМ) — важнейший приоритет в деятельности Роспот-

ребнадзора России. Эффективным инструментом СГМ является методология оценки риска для здоровья, которая базируется на оценке и использовании причинно-следственных связей в системе «среда-здоровье», и предполагает измерение вероятности развития у населения неблагоприятных для здоровья эффектов вследствие реального или потенциального воздействия вредных факторов среды.

На этой основе мы оценивали долевою значимость условий труда родителей в совокупности факторов, влияющих на состояние здоровья семьи в целом. Это важно еще и потому, что реальный уровень профессиональной патологии работающих часто расходится с данными официальной статистики. Это происходит вследствие несвоевременного выявления профессиональной патологии, что объясняется как социальными факторами, так и невысоким уровнем проведения предварительных и периодических медицинских осмотров.

Для оценки использованы результаты наших исследований профессиональной заболеваемости и условий труда на ряде промышленных предприятий Санкт-Петербурга, а также материалы анкетирования семей Московского района города. Оценка условий труда проводилась на основе системы гигиенического регламентирования факторов производственной среды и трудового процесса с использованием методологии оценки риска здоровью работающих в основных профессиях предприятий «Самсон», «Электросила», «Ижорские заводы» и ряда других. Кроме того, на предприятиях проведен анализ профессиональной заболеваемости за 10 лет. Как показали расчеты, в ряде профессий на «Электросиле» и «Ижорских заводах» (обрубщик, сварщик, слесарь механосборочных работ) стаж, при котором возникают значимые для проявления профессиональных заболеваний уровни риска, составил всего несколько лет. Фактический стаж работы лиц с профессиональными заболеваниями, как правило, превышал 10 лет.

Нами было установлено, что уровень зарегистрированной в официальных статистических формах профессиональной заболеваемости значительно ниже прогнозного уровня (расчитанного на основании дозовых нагрузок). При расчете дозовых нагрузок учитывалось качество производственной среды и профессиональный стаж.

Основной целью анкетирования 580 семей было выявление факторов риска здоровью, действующих на уровне семьи. Анкета содержала вопросы, относящиеся к трудовой деятельности родителей, медико-санитарной активности семьи, частоты и длительности заболеваний и т.д. Были проанализированы основные причины жалоб на среду обитания, в т.ч. и на условия труда на производстве. Анализ анкет проводился как традиционным способом (Лучкевич В.С., 1990 г.), так и методами, комбинирующими статистические и логические приемы. Целью анализа мы определили поиск закономерностей в массивах данных на основе сочетаний признаков, характерных для интересующих нас случаев. При этом характерными считаются те сочетания, которые достаточно часто встречаются в группе, где выявляется та или иная патология и никогда, либо редко, в группе, где эта же патология не встречается. При таком анализе важно, что отдельный признак приобретает значимость лишь в контексте остальных, входящих в характерное сочетание, признаков.

Таким образом, анализировались все интересующие нас возможные сочетания признаков, отражающих социальные,

медицинские, экологические и прочие факторы, влияющие на состояние здоровья семьи, а также условия труда матерей.

Например, семьи, в которых в качестве характерных признаков были определены неблагоприятные параметры микроклимата на работе у матерей, в 32,9% случаев были связаны с проявлением таких симптомов как головная боль, насморк и дискомфорт от уличного шума. Там же, где микроклиматические факторы были в норме, эти проявления отмечались только в 2,1% случаев. Семьи, в которых как характерные признаки были определены параметры тяжелого физического труда на работе у матерей, 44,4% случаев сочетались с частыми проявлениями у детей простудных заболеваний и дискомфортом, связанным с запыленностью, создаваемой автотранспортом. В семьях, где труд матерей не связан с тяжелой физической работой, частые простудные заболевания детей и жалобы на автотранспорт встречаются только в 2,8% случаев. В семьях, где в качестве характерных признаков были определены неблагоприятные физические факторы на работе матерей, в 30,9% случаев члены семьи жалуются на насморк, а также на шум от транспорта, в них часто возникают ссоры. В иных случаях эти жалобы и обстоятельства отмечались только в 4,3% семей.

Как показал анализ анкетирования, существенным фактором риска для здоровья семьи является неблагоприятный профессиональный статус родителей. Там, где мать имеет контакт с вредными производственными факторами, отмечаются неспецифические жалобы на здоровье, которые члены семьи связывают с экологическим воздействием. Важно отметить, что в этом случае неспецифические проявления могут определяться не столько воздействием факторов проживания, сколько условиями труда на предприятиях, где работают члены семьи. Выявленные факторы увеличивают индивидуальный экологический риск для таких людей, а их анализ должен входить в структуру комплексной оценки здоровья семьи.

ВРАЧ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ И УЧАСТКОВЫЙ ТЕРАПЕВТ: СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА КОМПЛАЙНСА ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Д.С.Михалик, В.В.Мамонова, Г.А.Никитин

Смоленская государственная медицинская академия

GENERAL PRACTITIONER AND DISTRICT THERAPIST: COMPARATIVE ASSESSMENT OF COMPLIANCE AMONG PATIENTS WITH ARTERIAL HYPERTENSION

D.S.Mihalik, V.V.Mamonova, G.A.Nikitin

Smolensk State Medical Academy

В настоящее время в нашей стране проводится реформа здравоохранения, направленная на увеличение значимости амбулаторной службы и постепенной замене участковых терапевтов врачами общей практики (семейными врачами). Однако существуют оппоненты такого подхода, которые считают, что участковая терапевтическая служба близка к идеалу, и нет необходимости ее перестраивать. Основной задачей реформы здравоохранения сегодня является создание условий для максимально возможного увеличения продолжительности жизни людей. Одним из таких условий является готовность следовать рекоменда-

циям медицинских работников и соблюдать врачебные назначения, то есть приверженность к лечению (комплаинс).

Целью нашего исследования была оценка общего показателя комплаинса и его факторов среди пациентов находящихся на амбулаторном лечении у врачей общей практики и участковых терапевтов.

Под нашим наблюдением находились 96 человек (мужчины и женщины), лечившихся амбулаторно и находящихся на диспансерном наблюдении по поводу артериальной гипертензии у врачей общей практики и участковых терапевтов в поликлиниках г. Смоленска. Под наблюдением врачей общей практики был 41 пациент, под наблюдением участковых терапевтов — 55. Артериальная гипертензия была эссенциальной или ренальной природы, 2–3 стадии, возраст составлял от 27 до 65 лет (средний возраст $42,7 \pm 3,8$ года).

Приверженность к лечению (комплаинс) определяли по методу С.В.Давыдова (2000, 2001), суть которого состоит в вычислении интегрального показателя и основных составляющих факторов. Выделены 9 основных факторов комплаинса: 1) финансовая готовность оплачивать лечение; 2) медико-социальная адаптированность индивидуума; 3) медико-социальная информированность; 4) отсутствие приверженности к лечению нетрадиционными способами; 5) медико-социальная коммуникабельность; 6) удовлетворенность режимом назначенной терапии; 7) отсутствие склонности к медико-социальной изоляции; 8) доверие к терапевтической стратегии лечащего врача; 9) результативность проводимой или ранее проведенной терапии.

Анкетный опросник включает 9 оценочных шкал (9 вопросов), каждая из которых предназначена для оценки силы влияния соответствующего ей фактора комплаинса. В свою очередь, каждый из 9 вопросов содержит формулировку, раскрывающую особенности влияния рассматриваемого фактора, а также 5 вариантов ответов с присвоенным каждому из них определенным числовым значением баллов в диапазоне от -2 до +2, характеризующим выраженность силы влияния данного фактора на приверженность к лечению. В ходе тестирования опрашиваемый в каждом вопросе выбирает только один вариант ответа. Далее, необходимо суммировать числовые значения тех 9 альтернатив, которые были выбраны респондентом в качестве вариантов ответа. В целях более адекватной оценки полученных результатов нами предложено выражение полученных значений в процентном отношении к максимально возможному.

Как показало исследование, интегральный показатель комплаинса достоверно выше у пациентов лечившихся у врача общей практики, чем у пациентов участковых терапевтов ($P < 0,05$). При рассмотрении отдельных факторов комплаинса четко видно, за счет чего происходит увеличение его интегрального показателя.

У пациентов, находящихся под наблюдением врача общей практики, достоверно ($P < 0,05$) выше медико-социальная адаптированность (возможность выполнять все назначения лечащего врача: поход в поликлинику, посещение специалистов, соблюдение режима, диеты и т.п.); медико-социальная информированность (наличие информации о всех назначенных им лекарственных средствах: показания, противопоказания, побочные действия и т.п.) ($P < 0,001$); и медико-социальная коммуникабельность (хороший контакт с врачом: желание откровенно поговорить с доктором, возможность врача выслушать больного, дать немедицинский совет) ($P < 0,001$). Общий уро-

вень комплайенса у пациентов семейного врача оказался выше несмотря на то, что финансовая готовность оплачивать лечение у них достоверно ниже ($P < 0,001$). При сравнении оставшихся факторов, влияющих на приверженность к лечению, достоверной разницы в полученных результатах выявлено не было. Полученные результаты свидетельствуют о том, что качество работы врача общей практики выше, чем у участкового врача-терапевта, и о хороших перспективах развития семейной медицины.

Выводы. 1. Общий показатель приверженности к лечению у пациентов, находящихся под наблюдением врача общей практики, достоверно выше чем у пациентов лечившихся у участковых терапевтов.

2. Повышение комплайенса у пациентов семейного врача происходит за счет следующих факторов: медико-социальная адаптированность, медико-социальная информированность и медико-социальная коммуникативность.

3. Более высокий показатель приверженности к лечению у пациентов семейного врача по сравнению с участковым врачом-терапевтом свидетельствует о хороших перспективах данной специальности в нашей стране.

ПСИХОСОЦИАЛЬНЫЕ И СОМАТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ У БЕРЕМЕННЫХ

Т.С.Полятыкина, И.Е.Мишина

ГОУ ВПО Ивановская государственная медицинская академия

PSYCHOSOCIAL AND SOMATIC ASPECTS OF ARTERIAL HYPERTENSION AMONG PREGNANT

T.S.Polyatykina, I.E.Mishina

Ivanovo State Medical Academy

На кафедре общей врачебной практики традиционно проводятся научные исследования, посвященные психосоматическим и семейным аспектам распространенных терапевтических заболеваний и методам их немедикаментозной коррекции и профилактики. Настоящее сообщение посвящено изучению взаимосвязи клинических проявлений артериальной гипертензии беременных с психосоциальными аспектами и возможности их коррекции психотерапевтическими методами (аутогенная тренировка, рациональная психотерапия).

Беременность, как правило, выявляет многие социально-психологические и физические проблемы женщины и семьи. Даже при физиологическом ее протекании наблюдаются выраженные психоэмоциональные изменения в состоянии беременных, а при экстрагенитальной патологии, в частности, при артериальной гипертензии, эти изменения усугубляются, что отражается на здоровье матери и плода и требует коррекции.

Изучена взаимосвязь медико-социальных факторов и личностных особенностей беременных артериальной гипертензией (АГ). Обследованы 122 беременные в возрасте от 18 до 42 лет, из них 30 женщин с АГ I стадии; 56 — с нейроциркуляторной дистонией по гипертоническому типу (НЦД) и 36 женщин с нормальным артериальным давлением (АД) без выраженной сопутствующей патологии. Проведено общепринятое обследование и верификация диагноза согласно рекомендациям ВНОК 1999 г. Сведения о психологическом состоянии женщин были получе-

ны с помощью клинического наблюдения за беременными и дополнительных методов: теста СМОЛ (сокращенный многофакторный опросник личности, Березин Ф.Б., 1971; Собчик Л.Н., 1990), шкалы самооценки Спилбергера — Ханина для выявления реактивной и личностной тревожности, опросника «Семейный Аппар» (Smilkstein G., 1978) для изучения состояния семейного функционирования. По результатам теста «Семейный Аппар» семьи оценивали как хорошо функционирующие — 45 семей (80,3%) и требующие тактичного вмешательства — 11 (19,7%).

Выявлено, что пациентки с АГ, НЦД и с нормальным АД имели определенные психологические особенности, изменявшиеся на протяжении беременности. Так, женщины контрольной группы характеризовались высоким уровнем оптимизма, активностью жизненной позиции, уверенностью в себе, высокой мотивацией достижения успеха. Для женщин с артериальной гипертензией были характерны такие черты личности как тревожность, неуверенность в себе, неудовлетворенность межличностными отношениями, ипохондричность и пессимизм, которые в наибольшей степени проявлялись в I триместре беременности и свидетельствовали о социально-психологической дезадаптации. В дальнейшем у женщин этой группы достоверно уменьшились проявления ипохондрии ($p < 0,02$) и ригидности ($p < 0,05$), появилась раскованность и независимость. Тем не менее, тревожность и пессимизм оставались ведущими свойствами личности женщин с АГ до конца беременности. У больных с НЦД внутриличностный конфликт между активностью жизненной позиции и ригидностью, с одной стороны, и неуверенностью в себе — с другой, максимально проявлялся во II триместре. К концу беременности у этих женщин происходила гармонизация психологических характеристик.

Для изучения воздействия некоторых факторов риска развития АГ на психологические особенности беременных был проведен сравнительный анализ усредненных профилей СМОЛ при наличии или отсутствии избыточной массы тела (ИМТ), отягощенной по АГ наследственности (ОН), а также при их сочетании. Анализ профилей СМОЛ больных с АГ и НЦД, имеющих ИМТ, выявил достоверно более высокие показатели по шкале тревожности по сравнению с пациентками тех же групп без ИМТ ($p < 0,05-0,01$). Психологический статус беременных контрольной группы с ИМТ и без ИМТ статистически значимо не различался. Профиль СМОЛ пациенток с АГ и ИМТ располагался выше и имел достоверные, по сравнению с контрольной группой женщин с ИМТ, различия по шкалам эмоциональной лабильности ($p < 0,05$) и тревожности ($p < 0,05$). Наличие ОН также усиливало тревожность, эмоциональную лабильность и ригидность пациенток с АГ по сравнению с больными той же группы без ОН. Сочетание ИМТ и ОН при АГ приводило к еще большей психологической дезадаптации беременных.

Нами был проведен анализ социально-психологического статуса беременных, проживающих в хорошо функционирующих семьях (1-я группа) и семьях, требующих тактичного вмешательства психотерапевта (2-я группа). Во 2-й группе по сравнению с 1-й группой чаще встречались беременные, находившиеся в гражданском браке (соответственно 56% и 27%), проживавшие совместно с родителями мужа (36% и 7%), не планировавшие беременность (57% и 22%). По данным теста СМОЛ беременные 2-й группы имели достоверное по сравнению с 1-й группой ($p < 0,05$) повышение психологического профиля по шкалам пессимизма (2) и тревожности (7), что свидетельст-

вовало об их чувствительности, неуверенности в себе, потребности в понимании, любви и доброжелательном отношении со стороны окружающих. Тест Спилберга — Ханина выявил у них более высокую личностную тревожность ($52,8 \pm 2,8$ балла, $p < 0,01$) по сравнению с беременными, проживающими в хорошо функционирующим семьях, где усредненный показатель личностной тревожности составил $40,8 \pm 1,9$ балла.

Психологические профили СМОЛ членов семей с легкой дисфункцией имели достоверно более высокие значения по шкалам импульсивности (4) и ригидности (6) по сравнению с профилем 1-й группы, что говорило о стремлении к самостоятельности и независимости, опоре на собственный опыт и отсутствии конформности этих лиц.

Комплексная немедикаментозная терапия с использованием психорелаксационной терапии (ПРТ) была проведена 20 беременным с АГ. В ходе лечения произошло улучшение самочувствия пациенток, сопровождавшееся уменьшением тревоги и ипохондрического настроения женщин, повышением их самооценки, укреплением уверенности в собственных силах, появлением миролюбия и готовности к сотрудничеству с окружающими. Одновременно было выявлено достоверное снижение систолического и диастолического АД, частоты сердечных сокращений, снижение симпатического тонуса. Наилучший эффект ПРТ отмечен у беременных с умеренно выраженными проявлениями неврогизации и тревоги. Влияние ПРТ на исход родов оценивалось в сравнении с группой женщин, подобранных по типу «копия-пара» с учетом возраста, терапевтического диагноза и паритета, не получавших психотерапевтического воздействия. В группе беременных, прошедших ПРТ, было достоверно меньшее количество родов, сопровождавшихся АГ, реже встречалось несвоевременное излитие околоплодных вод, таким женщинам в два раза реже предоставлялся медикаментозный сон-отдых и проводилась родостимуляция. Дети, рожденные от матерей, прошедших психотерапевтическое лечение, имели достоверно более высокие показатели по шкале Апгар через 1 и 5 минут после рождения.

Результаты анализа дают основание считать, что оценка состояния семейного функционирования совместно с изучением психологических особенностей больных АГ и членов их семей позволяет выявить семьи, нуждающиеся в своевременной психологической помощи и поддержке и проводить эффективную немедикаментозную коррекцию.

ОЦЕНКА ВАЗОМОТОРНОЙ ФУНКЦИИ СОСУДИСТОГО ЭНДОТЕЛИЯ У МОЛОДЫХ ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

А.А.Попова, С.Д.Маянская, А.Р.Антонов
Новосибирская государственная медицинская академия

ASSESSMENT OF VASOMOTOR FUNCTION OF VASCULAR ENDOTHELIUM AMONG YOUNG PATIENTS WITH ARTERIAL HYPERTENSION

A.A.Popova, S.D.Mayanskaya, A.R.Antonov
Novosibirsk State Medical Academy

Артериальная гипертензия (АГ), по современным представлениям, относится к мультифакторным заболеваниям. Большое значение в патогенезе АГ отводится эндотелиальной дисфункции. Известно, что эндотелий сосудов выполняет многообраз-

ные функции в организме, в том числе контролирует сосудистый тонус через высвобождение сосудорасширяющих или сосудосуживающих веществ и модулирует сократительную активность гладкой мускулатуры сосудов. Дисбаланс между вазодилатирующими и вазоконстрикторными механизмами в сторону вторых можно рассматривать как дисфункцию эндотелия, что наиболее отчетливо и просматривается при гипертензии.

Цель исследования: оценка вазорегулирующей функции эндотелия у пациентов с АГ I ст., риск 0.

В исследование включили 30 мужчин в возрасте 18–35 лет (средний возраст $29,5 \pm 2,7$) с АГ I ст., риск 0. Вторичный генез заболевания исключался. Всем пациентам проводили суточное мониторирование АД с использованием монитора «Кардиотехника-4000 АД» (фирмы ИНКАРТ, СПб). Сосудодвигательную функцию эндотелия оценивали ультразвуковым неинвазивным методом путем измерения диаметра плечевой артерии в покое и во время пробы с реактивной гиперемией и нитроглицерином и путем определения сывороточного уровня суммарной продукции оксида азота по количеству его метаболитов (нитратов и нитритов). Контрольную группу составили 22 мужчины в возрасте 18–35 лет (средний возраст $27,3 \pm 2,5$) с нормальным АД.

Анализ данных суточного мониторирования АД показал, что у пациентов с АГ I ст., риск 0 среднесуточные значения систолического АД, дневное САД и ночное САД были достоверно выше, чем в контрольной группе.

ИБ в контрольной группе колебался в пределах 6–20% и не превышал 25%, тогда как ИВ для систолического АД у пациентов с АГ I ст., риск 0 в дневные и ночные часы регистрировался в диапазоне 25–50% (у 21 и 20 человек соответственно) и более 50% (для САД за день был выявлен у 6 человек, за ночь — у 10 человек).

Среднее диастолическое АД, дневное ДАД и ночное ДАД у пациентов с АГ I ст., риск 0 также достоверно превышало соответствующие показатели в контрольной группе.

В группе пациентов с АГ I ст., риск 0 выявлено нарушение циркадного профиля АД. Суточный индекс (СИ) для САД в пределах нормы был у 36,8% обследованных; ниже 10% — у 35,3%, что позволило их отнести к категории «non-dippers». В 7,3% зафиксирован подъем систолического АД в ночное время, СИ — отрицательный («night-peakers»). В 20,6% выявлено чрезмерное снижение АД в ночное время.

СИ для диастолического АД в пределах нормы был у 23,5% обследованных, ниже 10% — у 60,3% пациентов, что в два раза больше, чем СИ для САД. Отрицательный СИ был обнаружен у 16,2% пациентов.

Вазорегулирующую функцию эндотелия оценивали дважды: при первичном осмотре пациентов и через год. При первом измерении в покое средний диаметр плечевой артерии у пациентов с АГ I ст., риск 0 составлял $4,76 \pm 0,4$ мм, а через год — $4,68 \pm 0,42$ мм. В фазу реактивной гиперемии (120 сек. после декомпрессии) отмечалось увеличение диаметра плечевой артерии до 5,0 мм и 4,88 мм через год наблюдения соответственно. Прирост диаметра плечевой артерии составил при первоначальном измерении $5,04 \pm 0,45$ мм, что в 1,6 раза меньше, чем в контрольной группе ($8,18 \pm 0,7$ мм), а через год — $4,27 \pm 0,38$ мм, что меньше по сравнению с первым измерением на 15,3% и с контролем в два раза ($8,21 \pm 0,74$ мм). Эндотелий-независимая вазодилатация у пациентов с АГ I ст., риск 0 на фоне нитроглицерина и при первом, и при втором исследованиях

сохранилась на одном уровне, и практически не отличалась от группы контроля, что подтверждает наличие нарушения именно эндотелий-зависимой вазодилатации у данных пациентов.

Определение сывороточного уровня суммарной продукции NO у пациентов в основной и контрольной группах при первом исследовании показало, что у лиц с АГ I ст., риск 0 продукция NO была на 7,2% ниже, чем в группе контроля. При этом, индивидуальные значения этого показателя у обследуемых варьировали от 4,2 до 17,5 мкмоль/л. Оценивая динамику выработки суммарной продукции NO у пациентов с АГ I ст., риск 0 и в группе контроля через год, было выявлено, что тенденция к более низкой выработке NO у лиц с АГ не только сохранилась, но и усугубилась с течением времени. Если при первом исследовании разница между группами составляла 7%, то через год она стала 35%. Индивидуальные значения NO в основной группе также были несколько ниже, чем год назад (4,1–16,3 мкмоль/л). При сравнении первоначального уровня продукции NO у больных с АГ I ст., риск 0 и его уровня через год, оказалось, что при повторном исследовании продукция NO уменьшилась на 23%. Тогда как в группе контроля через год продукция NO не только не уменьшилась, но даже увеличилась на 6%. Все это подтверждает, что снижение суммарной продукции NO и нарушение эндотелий-зависимой вазодилатации периферических сосудов представляют взаимосвязанные процессы. Недостаток NO, вырабатываемый эндотелием, приводит к стойкой вазоконстрикции и, как следствие, к стабильной гипертонии.

Таким образом, у пациентов с АГ I ст., риск 0 с течением времени отмечается тенденция к уменьшению прироста диаметра плечевой артерии, что свидетельствует о нарушении эндотелий-зависимой вазодилатации периферических артерий среднего диаметра в виде снижения реакции эндотелия на увеличение «напряжения сдвига» во время пробы с реактивной гиперемией. Нарушение эндотелий-зависимой вазодилатации сопровождается снижением продукции NO, что приводит к нарушению NO-зависимого расслабления артерий, и является одним из механизмов ЭД, приводящей к гипертонии. А факт уменьшения уровня суммарной продукции NO является ранним маркером АГ у молодых.

ХАРАКТЕРИСТИКА ФАКТОРОВ АНТЕНАТАЛЬНОГО И ПЕРИНАТАЛЬНОГО ПЕРИОДОВ, РАННЕГО ДЕТСТВА У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

М.И.Шупина, Ю.В.Терещенко
ГОУ ВПО Омская государственная медицинская
академия Росздрава

CHARACTERISTIC OF FACTORS OF ANTENATAL, PERINATAL AND INFANCY PERIODS AMONG YOUTH WITH ARTERIAL HYPERTENSION

M.I.Shupina, Yu.V.Tereschenko
Omsk State Medical Academy

Частота развития артериальной гипертонии (АГ) у ближайших родственников больных АГ свидетельствует в пользу существования особой формы заболевания — семейной АГ, распространенность которой, по данным исследований КНЦ РАМН, достигает 33,6%. Известно, что формирование лабильной АГ

происходит на фоне генетически predeterminedной особенности структур, участвующих в регуляции АД, при воздействии неблагоприятных факторов окружающей среды (факторы урбанизации), наличии поведенческих особенностей (курение, гипокинезия, избыточная масса тела, употребление алкоголя).

Важно отметить, что состояние здоровья подростков и молодежи закладывается в детстве, в начальном периоде онтогенеза. Несомненно, поведенческие особенности детей определяются поведением их родителей. Применительно к семейной АГ поведенческие факторы родителей, страдающих АГ, играют наиболее важную роль в становлении АГ у их детей. Поэтому целью исследования явилось изучение факторов антенатального и интранатального периодов, а также раннего детства лиц молодого возраста с артериальной гипертонией путем анкетирования их родителей.

Материалы и методы. Проведено анкетирование 282 родителей лиц молодого возраста (17–24 года) с АГ. Наличие АГ было обязательным как у лиц молодого возраста, так и у их родителей. В 50,4% случаев АГ имелась у матери, в 33,3% — у отца, в 16,3% — у обоих родителей.

Результаты анкетирования показали, что в момент рождения ребенка возраст матери составлял 19–29 лет в 67,0% случаев, до 19 лет — в 4,6%, старше 30 лет — в 28,4%. Возраст отца соответственно: 19–29 лет — 64,9%, до 19 лет — 1,8%, 30 лет и более — 33,3%. Следовательно, каждый третий родитель находился за пределами оптимального репродуктивного периода с существенным преобладанием старшего возраста. Основной причиной откладывания рождения ребенка была названа неуверенность в завтрашнем дне на фоне продолжающегося социально-экономического кризиса в стране — 71,3%, необходимость завершения образования — 28,7%.

Социальное положение матери к моменту рождения ребенка: служащая — 42,6%, студентка — 34,4%, рабочая — 15,3%, домохозяйка — 5,7%, прочее — 2,1%. Социальное положение отца к моменту рождения ребенка: предприниматель — 35,8%, служащий — 24,1%, рабочий — 14,9%, военнослужащий — 9,6%, студент — 8,5%, учащийся — 5,3%, прочее — 1,8%. В браке рождено 97,2% детей.

Образование матери к моменту рождения ребенка: высшее — 39,0% случаев, среднее специальное — 35,8%, незаконченное высшее — 14,9%, среднее — 10,3%. Образование отца к моменту рождения ребенка: высшее — 42,6% случаев, среднее специальное — 31,6%, незаконченное высшее — 19,4%, среднее — 6,4%.

Первой данная беременность являлась в 43,3% случаев, второй — в 30,1%, третьей — в 19,5%, четвертой и более в 7,1%. Перерыв между данной и предыдущей беременностями составил менее одного года в 10,6% случаев, до трех лет — 18,4%, до пяти лет — 24,1%, шесть и более лет — 46,9%. Важно подчеркнуть, что среди исходов предыдущих беременностей в 55,3% случаев зарегистрированы медицинские аборт, самопроизвольные выкидыши — 25,9%, преждевременные роды — в 15,3%, мертворождения — в 3,5%.

Срок беременности при взятии на учет составил $9,7 \pm 0,1$ недель. Данные роды были первыми в 62,1% случаев, вторыми в 22,7%, третьими в 15,2%.

Изучение образа жизни родителей выявило, что, несмотря на декларируемое отрицательное отношение большинства опрошенных родителей к алкоголю и курению, до беременности

курили 13,6% матерей и 54,3% отцов, алкогольные напитки употребляли 8,9% матерей и 52,8% отцов. В период беременности 8,2% женщин продолжали курить.

Режим дня соблюдали полностью лишь 40,9% беременных женщин, частично — 43,3%, не соблюдали — 15,8%. Регулярно занимались гимнастикой 9,9%, женщин, периодически — 31,6%, не занимались — 58,5%. Режим питания соблюдали 67,0% беременных. Основными причинами несоблюдения режима дня, питания и физической активности во время беременности были названы: «недостаток свободного времени» — 39,0%, «неорганизованность» — 25,9%, «непонимание целесообразности регулярных занятий гимнастикой и соблюдения режима дня» — 21,7%, «неудовлетворительное состояние здоровья» — 13,4%.

Следует подчеркнуть, что 35,8% беременных женщин испытывали стресс, связанный с конфликтами в семье, на производстве, в учебном заведении.

Неудивительно, что влияние многочисленных негативных факторов риска привело к большой частоте отклонений в ходе беременности и родов. Так, токсикоз в первой половине беременности отмечался у 46,8% женщин, токсикоз второй половины — в 30,5%. В 18,4% случаев роды протекали с осложнениями. Преждевременные роды составили 13,8%, запоздалые — 19,5%. Нормальная длительность родов зарегистрирована в 41,8% случаев, стремительные роды — в 32,6%, затяжные роды — в 25,6%.

Вес ребенка при рождении составлял: 2500–3000 г — в 57,4%, 3000–4000 г — в 24,1% случаев, до 2500 — 8,9%, свыше 4000 г — в 9,6%. Длина тела при рождении составила: 50 см в 34,4%, менее 50 см — в 18,8%, 51 см и более — в 46,8% случаев.

При изучении периода раннего детства молодых лиц с АГ выявлено, что на грудном вскармливании до 6 месяцев находилось лишь 17,4% детей, менее 6 месяцев — 64,2%, совсем не получали грудного молока — 18,4%.

На вопрос о регулярном пребывании ребенка на свежем воздухе на первом году жизни большинство родителей ответили утвердительно (97,7%). Однако гуляли с ребенком менее 2 ч 88,3% родителей, 2–3 ч — 9,6%, более 3 ч в сутки — всего 2,1%. Анализ ответов родителей на вопросы о закаливании показал, что регулярно закалывающие процедуры проводились лишь в 9,2% семей, нерегулярно — 31,6% и совсем не проводились в 59,2% случаев. При уточнении видов и методов закаливания, кратности и продолжительности закалывающих процедур лишь 11,4% родителей дали утвердительные ответы. Данное обстоятельство свидетельствует о переоценке родителями своих знаний в области ухода за грудным ребенком, или, что наиболее вероятно, о желании приукрасить действительность. Массаж проводился на первом году в 34,4% случаев, при этом не менее четырех курсов лишь в 7,8% случаев; не проводился совсем в 19,6%. На первом году жизни ребенок воспитывался в родительской семье в 81,2% случаев, у родителей матери или отца в 14,1%, няней в 4,7%.

Таким образом, лица молодого возраста с АГ испытывают последствия неблагоприятного воздействия медико-биологических факторов: треть детей рождена за пределами оптимального репродуктивного периода, значительная часть родителей не соблюдали принципы здорового образа жизни как до, так и во время беременности, что могло привести к высокой частоте отклонений в ходе беременности и родов. 57,4%

детей родились с массой тела менее 3000 г. Организация прогулок на открытом воздухе и закалывающих процедур уже на первом году жизни не соответствовала гигиеническим требованиям. Несомненно, личный неадекватный пример взрослых не способствует воспитанию и формированию оптимального саногенного поведения у детей. Роль описанных выше негативных факторов в генезе АГ у лиц молодого возраста из семей родителей-гипертоников требует дальнейшего изучения.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ПИЕЛОНЕФРИТА И ДОКАЗАТЕЛЬНАЯ МЕДИЦИНА В ОБЩЕЙ ВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИКЕ

О.Н.Сигитова, В.С.Мороков, Е.В.Архипов,
Р.М.Латыпов, С.В.Шубин

ГОУ ВПО Казанский государственный медицинский университет

EFFECTIVENESS OF TREATMENT OF ACUTE PYELONEPHRITIS AND EVIDENCE-BASED MEDICINE IN GENERAL PRACTICE

O.N.Sigitova, V.S.Morokov, E.V.Arhipov, R.M.Latypov,
S.V.Shubin

Kazan State Medical University

Острый пиелонефрит (ОП) — потенциально излечимое заболевание, однако нередко приобретает хроническое персистирующее или рецидивирующее течение. Одна из причин хронизации ОП — исход в клиническое выздоровление без микробиологического (отсутствие эрадикации возбудителя) при первом эпизоде ОП. Исходу в выздоровление способствует внедрение в общую врачебную практику рекомендаций, полученных при проведении рандомизированных клинических испытаний (РКИ). Так, в соответствии с данными РКИ, эмпирически подобранный антимикробный препарат должен назначаться не только с учетом наиболее вероятного уропатогена, но также, если резистентность к нему уропатогена не превышает 20%. При этом эффективность лечения повышается и эрадикация возбудителя может достигать 99%.

Мы поставили цель провести оценку качества лечения больных острым пиелонефритом в общей врачебной практике, сопоставив методы лечения с данными зарубежных и отечественных рандомизированных клинических испытаний (РКИ) [УПАР-I и УПАР-II], и оценить эффективность терапии. Исследование проводилось на базе клинко-диагностического центра Авиастроительного района г. Казани, оказывающего первичную медицинскую помощь населению по принципу общей врачебной практики. Проведена экспертиза амбулаторных карт 112 больных, имевших по крайней мере один эпизод острого пиелонефрита за период с 2002 по 2004 гг. Среди больных пиелонефритом преобладали женщины: 4,5/1; средний возраст — 46,5±0,85 лет. Структура сопутствующих заболеваний: артериальная гипертензия — 56 чел (50%); сахарный диабет — 8 (7,1%); мочекаменная болезнь — 18 (16,1%); моче-кислый диатез — 42 (37,5%).

Соответствие лечения результатам РКИ оценивали по следующим показателям: частота стационарного лечения и показания для госпитализации; пути введения антибиотиков; сроки назначения антибиотиков после установления диагноза; препараты выбора для эмпирической терапии; длительность терапии,

назначение монотерапии или комбинации препаратов; наличие или отсутствие смены антибиотиков в процессе лечения. Критериями эффективности терапии были: продолжительность временной нетрудоспособности, общая длительность заболевания, частота рецидивов и/или обострений пиелонефрита.

Обследование больных: клиническое, общий анализ мочи и крови — 108 больных (96%); УЗИ почек — 62 (55,5%); микробиологическое исследование — 2 (1,8%), мочевины и/или креатинина сыворотки крови — 20 (18,1%). Консультированы урологом 38 (34%), гинекологом — 60 женщин (54%), неврологом — 14 (12%).

Антибактериальное лечение назначено в среднем через 1,24 дня после установления диагноза, что не соответствует рекомендациям назначения лечения сразу после постановки диагноза. Продолжительность антибактериальной терапии составила $10,85 \pm 0,38$ дней, т.е., находилась в рекомендуемом диапазоне: 7–14 дней.

Госпитализировано в стационар круглосуточного или дневного пребывания — 13 (11,6%), в том числе из-за неэффективности амбулаторного лечения — 4 пациента. Остальные пациенты госпитализированы без показаний со стороны основного заболевания: в связи с сопутствующей патологией: мочекаменная болезнь — 2, сахарный диабет — 2, артериальная гипертензия — 2, для проведения углубленного обследования — 5.

Эмпирическая антибактериальная терапия одним лекарственным препаратом проведена у 21 больного (37,5%), причем в большинстве случаев назначались антибактериальные препараты с высокой резистентностью к *E.Coli* и уропатогенам кишечной группы по данным исследований в России [УТИАР-I и УТИАР-II, 2004], превышающей 20% и в Республике Татарстан [А.И.Сафина, 2004]; при резистентности 23% — нитроксилин (13 больных — 61,9%), более 42% — амоксициллин (2 больных — 9,5%), 65% — ампициллин (2 больных — 9,5%). Двум больным назначали 5-НОК, к которому резистентность *E.Coli* не превышает 20%, но не рекомендованный для эмпирической терапии ввиду плохого проникновения через биопленку бактерий. Фторхинолоны (ципрофлоксацин, нолицин) получали только 6 больных (28,6%). В спектре назначенных антибактериальных препаратов отсутствовали цефалоспорины, защищенные аминопенициллины.

24 больных (42,9%) получали комбинации антибактериальных препаратов, которые не рекомендуется применять в силу снижения их бактерицидной эффективности: фторхинолоны и нитрофураны (29,2%); макролиды и нитрофураны (33,3%); ампициллин и нитроксилин (20,8%); тетрациклин и фторхинолоны (16,7%). Только фитотерапия (без антибиотиков) проведена 6 пациентам (19,6%).

Парентерально антибактериальная терапия назначена 4 амбулаторным больным, в остальных случаях проведено лечение антибиотиками внутрь. Смена антибиотика в процессе лечения имела место у 5 больных. Симптоматическая терапия, в частности, анальгетические средства (11 назначений), могла усугубить интерстициальные изменения, развивающиеся при пиелонефрите. Кроме того, гипотензивные средства назначали 22 больным, диуретики — 4.

Эффективность терапии ОП оказалась низкой: исход в выздоровление был только у 20 человек из 112 (17,9%), в хронический пиелонефрит — у 92 человек (81,1%), причем у 76 больных из 92 (82,6%) пиелонефрит протекал с редкими обо-

стрениями (в среднем 1 раз в 6–10 лет), у 6 больных (6,5%) — с частыми обострениями (более 1 раза в год) и обострения отсутствовали (персистирующее течение) у 10 больных (10,9%).

Средняя длительность временной нетрудоспособности 1 случая составила $9,61 \pm 0,19$ дней, т.е., практически совпала со сроком проведения антимикробной терапии. Однако общая продолжительность болезни оказалась больше срока лечения — $14,00 \pm 0,19$ дней, следовательно, симптомы ОП сохранялись еще в течение 4 дней после завершения антибактериальной терапии.

Низкая эффективность лечения с исходом в большинстве случаев ОП в хронический пиелонефрит, имеющий рецидивирующее или персистирующее течение, можно объяснить неиспользованием в общей врачебной практике данных РКИ. Повысить эффективность терапии и улучшить исходы ОП позволит регулярная экспертиза качества оказания медицинской помощи и внедрение в общую врачебную практику стандартов-протоколов диагностики и лечения больных с инфекциями мочевых путей, в частности, с острым пиелонефритом.

ФАКТОРЫ ОБРАЗА ЖИЗНИ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

М.И.Шупина, Ю.В.Терещенко, Е.Н.Логинова, И.С.Головина

ГОУ ВПО Омская государственная медицинская академия Росздрава, г. Омск, МУЗ Кормиловская ЦРБ, Омская область

FACTORS OF LIFE STYLE OF YOUNG PEOPLE WITH ARTERIAL HYPERTENSION

M.I.Shupina, Yu.V.Tereschenko, E.N.Loginova, I.S.Golovina

Omsk State Medical Academy, Central District Hospital, Omsk region

По мнению большинства исследователей, эссенциальная артериальная гипертензия имеет под собой генетическую основу, а значит должна проявляться в молодом возрасте. Именно у молодых встречаются такие клинические варианты, когда уровень АД очень быстро устанавливается выше пределов пограничных значений, быстро наблюдается развитие весьма выраженных структурных изменений со стороны ССС и почек при отсутствии каких-либо понятных причин, кроме дисрегуляторных факторов. Очевидно, что у молодых лиц теряют актуальность такие факторы риска возникновения АГ, как возраст, менопауза у женщин, гиперхолестеринемия и нарушение соотношения фракций липопротеидов, нарушение толерантности к глюкозе и другие метаболические факторы. Исследованиями последних лет показано, что для развития артериальной гипертензии, особенно в молодом возрасте, не всегда бывает достаточно генетически предопределенных и/или приобретенных поломок регуляторных механизмов артериального давления. Считается, что необходимо дополнительное воздействие комплекса поведенческих факторов или неблагоприятных факторов окружающей среды. В связи с этим целью исследования явилось изучение образа жизни и распространенности основных и дополнительных факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний у лиц молодого возраста с АГ в условиях общей врачебной практики.

Материалы и методы. Обследовано 252 студента Омской государственной медицинской академии в возрасте 18–25 лет

(19,65±0,13 лет) с АГ I степени (ВНОК, 2004). Диагноз симптоматической АГ исключался на предшествующих этапах исследования. Группа характеризовалась отсутствием поражения органов-мишеней. В среднем АГ характеризовалась лабильным течением, САД составило 150,55±0,51 мм рт. ст., ДАД — 91,50±0,32 мм рт. ст. Всем студентам с АГ, в соответствии с общероссийскими рекомендациями, была проведена стратификация индивидуального сердечно-сосудистого риска. Группу сравнения составили здоровые студенты того же вуза, сопоставимые по полу и возрасту, с неотягощенным по АГ семейным анамнезом (n=260). Для сравнения долей использовался метод углового преобразования Фишера. Сбор данных об образе жизни обследуемых обеих групп и членов их семей осуществлялся методом анкетирования на основе прямого опроса респондентов.

Результаты и обсуждение. Распространенность курения среди молодых лиц с АГ составила 48,8%, среди здоровых сверстников — на том же уровне (47,3%, $p>0,05$). После поступления в вуз начали курить 28,9% студентов основной и 21,8% — контрольной группы ($p=0,06$). Основными причинами курения были названы: «стрессовые ситуации, личные неприятности», «доставляющий удовольствие процесс», «облегчение общения». Причину курения как «сформировавшуюся привычку» охарактеризовала примерно пятая часть респондентов обеих групп (18,7% и 19,6%; $p>0,05$). Между тем, в ответах респондентов явно прослеживается позитивная перспектива. От 53,5% до 65,7% студентов обеих групп уверены, что курение ухудшает состояние здоровья. Примерно $\frac{4}{5}$ всех респондентов (от 75,6% до 82,0%) собираются бросить курить в будущем. Причинами, ради которых молодые люди готовы бросить курить, были названы «проблемы со здоровьем», «решение стать родителями».

Среди студентов с АГ и представителей контрольной группы с различной частотой алкоголь употребляют около 86,5% и 90,8% опрошенных соответственно ($p>0,05$). Возраст начала употребления спиртных напитков приходился на 13 лет (32,9% и 35,4%), 14 лет (31,4% и 31,0%) и 15 лет (28,3% и 21,1%). В структуре видов употребляемых молодежью напитков первое ранговое место занимает пиво, на употребление которого указали около половины студентов обеих групп. Затем следуют сухие вина, шампанское, слабоалкогольные коктейли (их употребляют 36,7% и 32,9% опрошенных).

Социальное происхождение большинства респондентов (80,1% и 84,9%) определялось из среды служащих, в семьях преобладало отрицательное отношение родителей к употреблению спиртного. И, тем не менее, 70,2% и 74,2% обследуемых впервые попробовали алкоголь именно во время семейных праздников.

Важно отметить, что, применительно к молодежи, курение и употребление алкоголя можно определить как своеобразный элемент процесса взросления, когда, с одной стороны, вредные привычки становятся олицетворением «взрослого» поведения, с другой стороны, одним из способов разрешения социально-психологических проблем.

Популярность занятий физической культурой у представителей обеих групп находится на высоком уровне. Мотивами занятий выступают желание у студентов и членов их семей поддерживать физическое здоровье, красоту и высокую работоспособность. Между тем, при изучении физической активности установлено, что занимаются физическими упражнениями ежедневно

лишь 10,7% и 9,2% респондентов соответственно ($p>0,05$). Около четверти студентов — не чаще 1–2 раз в неделю. Примечательно, что реальное поведение родителей в отношении физической активности вызывает особую тревогу: регулярно выполняют физические упражнения 1,9% родителей. К основным помехам для занятий физкультурой студентами и членами их семей были отнесены: «недостаток свободного времени», «неорганизованность», «неудовлетворительное состояние здоровья».

Анализ организации питания, обеспечивающего гармоничное развитие организма на этапе окончательной реализации индивидуальной генетически детерминированной программы формирования анатомо-физиологических параметров молодежи, показал, что большая часть студентов обеих групп не считают свое питание рациональным и сбалансированным (66,3% и 67,0%). Завтракают перед занятиями четвертая часть (24,6% и 25,0%) студентов; горячую пищу в течение дня только один раз принимают от 39,7% до 51,9%. К основным факторам, препятствующим регулярному питанию, студенты обоих вузов отнесли «спешку и нехватку времени», «неудобное расписание занятий в вузе». Пристрастие к употреблению соленой пищи отметили 46,2% и 30,4% опрошенных обеих групп ($p=0,035$).

Нарушений углеводного и липидного обменов в обеих группах исследования выявлено не было.

Большинство лиц молодого возраста признают приоритетную ценность здоровья и адекватно оценивают факторы, отрицательно влияющие на его состояние. Несмотря на правильную, в целом, оценку молодежью факторов, формирующих здоровый образ жизни, в действительности существуют значительные расхождения между декларируемыми ценностями по сохранению здоровья и реально осуществляемыми действиями в повседневной жизни.

Таким образом, широкое распространение в молодежной среде курения, употребления алкоголя, гиподинамии и отсутствие дислипидемии и нарушений углеводного обмена как у молодых пациентов с АГ, так и у здоровых сверстников делают общепринятые факторы риска для ранней диагностики АГ у молодых недостаточно информативными. Полученные данные подчеркивают необходимость поиска дополнительных факторов риска и маркеров диагностики АГ для лиц молодого возраста, а также актуальность разработки новых подходов к ранней диагностике АГ у молодых людей.

БАЗОВАЯ ИНФОРМИРОВАННОСТЬ СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ

С.Л.Акимова, А.З.Лихтшангоф
ГОУ ДПО «Санкт-Петербургская медицинская академия
последипломного образования Федерального
Агентства по Здравоохранению и Социальному
Развитию», Санкт-Петербургская государственная
педиатрическая медицинская академия

BASED AWARENESS OF MEDICAL STUDENTS

S.L.Akimova, A.Z.Lichtshangof
St-Petersburg Medical academy of Postgraduate studies,
St-Petersburg State Pediatric Medical Academy,
St-Petersburg

Предполагается, что студенты, будущие специалисты с высшим образованием, представляют собой интеллектуальную

элиту общества, и в связи с этим они должны обладать достаточно широким кругозором для выполнения присущих элите социальных функций в условиях все большей интеграции знаний. Возможно, к врачу (как например и к учителю) это относится в наибольшей степени, ибо его авторитет, который сам по себе представляет собой немаловажное лечебное средство, во многом определяется не только профессиональной компетентностью (ее пациенту оценить не так легко), но и общей культурой, эрудицией, личностью врача.

Учитывая вышеизложенное, целью настоящего исследования был анализ базовой информированности будущих врачей, в связи с чем проводился анонимный социологический опрос 325 студентов-медиков разных курсов; для сравнения использовались данные параллельно проведенного анкетирования 286 студентов разных курсов двух петербургских вузов технического профиля. Отбор респондентов осуществлялся случайным (гнездным) методом; выборка репрезентативна.

Респондентам предлагалось ответить на 15 вопросов из разных областей науки и культуры (два вопроса касались литературы, три — искусства, два — географии и по одному — физики, астрономии, геометрии, арифметики, химии, истории, биологии и русского языка). Вопросы подбирались таким образом, чтобы они относились к самым основам знаний в каждой области и максимально широко характеризовали информированность респондентов. Данная анкета была аналогична соответствующим частям распространенных тестов на общий интеллект (IQ), например теста Векслера, однако эта аналогия относилась лишь к общему замыслу, а не к самим вопросам, которые были вполне оригинальны. Оценка ответов осуществлялась по трехбалльной шкале: 0 — ответа нет или ответ неверен; 1 — ответ неполон; 2 — ответ верен и полон. Помимо анализа распределения ответов на каждый вопрос, определялась интегральная оценка базовой информированности каждого респондента путем подсчета суммы баллов (возможный разброс — от 0 до 30) с последующим расчетом среднего балла для отдельных профессиональных, возрастных и половых групп.

При анализе результатов опроса прежде всего отмечается низкая общекультурная осведомленность респондентов. Так, более $\frac{2}{3}$ опрошенных, в том числе уроженцы Санкт-Петербурга, не знают создателя памятника «Медный всадник» — Э.М.Фальконе (68,1%), не могут назвать поэмы Гомера — «Илиаду» и «Одиссею» (69,1%), более половины не способны указать авторов таких всемирно известных шедевров, как Сикстинская Мадонна Рафаэля (58,9%) и опера «Пиковая дама» П.И.Чайковского (55,1%); 40,3% не слышали о Каине и Авеле — сыновьях Адама и Евы; а более $\frac{1}{4}$ респондентов не знают такого распространенного термина, как аббревиатура (26,7%).

Крайне низкие результаты демонстрируют студенты-медики и в отношении простейших вопросов из области математики, истории и, как это ни парадоксально, биологии: только каждый восьмой респондент (12,9%) может четко написать формулу зависимости длины окружности от ее диаметра (πd), каждый шестой (16%) знает, что простое число имеет лишь два делителя — единицу и самое себя, лишь каждый пятый (21,8%) может твердо указать положение человека в зоологической систематике (тип Хордовые, класс Млекопитающие), каждому четвертому (24,4%) известна дата начала II Мировой войны — 1 сентября 1939 года. Несколько лучше, но так же крайне недостаточны знания студентов в области основ физики, географии, астрономии и химии:

каждый десятый (9,8%) не знает, что первым элементом в таблице Д.И.Менделеева является водород, 20,4% не смогли внятно объяснить, почему в темной одежде теплее, чем в такой же светлой, почти четверть опрошенных (23,1%) не знают, что столица Испании — Мадрид, а 58,2% — что ближайшая к Солнцу планета — Меркурий; почти две трети (64,4%) не сумели точно ответить, какие земли разделяет Берингов пролив (среди ответов — Америку и Евразию, Чукотку и Аляску, Россию и США и т.д.).

При сравнении показателей отдельных профессиональных, возрастных и половых групп респондентов выявлено, что юноши лучше девушек ориентированы в вопросах астрономии, истории, русского языка, химии, арифметики, географии, но хуже — в биологии и общекультурных вопросах. Студенты младших курсов несколько лучше своих старших коллег ответили на вопросы, касающиеся литературы, геометрии, биологии, но хуже — русского языка, однако в целом существенных различий в зависимости от курса обучения не выявлено. Следует отметить, что по большинству вопросов (из области астрономии, истории, литературы, географии, математики) студенты технического профиля демонстрируют лучшую осведомленность по сравнению с будущими врачами, которые, в свою очередь лучше ответили на вопросы анкеты, относящиеся к сфере искусства и, что понятно, биологии.

Интегральная оценка базовой информированности респондентов показала, что студенты-медики набрали лишь 15,6 балла, то есть половину из 30 возможных. Юноши в целом демонстрируют лучшую осведомленность по сравнению с девушками (17,3 против 15,1 балла соответственно, или на 14,6%), а студенты технического профиля — по сравнению с будущими врачами (18,1 против 15,6 балла соответственно, или на 16%), существенных различий в зависимости от курса обучения здесь также не отмечено.

Таким образом, анализ результатов анкетирования позволяет говорить о недостаточно высокой базовой информированности студентов-медиков, что в будущем может осложнить им профессиональную деятельность, снизить в общественном сознании облик врача и престиж врачебной профессии. Следует, вероятно, подумать об учете фактора базовой информированности абитуриентов при наборе студентов в медицинские вузы.

НАРУШЕНИЯ РИТМА СЕРДЦА И ХРОНИЧЕСКАЯ СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА, В ОБЩЕЙ ВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИКЕ

**О.Д.Алехина, В.Т.Бурлачук, Л.В.Трибунцева,
О.В.Кораблина**

**Воронежская Государственная медицинская академия
им. Н.Н.Бурденко**

RHYTHM DISTURBANCE AND HEART FAILURE AMONG PATIENTS AFTER MYOCARDIAL INFARCTION IN GENERAL PRACTICE

**O.D.Alekhina, V.T.Burlachuk, L.V.Tribuntseva,
O.V.Korablina**

Voronej State Medical Academy named N.N.Burdenko

Как известно, появление нарушений ритма сердца у больных, перенесших инфаркт миокарда (ИМ), ухудшает прогноз

и ограничивает возможности терапии врачом общей практики прогрессирующей хронической сердечной недостаточности (ХСН) на амбулаторном этапе.

Цель исследования — выявление корреляции между характером постинфарктного ремоделирования сердца и развитием опасных желудочковых нарушений ритма, требующих особого внимания и осторожности в выборе средств медикаментозной терапии, (в частности, диуретиков и сердечных гликозидов) и своевременного привлечения кардиолога к наблюдению за такими больными.

В исследование включены 228 мужчин в возрасте от 40 до 60 лет (средний возраст — $53,8 \pm 1,1$ года) с первичным трансмуральным ИМ передней локализации без сопутствующих заболеваний и 34 здоровых мужчины того же возраста. Кроме рутинных лабораторных и клинических исследований пациентам, проведены суточное холтеровское ЭКГ-мониторирование, доплерэхокардиография в динамике через 1, 2 и 12 месяцев после перенесенного ИМ с последующей статистической и математической обработкой полученных результатов. Связь развития нарушений сердечного ритма с особенностями течения постинфарктного ремоделирования сердца изучена у больных в 5 группах, составленных в зависимости от варианта ремоделирования сердца, определявшегося через год после перенесенного ИМ. В 1-ю группу включены пациенты с развившимися мешотчатými аневризмами, ХСН по NYHA 1–2 ФК и умеренной дилатацией полости левого желудочка (ЛЖ) — конечный диастолический размер (КДР)–59 мм. Больные, у которых формирование мешотчатых аневризм сердца сочеталось с дилатацией полости ЛЖ (КДР–60 мм), развитием относительной митральной недостаточности (митральной регургитации 2 степени) и ХСН 2–3 ФК, составили 2-ю группу. Пациенты с диастолической дисфункцией ЛЖ и ХСН 1ФК вошли в 3-ю группу. 4-я группа характеризовалась прогрессированием дилатации полостей сердца с развитием митральной 2–3 степени и трикуспидальной 1–2 степени недостаточности, ХСН соответствовала 2–3 ФК. К 5-й группе отнесены случаи с благоприятным течением постинфарктного ремоделирования сердца, компенсированной диастолической дисфункцией, увеличением диастолических размеров полостей за год не более 4 мм для ЛЖ и 2,5 мм — левого предсердия, отсутствием признаков фиброэластоза эндокарда, ХСН 0–1 ФК.

Достоверно меньшее количество желудочковых нарушений сердечного ритма на фоне близких к нормальным величин ЧСС_{ср}, ЧСС_{мин} и ЧСС_{макс} обнаружено нами в 5-й группе больных. В 1-й, 2-й и 4-й группах выявлено увеличение числа групповых и парных желудочковых экстрасистол (VE-Pair), аллоритмий, экстрасистол типа «R на T» и пароксизмов желудочковой тахикардии при возросших, по сравнению с 5-й группой, ЧСС_{ср} и ЧСС_{мин}. Последнее обстоятельство явилось компенсаторной реакцией прогрессирующего в течение года падения ударного выброса. Наименее «опасны» в отношении развития угрожающих жизни нарушений ритма и ХСН были тенденции отклонений от результатов исследования 5-й группы, зафиксированные у пациентов 3-й серии наблюдений: отсутствовали увеличение количества VE-Pair, групповых желудочковых экстрасистол и ЧСС. При этом связи описанных изменений с усугублением ишемических проявлений в 1–4 группах пациентов (по сравнению с 5-й группой) не выявлено.

Следовательно, электрическая нестабильность миокарда у больных в постинфарктном периоде может быть результатом не только ишемии миокарда, но и деструкции соединительнотканного каркаса сердечной мышцы с выраженной дилатацией камер сердца и фиброзом левого желудочка и не сопровождаться стенокардией или жалобами больных, связанными с острой (или быстро прогрессирующей хронической) сердечной недостаточностью.

Выводы. 1. В развитии электрической нестабильности миокарда у больных, перенесших ИМ, фиброзные изменения сердечной мышцы и разобщение миокардиоцитов не уступают по значимости ишемии и часто не сопровождаются появлением жалоб.

2. Частота развития опасных желудочковых нарушений сердечного ритма зависит от варианта постинфарктного ремоделирования сердца, которое активно продолжается в течение 1-го года постинфарктного периода.

3. В течение 1-го года постинфарктного периода больные нуждаются в сочетанной терапии прогрессирующей ХСН и опасных желудочковых нарушений ритма врачом общей практики и кардиологом.

4. В более поздние сроки ИМ пациенты без сформировавшихся аневризм и/или дилатации полостей сердца с минимальным риском внезапной смерти (3-я и 5-я группы исследования) могут наблюдаться врачами общей практики.

СТРУКТУРА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ ОФТАЛЬМОПАТИИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ

Е.Б.Башнина, О.В.Мочкина, М.М.Шарипова,
Т.Ю.Трясова

ГОУ ДПО «Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию»,
Санкт-Петербургский городской диабетологический центр для детей и подростков

STRUCTURE OF DIABETES MELLITUS OPHTHALMOPATHY AMONG CHILDREN AND ADOLESCENCES IN ST-PETERSBURG

E.B.Bashnina, O.V.Mochkina, M.M.Sharipova,
T.Yu.Tryasova

St-Petersburg Medical Academy of Postgraduate Studies,
St-Petersburg State Pediatric Medical Academy, City
Center of Diabetes mellitus for children and adolescents,
St-Petersburg

Цель. Изучить распространенность глазных осложнений сахарного диабета среди детей и подростков в Санкт-Петербурге.

Материалы и методы. В детском городском диабетологическом центре в течение года офтальмологом было осмотрено 1032 ребенка с сахарным диабетом 1 типа (96,6% от всех больных в городе). Обследование проводили с использованием современных офтальмологических методов: визометрия, авторефрактометрия, биомикроскопия, прямая офтальмоскопия и биомикроскопия сетчатки при помощи асферических линз, фотографирование глазного дна с помощью фундус-камеры фирмы «Topcon».

Результаты. На 1 января 2005 г. отмечена тенденция к снижению количества таких осложнений диабета как диабе-

тическая ретинопатия с 11,1% в 2002 г. до 5,8% в 2004 г., и катаракта с 5,7% в 2002 г. до 3,2% соответственно. Снижение распространенности глазных осложнений связано как с увеличением числа осмотренных детей, так и с улучшением метаболического контроля в условиях специализированного диабетологического центра.

При длительности диабета до 1 года общее количество осложнений не превышало 2,1% от числа осмотренных. Существенное увеличение количества диабетической офтальмопатии начинается после 5-ти летнего стажа заболевания (18%). При длительности заболевания до 3 лет диабетической ретинопатии не выявлено.

Диабетическая катаракта при длительности заболевания до 1 года была выявлена в двух случаях. В обоих случаях заболевание возникло на фоне плохой компенсации диабета.

При стаже диабета от 0 до 10 лет выраженные осложнения выявлены у 50 детей, при длительности заболевания свыше 10 лет, глазной патологией, связанной с диабетом, страдают 46 детей, из них 3 ребенка с препролиферативной диабетической ретинопатией, получавших лечение в условиях стационара с проведением панретинальной лазеркоагуляции сетчатки. Пропролиферативной диабетической ретинопатии у детей в нашем центре выявлено не было. Наиболее вероятный возраст выявления осложнений со стороны глаз приходится на 9–12 лет.

Выводы. Динамическое наблюдение за пациентами с сахарным диабетом 1 типа в детском возрасте с контролем состояния глазного дна и оптических сред позволяет снизить частоту развития диабетических осложнений.

КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ ПАЦИЕНТОВ ПО ПИТАНИЮ В ПРАКТИКЕ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА

Е.В.Фролова, Ж.В.Плешанова

ГОУ ДПО «Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию»

CONSULTATION ABOUT NUTRITION IN GENERAL PRACTICE

E.V.Frolova, J.V.Pleshanova

St-Petersburg Medical Academy of Postgraduate Studies

Важность правильного питания как для здорового, так и для больного человека неоспорима. Как правило, эти вопросы интересны пациентам. Но врачи часто испытывают недостаток знаний по вопросам рационального питания и затрудняются при консультировании своих пациентов. Кроме того, как среди обывателей, так и среди медицинских работников бытует мнение, что зарубежные рекомендации по рациональному питанию не подходят для русского человека и неосуществимы в России. В связи с этим представляется актуальной разработка рекомендаций для семейных врачей по проблемам питания на основе изучения характера питания населения.

Целью исследования являлось изучение питания населения, закрепленного за Центром семейной медицины СПбМАПО.

Методы исследования. Случайным образом из общего списка данного населения, проживающего на территории Калининского района, было отобрано 560 человек в возрасте от 25

до 64 лет. Пищевой статус изучали с помощью частотного метода и метода воспроизведения по памяти суточного рациона («24h-diet recall»). Для оценки пищевых привычек и информированности о здоровом питании использовали анкету. Опрос проводили специально обученные интервьюеры. Каждый вид продукта и блюда именовался, кратко описывался, а также указывался способ приготовления и употребления. Количество пищи указывалось в бытовых мерах: количество ложек, стаканов, чашек, тарелок, штук, кусков и т.д. Для оценки количества потребляемой пищи использовались альбомы с рисунками или фотографиями различной величины порций продуктов и блюд, изображенных в натуральную величину. Статистическая обработка и анализ выполнены в статистической программе SPSS. Исследование проводилось одновременно в четырех городах (Екатеринбург, Оренбург, Вологда и Санкт-Петербург) в течение летнего сезона.

Результаты. Из всей средней суточной энергетической ценности рациона (1794 кКал) на долю углеводов приходилось 47%, белка — 14%, алкоголя — 2%, жира — 37%. Согласно современным представлениям о рациональном питании, доля жира в энергетической ценности рациона человека не должна превышать 30%, доля углеводов — составлять не менее 55%. Потребление фруктов и овощей как основных источников антиоксидантов и пищевых волокон не достигало рекомендованного количества — 400 г, а в среднем составило всего 347 г в сутки. Избыточная доля жиров в рационе обусловлена во-первых, частым потреблением колбасных изделий (57% опрошенных почти каждый или каждый день едят эти продукты), во-вторых, предпочтением, отдаваемым жирным молочным продуктам вместо обезжиренных (51% респондентов), и, наконец, редким употреблением рыбы. Этот стиль питания характерен для стран с переходной экономикой, когда вместо растительных и зерновых продуктов становятся доступными мясо и животные жиры. Он чреват высоким риском развития хронических неинфекционных заболеваний, особенно сердечно-сосудистых.

Насыщенность рациона микронутриентами соответствует рекомендуемым ВОЗ нормативам. Так, суточное потребление железа составило 14,2 мг, аскорбиновой кислоты — 72 мг. Однако, учитывая высокую распространенность курения в исследуемой популяции (30% женщин, 60% мужчин), следует признать эту величину недостаточной.

Таким образом, результаты исследования продемонстрировали высокий риск развития сердечно-сосудистых заболеваний у обследованного населения, обусловленный нерациональным питанием. Для коррекции выявленных ошибок пищевого поведения необходимо обучение респондентов с целью изменения образа жизни.

Консультирование пациентов по вопросам питания предполагает предварительную оценку возможностей человека, мотивации и барьеров к изменениям. Одним из подобных препятствий к изменению пищевых привычек часто является (или выдвигается в качестве аргумента) недоступность продуктов здорового питания. Однако при опросе выяснилось, что 69% респондентов всегда могут выбрать нежирные молочные продукты, а 48% информированы о том, что они полезнее, чем жирные. Знание каналов получения информации также важно для успешного консультирования, так как это позволяет наиболее эффективно донести полезные сведения до пациента. Настоящее исследование, как и предыдущие, выполненные нами, показало, что для мужчин основным источником инфор-

мации являются родственники и семья, а для женщин — книги и средства массовой информации. Только 14% респондентов получали информацию о питании от медицинских работников, хотя постоянно наблюдаются у семейного врача около трети пациентов. Это свидетельствует о недостаточно интенсивном использовании такого инструмента профилактической работы, как консультирование по питанию.

Выводы. 1. По-прежнему основной ошибкой в питании населения является избыток животных жиров, недостаточное количество сложных углеводов и аскорбиновой кислоты, что связано, вероятно, с частым потреблением мяса, добавленных жиров, колбасных изделий и редким потреблением рыбы, овощей и фруктов.

2. Несмотря на доступность продуктов здорового питания, чаще употребляются в пищу продукты с повышенным содержанием жиров, что связано также и недостаточной информированностью о принципах рационального питания.

3. Роль семейных врачей в консультировании населения по питанию недостаточна, так как пациенты предпочитают в качестве источников информации книги и СМИ.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ДОГОСПИТАЛЬНОГО ЭТАПА И РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМИ АДЕНОГЕННЫМИ И ОДОНТОГЕННЫМИ МЕДИАСТИНИТАМИ

**Б.В.Головской, И.А.Баландина, Д.Г.Амарантов,
Л.Г.Амарантова, А.С.Нагаев**
Пермская государственная медицинская академия

INTERRELATION OF ACTIVITIES ON PREHOSPITAL STAGE AND RESULTS OF TREATMENT OF PATIENTS WITH ACUTE MEDIASTENITIS

**B.V.Golovskoy, I.A.Balandina, D.G.Amarantov,
L.G.Amarantova, A.S.Nagaev**
Perm State Medical Academy

Медиастинит является одной из наиболее тяжелых из всех существующих гнойных патологий. Актуальность проблемы его лечения обусловлена летальностью, достигающей 82%. Причинами возникновения 75–80% медиастинитов являются аденогенные и одонтогенные флегмоны шеи.

С 1991 по 2005 гг. в отделение торакальной хирургии ГКБ № 4 поступило 92 больных с одонтогенным и аденогенным медиастинитом. Больные направлялись службой скорой помощи, участковыми терапевтами, отоларингологами, стоматологами поликлиник и стационаров, а начиная с 2000 г. — и врачами общей практики (семейными врачами).

В лечении этих больных мы применяли тактику ранней медиастинотомии, когда вскрытие флегмоны шеи обязательно дополняли медиастинотомией с дренированием ретровисцерального и превисцерального пространства. Наилучшие результаты лечения были получены при медиастинотомии, выполненной в фазу серозного воспаления клетчатки средостения. У 46 больных при наличии флегмоны шеи полностью отсутствовали рентгенологические проявления медиастинита. У всех этих больных при выполнении оперативного вмешательства выявлена серозная форма медиастинита.

По срокам заболевания больных разделили на 3 группы: в I группу вошли 35 больных, у которых промежуток между появ-

лением флегмоны шеи и медиастинотомией составил 24 ч (у 27 больных нашли серозный медиастинит, у 8 — гнойный). Во II группу включили 40 больных, у которых этот срок составил 24–32 ч, (у 23 больных была серозная форма воспаления, у 17 — гнойная и гнойно-геморрагическая). У 17 пациентов III группы этот период составил более 32 ч (у 2 больных выявлена серозная форма воспаления и у 15 — гнойная, гнойно-геморрагическая и гнилостная формы). Летальный исход наступил у 13 больных (14,1%). В I группе умер 1 человек (2,9%), во II группе — 4 (10%), и в III группе — 8 (47%).

Из сказанного очевидно, что наиболее эффективно лечение пациентов в фазе серозного воспаления, которая развивается в основном тогда, когда рентгенологическая симптоматика (расширение тени средостения) отсутствует и проявления гнойного процесса отчетливо выражены лишь в области шеи. В таких ситуациях направившие учреждения ставили в большинстве случаев диагноз «флегмона шеи». Диагноз «медиастинит» появлялся позднее, при рентгенологической его верификации. Это во многом служило причиной более позднего направления больного в отделение торакальной хирургии и, как следствие, более поздней медиастинотомии. Из результатов нашего исследования видно, что эффективность лечения медиастинита обратно пропорциональна срокам от начала формирования гнойника шеи до медиастинотомии.

В связи с возрастанием роли семейной медицины в российском здравоохранении такие больные все чаще будут попадать в поле зрения семейного врача. Поэтому очень важна настороженность врачей общей практики при установлении диагноза аденогенной и одонтогенной флегмоны шеи. Больных с таким диагнозом необходимо немедленно направлять на следующий этап лечения, дополняя при этом диагноз «флегмона шеи» диагнозом «медиастинит». В направлении следует отображать необходимость консультаций отоларинголога или стоматолога и в обязательном порядке — торакального хирурга. Такая постановка вопроса уже на первом, догоспитальном этапе, создаст необходимый настрой и настороженность и позволит повысить эффективность лечения больных с одонтогенными и аденогенными медиастинитами.

КЛИНИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ АКТИВНОЙ ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ ОСТРОЙ ПАРАПНЕВМОНИЧЕСКОЙ И МЕТАПНЕВМОНИЧЕСКОЙ ЭМПИЕМЕ ПЛЕВРЫ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

**Б.В.Головской, И.А.Баландина, Д.Г.Амарантов,
Л.Г.Амарантова, А.С.Нагаев**
Пермская государственная медицинская академия

CLINICAL BASING OF ACTIVE DIAGNOSTIC TACTICS UNDER ACUTE PARAPNEUMONIAL AND METAPNEUMONIAL PLEURAL EMPYEMA ON PREHOSPITAL STAGE

**B.V.Golovskoy, I.A.Balandina, D.G.Amarantov,
L.G.Amarantova, A.S.Nagaev**
Perm State Medical Academy

В последние десятилетия частота острой парапневмонической и метапневмонической эмпиемы плевры неуклонно возрастает. Летальность при лечении различных форм эм-

пиемы плевры за последние 15 лет колеблется от 5 до 31%. От 30 до 80% острой эмпиемы плевры переходит в хроническую, что неизбежно ведет к стойкой утрате трудоспособности.

В период с 1997 по 2005 гг. в отделении торакальной хирургии ГКБ № 4 г. Перми лечились 139 больных острыми пара- и метапневмоническими эмпиемами плевры. Больным применяли разработанную нами тактику программированного этапного торакоскопического лечения. При проведении анализа результатов лечения больных разделили на 3 группы. Результат лечения расценивали как хороший (полное выздоровление), удовлетворительный (клиническое выздоровление — закрытие эмпиемной полости с формированием выраженного адгезивного плеврита) и неудовлетворительный (формирование хронической эмпиемы или летальный исход). В I группу были включены 63 пациента, поступившие в первый месяц заболевания. В лечении больных этой группы получено 52 (82,5%) хороших и 11 (17,5%) удовлетворительных результатов, неудовлетворительных результатов не было. Во II группу мы включили 56 больных, поступивших по прошествии 1–2 месяцев от начала формирования эмпиемы [42 хороших (75%), 9 удовлетворительных (16%) и 5 неудовлетворительных (9%) результатов]. В III группу вошли 20 человек, поступивших по прошествии 2–3 месяцев от начала заболевания [2 хороших (10%), 9 удовлетворительных (45%) и 9 неудовлетворительных (45%) результатов лечения]. Из приведенных данных очевидно, что результаты лечения достоверно ухудшаются с ростом продолжительности заболевания.

У 54 больных (38,8%) причиной позднего начала лечения явилось позднее обращение. У 84 пациентов (61,2%), лечившихся в различных амбулаторных и стационарных лечебных учреждениях, причинами поздней госпитализации были, в основном, отсутствие своевременного рентгенологического контроля и неправильная интерпретация рентгенограмм.

Поскольку изначально такие пациенты находятся в поле зрения врачей общей практики (семейных врачей) с диагнозами ОРВИ, бронхиты, пневмонии, то мы рекомендуем семейным врачам для своевременной диагностики острых пара- и метапневмонических эмпием плевры выполнять обзорную рентгенографию грудной клетки на до- и послегоспитальном этапах немотивированной гипертермии и воспалительных изменений в общем анализе крови. При подозрении на наличие экссудата в плевральной полости, дополнительно выполнять полипозиционную рентгеноскопию грудной клетки. При верификации экссудата в плевральной полости направлять больного непосредственно в отделение торакальной хирургии. Следование этим простым рекомендациям позволит улучшить результаты лечения больных с острой пара- и метапневмонической эмпиемами плевры.

МЕТОДИКА ОПРЕДЕЛЕНИЯ ЗНАЧИМОСТИ ПРОФЕССИЙ. КАК СОЦИАЛЬНЫЙ СТАТУС ВЛИЯЕТ НА ИСХОД ЗАБОЛЕВАНИЯ

Н.А.Гурина, С.Л.Плавинский
ГОУ ДПО «Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию»

MEASUREMENT OF THE MAGNITUDE OF OCCUPATIONS, HOW SOCIAL STATUS INFLUENCE ON THE OUTCOME OF DISEASE

N.A.Gurina, S.L.Plavinski
St-Petersburg Medical Academy of Postgraduate Studies

Многие современные исследования, посвященные изучению факторов, влияющих на смертность как общую, так и по отдельным нозологическим формам, например, от заболеваний сердечно-сосудистой системы, показали, что существует тесная взаимосвязь между социальным статусом человека и уровнем смертности. Очень часто в исследованиях, проведенных за рубежом (Европа, США), для определения статуса человека выбирается его образование. Показано, что люди с низким образованием ведут более рискованный образ жизни, то есть чаще курят, употребляют алкоголь, нерационально питаются. Этот подход подвергается критике в связи с тем, что, особенно в странах бывшего Советского Союза, нет корреляции образования с другим важным фактором социально-экономического благополучия — доходом. Более того, престижными являлись не просто образование, а определенные профессии.

Для анализа влияния социального статуса на развитие неблагоприятных исходов — инсультов, инфарктов и смертей — необходимо располагать информацией о том как люди оценивают привлекательность или статус той или иной специальности.

Для создания подобного инструмента была использована Фехлеровская модель. Первоначально был создан список всех профессий жителей одного из районов Санкт-Петербурга, участвовавших в профилактической программе «Здоровое сердце». Далее ряд профессий объединили в группы, таким образом было отобрано 40 профессий для их парного сравнения. Сформированные списки были предложены десяти испытуемым в возрасте от 24 до 65 лет. Чтобы выбрать предпочтительную специальность в каждой паре, необходимо было ответить на вопрос — «кого бы Вы предпочли видеть в качестве супруга/супруги Вашего ребенка?» Таким образом каждый проанализировал 780 вариантов пар.

Результаты были внесены в таблицы и обработаны в соответствии с рекомендациями Терстоуна. Была получена следующая шкала. Наиболее привлекательной профессией стала специальность юриста (3,1 балла), далее следовал бухгалтер, экономист (2,8), на третьем месте — врач (2,7). Наименее привлекательными были выбраны такие профессии, как матрос (0,2 балла), разнорабочий (0,03). На последнем месте расположились профессии: дворник, уборщица, санитарка (0,00 баллов). Интересно заметить, что предприниматель являлся 5-й по привлекательности профессией, менеджер — 8-й, преподаватель занял 11-ю позицию, библиотекарь — 17-ю, военнослужащий — 29-ю, а милиционер — только 33-ю из 40 предложенных. Достаточно престижной была определена специальность оператора ЭВМ (10-я позиция) и специальность повара (13-я позиция).

Подсчитав средние значения для различных групп образования по шкале привлекательности профессий, получаем, что специальности, требующие высшего образования, имеют наибольший средний балл — $2,26 \pm 0,14$, далее идет среднее специальное — $1,32 \pm 0,08$ балла, группа с остальным образованием получила наименьший балл ($0,59 \pm 0,09$).

Таким образом, можно заключить, что наблюдается корреляция между образованием и привлекательностью профессии,

то есть образование является хоть и грубым, но, тем не менее, адекватным показателем социального статуса человека.

ОСОБЕННОСТИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ В РЕСПУБЛИКЕ КАРЕЛИЯ

Т.А. Карапетян

ГОУ ВПО Петрозаводский государственный
университет

PARTICULARITIES OF COMMUNITY-ACQUIRED PNEUMONIA IN REPUBLIC OF KARELIA

T.A. Karapetyan

Petrozavodsk State University

Внебольничная пневмония в России остается одним из распространенных заболеваний в первичном звене здравоохранения, ее диагностика и лечение часто ложатся на плечи врача общей практики. Многообразие клинических вариантов, склонность к затяжному течению сохраняют актуальность исследования этиологии амбулаторной пневмонии; особый интерес вызывает изучение антибиотикорезистентности выделенной флоры, так как подобные исследования в России немногочисленны и их данные могут составить основу для разработки соответствующих клинических рекомендаций.

Цель исследования: изучить особенности этиопатогенеза, клиники и течения внебольничной пневмонии в Республике Карелия.

Материалы и методы исследования: в исследование вошли 668 пациентов с внебольничной пневмонией, родившиеся и постоянно или длительно проживающие в республике. В 6 случаях (0,9%) заболевание имело летальный исход. Диагностика пневмонии проводилась по требованиям формулярной системы, положения которой закреплены приказом МЗ РФ от 09.10.98 г. № 300. Всем больным проводили посев мокроты для выявления микрофлоры и ее чувствительности к антибиотикам. Посев материала осуществляли по общепринятым правилам, критерием этиологической значимости возбудителя при количественном микробиологическом исследовании было выявление его в концентрации 10⁶ в 1 мл и выше.

Результаты: среди больных внебольничной пневмонией преобладали мужчины — 416 человек (62,3%), летальный исход имел место только у них. Основную массу заболевших (77,7%) составили лица трудоспособного возраста. Изучение социального статуса продемонстрировало, что пневмония чаще возникала у лиц, занимающихся физическим трудом — 353 человека (52,8%). Мы проанализировали частоту госпитализаций пациентов, больных пневмонией, в зависимости от времени года. Оказалось, что зимой и осенью в стационар попало максимальное количество больных — 187 (28,0%) и 184 (27,5%) человека соответственно. По длительности течения воспалительного процесса в легких преобладали пациенты, у которых пневмония разрешилась за 30 и менее суток: до 14 дней — 288 (43,5%) человек; от 15 до 30 дней — 330 (49,9%) человек. Затяжное течение пневмонии (свыше 30 дней) отмечено у 44 пациентов (6,6%). При анализе сопутствующей бронхолегочной патологии у больных с воспалением легких вполне ожидаемо преобладала ХОБЛ, которая встречалась в 140 случаях (21,0%), при этом доминировал хронический обструктивный бронхит — его диагностирова-

ли у 124 человек из 140 (88,6%). Многочисленными исследованиями показано, что курение является важным фактором, предрасполагающим к развитию пневмонии, так как, прежде всего, значительно снижает уровень местной бронхопульмональной защиты. Среди больных пневмонией курильщиков было 281 человек (42,1%): из них мужчин — 229 (81,5%) и женщин — 52 (18,5%).

В клинической картине воспаления легких жалобы на повышение температуры до фебрильных цифр встречались у 616 больных (92,2%), боль в грудной клетке при дыхании — у 401 (60,1%), кашель — у 641 (95,9%), при этом сухой — у 63 (9,8%), с отхождением гнойной мокроты — у 487 (76%), а кровохаркание — у 91 (14,2%). Синдром интоксикации выявлен у 581 (85,3%) пациента, а дыхательной недостаточности — у 59 (8,8%). Таким образом, в клинической картине болезни доминировал кашель, причем влажный, с выделением мокроты гнойного характера, что позволяет уже на достаточно раннем этапе диагностического поиска предполагать бактериальную природу воспалительного процесса. При физикальном исследовании усиление голосового дрожания было отмечено у 230 человек (34,5%); притупление перкуторного звука — у 460 (68,9%); крепитация и влажные хрипы встречались у 202 (30,3%) и 347 (51,9%) больных пневмонией соответственно.

Рентгенологическое исследование с выполнением прямого и бокового снимков грудной клетки было проведено в 100% случаев. У 470 пациентов (70,3%) был сегментарный объем поражения, у 129 (19,3%) — долевой, а у 69 (10,4%) — билобарный: правосторонний у 21 (3,2%), левосторонний у 1 (0,2%) и двусторонний — у 47 (7,0%) человек. Наиболее часто поражение легких носило правосторонний характер — 328 (49,1%), с локализацией в нижней доле — в 97 (29,7%) случаях. Наличие воспалительного процесса легких и его динамика подтверждались лабораторными методами исследования. На начальном этапе воспаления легких лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево и увеличение СОЭ более чем на 15 мм/ч отмечены у 345 (52,1%) из 662 выздоровевших больных, но только у 288 (83,5%) из них к моменту клинко-рентгенологического разрешения болезни зафиксирована нормализация показателей лейкоцитарной формулы. В 32 случаях (4,8%) в начале болезни наблюдалась лейкопения, при этом к моменту санации легких у 21 (65,6%) больного произошла нормализация показателей содержания лейкоцитов в периферической крови, а у 11 (34,4%) она сохранялась. У 285 (43,1%) человек мы не выявили как в начале заболевания, так и в конце его отклонений в параметрах лейкоцитарной формулы. При исследовании ФВД в 315 случаях (47,1%) отмечены рестриктивные, а в 327 (49,0%) — смешанные нарушения различной степени тяжести. К моменту клинко-рентгенологического разрешения пневмонии только у 166 (24,9%) пациентов не было нарушений функции внешнего дыхания.

При обследовании больных выполнялся бактериологический анализ мокроты. В 294 (44,0%) случаях по различным причинам не удалось получить его результатов. В остальных 374 случаях (56,0%) микробный спектр распределялся следующим образом: *Streptococcus pneumoniae* — 201 (53,7%); *Enterobacteriaceae* — 47 (12,6%); *Staphylococcus aureus* — 34 (9,1%); *Streptococcus viridans, faecalis* — 19 (5,1%); *Klebsiella pneumoniae* — 17 (4,5%); *Citrobacter* — 9 (2,4%); *Haemophilus influenzae* — 9 (2,4%); *Pseudomonas aeruginosae* — 6 (1,6%); *Candida*

albicans — 4 (1,1%); смешанная флора — 28 (7,5%). Известно, что для таких микроорганизмов как *Streptococcus viridans*, *Streptococcus faecalis* и дрожжей не характерно развитие бронхолегочного воспаления. Их выделение, скорее всего, свидетельствует о контаминации материала, а не об этиологической значимости. Согласно полученным нами данным, второе и третье место среди возбудителей внебольничной пневмонии занимают энтеробактерии и золотистый стафилококк. Эти микроорганизмы не входят в число типичных возбудителей домашней пневмонии. Вероятно, на ранжирование возбудителей воспаления легких повлиял тот факт, что диагностические лаборатории лечебных учреждений, пациенты которых вошли в исследование, не проводят определение «атипичных» возбудителей и вирусологическое исследование.

В мире широко обсуждается возрастание резистентности *Str. pneumoniae* к современным антибактериальным средствам, причем его устойчивость к пенициллину быстро нарастает. Исследования в нескольких европейских государствах показали, что в 1/4 случаев выделенный *Str. pneumoniae* не был чувствителен к пенициллину, а также другим противопневмококковым антибиотикам, таким как эритромицин, тетрациклин и котримоксазол. Нами была изучена распространенность резистентности пневмококка к наиболее часто применяемым для лечения внебольничной пневмонии антибиотикам у 201 пациента, в анализе мокроты которых был выделен этот микроорганизм. Оказалось, что число устойчивых к пенициллину штаммов составляет 62,4%, при этом изолированная пенициллинорезистентность нами отмечена в 15,5% случаев, сочетание пенициллинорезистентности с устойчивостью к эритромицину и эритромицину с тетрациклином — в 26,5% и 20,4% случаев соответственно.

Заключение: пневмококк является одним из этиологически значимых возбудителей внебольничной пневмонии в условиях Карелии. Причиной такой ситуации является широкая распространенность пневмококконосительства в регионе (Н.В.Доршакова, 1997). За четырехлетний период проведения исследования отмечен устойчивый рост числа штаммов пневмококка, резистентных к пенициллину, тогда как число пенициллинчувствительных штаммов уменьшилось более чем в 2 раза, что необходимо учитывать в процессе лечения пациентов.

ПОДХОДЫ К ИНДИВИДУАЛИЗАЦИИ ЛЕЧЕБНЫХ И РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ ПРОГРАММ И ВЫЯВЛЕНИЮ МАЛО МАНИФЕСТНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В ОБЩЕЙ ВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИКЕ

Г.Ф.Лаптева, В.Ю.Казмина

Новосибирский государственная медицинская академия

APPROACHES TO INDIVIDUALIZATION OF TREATMENT AND REHABILITATION PROGRAMS, AND TO IDENTIFICATION OF SUBCLINICAL DISEASES IN GENERAL PRACTICE

G.F.Lapteva, V.Yu.Kazmina

Novosibirsk State Medical Academy

Общая врачебная практика, в отличие от других медицинских специальностей, базируется на понимании необходимо-

сти подхода к организму больного, как к единому целому, а также на устранении тенденции узкого рассмотрения патогенеза того или иного патологического процесса без учета комплексности воздействия различных факторов, то есть на максимально возможной индивидуализации процесса лечения, реабилитации. Целесообразная индивидуализация реабилитационных и лечебных программ в общей врачебной практике — наиболее надежный способ избежания ошибок в ведении больного. Этому, на наш взгляд, в наибольшей степени может способствовать формирование информационного банка данных по соматическому фону больного на этапе «прикрепления» пациента к врачу, то есть еще до его первого обращения по поводу того или иного недомогания.

В условиях общей врачебной практики формирование такого информационного массива, содержащего необходимые сведения о наличии тех или иных отклонений в здоровье у конкретного пациента, целесообразно проводить по особому плану, с использованием на первом этапе его реализации скрининговых методов. В связи с этим необходима предварительная разработка достаточно надежных диагностических скрининговых программ на основе тщательного изучения различных тестов, уточняющих состояние тех или иных жизненно важных систем. Тесты в таких программах должны быть достаточно чувствительны и специфичны, просты, недороги, удобны и пригодны для использования в амбулаторной практике.

Известно, что ряд хронических болезней, в том числе прогностически опасных, достаточно часто мало манифестируется на протяжении длительного времени и не только не распознаются в относительно ранних стадиях, но на фоне других заболеваний нередко пропускаются вообще или отождествляются с их частыми проявлениями. К таковым относятся, в первую очередь, болезни почек, которые нередко идут «под грифом» артериальной гипертензии. До сих пор мало изучены клиника, частота поражения почек на различном полиморбидном фоне, вопросы нефропротекции при различных вариантах течения «сопутствующей» патологии.

Целью нашего исследования было изучение возможностей формирования информационного массива для уточнения состояния различных систем организма и разработка программы активного выявления патологии мочевыводящей системы на фоне распространенных заболеваний желудочно-кишечного тракта. На первом этапе данного исследования осуществлялась задача уточнения состояния мочевыделительной системы и распознавания болезней почек на фоне болезней пищеварительного тракта. В задачи исследования входило изучение возможностей различных методов, традиционно используемых для распознавания нефрологической патологии (анамнестический метод, сравнительное исследование рентгенологических, радиоизотопных и ультразвуковых подходов к диагностике, функциональных проб для определения состояния концентрационной, водовыделительной функции почек, общей картины крови и пр.), а также определение структуры выявляемых в ходе обследования заболеваний почек у пациентов с различной патологией желудочно-кишечного тракта. На первом этапе (скрининг) использовали достаточно высоко чувствительные и специфичные тесты, на основе которых были разработаны математические программы. Результативность применяемых на амбулаторном этапе методов сравнивали с эффектив-

ностью обследования в условиях дневного стационара и госпитализации. Анамнестический тест, использованный нами для скрининга, положенный в основу диагностического алгоритма для ЭВМ, характеризовался высокой специфичностью и чувствительностью (более 90%). После скрининга, который проводили у неорганизованного населения (жителей врачебного участка городской поликлиники), на втором этапе проведено обследование 135 человек (85 женщин и 50 мужчин в возрасте от 17 до 78 лет), «подозрительных» на патологию почек (ХЗМВП).

Анализ полученных результатов показал, что с наибольшей частотой у гастроэнтерологических больных (ХЗЖКТ) регистрируются заболевания желчевыводящих путей (от 12,5% до 37,5%, в зависимости от возраста и нозологии); среди больных с ХЗМВП — наиболее часто встречается хронический пиелонефрит с латентным течением (от 13,5% до 35% в разных группах), реже малосимптомные формы других нефропатий. Частота встречаемости ХЗМВП (в малосимптомной форме или ранней стадии) была различна в разных возрастных и «нозологических» группах, наибольшая — в возрасте старше 60 лет (чаще у мужчин, чем у женщин), и в группе больных с поражением печени (при хроническом гепатите, циррозе печени более 80%, независимо от возраста). При патологии желчевыводящих путей на фоне описторхоза нефропатии обнаруживались более чем в 70% (независимо от характера и выраженности поражения желчевыводящих путей, степени поражения печени, возраста). В этой группе больных, как правило, с латентной клиникой поражения желчевыводящих путей выявлены некоторые «необычные» для хронического гломерулонефрита или пиелонефрита симптомы, высокая частота дизурии, оксалурии, гематурии, асимметрии в поражении почек; отмечена тенденция к более быстрому прогрессированию ХПН. Наиболее часто в качестве сочетанных поражений у обследованных обнаруживали малосимптомный пиелонефрит и дискинезию желчевыводящих путей. Необходимость проведения полного стационарного обследования в изучаемой группе населения после первого этапа обследования была в 6,75% случаев, а обследования в условиях дневного стационара — в 16,2%. Применение метода ультразвуковой диагностики, пробы Зимницкого, общих анализов крови и мочи сразу же после обработки результатов скрининга позволило значительно сократить число нуждающихся в углубленном обследовании в условиях стационара примерно в 6 раз.

Полученные нами данные позволили установить, что данный вариант обследования (применение скрининга, УЗМ вслед за скринингом, исследование пробы Зимницкого, общего анализа крови и мочи) по результативности сравним с обследованием в условиях стационара (по программе 5-тидневного пребывания). Наиболее важным результатом, с нашей точки зрения, следует считать получение возможности формирования банка данных о больном до его обращения к врачу по поводу ухудшения состояния здоровья. Учитывая высокую частоту встречаемости ХЗЖКТ и ХЗМВП у населения, в общей врачебной практике следует с особой тщательностью проводить обследование, направленное на распознавание данных заболеваний, и при назначении лечения учитывать высокую вероятность присутствия латентных форм.

Таким образом, полученные данные позволяют сделать наиболее важные заключения:

- о принципиальной необходимости формирования информационного банка данных о соматическом фоне пациентов; целесообразности сочетания этой процедуры с использованием диагностических программ по активному выявлению хронических заболеваний, протекающих латентно;

- о большой частоте встречаемости ХЗМВП на фоне некоторых вариантов ХЗЖКТ;

- о тенденции к увеличению частоты поражения почек с возрастом; наиболее высокой распространенности хронического пиелонефрита (в малосимптомных формах и ранних стадиях) у населения;

- об эффективности использования в общей врачебной практике современных технологий распознавания хронических заболеваний, базирующихся на использовании специально разработанных алгоритмов и автоматизированной диагностике.

АНАЛИЗ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ В ПРАКТИКЕ СЕМЕЙНОЙ МЕДИЦИНЫ

В.С.Масюк

ГОУ ДПО «Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию»

ANALYSIS OF PHYSICAL MATURITY OF CHILDREN AND ADOLESCENCES IN FAMILY MEDICINE

V.S.Masyuk

St-Petersburg Medical Academy of Postgraduate Studies

Физическое развитие детей и подростков является одним из информативных и доступных показателей здоровья населения. В процессе обследования 28 448 детей и подростков из разных климато-географических и эколого-гигиенических районов Республики Карелия изучены соматометрические показатели: длина и масса тела, окружность грудной клетки. Предложены нормативные и центильные таблицы, включающие основные показатели физического развития в половозрастных группах от 1 года до 18 лет.

Последние десятилетия не ослабевают дискуссия о нормативах физического развития детей и подростков. Наряду с мнением о необходимости создания региональных таблиц для оценки физического развития детей и подростков, что выполнено в нашем исследовании, есть мнение о состоятельности использования межрегиональных нормативов. Сторонники первой точки зрения исходят из того, что физическое развитие подвержено колебаниям в зависимости от генетических детерминант, этнических, социальных, географических, климатических, эколого-гигиенических факторов и уровня урбанизации.

Для оценки индивидуального физического развития детей и подростков достаточно часто используются нормативные или непараметрические таблицы, отражающие процентильные величины и позволяющие унифицировать методiku оценки важнейших антропометрических показателей. Основанием к этому послужили исследования В.Г.Властовского, А.И.Клиорина, В.П.Чтецова и других, констатировавших факт, что для показателей длины и массы тела характерно логнормальное распределение с наличием правой асимметрии. Центильные таблицы могут быть использованы для оценки гармоничности физического развития детей и подростков, позволяют анализировать инди-

видуальное развитие ребенка в онтогенезе. Такой подход абсолютно оправдан, так как представляет определенные удобства и позволяет их широко использовать практикующим врачам.

В результате проведенных исследований нами установлено, что девочки 2-х лет, проживающие в сельской местности, имеют длину тела больше ($87,1 \pm 1,6$ см), чем в городских условиях ($85,3 \pm 1,0$ см) ($p < 0,05$, здесь и далее использовался 5% уровень значимости критерия). Аналогичная ситуация наблюдается и у 4-летних девочек, соответственно $101,9 \pm 0,9$ и $100,7 \pm 0,5$ см. Однако с взрослением у девочек и девочек-подростков в городах длина тела становится больше. Так, например, 9-летние девочки в городе имеют среднюю длину тела $134,1 \pm 0,7$, а сельские — $132,1 \pm 0,7$ см; девочки-подростки 11 лет соответственно имеют длину тела $146,8 \pm 0,7$ и $143,5 \pm 0,7$ см и 15-летние — $162,9 \pm 0,6$ и $161,1 \pm 0,6$ см. Подобная закономерность выявлена и у мальчиков. Так, мальчики 5 лет, проживающие в сельских условиях, имеют длину тела $110,0 \pm 1,0$, что больше, чем у городских — $108,6 \pm 0,5$ см. Мальчики-подростки 12 лет ($148,1 \pm 0,6$ см) и 15 лет ($167,5 \pm 0,7$ см), проживающие в городе, выше своих сверстников из сельской местности, рост которых соответственно — $147,6 \pm 0,7$ см и $166,3 \pm 0,8$ см.

Масса тела у сельских детей и подростков выше, чем у городских, в большинстве половозрастных групп. Так, у девочек 7, 13, 14 и 17 лет, проживающих в сельской местности, она составляет соответственно $22,4 \pm 0,4$, $45,0 \pm 0,8$, $48,6 \pm 0,7$ и $55,1 \pm 0,9$ кг, а в городских условиях — $21,9 \pm 0,3$, $43,1 \pm 0,7$, $45,9 \pm 0,8$ и $52,8 \pm 1,2$ кг. Исключением являются девочки-подростки 11-летнего возраста, имеющие массу тела $37,1 \pm 0,6$ кг (городские), и $34,6 \pm 0,6$ кг в сельской местности. Мальчики на селе весят больше городских в возрастных группах 7, 16 и 17 лет, что выражается в соответствующих показателях: $23,1 \pm 0,4$ и $22,6 \pm 0,3$ кг; $59,4 \pm 1,2$ и $57,8 \pm 0,9$ кг; $60,3 \pm 1,6$ и $53,6 \pm 1,8$ кг. Однако городские мальчики 3, 8 и 9 лет и мальчики-подростки 15 лет весят больше своих сверстников из сельской местности: $14,8 \pm 0,2$ и $14,3 \pm 0,4$ кг; $30,3 \pm 0,8$ и $26,5 \pm 0,5$ кг; $29,1 \pm 0,4$ и $28,5 \pm 0,4$ кг; $55,2 \pm 0,7$ и $53,7 \pm 0,8$ кг.

Выявлена тенденция динамики показателя окружности грудной клетки у девочек и мальчиков подросткового возраста. Так, окружность грудной клетки у девочек-подростков, проживающих в сельской местности, выше (от $6 \pm 0,6$ в 10 лет до $80,3 \pm 1,2$ см в 16 лет), чем у сверстниц в городе — от $62,7 \pm 0,6$ до $76,6 \pm 1,3$ см. Мы наблюдали также более низкий показатель у мальчиков-подростков, проживающих в городских условиях, от $64,2 \pm 0,5$ см у 10-летних до $78,8 \pm 2,1$ см у 16-летних, чем на селе — от $65,9 \pm 0,4$ до $84,0 \pm 1,2$ см. Выявленные особенности соматометрических показателей мы связываем с гигиеническими и социальными факторами, влияющими на физическое развитие детей и подростков.

В большинстве случаев наблюдаются значимые различия в средних показателях длины тела мальчиков и девочек для северных и южных районов, причем в северных районах показатели длины тела детей и подростков до 16 лет ниже, чем в южных районах. Подобная картина наблюдается у обоих полов по показателю массы тела до 13-летнего возраста. Следует отметить, что окружность грудной клетки у мальчиков и девочек до 10 лет больше в южных районах республики, а у подростков с 12 лет в большинстве случаев окружность грудной клетки больше в северных районах.

Трактовка таких исследований неоднозначна и должна осуществляться в контексте всех медико-экологических дан-

ных. Немаловажно также, что у детей, особенно школьного возраста, наблюдаются негативные тенденции: астенизация и дисгармонизация развития, в частности, за счет роста количества детей с дефицитом массы тела. Соматометрические показатели составляют основу оценки физического развития детей и подростков в регионе как в работе семейного врача, так и в практике диспансеризации населения.

СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ И ИХ ВЛИЯНИЕ НА ПОЛОВОЕ ПОВЕДЕНИЕ ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

Е.В.Регушевская

ГОУ ДПО «Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию»

SOCIAL-ECONOMICAL CHARACTERISTICS AND THEIR INFLUENCE ON SEXUAL BEHAVIOUR OF WOMEN OF REPRODUCTIVE AGE

E.V.Regushevskaya

St-Petersburg Medical Academy of Postgraduate Studies

В настоящее время инфекции, передаваемые половым путем, имеют широкое распространение и оказывают негативное влияние не только на самих их носителей, но и на здоровье будущих поколений. Многие ИППП приводят к хроническому воспалению и бесплодию, а во время беременности являются одной из причин многоводия, отслойки плаценты, преждевременных родов, инфицирования плода, мертворождений. Вероятность заражения ИППП зависит от многих факторов. Ряд из них биологические и эпидемиологические, такие как распространенность ИППП в популяции, пути передачи, особенности самого микроорганизма. Другие факторы — такие особенности полового поведения как тип половых контактов, использование контрацепции, наличие большого числа половых партнеров. Наибольшее распространение ИППП в определенных социально-возрастных группах ведет к формированию источников этих заболеваний, что обуславливает длительное поддержание эпидемиологического неблагополучия среди населения в целом.

В России исследования взаимосвязи между социальными факторами и особенностями полового поведения имеют часто описательный характер, основаны на небольшом количестве наблюдений, включают в основном подростков или пациентов венерологических клиник. Учитывая высокую распространенность ИППП, отсутствие данных об особенностях полового поведения в общей популяции целью настоящего исследования явилось изучение влияния социально-экономических особенностей на рискованное половое поведение женщин репродуктивного возраста.

Методы. Для проведения настоящего исследования была создана стратифицированная по возрасту случайная выборка из 2501 женщины репродуктивного возраста (18–44 лет), проживающих на территории обслуживания трех женских консультаций в двух районах города. В процессе работы с выборкой из нее были исключены женщины, с которыми было невозможно установить контакт, а также те, кто категорически отказался участвовать в опросе. Всем участницам предлагалось заполнить анкету, состоявшую из 102 вопросов, касающихся их

социально-экономических характеристик, особенностей сексуального поведения, отношения к беременности и родам, намерениям иметь детей, медицинской помощи, связанной с родами и аборт. Анкета носила конфиденциальный характер.

Результаты. Отклик составил 67%. Среди опрошенных 60,4% упомянули о перенесенном когда-либо заболевании, передающемся половым путем. Основными характеристиками, на основе которых были сделаны выводы о социально-экономическом уровне респонденток, явились семейное положение, личный ежемесячный доход, уровень образования, информация о характере работы и условия проживания. Личный ежемесячный доход рассчитывали в процентах от минимального установленного официально уровня на период проведения исследования, который составлял 2308 рублей. Условия проживания были определены как количество комнат на одного человека (представлено менее 1 комнаты на человека vs. 1 и более комнат на человека).

Среди поведенческих факторов риска ИППП было выделено наличие 4 и более половых партнеров в жизни.

При оценке социально-экономического статуса опрошенных было установлено, что большинство женщин живут в официально зарегистрированном браке (47,2%). Большинство респонденток имели высшее образование (52%) или учились в течение 11–13 лет (42%), остальные обучались менее 11 лет. Работали 71% женщин, были студентками — 8,5%, остальные имели статус безработной (3,5%), домашней хозяйки (11,2%) или пенсионерки (4,5%). Большинство женщин (38,3%) имели ежемесячный личный доход в размере 0–199% от минимально установленного уровня. В основном респондентки проживали в условиях, когда на одного человека приходилось менее 1 комнаты (74,2%).

Использование метода логистической регрессии со стандартизацией по возрасту и семейному положению позволило установить, что такие социально-экономические характеристики, как семейное положение (гражданский брак vs. замужем, ОШ=3,6 ДИ 2,39–5,38; не замужем vs. замужем, ОШ=3,1 ДИ 2,27–4,16) и высокий личный ежемесячный доход (200–399% vs. 0–199% ОШ=1,6 ДИ 1,14–2,14; 400% и более vs. ОШ=3,0 ДИ 1,94–4,50), являются основными факторами риска для наличия 4 и более половых партнеров. Интересно заметить, что уровень образования не имел достоверного влияния на наличие большого числа половых партнеров, хотя при рассмотрении зависимости наличия нескольких половых партнеров от социального положения статус студентки имел протективное значение (студентка vs. работающая ОШ=0,34 ДИ 0,19–0,60). Этот факт может свидетельствовать о том, что с одной стороны молодежь является уязвимой группой в плане заражения ИППП, с другой стороны молодой возраст должен рассматриваться как возможность для полового воспитания и образования с целью регулирования в дальнейшем эпидемии ИППП.

Среди всех опрошенных 16,4% находились под риском беспорядочных половых связей с 4 и более партнерами. Одной из особенностей женщин обследованной популяции явился факт зависимости числа половых партнеров от дохода. Более богатые респондентки чаще указывали на беспорядочные половые контакты. Подобный факт был описан исследователями десятилетие назад, но это было характерно для богатых мужчин Западной Европы.

Таким образом, распространенность социально-экономических факторов рискованного полового поведения (4 и более

половых партнеров) среди женщин репродуктивного возраста довольно высока. Гражданским браком жили 14,7%, не замужем — 37,6%, а средний и высокий личный доход имели 32,4% и 14,5% респонденток соответственно. Подобные результаты помогут в первичной профилактике рискованного полового поведения, что может быть осуществлено на этапе амбулаторной помощи, когда семейный врач встречается с пациентом, скорее всего еще не имеющим ИППП, и может обратить внимание на социально-экономические проблемы индивидуума и определить тактику ведения пациента.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ШКОЛ ПО АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ В ПРАКТИКЕ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА

М.И.Шупина, Ю.В.Терещенко, Е.Н.Логинава
ГОУ ВПО Омская государственная медицинская академия Росздрава

EXPERIENCE OF CONDUCTING OF SCHOOLS FOR ARTERIAL HYPERTENSION IN GENERAL PRACTICE

M.I.Shupina, Yu.V.Tereschenko, E.N.Loginova
Omsk State Medical Academy

На современном этапе получены неоспоримые доказательства значительного роста заболеваемости артериальной гипертензией (АГ), в том числе среди лиц молодого возраста. Недостаток доказательных данных, касающихся соотношения медикаментозных и немедикаментозных методов лечения, эффективности гипотензивных препаратов, а также возможных сроков их применения препятствует проведению адекватной профилактики и лечения АГ у лиц молодого возраста. Как прогностический фактор качество жизни (КЖ) может быть полезным для стратификации больных в клинических исследованиях и выборе стратегии индивидуального ведения больного.

Цель исследования: оптимизация немедикаментозной терапии АГ у лиц молодого возраста, на основе изучения образа и качества жизни в условиях общей врачебной практики.

Материалы и методы. Обследовано 100 студентов (47 мужчин, 53 женщины) Омской государственной медицинской академии (ОмГМА) и Омского государственного педагогического университета (ОмГПУ) в возрасте 17–21 лет (средний возраст $19,04 \pm 0,06$ лет) с эссенциальной АГ I степени и умеренным риском развития сердечно-сосудистых осложнений (ВНОК, 2004). Диагноз симптоматической АГ исключали на предшествующих этапах исследования. Все студенты с АГ ранее не получали антигипертензивного лечения. Критерием исключения из исследования явилось наличие показаний для начала медикаментозной терапии. Рандомизация при разделении студентов на 2 группы (исследования и сравнения) проводилась по таблице случайных чисел. Первая группа пациентов (группа I, n=49) находилась под наблюдением студенческого врача-терапевта здравпункта ОмГПУ. В целом по группе систолическое АД (САД) составило $150,47 \pm 1,09$ мм рт. ст., диастолическое (ДАД) — $91,59 \pm 0,60$ мм рт. ст. В этой группе в рамках обычной консультации была назначена стандартная немедикаментозная терапия (ВНОК, 2004). Вторая группа пациентов (группа II, n=51) наблюдалась врачом общей практики здравпункта ОмГМА. В целом по группе систолическое АД (САД) составило $151,63 \pm 1,26$ мм рт. ст., диастолическое (ДАД) — $91,47 \pm 0,79$ мм рт. ст. Для студентов группы II и членов их семей была проведе-

на специальная структурированная программа «Школа по артериальной гипертензии». Занятия проводились врачом общей практики (ВОП) 1 раз в неделю в течение 1 часа в подгруппах, включающих 3–4 семьи (10–12 человек), 8 занятий для каждой подгруппы. Оценка эффективности обучения в отношении повышения самоконтроля АД, динамики уровня АД, КЖ студентов с АГ обеих групп осуществлялась исходно, а также через 12 (точка 1) и через 24 (точка 2) недели после обучения. На протяжении всего исследования регулярно осуществлялся контроль АД (в том числе офисные измерения, самоконтроль). Исследование качества жизни студентов, включенных в исследование, проводили по опроснику SF-36. Сбор данных осуществлялся методом анкетирования на основе прямого опроса респондентов. Группу сравнения составили здоровые студенты тех же вузов в количестве 1320 человек, сопоставимые по полу и возрасту, с неотягощенным по АГ семейным анамнезом.

Результаты и обсуждение. У студентов с АГ перед включением в исследование среди критериев КЖ, характеризующих физический компонент здоровья, наиболее высокое значение было получено по шкале физического функционирования, которое, на первый взгляд, не отличалось от данных группы сравнения (89,35±1,15 и 89,38±0,31 баллов соответственно, $p=0,68$; U-критерий Манна-Уитни). Однако, несмотря на достаточно высокий уровень этого показателя, ограничение жизнедеятельности вследствие боли (76,70±2,11 баллов) и невысокая субъективная оценка здоровья (58,55±1,28 баллов) обуславливают более низкое значение физического компонента здоровья (53,58±0,45 баллов) по сравнению со здоровыми сверстниками группы контроля ($p<0,01$). Анализ показателей психического здоровья выявил снижение по шкале жизненной активности как у студентов с АГ, так и студентов с нормальным уровнем АД (67,85±1,67 и 64,44±0,46). Однако, более высокий уровень КЖ по шкалам психического здоровья, ролевого эмоционального функционирования и жизненной активности (соответственно — более высокие величины суммарного психического компонента здоровья) установлен у студентов-гипертоников, что может быть обусловлено особенностями личности, проявляющимися гиперсоциальной направленностью интересов, ориентацией на правила, инструкции, сверхответственностью. Однако декларация гиперсоциальных установок являлась лишь ширмой, маскирующей стремление к сдерживанию активной самореализации, инертность в принятии решений, уход от решения проблем.

На фоне мероприятий по изменению образа жизни на этапе 12 недели пациенты с АГ обеих групп не отмечали выраженных изменений самочувствия. Между тем, во второй группе пациентов была продемонстрирована высокая эффективность обучения в отношении повышения самоконтроля АД: все пациенты регулярно вели дневники. В то время как в первой группе дневники самоконтроля АД вели только 42,9% обследованных ($p<0,001$; метод углового преобразования Фишера). Анализ динамики уровня АД подтвердил более выраженное снижение САД и ДАД у пациентов II группы (146,14±1,21 / 88,75±0,71 мм рт. ст.; $p=0,024$). Показатели качества жизни у студентов обеих групп к 12 неделе наблюдения остались практически неизменными.

Через 24 недели немедикаментозной терапии АГ рекомендации по изменению образа жизни соблюдали лишь 11,1% студентов I группы и 64,7% обследованных II группы, что существенно отличалось от показателей, зафиксированных в точке 1 ($p<0,001$). Уровни знаний и эффективность обучения боль-

шинства пациентов первой группы были крайне низкими. Так, активное ведение дневников самоконтроля АД в I группе отмечалось лишь в 2,2% случаев, тогда как во второй группе дневники вели 58,8% пациентов ($p<0,001$).

Уровень АД в I группе в сравнении с точкой 1 изменился незначительно (147,20±1,21/90,29±0,50 мм рт. ст., $p=0,55$), у студентов II группы снижение АД оказалось более выраженным (141,59±1,18/86,25±0,67 мм рт. ст., $p<0,001$). Медикаментозное лечение АГ было рекомендовано лицам первой группы в 51,8% случаев, лицам II группы — в 3,9% (в связи с неэффективностью проводимой немедикаментозной терапии). Кроме того, через 24 недели исследования (точка 2) в группе студентов с АГ, посещавших «Школы», получены статистически значимо более высокие значения КЖ по шкале физической боли в сравнении с группой, самостоятельно выполнявшей рекомендации по изменению образа жизни, что, вероятно, связано с уменьшением частоты и выраженности головной боли как субъективной реакции на повышение АД. По шкале ролевого эмоционального функционирования КЖ стало более высоким также у представителей II группы. Это сопровождалось повышением работоспособности, характеризующимся меньшими затратами времени, увеличением объема работы и улучшением ее качества. В группе студентов с АГ, посещавших «Школу», улучшились показатели жизненной активности и социального функционирования в виде ощущения бодрости, полноты сил и энергии, коммуникабельности.

Таким образом, активное проведение обучающей программы «Школа по артериальной гипертензии» у лиц молодого возраста с АГ и членов их семей способствует статистически значимому снижению АД, росту частоты проведения самоконтроля АД, повышению КЖ, а именно — его физического и психического суммарных компонентов. Студенты с АГ, прошедшие вместе с членами своих семей обучение по программе «Школа по артериальной гипертензии», продемонстрировали более высокий уровень знаний на контрольных визитах, чем пациенты, получившие стандартные рекомендации на приеме у врача. Одним из важных моментов, усиливающих приверженность к терапии, в том числе, немедикаментозной, является самоконтроль АД. На наш взгляд, подобный опыт применения «Школ» с целью оптимизации немедикаментозной коррекции АГ у лиц молодого возраста перспективен, поскольку позволяет осуществлять более качественную профилактическую работу врачом первого контакта (врачом общей практики), не требуя значительных материальных затрат.

ВЛИЯНИЕ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ НА ТЕЧЕНИЕ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ

Л.В.Трибунцева, В.Т.Бурлачук, О.Д.Алехина,
А.Н.Сурков, А.И.Дорохина

Воронежская государственная медицинская академия
им. Н.Н.Бурденко

INFLUENCE OF PSYCHOEMOTIONAL FACTORS ON DEVELOPMENT OF ARTERIAL HYPERTENSION

L.V.Tribuntseva, V.T.Burlachuk, O.D.Alekhina,
A.N.Surkov, A.I.Dorohina

Voronej State Medical Academy named N.N.Burdenko

Гипертоническая болезнь (ГБ) остается самой неопределеннейшей из распространенных болезней нашего века.

В экономически развитых странах ею страдают до 20–25% населения. По данным эпидемиологических исследований стандартизированная по возрасту распространенность ГБ в России составляет среди мужчин 39,2%, а среди женщин — 41,1%.

Однако социальная значимость определяется не столько распространенностью этого заболевания, сколько высоким риском развития осложнений ГБ, ведущими из которых являются мозговой инсульт и инфаркт миокарда. По данным ВОЗ, частота смертельных инсультов в нашей стране достигает в среднем 230 и 140 случаев на каждые 100 тысяч мужского и женского населения соответственно, что ставит Россию на первое место. Основная цель лечения больных ГБ состоит в максимальном снижении риска развития ССО и смерти от них.

Несмотря на многочисленные исследования, эта область терапии остается одной из самых актуальных проблем современной кардиологии и медицины. Одной из причин нарушения регуляции артериального давления является длительное и чрезмерное психоэмоциональное напряжение, возникающее в условиях стрессовой ситуации. Недаром ГБ называют «самой человеческой из всех болезней», имея в виду психический компонент реагирования на непрерывно меняющиеся обстоятельства жизни. Чрезмерные нервно-психические нагрузки стали нормой жизни наиболее трудоспособной части населения. Возникла потребность выделения и изучения так называемой стресс-индуцированной артериальной гипертензии (АГ) и одной из ее наиболее распространенных форм — ГБ на рабочем месте.

«Стресс-индуцированная АГ особенно тесно связана с поражением органов, например с толщиной стенок левого желудочка», — подчеркнул J.Schrader в 1997 г., поэтому не является далеко безобидным феноменом. Стресс-индуцированная АГ повышает риск развития сердечно-сосудистых заболеваний примерно в той же мере, что и лишние десять лет жизни или 6 кг избыточной массы тела. Установлено, что психосоциальный стресс приводит к повышению частоты сердечно-сосудистых заболеваний и смертности от них.

Цель исследования: оценка особенностей психологического статуса и качества жизни больных ГБ для повышения эффективности лечебно-профилактических мероприятий при данном заболевании.

Материалы и методы. В исследование включено 70 пациентов с ГБ II стадии (20 мужчин и 50 женщин в возрасте от 18 лет до 55 лет), работающие в одинаковых условиях операторами ПЭВМ, и находящиеся под наблюдением цехового врача. Все пациенты получали стандартную гипотензивную терапию, однако отмечалось периодическое повышение уровня АД выше 140/90 мм рт. ст. Контрольную группу составили 30 практически здоровых испытуемых в возрасте от 20 до 50 лет, 10 мужчин и 20 женщин, средний возраст которых 40,6±1,2 года, работающие в тех же условиях. Критерии исключения из исследования: хроническая сердечная недостаточность Н2А и выше, сахарный диабет, ишемическая болезнь сердца, окклюзирующие заболевания сосудов конечностей.

Всем больным ГБ проведено традиционное клинико-инструментальное обследование. Оценка качества жизни проводилась с использованием опросника SF-36, для исследования психологического статуса больных АГ применяли шкалу реактивной (ситуативной) и личностной тревожности Ч.Д.Спил-

бергера — Ю.Л.Ханина, методику дифференциальной диагностики депрессивных состояний Цунге в адаптации Т.И.Балашовой.

Результаты и их обсуждение. Как показали результаты тестирования с помощью шкалы реактивной (ситуативной) и личностной тревожности Ч.Д.Спилбергера — Ю.Л.Ханина, среди больных ГБ преобладали лица с высоким уровнем ситуативной (СТ) и личностной тревожности (ЛТ). Высоко тревожными по субшкале СТ были признаны 30 человек (42,9%), умеренно тревожными — 25 (35,7%), низко тревожными — 15 пациентов (21,4%). Среднее значение показателя СТ составило 46,8±1,2 балла.

Высоко тревожными по субшкале ЛТ были признаны 36 человек (51,4%), умеренно тревожными — 24 (34,3%), низко тревожными — 10 (14,3%). Среднее значение показателя ЛТ составило 48,2±1,1 балла.

Среди пациентов контрольной группы высоко тревожными по шкале СТ, были признаны 2 человека (6,7%), умеренно тревожными — 10 человек (33,3%), низко тревожными — 18 (60%). Среднее значение СТ составило 40±4,6 балла. Высоко тревожными по шкале ЛТ были признаны 3 человека, умеренно тревожными — 11, низко тревожными — 16. Среднее значение ЛТ составило 38,5±2,2 балла ($p < 0,05$). Таким образом, среди больных ГБ было достоверно больше высоко тревожных лиц по показателям ЛТ и СТ в сравнении с группой здоровых операторов ПЭВМ.

Мы сравнивали показатели качества жизни (КЖ) больных ГБ в зависимости от уровня тревоги (показатель СТ). КЖ высоко тревожных больных ГБ было статистически значимо ниже по показателям оценки боли (Б), общее здоровье (ОЗ), роль эмоциональных проблем в ограничении жизнедеятельности (РЭ), психическое здоровье (ПЗ), чем КЖ пациентов с низким уровнем тревоги. Достоверных различий по показателям КЖ опросника SF-36 между высоко и умеренно тревожными, а также между умеренно и низко тревожными лицами по субшкале СТ выявлено не было.

Показатели КЖ у больных ГБ зависели от уровня ЛТ, это относилось к следующим шкалам: боли (Б), общего здоровья (ОЗ), психического здоровья (ПЗ). У лиц с высокими значениями индекса ЛТ средние значения указанных шкал были значимо ниже, чем у пациентов с низким уровнем ЛТ.

С помощью шкалы Цунге мы определяли частоту депрессивных нарушений у больных ГБ. Легкое депрессивное состояние ситуативного или невротического генеза было определено у 8 обследованных (11,4%), маскированная депрессия — у 2 (2,9%), истинное депрессивное состояние не выявлено. Состояние без депрессии выявлено у 60 человек (85,7%). Средний уровень депрессии составил 40,2±1,6 балла. Таким образом, для больных ГБ операторов ПЭВМ в большей степени характерны тревожностные, а не депрессивные расстройства.

Выводы. 1. Больные ГБ, работающие операторами ПЭВМ на предприятии связи, характеризуются высокими уровнями ситуативной и личностной тревожности, низким уровнем депрессии.

2. Качество жизни больных ГБ с высоким уровнем ЛТ и СТ, работающих операторами ПЭВМ, значимо ниже, чем у лиц с низким уровнем данных показателей.

3. Выявленные нами особенности психологического статуса пациентов ГБ необходимо учитывать при разработке про-

граммы лечебно-профилактических мероприятий для данного контингента больных.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА СРЕДИ ЖИТЕЛЕЙ САНКТ-ПЕТЕРБУРГА

Н.В.Ворохобина, В.А.Кузьмина, Э.В.Крючкова
ГОУ ДПО «Санкт-Петербургская медицинская академия
последипломного образования Федерального агентства
по здравоохранению и социальному развитию»,
Эндокринологический центр Калининского района
Санкт-Петербурга

PREVALENCE OF DISEASE OF THYROID GLAND AMONG YOUNG CITIZENS OF ST-PETERSBURG

N.V.Vorobobina, V.A.Kuzmina, Z.V.Kryuchkova
St-Petersburg Medical Academy of Postgraduate Studies,
Endocrinological Center of Kalininskiy district
of St-Petersburg

Заболевания щитовидной железы в настоящее время занимают ведущее место в структуре всех эндокринопатий. По данным ВОЗ, число больных с той или иной патологией щитовидной железы на Земном шаре превышает 300 млн.

Обращает на себя внимание устойчивая динамика роста патологии щитовидной железы у беременных. Известно, что тиреоидные гормоны ответственны за правильное формирование и развитие плода и центральной нервной системы в частности. Так, врожденный гипотиреоз ведет к необратимым нарушениям мозговой функции плода и новорожденного, приводящим к умственной отсталости (кретинизму, олигофрении, патологии развития внутренних органов). В случае снижения функциональных возможностей щитовидной железы у взрослых снижается возможность выполнять социальные, профессиональные и биологические функции, и, связанное с этим воспроизводство будущих поколений.

В связи с отсутствием массовых осмотров населения часто при первичном обращении к эндокринологу обнаруживается выраженная, далеко зашедшая стадия патологии щитовидной железы.

Цель исследования: изучение распространенности заболеваний щитовидной железы и особенностей их течения у лиц 18–35 лет (детородного возраста), не имеющих в процессе своей трудовой деятельности токсических факторов для щитовидной железы.

Материалы и методы. Обследование проводилось скрининговым методом у лиц 18–35 лет обоего пола в 2004–2005 гг. у жителей Калининского района Санкт-Петербурга. Обследованы студенты, работники образовательных и медицинских учреждений, транспортных предприятий, работники торговли. Всего осмотрено 820 человек, из них 104 мужчины (12,6%) и 716 женщин (87,4%). Средний возраст мужчин — 25,8 лет. Средний возраст женщин — 26,7 лет.

Использовались пальпация щитовидной железы, клинические и биохимические методы, ультразвуковое исследование. При выявлении патологии применялся иммуноферментный метод определения тиреоидных гормонов в сыворотке крови (трийодтиронин, тироксин, тиреотропный гормон, антитела к пероксидазе и к тиреоглобулину). При выявлении узлов в же-

лезе проводилась тонкоигольная аспирационная биопсия. В некоторых случаях определялось поглощение J123 щитовидной железой и проводилось ее сканирование. Для стандартной трактовки полученных результатов использованы определения нозологических единиц, данные ведущими эндокринологами России.

Результаты исследования. При проведении скрининга из 820 осмотренных у 253 (30,8%) была выявлена патология щитовидной железы (32 мужчины и 221 женщина). У 567 человек (69,2%) патологических изменений со стороны щитовидной железы не обнаружено.

Ведущее место занимал аутоиммунный тиреоидит. Известно, что заболевание имеет тенденцию к прогрессированию, и, в итоге — к развитию гипотиреоза, а даже небольшой дефицит тиреоидных гормонов обуславливает дисфункцию других эндокринных желез. Кроме того, в последнее десятилетие стал весьма значимым вопрос о взаимосвязи тиреоидной и нетиреоидной патологии. Однако практические врачи недостаточно осведомлены о данных изменениях. Особенно мало внимания уделяют интернисты субклинической патологии при неувеличенной щитовидной железе.

Наше исследование подтверждает тот факт, что заболевания щитовидной железы у мужчин встречаются значительно реже. Так аутоиммунный тиреоидит был выявлен у 12 мужчин и у 98 женщин. Узловой нетоксический зоб был определен у 2 мужчин и 37 женщин, а узловой токсический зоб — только у 3 женщин. Диффузный нетоксический зоб встречался у 14 мужчин и 40 женщин, а токсический — у 3 и 11 соответственно. Гипотиреоз был диагностирован у 1 мужчины и 32 женщин.

Для сравнения распространенности впервые выявленных заболеваний щитовидной железы по обращаемости населения в 2004 г. и в процессе скрининга приводим данные статистического отчета Эндокринологического центра Калининского района у лиц молодого возраста (по тем же нозологическим единицам). Аутоиммунный тиреоидит — 58 чел., диффузный токсический зоб — 10 чел., узловой нетоксический зоб — 80 чел., узловой токсический зоб — 3 чел., диффузный нетоксический зоб — 45 чел., гипотиреоз — 13 чел.

Из представленных данных видно, что число больных, активно обратившихся к эндокринологу, значительно меньше (кроме узлового нетоксического зоба) числа больных, выявленных в процессе скрининга.

Заключение. 1. Впервые в Санкт-Петербурге изучена распространенность заболеваний щитовидной железы у лиц молодого возраста по основным нозологическим единицам.

2. Количество заболеваний, выявленных в процессе скрининга, выше первичной обращаемости в лечебное учреждение, что свидетельствует о наличии не диагностированной патологии.

3. Полученные данные подтверждают необходимость проведения массовых осмотров населения в возрасте 18–35 лет (скрининга), актуальны, и имеют медико-социальное значение.

СОСТОЯНИЕ АНТИМИКРОБНОЙ ЗАЩИТЫ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПЕЧЕНИ

Т.Н.Янковая

Смоленская государственная медицинская академия

STATUS OF ANTIBACTERIAL PROTECTION AMONG PATIENTS WITH CHRONICLE DISEASE OF LIVER

T.N.Yankovaya
Smolensk State Medical Academy

Цель: исследовать способность лейкоцитов цельной крови генерировать активные формы кислорода (АФК) у больных с хроническими заболеваниями печени (ХЗП) для оценки антимикробной защиты.

Материалы и методы: в исследование было включено 90 больных ХЗП мужчин в возрасте 23–56 лет, из них у 57 — хронический гепатит (ХГ), у 33 — цирроз печени (ЦП). Для определения контрольных показателей генерации АФК исследовали цельную кровь у 30 донора (мужчин) того же возраста. Диагноз заболевания устанавливали на основании характерных жалоб больных, анамнестических данных, физических, лабораторных, инструментальных методов, а в ряде случаев подтверждали морфологическим исследованием биоптатов печени. В зависимости от выраженности критериев Чайлд-Пью больные ЦП были разделены на три группы: 1-я группа (n=10) (класс А); 2-я группа (n=10) (класс В); 3-я группа (n=13) (класс С). В зависимости от наличия варикозно расширенных вен пищевода (ВРВП) больные с ЦП были разделены на две группы: в 1-ую группу (n=23) вошли больные с ВРВП; во 2-ую группу (n=10) — без ВРВП.

Антимикробную защиту оценивали по способности лейкоцитов цельной крови генерировать АФК и исследовали с помощью люминолзависимой хемилюминесценции (ХЛ-Л) лейкоцитов цельной крови, стимулированной кристаллами сульфата бария (Шерстнев М.П., 1991). Измерение выполняли на хемилюминометре ИРА-03 с использованием ФЭУ-127. Для определения абсолютной интенсивности ХЛ-Л использовали стандартный радиолуминесцентный источник П-01, интенсивность излучения которого составляла $10,2 \times 10^5$ квант/с4 п.

Результаты. Способность лейкоцитов генерировать АФК в контрольной группе составила $27,25 \pm 1,41 \times 10^5$ квант/с4 п, у больных ХГ — $18,80 \pm 1,03 \times 10^5$ квант/с4 п, а у больных ЦП — $10,80 \pm 0,53 \times 10^5$ квант/с4 п. Таким образом, в основной группе фиксируется достоверное относительно нормы снижение генерации АФК ($P < 0,05$). При сравнении способности лейкоцитов генерировать АФК в основной группе наибольшее изменение показателя отмечено у пациентов с ЦП ($P_1 < 0,05$).

Таким образом, представленные данные характеризуют четкую зависимость угнетения фагоцитарной активности стимулированных лейкоцитов цельной крови от тяжести поражения печени и свидетельствуют о снижении антимикробной защиты, что повышает риск развития бактериальных осложнений у данного контингента больных.

Для изучения возможной взаимосвязи генерации АФК цельной крови с клиническими проявлениями при ЦП, для поиска новых параметров, которые характеризуют состояние антимикробной защиты, что позволит выработать критерии

прогнозирования риска развития бактериальных осложнений у данного контингента больных, была проанализирована зависимость генерации АФК цельной крови от выраженности печеночной недостаточности и портальной гипертензии.

Исследована способность генерировать АФК лейкоцитами цельной крови в зависимости от выраженности ЦП по критериям Чайлд-Пью. Зарегистрировано снижение способности лейкоцитов генерировать АФК у больных ЦП всех трех групп по отношению к контрольной группе ($P < 0,05$). Установлено, что с увеличением степени тяжести ЦП по выраженности критериев Чайлд-Пью у больные ЦП снижается данный показатель. Так, в 1 группе больных ЦП класса А, генерация АФК составила $14,37 \pm 0,60 \times 10^5$ квант/с4 п, что выше чем у больных 2 группы (ЦП класса В) ($10,02 \pm 0,56 \times 10^5$ квант/с4 п) ($P_1 < 0,05$) и 3 группы (ЦП класса С) ($7,72 \pm 0,54 \times 10^5$ квант/с4 п) ($P_2 < 0,05$), причем получено значимое изменение показателя между группами 2 и 3 ($P_3 < 0,05$).

Полученные данные свидетельствуют о снижении способности лейкоцитов генерировать АФК у больных ЦП по мере увеличения активности ЦП по критериям Чайлд-Пью, что указывает на тесную связь функциональной активности лейкоцитов с выраженностью печеночной недостаточности и подтверждает значимость эндотоксинемии в подавлении процессов фагоцитоза.

Нарастание тяжести ЦП по критериям Чайлд-Пью свидетельствует не только о паренхиматозной недостаточности, но и портальной гипертензии. Поэтому увеличение его выраженности должно происходить параллельно с повышением сброса портальной крови, содержащей ингибиторы фагоцитарной активности лейкоцитов (в первую очередь эндотоксин грамотрицательных кишечных бактерий), в системную циркуляцию, минуя печень. Поэтому изучена зависимость способности лейкоцитов генерировать АФК от ВРВП у больных ЦП. У больных ЦП как с ВРВП, так и без ВРВП регистрируется достоверное снижение генерации АФК лейкоцитами цельной крови ($P < 0,05$) по отношению к контрольной группе. Наибольшее изменение генерации АФК лейкоцитами установлено у больных ЦП с наличием ВРВП ($9,59 \pm 0,40 \times 10^5$ квант/с4 п) ($P_1 < 0,05$).

Так как, ВРВП является наиболее характерным проявлением портальной гипертензии полученные результаты еще раз свидетельствуют о роли коллатерального портокавального сброса крови в снижении фагоцитарной активности лейкоцитов.

Заключение. Представленные данные позволяют сделать вывод, что по мере утяжеления патологии печени уменьшается способность лейкоцитов цельной крови генерировать АФК, наиболее выраженная у больных ЦП класса С (декомпенсированным циррозом) и сформированными портокавальными шунтами, это может иметь определенное прогностическое значение в оценке риска развития бактериальных осложнений у данных больных, что позволит корректировать лечение у них с целью предупреждения инфекционных осложнений в поликлинических условиях.

ПРЕПОДАВАНИЕ СЕМЕЙНОЙ МЕДИЦИНЫ

НОВЫЕ ПОДХОДЫ К РЕАЛИЗАЦИИ ГОСУДАРСТВЕННОГО ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО СТАНДАРТА ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ ОБЩАЯ ВРАЧЕБНАЯ ПРАКТИКА (СЕМЕЙНАЯ МЕДИЦИНА)

Т.В.Заугольникова

ГОУ ВПО Московская медицинская академия им.

И.М.Сеченова

THE NEW APPROACHES FOR REALIZATION OF STATE EDUCATIONAL STANDARDS FOR SPECIALTY «GENERAL PRACTICE (FAMILY MEDICINE)»

T.V.Zaugolnikova

Moscow Medical Academy named I.M.Sechenov

Европейское отделение Всемирной организации семейных врачей (WONCA Europe) разработало и в 2002 г. опубликовало в согласованном Заявлении «The European Definition of General Practice/Family Medicine» современные базовые принципы общей врачебной практики/семейной медицины (ОВП/СМ). В документе даны новые определения специальности ОВП/СМ и врача общей практики/семейного врача (ВОП/СВ), ключевые характеристики дисциплины, сгруппированные в шесть основных компетенций ВОП/СВ, три сферы деятельности ВОП/СВ и три фундаментальные особенности ОВП/СМ как научной дисциплины, которые применимы (по крайней мере, теоретически) ко всем системам здравоохранения независимо от условий их деятельности. Новое представление ОВП/СМ четко структурировано и рассматривается как сложное взаимодействие свойственных ей основных компетенций, сфер деятельности и особенностей.

В предыдущих определениях, данных группой Leeuwenhorst (1974 г.), WONCA (1991 г.) и в рамочном документе Европейского бюро ВОЗ (1998 г.) ОВП/СМ больше описывалась как профессиональная деятельность ВОП/СВ в системе здравоохранения, а не медицинская дисциплина, что в некоторой степени тормозило развитие ОВП/СМ как академической, клинической и научной специальности. Современное видение ОВП/СМ включает:

— определение основных компетенций как способности ВОП/СВ успешно осуществлять ряд функций, связанных с его текущей работой;

— более глубокое рассмотрение процесса индивидуально консультирования пациента, умение представлять пациенту информацию в доступной форме и адекватно реагировать на его эмоции;

— при лечении заболеваний одновременно рассматривать биопсихосоциальные, культурные и экзистенциальные аспекты жизни людей;

— при оказании помощи ориентироваться на пациента (а не патологический процесс или орган) и нормализацию его состояния;

— уточнена важная роль ВОП/СВ в перераспределении ресурсов всей системы здравоохранения, а не только в достижении экономической эффективности;

— выделение категории «отношение» как особенности дисциплины. Это понятие включает систему жизненных ценно-

стей врача, его убеждения, вероисповедание, эмоции, способность решать личные этические проблемы, которые могут повлиять на оказание помощи пациентам.

Совет Европейской Академии преподавателей общей врачебной практики (EURACT), исходя из положений Заявления WONCA, в 2004 г. опубликовал «Программу обучения специалистов по общей врачебной практике (семейной медицине)». Структура рекомендуемой программы рассчитана на достижение обучающимися основных компетенций ВОП/СВ.

В соответствии с Директивой Европейского Союза 93/16/ЕЕС о взаимном признании медицинских дипломов (1993 г.) и Болонской Декларацией (1999 г.), предусматривающими создание «Общеввропейского пространства высшего образования» к 2010 году, страны, входящие в Болонскую Декларацию, должны реформировать структуру своих систем высшего образования в направлении их сближения. Одним из ключевых положений Декларации является принятие системы кредитов — единой системы оценивания, позволяющей обеспечить прозрачность и сравнимость программ обучения и образовательных квалификаций в Европе. Россия с 2003 г. является членом Болонской Декларации.

Заявление WONCA Europe и документ EURACT обеспечивают единое понимание особенностей дисциплины ОВП/СМ и требований, предъявляемых к профессиональному обучению ВОП/СВ.

Всемирная Федерация медицинского образования в 2003 г. опубликовала международные стандарты, освещающие три фазы медицинского образования: базовое образование, последипломное образование и непрерывное профессиональное развитие, и два уровня достижений: базовый и улучшения качества. Базовый означает, что стандарт должен быть выполнен и оценен. Уровень улучшения качества не является строго обязательным, но желательным, и соответствует международной практике.

В 2005 г. вышло в свет 2-е, переработанное издание государственного образовательного стандарта послевузовской профессиональной подготовки специалистов по специальности «Общая врачебная практика (семейная медицина)» (далее «Стандарт»). В его разработке приняли участие ведущие специалисты по ОВП/СМ из 16 регионов Российской Федерации (РФ) и зарубежные эксперты. В Стандарте отражены современные подходы, принципы и требования к образовательному процессу и нашей специальности с учетом особенностей организации первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) в системе здравоохранения и высшего последипломного профессионального образования РФ, а именно:

• в Стандарт вошли основные положения Заявления WONCA Europe 2002 г.;

• в послевузовской профессиональной подготовке выделено два этапа — последипломное образование и непрерывное профессиональное образование (развитие). Каждому этапу даны определение и нормативные сроки освоения;

• введена трехгодичная клиническая ординатура;

• введена система зачетных единиц (кредитов);

• практические навыки разделены два уровня усвоения: базовый (минимальный объем) и продвинутый (расширенный объем);

- приведен примерный перечень обучающих действий для ВОП/СВ по накопительным кредитам в непрерывном профессиональном развитии;

- 70% освоения учебного плана должно проводиться в амбулаторно-поликлинических учреждениях, и только 30% — в круглосуточном стационаре;

- введена дистанционная форма обучения.

К Стандарту разработано методическое пособие по его реализации, в котором содержание профессиональной образовательной программы Стандарта более подробно раскрывается в учебных модулях, построенных на основе компетенции. В соответствии со структурой компетенции содержание каждого учебного модуля разделено на три категории — знание, навыки и отношение. Конечная цель освоения модульной программы обучения состоит в том, чтобы обеспечить ВОП/СВ возможностью приобрести профессиональную компетенцию.

Таким образом, Стандарт 2005 г. издания и методическое его сопровождение включили в себя новые подходы к специальности и подготовке ВОП/СВ.

ФАКУЛЬТЕТ СЕМЕЙНОЙ МЕДИЦИНЫ КАК ВАРИАНТ БАЗОВОЙ ДОДИПЛОМНОЙ ПОДГОТОВКИ БУДУЩИХ ВРАЧЕЙ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ

А.В.Шабров, М.С.Доценко

ГОУ ВПО Санкт-Петербургская государственная медицинская академия имени И.И.Мечникова

FACULTY OF FAMILY MEDICINE AS A CHOICE OF BASIC UNDERGRADUATE TRAINING OF FUTURE GENERAL PRACTITIONERS

A. V. Shabrov, M. S. Dotsenko

St-Petersburg State Medical Academy named I.I. Mechnikov

Для реального претворения в жизнь провозглашенной руководством страны линии на укрепление первичной медицинской помощи необходимо решение кадровой проблемы. Основными путями подготовки врачей общей практики в настоящее время являются прохождение циклов первичной специализации (интернатура и клиническая ординатура) и циклов переподготовки стажированных врачей.

Подготовка семейного врача означает, прежде всего, значительную перестройку психологии будущего специалиста семейной медицины, его ориентацию на профилактическую медицину, взгляд на проблемы здоровья пациента в контексте влияния внутрисемейных и социальных проблем. Нередко врачи, имеющие большой стаж работы, сложившиеся стереотипы и определенный стиль деятельности, с большим трудом адаптируются к новым требованиям работы в качестве семейного врача. Это в значительной степени делает более предпочтительной подготовку семейного врача еще с додипломного уровня.

Другим аргументом предпочтительности этого процесса является очевидный факт, что без притока «свежей струи» молодых кадров в первичное звено здравоохранения оно обречено на инволюцию. Есть разные пути создания этого потока выпускников вузов. Один — это императивный путь, обязывающий отработать определенное время в первичной помощи и временно закрыть кадровую «брешь» первичного звена до ухода в узкую

специализацию. При относительной легкости волевого решения проблемы, несмотря на элементы нарушения конституционных прав выпускников, очевидны недостатки этого пути. По-прежнему, останется невысоким престиж профессии врача первого контакта, когда выпускники будут рассматривать этот этап в качестве временной «обязаловки». Кроме того, сам временный характер работы в первичном звене будет противоречить основополагающим принципам семейной медицины — долгосрочности и непрерывности наблюдения врачом. Трудно ожидать взаимного доверия пациента и врача при временном характере работы последнего и повторной смене врачей.

В связи с этим представляется практически важным путь создания факультета семейной медицины как варианта базовой додипломной подготовки будущих семейных врачей. Положительные стороны этого пути:

- 1) формирование у будущих врачей общей практики идеологии семейной медицины с додипломного уровня обучения;

- 2) усиление привлекательности профессии врача первого контакта за счет внедрения принципов семейной медицины и формирования ее как отдельной специальности;

- 3) максимальное приближение процесса обучения врача общей практики к реальным условиям будущей практической деятельности (увеличение процента времени обучения в центрах семейной медицины);

- 4) формирование программы обучения, признанной на общеевропейском пространстве, подход к соблюдению подписанных Россией принципов Болонских соглашений.

При определении рациональной программы подготовки на додипломном уровне необходимо найти золотую середину между сложившейся системой подготовки в медицинских вузах, отработанной в течение десятков лет и дающей право на получение диплома по специальности «Лечебное дело», и программой, способствующей формированию идеологии семейной медицины уже на додипломном уровне обучения. Почему уже не удовлетворяет старая программа базового обучения. Традиционно российская школа подготовки врачей ориентирована на изучение этиологии, патогенеза, клиники и лечения широкого круга заболеваний. Болезнь стала центральным объектом учебного процесса на додипломном уровне. Профилактике заболеваний, формированию здорового образа жизни, салютогенезису уделяется недостаточное количество времени. Основной клинической базой для учебного процесса остаются стационары, где концентрируются «тематические» больные. Недостаточное количество времени уделяется изучению особенностей ведения пациентов в амбулаторных условиях. Выпускники вузов не готовы к решению проблем пациента, возникающих в результате взаимодействия медицинских, социальных факторов, факторов внутрисемейных отношений. В результате — выпускники оказываются не готовыми к работе в первичной медицинской помощи.

Ведущие российские специалисты семейной медицины отмечают недостатки додипломного медицинского образования в России: неадекватная профессиональная ориентация в вузе; чрезмерная соматизация при изучении клинических дисциплин; низкая «выживаемость» знаний по базовым дисциплинам; плохие навыки коммуникации; слабость логики; неумение использовать имеющуюся информацию в экстремальных условиях. Все это требует пересмотра не только программ подготовки будущих врачей первого контакта, но и клинических баз

обучения студентов. Необходимы реальные, жизненные условия учебной практики — студент должен находиться в обстановке, соответствующей условиям той практики, в которой он намерен работать в будущем. Важнейшим фактором является наличие компетентных преподавателей, которые любят свое дело. Эта деятельность должна оцениваться как профессионально, так и материально не меньше, чем медицинская практика. Необходимо на самом раннем этапе познакомить студента с концепцией непрерывного самосовершенствования.

Форум экспертов ВОЗ и WONCA дал ряд рекомендаций по подготовке и обучению врачей общей практики. Подчеркивается положение о том, что базовое медицинское образование должно обеспечить «фундамент для последующего специального обучения», а предмет семейной медицины должен преподаваться в каждой медицинской школе и обеспечивать баланс общей/специализированной подготовки.

В программах додипломного медицинского образования все больший акцент должен делаться на самостоятельное проблемно-ориентированное обучение студентов, которое на самом раннем этапе формирования врача вырабатывает у него потребность учиться всю жизнь. Освоение базисных дисциплин является необходимым, но недостаточным условием для выработки умения принимать клинические решения. Когда знания, умения и взгляды приобретаются и формируются на основе реальных проблем уже на первой стадии медицинского образования — на этапе додипломной подготовки — будущий врач получает все необходимое, чтобы в дальнейшем ощущать потребность учиться всю жизнь.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ КРЕДИТНОЙ СИСТЕМЫ В ПОДГОТОВКЕ ВРАЧЕЙ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ

Н.А.Гурина, О.Ю.Кузнецова

ГОУ ДПО «Санкт-Петербургская медицинская академия
последипломного образования Федерального агентства
по здравоохранению и социальному развитию»

USING OF CREDITS SYSTEM IN TRAINING FOR GENERAL PRACTITIONERS

N.A.Gurina, O.Yu.Kuznetsova

St-Petersburg Medical Academy of Postgraduate Studies

Последипломное образование в Российской Федерации предусматривает подтверждение сертификата специалиста каждые пять лет. Программа ресертификационного цикла рассчитана на 144 часа очной переподготовки. Кафедра семейной медицины СПбМАПО имеет более чем семилетний опыт работы по проведению данных циклов для врачей общей практики не только Санкт-Петербурга, но и всего Северо-Запада. При подведении итогов каждого цикла врачи общей практики обращали внимание на то, что условия их работы препятствуют отрыву на столь длительный срок от ведения пациентов, что особенно актуально для специалистов, приезжающих из других городов.

Необходимо отметить, что даже в тех странах, в которых ресертификация является обязательным процессом, очные циклы обучения не выходят за пределы 1–1,5 недель. Кроме того, врачи повышают свою квалификацию, участвуя в различных семинарах и конференциях, что разбивает процесс совершенствования знаний на несколько этапов, и занимает практически

весь пятилетний период. Таким образом, врачи, во-первых, не покидают свое рабочее место на длительный срок, а, во-вторых, находятся в процессе постоянного освежения своих навыков и получения новой информации. В связи с этим в странах Западной Европы была разработана накопительная система кредитов, которая позволяет в течение 5 лет набрать определенное количество часов для подтверждения сертификата врача общей практики. С учетом опыта зарубежных коллег в СПбМАПО было принято решение об апробации подобного способа организации сертификационного цикла по специальности общая врачебная практика. Этому способствовало и то, что в Санкт-Петербурге с 1999 г. работает региональная Санкт-Петербургская Ассоциация специалистов семейной медицины. Очень важно было сделать встречи врачей общей практики интересными и насыщенными. Таким образом родилась идея совместить собрания членов ассоциации с проведением тематических занятий по общей врачебной практике в рамках сертификационного цикла.

На кафедре семейной медицины была разработана программа, утвержден тематический план цикла общего усовершенствования «Общая врачебная практика. Подготовка и прием экзамена на сертификат специалиста (для врачей общей практики /семейных врачей/)» на Совете факультета общественного здравоохранения СПбМАПО. Программа цикла позволяла врачам в течение двух лет пройти обучение в 4 этапа. В сумме он составил 144 ч., что по времени и тематическому насыщению соответствует ресертификационному циклу. Каждой лекции и занятию было присвоено определенное количество кредитов. На цикл зачисляли врачей общей практики, у которых до окончания сертификата оставалось 1,5–2 года.

Каждый этап по продолжительности составил 36 учебных часов. Первый и третий этапы цикла состояли из чтения лекций на заседании Ассоциации каждую среду месяца в течение полугода. Второй этап включал совершенствование практических навыков врачей общей практики, его проводили очно на кафедре семейной медицины. Завершающий, 4-й этап, также был проведен с отрывом от производства, после чего все врачи, нуждавшиеся в подтверждении сертификата, его получили. Всем остальным слушателям, у кого сертификат заканчивается более чем через полгода, полученные кредиты будут учтены на ближайших ресертификационных циклах, куда они будут зачислены, но прослушают только недостающие лекции, что позволит сократить очную часть цикла до одной недели.

По окончании цикла было проведено анкетирование по оценке качества преподавания и курса в целом, а также заключительное тестирование. Качество преподавания было оценено очень высоко, и не было отмечено его снижения в течение всего цикла. Слушатели отметили удобство и функциональность такого прерывистого продолжительного цикла, что позволило безболезненно сочетать обучение с повседневной работой. Вызывает некоторую тревогу, что уровень знаний при заключительном тестировании оказался ниже ожидаемого, несмотря на то, что врачи имеют опыт работы более 5 лет. Один врач получил отлично, остальные — хорошо. Эти данные позволяют предположить, что данная система накопительных кредитов возможна при реализации сертификационного цикла, однако для большего вовлечения врачей в процесс самоподготовки необходимо проводить тестирование после каждого ее этапа, что позволит участникам своевременно выяв-

лять наиболее слабые стороны своей профессиональной подготовки и откорректировать их к концу курса.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ПОДГОТОВКЕ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ

Е.П.Мартынюк

ГОУ СПО «Санкт-Петербургский медицинский колледж № 2»

MODERN APPROACHES TO TRAINING OF NURSES FOR GENERAL PRACTICE

E.P.Martynyuk

St-Petersburg nursing college № 2

В связи с переходом отечественного здравоохранения к принципиально новой организации первичной медико-санитарной помощи населению (создание отделений общей врачебной практики) возникла необходимость подготовки новых специалистов: врача общей практики и семейной медицинской сестры.

По инициативе Комитета по здравоохранению Санкт-Петербурга в октябре 1993 г. в нашем колледже было открыто отделение повышения квалификации для подготовки семейных медицинских сестер.

Последипломное образование осуществляется по двум направлениям:

- Повышенный уровень образования — 4-й год обучения с получением второго диплома.
- Переобучение через отделение повышения квалификации практикующих медицинских сестер на рабочих местах, со сроком обучения 6 месяцев, по окончании которого выдается сертификат.

Программа подготовки включает не только отработку манипуляционной техники, но и большой блок гуманитарных, социальных, экономических дисциплин. Уделяется большое внимание педагогике, медицинской психологии, психологии общения.

Базисом сестринского образования и практики является сестринский процесс — научно обоснованный метод организации сестринской помощи пациенту.

Сегодняшнее образование позволяет семейной медсестре не только выполнять назначения врача, но и самостоятельно выполнять профилактические мероприятия в офисе и на дому, осуществлять психологическую поддержку пациента и его семьи, обучать пациентов и их родственников практическим навыкам ухода, оказывать больным и пострадавшим первую доврачебную помощь, обеспечивать инфекционную безопасность и многое другое.

Подготовка семейной медсестры с 1995 г. велась по авторским программам, разработанным с учетом международного опыта. В 1999 г. в России введен Государственный образовательный стандарт подготовки семейной медицинской сестры на повышенном уровне образования. С 2004 г. введен Государственный стандарт нового поколения.

Занятия повышенного уровня проводят наиболее опытные преподаватели колледжа, Высшей школы, в первую очередь Медицинской академии последипломного образования, а также специалисты-практики ведущих лечебных учреждений Санкт-Петербурга.

При подготовке семейных медсестер широко используются научно-практические базы города: отделения общей врачебной практики, медико-генетический центр, городской медико-социальный гериатрический центр, центр репродуктивного здоровья подростков «Ювента», хосписы, клиники СПбМАПО, Центры социального обслуживания населения и др.

Налажено тесное творческое сотрудничество с отделениями общей врачебной практики города:

- потребности отделений общей врачебной практики учитываются при разработке учебных программ колледжа;
- медицинские сестры-менеджеры и практикующие сестры отделения привлекаются к преподаванию, участию во внеаудиторных студенческих мероприятиях, работе Государственной аттестационной комиссии, международной деятельности колледжа;

- студенты проходят практическое обучение в отделениях ОВП, где выполняют исследовательские дипломные работы.

Цели исследования определяются нуждами практического здравоохранения и посвящены, как правило, определению потребностей пациента и семьи в целом, планированию долгосрочной медико-социальной помощи семье, обучению пациента и членов семьи уходу. Результаты дипломных работ используются в отделениях врачей общей практики в виде памяток и рекомендаций для пациентов.

Новым направлением сотрудничества колледжа и ЛПУ явилось открытие Школ для пациентов. Организация работы по типу клубов включает тематические встречи с целью вторичной и третичной профилактики различных заболеваний, расширения социальных контактов и способности к самообслуживанию.

Для более эффективной организации работы команды «врач и семейная медицинская сестра» проводятся тренинги, практические занятия и семинары для медицинских сестер и врачей совместно с преподавателями колледжа и МАПО. Полученный опыт может быть интересен и практическому здравоохранению.

Изучать, оценивать и внедрять новые технологии в учебный процесс и в практику помогло многолетнее сотрудничество с Ливерпульским университетом имени Джона Моора (Великобритания) и учебными заведениями Финляндии.

В современных условиях возникла идея кооперации действий медицинской и социальной служб для более эффективной организации помощи нуждающимся семьям. В результате этого сформированы и работают команды, включающие врача, семейную медицинскую сестру, социального работника. Благодаря сотрудничеству этих команд и преподавателей колледжа возможно адресное оказание медико-социальной помощи с учетом приоритетов, определение сроков, вида и объема медико-социальных услуг каждому жителю микрорайона в течение длительного времени. Модель команды жизнеспособна и перспективна в развитии. Многообразие форм интеграции неисчерпаемо.

В колледже организовано тематическое усовершенствование для практикующих медицинских сестер:

- семейная медицинская сестра (сертификационный цикл);
- актуальные вопросы оказания медико-социальной помощи взрослым и детям;
- актуальные вопросы оказания медико-социальной помощи лицам пожилого возраста;
- социальный работник-младшая медицинская сестра по уходу за больными;

- менеджмент в сфере оказания медико-социальных услуг;
- первичная медико-санитарная помощь;
- эргономика и безопасное перемещение пациента.

В настоящее время практически во всех отделениях общей врачебной практики Санкт-Петербурга работают наши выпускники. Единый подход к подготовке специалистов семейного дела в СПбМАПО и колледже, единое видение целей и задач этой службы позволяют успешно взаимодействовать семейным врачам и медсестрам, подготовленным в стенах этих учебных учреждений. Накопленный опыт широко распространяется не только в районах нашего города, но и на Северо-Западе.

ПРОБЛЕМЫ И ПУТИ РЕШЕНИЯ ПОДГОТОВКИ ВРАЧЕЙ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ В РЕСПУБЛИКЕ МАРИЙ ЭЛ

Е.Ю.Жарова, В.В.Фризин, Н.Ю.Данилова

Министерство здравоохранения Республики Марий Эл,
ГОУ ВПО Казанский государственный медицинский университет

CHALLENGES AND SOLUTIONS IN TRAINING FOR GENERAL PRACTITIONERS IN REPUBLIC OF MARIY EL

E.Yu.Jarova, V.V.Frizin, N.Yu.Danilova

Ministry of Health of Republic Mariy El, Kazan State Medical University

Решение вопросов подготовки врачебных кадров в Республике Марий Эл до 2005 г. вызывало определенные сложности в связи с тем, что в республике нет медицинского вуза. Из-за отсутствия звена последилольной подготовки и переподготовки врачей Министерство здравоохранения Республики Марий Эл вынуждено ежегодно проводить выездные циклы для подготовки и переподготовки специалистов с привлечением преподавателей ведущих медицинских вузов России и направлять не менее 80 врачей на учебу за пределы республики. Ежегодно на выездных циклах проводится обучение более 550 врачей, расходы по отрасли «Здравоохранение» на эти цели составляют более 2,5 млн рублей в год.

Благодаря реализации договора о сотрудничестве между Министерством здравоохранения Республики Марий Эл и Казанским государственным медицинским университетом созданы клинические базы в республиканских лечебных учреждениях Республики Марий Эл для обучения врачей на кафедрах Казанского государственного медицинского университета. Это позволяет проводить подготовку и переподготовку врачей общей практики, участковых терапевтов и педиатров, а также врачей других специальностей на базе республиканской клинической больницы. В составе кафедр задействованы ведущие специалисты здравоохранения республики в качестве ассистентов, прежде всего для проведения практических занятий. При их подборе учитывался стаж работы по специальности и организации здравоохранения, научная деятельность и опыт работы по последилольному образованию врачей.

Организация подготовки и переподготовки врачей общей практики, осуществляемая за счет реализации республиканской целевой программы «Медицинские кадры», на клинических базах Республики Марий Эл силами кафедр Казанского государственного медицинского университета позволит значительно сэкономить средства, расходуемые на эти цели.

РАЗВИТИЕ ОБЩЕЙ ВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИКИ В РЕСПУБЛИКЕ КАРЕЛИЯ

Т.А.Карапетян, Н.В.Доршакова, О.Н.Конева
ГОУ ВПО Петрозаводский государственный университет

DEVELOPMENT OF GENERAL PRACTICE IN REPUBLIC OF KARELIA

T.A.Karapetyan, N.V.Dorshakova, O.N.Koneva
Petrozavodsk State University

В 1992 г. с приказа Минздрава РФ № 237 «О поэтапном переходе к организации первичной медико-санитарной помощи по принципу врача общей практики (семейного врача)» в России началось реформирование первичного звена здравоохранения. Необходимость развития общей врачебной практики на территории России более быстрыми темпами привела к появлению приказа Минздрава РФ № 84 «О порядке осуществления деятельности врача общей практики (семейного врача)» и Национального проекта «Здоровье».

Подобные изменения затронули и Карелию. Нужно отметить, что республика одной из первых приняла в 2000 г. Закон «Об общей врачебной (семейной) практике в Республике Карелия». Это связано с чрезвычайно высокой актуальностью развития семейной медицины в регионе. Для Карелии, как для северных территорий России в целом, характерно наличие специфических особенностей, которые влияют на организацию и характер оказания первичной медико-санитарной помощи населению и должны учитываться: характер расселения; географический фактор; климато-погодные условия, формирующие в том числе и наиболее распространенную среди населения патологию; экономические и социальные условия; характер труда; диспропорция в распределении средств на здравоохранение; высокий уровень заболеваемости, особенно в удаленных от центра районах с тенденцией к росту так называемых «социально обусловленных заболеваний» и болезней органов дыхания наряду с высокой смертностью трудоспособного населения от травм и отравлений, когда оказание грамотной медицинской помощи жизненно важно. Растут и требования населения Карелии к медицине: житель республики хочет получать максимально возможные виды медицинских услуг непосредственно по месту жительства, лечиться у квалифицированного врача и получать в необходимом объеме медико-социальную помощь. Решить эти проблемы поможет развитие службы семейной медицины на территории республики.

Кадры врачей для Республики Карелия готовит медицинский факультет Петрозаводского государственного университета (ПетрГУ). С 1996 по 1998 гг. на его базе при содействии программы ТАСИС «Поддержка реформ здравоохранения и социальной защиты в Республике Карелия» прошли двухгодичную очно-заочную последилольную переподготовку 11 стажированных врачей из сельских медицинских учреждений Карелии с присвоением им квалификации «Врач общей практики (семейный врач)». Это были первые специалисты в области семейной медицины, которые начали развивать общую врачебную практику в районах республики. Следующим шагом в этом направлении стал отказ в 1998 г. медицинского факультета от субординатуры для студентов VI курса по так называемым «узким» специальностям (терапия, хирургия и др.), так как

такое обучение в течение последнего года учебы наносит ущерб знанию остальных специальностей, сужает кругозор выпускника, позволяет забыть неинтересующие его предметы.

В 1999 г. на медицинском факультете ПетрГУ открывается курс «Врач общей практики — введение в специальность». Приказом Министерства здравоохранения РФ подобные курсы и кафедры семейной медицины открыты во всех медицинских институтах. Однако этот приказ не распространялся на медицинские факультеты университетов по причине другой ведомственной принадлежности — Министерству образования РФ. Открытие курса «Врач общей практики — введение в специальность» на медицинском факультете позволило проводить на выпускном курсе занятия по ознакомлению студентов с характером и содержанием работы врача общей практики, особенностям обследования и лечения пациентов таким специалистом и пр. В 1999 г. факультет получил лицензию на открытие двухгодичной клинической ординатуры по специальности «общая врачебная практика (семейная медицина)». К настоящему времени ее успешно окончили 5 врачей общей практики (ВОП), и обучаются еще 2 специалиста. Образовательная программа клинической ординатуры рассчитана на 2 года, занимает 3456 ч. и соответствует Государственному образовательному стандарту послевузовской профессиональной подготовки специалистов с высшим медицинским образованием по специальности «общая врачебная практика (семейная медицина)».

На базе Республиканской больницы им. В.А.Баранова 14.12.01 г. состоялось торжественное открытие Медицинского учебного центра подготовки ВОП в Республике Карелия, принадлежащего медицинскому факультету ПетрГУ. Это стало возможным в результате финансовой поддержки проекта сотрудников курса «Врач общей практики — введение в специальность» Институтом «Открытое общество» (Фонд Сороса, Россия). В Центре оборудованы учебные комнаты и лекционный зал, создана обширная библиотека, помогающая в подготовке к занятиям, и web-страничка Центра в сети «Интернет», закуплены современные обучающие и тестирующие компьютерные программы. Закономерным итогом происходящего стало создание в ноябре 2002 г. на медицинском факультете самостоятельной кафедры семейной медицины (общей врачебной практики), на которой работают опытные преподаватели, являющиеся членами Ассоциации врачей общей практики России. При обучении семейных врачей используется многолетний опыт соседней Финляндии. Сотрудничество включает проведение совместных семинаров, ознакомление с работой так называемой «скандинавской» модели семейной медицины — Центров здоровья, привлечение экспертов в сфере общей врачебной практики в разработку и реализацию проектов. Для формирования единого образовательного пространства на территории Северной Европы и использования накопленного в зарубежных странах опыта подготовки врачей общей практики кафедра семейной медицины создала в рамках Северо-Европейского открытого университета, образованного ведущими вузами стран Северной Европы, Скандинавии и Северо-запада России, Международный научно-образовательный центр общепрактической (семейной) медицины. Одним из аспектов его деятельности является разработка и апробация курсов дистанционного обучения врача общей практики по различным вопросам его деятельности (лечебно-диагностическому, клиническому, профилактическому и др.). Дистанционное обучение позво-

лит врачу постоянно совершенствовать свою квалификацию, быть в курсе современных новаций в медицине.

К настоящему времени на медицинском факультете подготовлено 48 ВОП. С 2004 г. в столице республики при большом содействии администрации г. Петрозаводска создаются отделения общей врачебной практики (семейной медицины) в поликлинических ЛПУ: МУЗ «Городская поликлиника № 5», МУЗ «Городская объединенная поликлиника № 3». Первое из них является клинической базой кафедры семейной медицины (общей врачебной практики) ПетрГУ. Работа ОВП пос. Кварцитный получила положительную оценку на Всероссийской конференции народов Севера на Ямале. Лицензии по данному виду деятельности имеют 10 ОВП, что позволило 7 из них вступить в систему обязательного медицинского страхования и получить дополнительный источник финансирования.

Разработаны методические рекомендации для врачей ОВП, включающие систематизированный перечень нормативных и отчетно-учетных документов, положение и критерии эффективности деятельности ОВП, стандарты лечения больных, порядок взаимодействия врача ОВП со службой скорой помощи, узкими специалистами, органами социальной службы, организация финансирования ОВП. Анализ деятельности общей врачебной практики в районах республики и в г. Петрозаводске свидетельствует об эффективности данной формы предоставления медицинской помощи населению при оказании первичной медицинской помощи. На территориях, закрепленных за ОВП, отмечено снижение количества вызовов скорой помощи; снижение обращаемости к узким специалистам; улучшение качества профилактической работы; интенсивное развитие стационарзамещающих технологий (дневной стационар и стационар на дому). Согласно анкетированию пациентов, подавляющее их большинство устраивает медицинское обслуживание врачом общей практики (99,04%) и они видят разницу в обслуживании участковым терапевтом и врачом общей практики (94,2%).

ОФТАЛЬМОЛОГИЯ В СЕМЕЙНОЙ (ОБЩЕВРАЧЕБНОЙ) МЕДИЦИНСКОЙ ПРАКТИКЕ: ПРОБЛЕМЫ ПРЕПОДАВАНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ

Т.Ю.Агафонова, О.А.Артамонова, Б.В.Головской, Н.А.Собянин, Я.Б.Ховаева
ГОУ ВПО Пермская государственная медицинская академия Росздрава

OPHTHALMOLOGY IN GENERAL PRACTICE: PROBLEMS OF TRAINING

T.Yu.Agafonova, O.A.Artamonova, B.V.Golovskoy, N.A.Sobyanin, Ya.B.Hovaeva
Perm State Medical Academy

Значительная часть заболеваний глаз относится к благополучной по своему прогнозу патологии, требует осуществления несложных и, чаще всего, эффективных мероприятий. Переориентация этой группы больных на семейных врачей может в значительной степени освободить офтальмологов, позволив им сконцентрировать свои усилия на тех направлениях, которые требуют временных затрат, длительной специальной подготовки и дорогостоящего оборудования. По нашим данным, среди всех обращающихся за медицинской помощью к семейному врачу пациенты с глазной патологией составляют 18,8%. Наиболее часты-

ми поводами для обращения служат травмы глаза и его придатков и воспалительные заболевания переднего отрезка глаза.

Кафедра терапии и семейной медицины ФУВ ПГМА осуществляет подготовку семейных врачей более 10 лет. Цель преподавания глазных болезней в рамках семейной медицины состоит в том, чтобы научить семейного врача понимать, когда ему следует лечить больного самостоятельно, а когда необходимо немедленно направить пациента к офтальмологу. Особенностью офтальмологии как клинической дисциплины является наличие множества инструментальных методов диагностики, в связи с чем обучение представляет значительные трудности. Вопросы офтальмологии освещаются на циклах первичной специализации, общего усовершенствования по семейной медицине, тематического усовершенствования по глазным болезням для семейных врачей.

На этапе первичной специализации по семейной медицине основное внимание уделяется освоению обучающимися практических навыков, поэтому практическим занятиям отведено 80% учебных часов. Для оптимизации учебного процесса внимание акцентируется на наиболее информативных методах, не требующих дорогостоящей аппаратуры и осуществимых в амбулаторных условиях (исследование в проходящем свете, при боковом освещении, обратная офтальмоскопия, офтальмотонометрия по Маклакову и др.). Занятия проводятся в тесном сотрудничестве с практикующими офтальмологами поликлиник и экстренной приемной офтальмологического стационара, что позволяет максимально приблизить учебный процесс к условиям последующей работы семейного врача. Контроль практической части осуществляется при помощи дневника, который включает описание офтальмологического статуса осмотренных пациентов и указание лечебных и диагностических процедур, выполненных обучающимся самостоятельно.

Теоретическая подготовка по офтальмологии включает сведения о глазной патологии, лечение которой осуществляет семейный врач самостоятельно (в основном это — воспалительные заболевания переднего отрезка глаза, начальная катаракта, пресбиопия, травмы глаза легкой степени тяжести), и сведения об экстренной помощи при состояниях, требующих вмешательства офтальмолога (тяжелые травмы глаза, глаукома, патология сетчатки, сосудистой оболочки, зрительного нерва, роговицы и т.д.). Практически не обсуждаются вопросы стационарной помощи, исключая проблемы, которые могут возникнуть у пациента на амбулаторном этапе после оперативного вмешательства (например, после экстракции катаракты, антиглаукомных хирургических вмешательств и т.д.). Особое внимание уделено патологии глаз вследствие общего заболевания (сахарный диабет, атеросклероз), что способствует целостному восприятию клинической картины у данного пациента. Контроль теоретических знаний проводится путем предварительного и заключительного тестирования. Показатели предварительного тестового контроля составляют в среднем $43 \pm 5,4\%$, заключительного — $80 \pm 8,2\%$ ($p=0,005$).

Важность данного этапа обучения иллюстрируется показателями наличия практических навыков у практикующих врачей до и сразу после первичной специализации по семейной медицине: измерение внутриглазного давления проводили 30% и 58% врачей соответственно, офтальмоскопию в прямом и обратном виде — 8% и 66%, подбор простых очковых корригирующих линз — 26% и 80% врачей. Особые трудности вызывают

прямая и обратная офтальмоскопия, причем только первичная специализация позволяет приобрести навыки ее проведения и трактовки картины глазного дна, поскольку число врачей, осуществляющих данный диагностический прием, не зависит от стажа: сразу после первичной специализации и через 5 лет работы этот показатель остается неизменным — 66%. В целом, если до первичной специализации только 28% врачей могли оказывать помощь при глазной патологии, сразу после специализации их число увеличилось (по данным самооценки) до 58%.

В рамках общего усовершенствования по семейной медицине преподавание офтальмологии сводится к обсуждению вопросов, возникших у врачей в процессе их практической деятельности. Как правило, после 5 лет работы все семейные врачи владеют такими важнейшими навыками, как подбор простых корригирующих очков и измерение внутриглазного давления тонометром Маклакова. Однако вызывает тревогу тот факт, что оказать экстренную помощь при травмах глаза могут 19% семейных врачей и только со стажем работы не менее 5 лет. Цветовосприятие определяют также стажированные врачи, причем только 5% из них. В связи с этим около 50% учебных часов, отведенных офтальмологии на общем усовершенствовании по семейной медицине, посвящено практическим занятиям, в том числе и в экстренной приемной офтальмологического стационара.

Тематическое усовершенствование семейных врачей по глазным болезням позволяет более подробно рассмотреть проблемы профилактики глазной патологии и наблюдения пациентов с хроническими заболеваниями органа зрения, причем внимание акцентируется на проблемах детской патологии, как наиболее сложной для диагностики и опасной в плане прогноза для зрительных функций, а также позволяет затронуть вопросы глазного протезирования (уход за протезом, правила замены, профилактика осложнений при ношении протеза и т.д.).

Таким образом, разработанная нами концепция преподавания офтальмологии как одной из составляющих семейной медицины соответствует стандартам подготовки семейных врачей (врачей общей практики), учитывает потребности практикующих врачей и осуществляется в тесном сотрудничестве со специалистами-офтальмологами.

ЭВОЛЮЦИЯ ПРЕПОДАВАНИЯ СЕМЕЙНОЙ МЕДИЦИНЫ В КАЗАНСКОМ ГОСУДАРСТВЕННОМ МЕДИЦИНСКОМ УНИВЕРСИТЕТЕ

**О.Н.Сигитова, В.С.Мороков, К.К.Яхин,
Э.А.Гурьянова, Р.М.Латыпов, Р.А.Надеева,
Е.В.Архипов**

Казанский государственный медицинский университет

EVOLUTION OF TEACHING OF FAMILY MEDICINE IN KAZAN STATE MEDICAL UNIVERSITY

**O.N.Sigitova, V.S.Morokov, V.S.Yahin, E.Ya.Guryanova,
R.M.Latypov, R.A.Nadeeva, E.V.Arhipova**
Kazan State Medical University

В 1993 г. на кафедре госпитальной терапии КГМУ был создан курс и разработана оригинальная программа подготовки врачей общей практики в рамках трехгодичной клинической ординатуры. В 1996 г. состоялся первый в республике Татарстан выпуск

врачей общей практики. За период с 1993 по 2003 г. клиническую ординатуру по специальности «общая врачебная практика» окончили 8 врачей. С 1997 г. проводятся циклы первичной специализации «общая врачебная практика (семейная медицина)» для стажированных терапевтов и педиатров. В первые годы преподавание проводилось преимущественно в стационаре на базе Республиканской клинической больницы (РКБ) силами сотрудников кафедры госпитальной терапии. Отсутствие собственной поликлинической базы создавало трудности в обучении ординаторов приемам и методам работы в амбулаторных условиях.

Кафедра общей врачебной практики (ОВП) организована в январе 2003 г. по решению ректора Университета, академика РАМН профессора Н.Х.Амирова. Созданию новой кафедры способствовало начало двухлетней программы гранта, полученного от фонда «Открытое общество» (фонд Сороса). На средства гранта оснащены два офиса общей врачебной практики (один — в поликлинике № 20 Казани, другой — на базе РКБ), которые являются основной учебно-клинической базой. В последние годы учебными базами кафедры стали Межрегиональный клиничко-диагностический центр (МКДЦ), Республиканская клиническая поликлиника (РКП), Консультативно-диагностический центр Авиастроительного района (КДЦ АР), поликлиники с дневным стационаром (ДС) и отделением общей практики № 2 и № 20 Казани. Это позволило вывести преподавание из стен стационара и приблизить к условиям реальной амбулаторной практики. В последние годы 70% учебного времени ординаторов приходится на амбулаторный прием больных.

Офисы ВОП оснащены современным амбулаторным диагностическим оборудованием: оториноларингоскопом, офтальмоскопом, электрокардиографом, пикфлоориметром, таблицей для определения остроты зрения, набором стекол для подбора очков, портативным глюкометром, а также аппаратом для искусственного дыхания, дефибриллятором, и муляжами: для отработки навыков внутривенных инъекций в локтевую вену, катетеризации мочевого пузыря у мужчин, исследования болезней женских половых органов и молочной железы. На практических занятиях учащиеся знакомятся с устройством, уходом, правилами использования диагностической и лечебной аппаратуры; на муляжах отрабатывают технику диагностических и лечебных манипуляций.

В МКДЦ учащиеся изучают современные высокотехнологичные методы диагностики (ультразвуковые, радиологические, ЯМР- и КТ-исследования) и организации труда (оформляют электронную историю болезни, участвуют в научно-практических телеконференциях с участием ведущих ученых-медиков России). В КДЦ АР учащиеся знакомятся с организацией работы врача общей практики в условиях частной медицины.

В дневном стационаре учащиеся приобретают навыки работы с больными, нуждающимися в интенсивном амбулаторном наблюдении и лечении. Клинические ординаторы участвуют в подготовке больных к лечению в условиях дневного стационара: устанавливают нозологический диагноз, стадию заболевания, функциональные нарушения, определяют объем необходимых параклинических методов исследования, обсуждают с больными цели и задачи лечения. Во время лечения больного в дневном стационаре ординаторы имеют возможность сами проводить лечебные и диагностические процедуры, наблюдать за эффективностью проводимого лечения, корректировать его.

* Подготовлена при содействии гранта РГНФ № 05-06-82607 а/У.

Классическую клиническую подготовку ординаторы получают в терапевтических и хирургических отделениях РКБ. В этих отделениях сосредоточены больные с наиболее значимой клинической симптоматикой, с осложнениями и редкими нозологическими формами. Здесь ординаторы курируют больных, присутствуют на обходах профессоров и доцентов, принимают участие в клинических конференциях. Два раза в месяц ординаторы работают вместе дежурным врачом своего отделения, приобретая практические навыки по оказанию неотложной помощи.

За последние годы изменился и качественный состав преподавателей кафедры ОВП. Так, все основные сотрудники кафедры прошли первичную специализацию по специальности «общая врачебная практика» и имеют соответствующий сертификат. Трое бывших ординаторов кафедры в настоящее время работают врачами общей практики в практическом здравоохранении и совмещают основную работу с преподавательской деятельностью на кафедре ОВП. Кафедра активно сотрудничает с зарубежными коллегами. Так, в октябре-ноябре 2003 г. профессор факультета семейной медицины из университета штата Мэй (США) доктор У.Альто проводил с курсантами и ординаторами клинические разборы амбулаторных и стационарных больных, прочитал семь лекций по актуальным вопросам семейной медицины.

Преподавание ведется в соответствии с Государственным стандартом послевузовской профессиональной подготовки специалистов с высшим медицинским образованием по специальности № 040110 «Общая врачебная практика /семейная медицина» (2005). Коллектив кафедры издал методические рекомендации по актуальным разделам ОВП, которые используются в учебном процессе: Практические навыки по общеврачебной практике (семейной медицине) под ред. О.Н. Сигитовой. (2004 г.) и Схема обследования пациента в общей врачебной практике (2005) с грифом УМО.

Совершенствование материально-технической базы кафедры, расширение спектра клинических баз, высокая квалификация сотрудников кафедры ОВП привлекают все большее число врачей, желающих закончить клиническую ординатуру по специальности «общая врачебная практика». Если раньше нам приходилось проводить агитацию среди врачей и студентов для привлечения в клиническую ординатуру, то в последние годы число желающих превышает количество бюджетных мест. С 1993 г. ежегодно на кафедре проходят обучение 10–11 клинических ординаторов.

ТРУДНОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ ОБЩЕЙ ВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИКИ*

Б.В.Головской, Т.М.Зиньковская, Я.Б.Ховаева
ГОУ ВПО Пермская государственная медицинская академия Росздрава

DIFFICULTIES OF FORMING OF TEACHER OF GENERAL PRACTICE

B.V.Golovskoy, T.M.Zinkovskaya, Ya.B.Hovaeva
Perm State Medical academy

Врач общей практики должен оказывать помощь всем членам семьи независимо от возраста, пола и заболевания. По-

требность в подготовке таких врачей обусловлена рядом причин. В поликлиниках создалась разобщенность специалистов, участковый терапевт при отсутствии специальной подготовки стал узким специалистом по патологии внутренних органов; превратился в диспетчера, определяющего, куда направить больного. За счет этого создается несогласованность обследования и лечения, что ведет к ошибочным решениям. Больные с запущенными и неправильно диагностированными заболеваниями приходится, в основном, на поликлиническую службу. В связи с этим возникает необходимость в реорганизации первичного звена, совершенствовании подготовки врачей по специальности общей врачебной практики, что связано также с интересами обеспечения непрерывности оказания медицинской помощи.

Возникает вопрос, возможно ли изменить взгляд врача на стандарты ведения больных? Чтобы этого добиться, во-первых, необходима перестройка организации преподавания общей врачебной практики, нужны преподаватели семейной медицины с другим подходом к методике преподавания, с современным пониманием задач, стоящих перед врачами общей практики (ВОП), умением научить по-новому взглянуть на проблемы больного.

Большая часть пациентов ВОП — терапевтические больные. Исходя из этого, при создании кафедр семейной медицины можно формировать сборную команду из преподавателей различных профилей или «обновлять» знания слушателей по смежным дисциплинам на специализированных кафедрах у квалифицированных специалистов определенного профиля. Работая по последнему варианту, мы становились, в какой-то мере, организаторами и методистами при составлении рабочих программ. Приходилось следить, чтобы преподавание на специализированных кафедрах проводилось по тем нозологическим формам, методам лечения и исследования, которые необходимы в амбулаторных условиях. Профильные кафедры стремились, в первую очередь, дать теоретические знания по своей дисциплине, большая часть которых выходила за пределы компетенции ВОП. Недостаточное внимание уделяли практическим навыкам и умениям, необходимым поликлиническому врачу. Будущим врачам общей практики демонстрировали операции резекции отделов желудочно-кишечного тракта, щитовидной железы, экстирпации матки, замены хрусталика, которые не входят в перечень их практических навыков и умений.

Для улучшения преподавания был создан учебный класс, в котором созданы все необходимые условия для работы ВОП, проведено оснащение требуемым оборудованием, инструментами. Работу проводили в условиях городской поликлиники.

Создание учебной базы не решало задачу преподавания. Возникла острая необходимость в подготовке преподавателей. Доценты и ассистенты кафедры прошли специализацию по одной-двум смежным дисциплинам, получили сертификаты специалистов по акушерству и гинекологии, офтальмологии, отоларингологии, неврологии, инфекционным болезням, отоларингологии и т.д. Для углубления практических навыков и умений преподаватели постоянно повышают свою квалификацию, работая с «узкими» специалистами в поликлинике. Это позволяет не направлять слушателей циклов специализации по общей врачебной практике на смежные кафедры, а обучать основным смежным дисциплинам силами преподавателей кафедры, внедряя практические навыки и умения, необходимые

в условиях амбулаторного приема. Опрос слушателей по освоению практических навыков показал, что возможности самостоятельного выполнения манипуляций возросли.

Вторая задача обучения заключается в подготовке ВОП для сельского здравоохранения, где необходимость в них наиболее острая. Появилась потребность в создании учебной базы в условиях села, обучении врачей в условиях, приближенных к тем, в которых они будут работать.

Учебная база в условиях сельского здравоохранения потребовала перестройки работы преподавателей. Сотрудникам кафедры пришлось осваивать методы дистанционного обучения для внедрения и обеспечения которого были созданы сайт кафедры, часть учебных модулей. Это обеспечило возможность врачам сельской местности осваивать специальность без длительного отрыва от непосредственной работы на местах. В преподавании ВОП в условиях сельского учебного центра принимают участие опытные ВОП, прошедшие специализацию и усовершенствование на нашей кафедре. Практические навыки и умения отрабатываются слушателями с врачами «узких» специальностей в поликлинике. Для повышения эффективности занятий сотрудникам кафедры необходимо перестраивать свои взгляды на преподавание, овладевать новыми знаниями, воспитывать в слушателях ответственность за принятие первичного решения, обеспечение медицинской помощи, которая должна быть доступной и комплексной, ориентированной на пациента, нацеленной на семью, при необходимости ВОП должен консультироваться со специалистами. Преподавателям следует воспитывать в слушателях целостное отношение к больному, устранять в них черты регуляторщика, решающего, куда направить больного в зависимости от характера заболевания.

Этого можно добиться только в том случае, если все сотрудники кафедры будут сами постоянно учиться и совершенствовать свои знания. Преподавателям необходимо постоянно подчеркивать важность в семейной медицине всеобъемлющего, всестороннего внимания к человеку и его проблемам в индивидуальных, конкретных жизненных обстоятельствах. При этом важно не только соматическое, но психическое и социальное консультирование здоровых и больных.

Важным этапом в работе преподавателей кафедры семейной медицины является подготовка учебных пособий, ориентированных на ВОП, отражающих идеологию семейного врача, направленных на профилактику и организацию школ по предупреждению и лечению заболеваний.

Перед преподавателями общей врачебной практики стоит задача проведения квалификационных экзаменов у ВОП. Воздействие экзамена на процесс обучения многогранно; содержание, структура и метод проведения экзамена могут определять структуру обучения, в известной степени влияя на методы обучения.

Разработка этапности экзаменов, подготовка тестовых вопросов, клинических ситуационных задач, составление вопросов теоретической части экзамена по всем разделам общей врачебной практики — неотъемлемая часть работы преподавателя общей врачебной практики.

Таким образом, формирование преподавателя общей врачебной практики является трудной задачей, рассчитанной на длительный период подготовки, создающей оптимальную теоретическую и психологическую характеристику преподавателя семейной медицины.

ЗНАЧИМОСТЬ ПРЕПОДАВАНИЯ ОБЩЕЙ ВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИКИ В ФОРМИРОВАНИИ ВРАЧЕБНОГО МЫШЛЕНИЯ

Г.Ф. Лаптева

Новосибирская государственная медицинская академия

IMPORTANCE OF TRAINING OF GENERAL PRACTICE IN FORMING OF CLINICAL THINKING

G.L. Lapteva, Novosibirsk

Novosibirsk State Medical Academy

Общая врачебная практика, как клиническая дисциплина, имеет объектом изучения болезни человеческого организма как единого целого во взаимосвязи его органов и систем с окружающей средой; изучает пути сохранения и восстановления здоровья. Именно общая врачебная практика предоставляет здравоохранению и обществу единственных в своем роде специалистов, которые на деле могут осуществить индивидуальный подход в лечении и профилактике заболеваний, выявлении болезней на ранних стадиях, т.е. обеспечить при идеальных условиях истинное повышение уровня здоровья населения (а не только изменение структуры смертности и заболеваемости), тем самым наиболее полно выполнить потребности общества в реальных условиях. Однако этим не исчерпывается ее важность для общества в целом, она является важнейшей клинической дисциплиной, служащей формированию врачебного мышления и мировоззрения на студенческой скамье медицинского вуза, повышению врачебного мастерства на последипломном этапе подготовки.

Фундаментальными концепциями и отличительными признаками общей врачебной практики, являются прямой доступ и длительность (непрерывность) наблюдения. Следствием этого является невозможность ограничения деятельности данного специалиста какими-либо рамками (нозологическими, возрастными и пр.). Из этого вытекает необходимость предоставления особого «поля клинического опыта» во время обучения для формирования врачебного мышления (врачебной памяти, интуиции и др.), новых качеств личности будущего врача. Формирование специфического «поля клинического опыта» возможно только в условиях прямого доступа (когда пациент может обратиться к врачу с любым впервые возникшим недомоганием — от простого респираторного заболевания до инфаркта миокарда или аппендицита), т.е. в амбулаторных (поликлинических) условиях. В такой реальной обстановке, когда не только преподаватель (фактически и юридически), но и обучающийся (морально) несут ответственность за должное оказание медицинской помощи пациенту, впервые обратившемуся с каким-либо недомоганием, создается наиболее благоприятная для обучения психологическая атмосфера доверия, сопереживания, что наилучшим образом способствует раскрытию творческих способностей обучающихся.

Возможности, которые предоставляет общая врачебная практика как дисциплина и специальность в формировании врачебного мышления, в закладке самостоятельного опыта, чрезвычайно велики, так как работа в условиях прямого доступа рождает множество проблем, трудно решаемых без клинического опыта, без практики перевода теоретических знаний в практическое умение в условиях отсутствия нозологических и прочих рамок врачебной деятельности, а непрерывность

(длительность) наблюдения позволяет практически всегда (рано или поздно) увидеть как свои, так и чужие врачебные ошибки или достижения.

Процесс формирования врачебного мышления настолько важен для будущих специалистов любого профиля, что забота об организации наиболее рациональной и эффективной работы кафедр общей врачебной практики и поликлинической терапии (как додипломного этапа) должна быть в буквальном смысле общей для всех кафедр — и теоретических, и клинических. Именно эта клиническая дисциплина является своеобразным «полигоном» проверки выживаемости, полноты знаний по разным дисциплинам (в том числе «базовым»), сравнения эффективности различных методических приемов преподавания. Несмотря на всю актуальность этого, основным является формирование врачебного мышления, врачебной интуиции у будущих врачей, получение наглядных уроков роли правильного деонтологического решения тех или иных вопросов и др. На поликлиническом этапе обучения студенты впервые видят не декларирование, а осуществление на деле индивидуального подхода к больному и по своим силам и возможностям в этом участвуют. Они начинают более четко осознавать важность не только накопления знаний (как определенного объема фактического материала), но и умения их использовать, приобретения способности самостоятельно решать вопросы, на которые нет готовых ответов.

Совершенно ясно, что обучение в условиях общей врачебной практики требует не только высокого педагогического и врачебного мастерства, но и оптимальной организации учебного процесса, достаточного учебного времени, соответствующего современного оборудования. Анализ частоты встречаемости различных клинических ситуаций при обучении студентов на кафедре поликлинической терапии показывает, что минимально достаточное «поле клинического опыта» достигается при 8–10-недельном цикле. Уменьшение учебного времени, кроме «сужения» возможностей обучения, приводит к необходимости интенсификации педагогического процесса, к которому обучающиеся, как правило, не готовы. Кроме того, это увеличивает и без того большую ответственность и врачебную нагрузку преподавателя, что в условиях малой дифференцированности ситуаций, которые присущи общей врачебной практике, усиливает напряжение в работе, связанное с предупреждением возможных пропусков прогностически опасных состояний.

Известно, что простая сумма разного рода «специализаций» без формирования специфической врачебной логики (врачебного мышления) и умения самостоятельно находить необходимое решение не приводит к основной цели обучения — превращению сознания обучающегося в сознание специалиста (врача). Работа в мало дифференцированных условиях (амбулаторно-поликлиническая служба, скорая помощь), дает прекрасную возможность для тренировки врачебной логики, интуиции, профессиональной памяти. Это важно для всех этапов обучения — от студенческой скамьи (на додипломном этапе), до последипломного образования, кроме того, для подготовки преподавателей клинических кафедр.

Наш более чем пятнадцатилетний опыт работы показывает, что важными факторами, влияющими на качество обучения и его конечный результат, являются следующие: преподавание поликлинической терапии, начиная не менее, чем с 4 курса; 8–10 недельный цикл на 6 курсе в «малых» группах (не более

5–6 человек) с включением дежурств на «скорой помощи»; введение системы индивидуальных отчетов по различным видам самостоятельной работы обучающихся (по обслуженным вызовам, дежурствам, планам реабилитации при различных заболеваниях, направлениям на МСЭК и пр.), использование рейтинговой оценки знаний и умений студентов на зачете, программ на ЭВМ (для формирования устойчивого запоминания наиболее важной информации). Для формирования соответствующего «поля клинического опыта» в интернатуре, ординатуре и на ФУВ требуются иные условия (длительность цикла, приемы обучения и пр.). Во всех случаях наиважнейшим фактором являются педагогическое мастерство преподавателя и оптимальная организация его работы.

Таким образом, процесс обучения в общей врачебной практике на различных его этапах имеет все основные компоненты обеспечения наиболее эффективной педагогической деятельности: а) наглядность улучшения количественных и качественных характеристик (о способностях обучающегося судят по его делам; у всех обучающихся происходит накопление их личных достижений и индивидуального опыта); б) личная ответственность обучающегося за принимаемые им решения, уверенность, что его действия обязательно получат объективную оценку, и связанный с этим эмоциональный «накал» позволяют достичь прочного усвоения знаний; в) удовлетворенность обучением за счет самостоятельных профессиональных достижений в «реальных условиях» (степень корректировки преподавателем решений, принятых обучающимся, не имеет большого значения).

Традиционно сложившаяся еще со времен земской медицины система амбулаторной медицины, трансформировавшаяся в новые формы и наполненная новым содержанием в соответствии с потребностями и возможностями современного общества, таит большие возможности для преподавания и формирования врачебного мышления.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ В ПОДГОТОВКЕ ВРАЧЕЙ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ ПО ХИРУРГИИ

А.К.Лебедев

ГОУ ДПО «Санкт-Петербургская медицинская академия
последипломного образования Федерального агентства
по здравоохранению и социальному развитию»

MODERN APPROACHES IN TRAINING FOR GENERAL PRACTITIONERS IN SURGERY

A.K.Lebedev

St-Petersburg Medical Academy of Postgraduate Studies

Подготовка врачей общей практики по хирургическим специальностям и формирование пространственного мышления представляет собой непростую и многогранную задачу. Обучение слушателей в этом аспекте осложняется тем, что большая часть врачей, проходящих цикл профессиональной переподготовки, исходно имеют подготовку по терапии и не владеют в достаточной мере методикой обследования хирургического больного. И если диагностика заболеваний конечностей, как правило, не вызывает значительных трудностей, то дифференциальная диагностика патологии живота и таза всегда затруднительна. В первую очередь это связано с недостаточным знанием топографо-анатомических взаимоотношений органов и анатомических структур этих полостей.

Для изучения пространственных взаимоотношений анатомических элементов слушатели кафедр хирургического факультета без стажа работы по хирургии обязаны проходить полугорамесячный цикл тематического усовершенствования «Основы хирургии». При подготовке слушателей по семейной медицине весь хирургический блок занимает 3 недели, что, конечно же, не может быть достаточным для того, чтобы освоить основы хирургических дисциплин. В связи с этим в общей врачебной практике применяется синдромальный подход к ведению пациентов, построенный на пошаговой диагностике. Так, например, при увеличении живота в первую очередь следует провести дифференциальную диагностику основных состояний, приводящих к этому: наличие жидкости или газа в брюшной полости, беременности или непосредственного увеличения органов желудочно-кишечного тракта, забрюшинного пространства или таза. Обычно для этого достаточно перкуссии и пальпации, в ряде случаев требуется проведение ультразвукового исследования. При выявлении жидкости следует помнить, что наиболее опасным состоянием, приводящим к асцитам, являются опухолевые заболевания, а наиболее частыми состояниями — цирроз печени и правожелудочковая сердечная недостаточность. Диагностический алгоритм предполагает последовательное выполнение УЗИ, определение уровня альбумина сыворотки крови, выслушивание сердца и легких, при необходимости — парацентез с цитологическим и бактериологическим анализом асцитической жидкости. В результате врач общей практики предполагает ведущий симптом или синдром, определяет необходимость и срочность госпитализации, формирует план лечения.

Для интенсификации обучения и формирования пространственного мышления, особенно для врачей общего профиля, в наиболее прогрессивных образовательных учреждениях США и Европы внедряют в обучение компьютерные модели различных областей тела человека. Созданы компьютерные варианты строения человека и отдельных органов. Пространственное строение и индивидуальные особенности расположения анатомических элементов и объемных патологических образований в полостях организма помогают отобразить приборно-графические методы исследования: компьютерная и магнитнорезонансная томография, ультразвуковая диагностика, двухмерные и трехмерные компьютерные графические системы. Эти методы, аналитически точно передающие расположение анатомических структур тела, все шире используются для выработки оптимальной диагностической и лечебной тактик, для оценки тяжести состояния, операбельности и прогноза заболевания, определения путей предотвращения возможных ошибок и осложнений.

Из-за variability строения живота и таза в атласах и руководствах не удается адекватно отобразить истинные анатомические соотношения и индивидуальные особенности. Изучать громоздкие описания топографоанатомических взаимоотношений, описываемых в монографиях у практикующего врача не хватает времени. Кроме того, без наличия достаточного опыта, представить по описаниям в литературе расположение структур в трехмерном пространстве, дано не каждому человеку.

Наличие удобных для восприятия трехмерных моделей различных органов и систем, выполненных на основании аналитического описания трупов и комплексов внутренних органов, проведенного методом послойной препаровки и морфометрии всех анатомических элементов, облегчает развитие

пространственного восприятия структурных элементов тела человека. Модели позволяют изучать особенности строения и варианты строения живота и таза.

Кафедра семейной медицины СПбМАПО активно перенимает опыт кафедры оперативной и клинической хирургии с топографической анатомией, имеющей большой опыт создания моделей различных анатомических отделов. На основе компьютерного синтеза построено более 30 вариантов строения правого и левого легкого, более 20 вариантов строения анатомических элементов верхнего этажа брюшной полости и таза. В трехмерной графической модели воспроизведено многослойное и объемное изображение органов груди и живота для более эффективного изучения и анализа топографической анатомии. Такой графический образ можно изменять в диалоговом интерактивном режиме, воспроизводить в большинстве компьютерных графических форматов, пересылать полученные модели в сети Интернет, проводя дистанционное обучение и консультирование.

Наш опыт показывает, что методический подход с использованием компьютерных моделей, позволяет лучше отображать послойное расположение анатомических элементов по сравнению с материалами атласов и руководств, обеспечивает возможность существенного расширения и дополнения процесса обучения, что в целом призвано повышать его качество.

ПРОБЛЕМЫ ПАДЕНИЙ ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА В ПРАКТИКЕ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА

А.К.Лебедев, Л.Н.Дегтярева

ГОУ ДПО «Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию»

PROBLEMS OF FALLS AMONG ELDERLY IN GENERAL PRACTICE

A.K.Lebedev, L.N.Degtyareva

St-Petersburg Medical Academy of Postgraduate Studies

В России проживает около 30 млн лиц пожилого возраста и отмечается тенденция к увеличению доли лиц пожилого возраста в популяции. По данным официальной статистики, более трети лиц старше 60 лет падают, по крайней мере, один раз в году, причем половина падений приводит к повреждениям тканей организма. Из больных с переломами бедренной кости 25% погибают в течение первых 6 мес. после травмы, и только 25% возвращаются к прежней активности. При этом, если переломы шейки бедра обычно регистрируются, то компрессионные переломы тел позвонков, сопровождающиеся «лишь» болевым синдромом, нарушением осанки и искривлением позвоночника, зачастую остаются недиагностированными.

Чтобы помочь пожилому человеку справиться с возрастными изменениями, необходимо хорошо знать, что происходит со стареющим организмом. Этому вопросу мы стараемся уделять достаточное внимание при обучении семейных врачей на кафедре семейной медицины СПбМАПО. Несмотря на то, что остеопороз и его осложнения — не только медицинская, но и социально-психологическая проблема, именно врач первичного звена является основным специалистом, который сталкивается с ними. В этой связи врач должен помнить, что медицинские и социально-психологические проблемы тесно

связаны, и решение одной из них может дать положительный результат в решении другой, и наоборот. Например, при потере надежды на выздоровление в результате госпитализации в больницу по поводу перелома шейки бедра, когда больному 70-ти лет отказано в хирургическом лечении, а уходом никто не занимается, развивается депрессия, сопровождающаяся отказом от приема пищи. Быстро возникающие из-за этого проблемы приводят к гибели больного.

Значительной проблемой является осуществление профилактических мероприятий медицинскими работниками. Ведущая причина этого даже не высокая загруженность врачей и медицинских сестер, а нежелание населения проявлять заботу о себе и своем ближнем при отсутствии выраженных клинических проявлений патологии. На кафедре семейной медицины СПбМАПО разработаны и активно внедряются в практику лекции и практические занятия, посвященные психологическим аспектам взаимоотношений врача и больного, возрастной психологии, повышению мотивации пациентов на здоровый образ жизни, другим вопросам медицинской психологии в семейной медицине. Консультирование пожилого пациента является особым видом медицинской помощи, которым врач общей практики должен овладеть в совершенстве наряду с традиционными дисциплинами.

Кроме того, бороться за изменение привычек и образа жизни пациентов становится все труднее. При этом ведущую роль играет не только финансовый фактор, а надежды пациента достигнуть желаемого результата, не прилагая для этого усилий, с помощью заветной таблетки, тогда как в профилактике остеопороза большое значение имеет гимнастика.

Физические упражнения не только приостанавливают потерю мышечной и костной массы, но и способствуют нарастанию силы, увеличению двигательной активности даже у очень пожилых людей. При выраженном болевом суставном синдроме показаны изометрические упражнения. После занятий физкультурой в течение 1–2 мес. многие пожилые люди отказываются от тростей и ходунков. Двигательная активность и физические упражнения с дозированной нагрузкой помогают сохранить подвижность и физическую силу в любом возрасте.

Семейные врачи должны знать, что походка пожилых становится медленной, неустойчивой, с укороченным шагом, шаркающей. Поворачивается пожилой человек медленно, неуклюже, с разной скоростью в разных частях тела. Такие нарушения походки часто приводят к падению и к переломам костей. Для профилактики падений при ходьбе должна быть хорошая опора в виде прочной трости, ходунков, поручней вдоль стен. Обувь должна быть удобной и устойчивой, а при наличии деформаций стоп — ортопедической. Подошвы ботинок необходимо снабжать приспособлениями, предотвращающими скольжение. Полы в кухне, коридорах, ванной и туалете должны быть сухими и нескользкими, покрытыми резиновыми ковриками, препятствующими скольжению. Края напольных покрытий должны быть фиксированы к полу, наличие стыков крайне нежелательно. Мебель не должна мешать передвижению, иметь по возможности закругленные края, а углы стен рекомендуется закрывать резиновыми протекторами. Доказано, что ношение протекторов бедра достоверно снижает частоту переломов шейки бедра у лиц, имеющих факторы риска. Надо помнить, что, до $\frac{2}{3}$ падений пожи-

лых людей могут быть предотвращены. А несложное обучение основным правилам, которые надо соблюдать при падении, снижает частоту и тяжесть переломов. Эти и многие другие важные проблемы обучения пациентов рассматривают на практических занятиях по физической активности и ее значению для нормальной жизнедеятельности и предупреждению заболеваний, а также по обучению населения и консультированию пациента по вопросам здорового образа жизни.

Таким образом, развитие профилактического направления у пациентов пожилого возраста, повышение мотивации пациентов к контролю состояния костно-мышечной системы, а также повышение информированности медицинского персонала и обучение пациентов представляются наиболее важными аспектами в работе с пожилыми людьми.

ДЕСЯТИЛЕТНИЙ ОПЫТ ПРЕПОДАВАНИЯ ЦИКЛА «ACLS» НА КАФЕДРЕ СЕМЕЙНОЙ МЕДИЦИНЫ СПбМАПО

В.В.Мордовин, Т.А.Дубикайтис

ГОУ ДПО «Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию»

TEN-YEARS TRAINING EXPERIENCE OF «ACLS» COURSE AT THE DEPARTMENT OF FAMILY MEDICINE

V.V.Mordovin, T.A.Dubikaytis

St-Petersburg Medical Academy of Postgraduate Studies

В отличие от многих стран, где широко внедрены обучающие программы по оказанию помощи пострадавшим с остановкой сердца, в нашей стране необходимость широкого обучения врачей навыкам сердечно-легочной реанимации, к сожалению, актуальна и сегодня. Связано это с тем, что в программах медицинских вузов не уделено должное время обучению сердечно-легочной реанимации и отсутствуют единые стандарты преподавания.

Тестирование ординаторов и интернов СПбМАПО по данному предмету показало, что теоретические знания отрывочны и не могут быть применимы в полной мере на практике, а необходимые практические навыки по поддержанию жизненно важных функций пострадавшего почти полностью отсутствуют или выполняются неправильно. Также следует отметить низкую степень мотивации к обучению у большинства студентов. Аргументами служат фразы типа: «Мы с этим никогда не столкнемся» (характерно для будущих косметологов, дермато-венерологов, физиотерапевтов, стоматологов) и «если что-то произойдет, то позовем реаниматолога» (характерно для терапевтов, хирургов, гинекологов).

В то же время совершенно очевидно, что с внезапной остановкой сердца может столкнуться не только врач любой специальности, но и любой человек, не имеющий медицинского образования. От правильности, быстроты наших действий будет зависеть жизнь пострадавшего. Поэтому, начиная с 1996 г. приказом ректора в СПбМАПО было введено обязательное обучение клинических ординаторов и интернов академии на цикле «Расширенная реанимация» на базе кафедры семейной медицины. Основой такого курса стали международные стандарты оказания неотложной помощи Advanced

Cardiac Life Support (ACLS), разработанные Американской ассоциацией сердца, регулярно пересматриваемые и основанные на принципах научно-доказательной медицины. Все преподаватели цикла прошли международную подготовку в рамках американского обучающего тренинга.

В адаптированный курс включены следующие разделы: базисная реанимация, общие принципы расширенной реанимации, клиническая фармакология препаратов, используемых при сердечно-легочной реанимации, алгоритмы проведения расширенной реанимации; реанимационные мероприятия, требующие использования специального оборудования; шок и противошоковая терапия, основы ЭКГ, а также особенности оказания неотложной помощи у детей. Особое внимание уделено формированию правильных практических навыков при оказании неотложной помощи, для чего был создан манекенный класс.

За время существования курса «Расширенная реанимация» на кафедре семейной медицины обучено 1790 слушателей. Подавляющее большинство из них после обучения на цикле начали серьезно относиться к предмету, понимая полезность полученных знаний, что отразилось в результатах итогового тестирования, а также при сдаче экзамена на манекене. Это подтверждается и результатами анонимного опроса слушателей. Цикл оценивался как крайне полезный и интересный.

Понимая высокую востребованность учащимися современных пособий по сердечно-легочной реанимации, наша кафедра совместно с кафедрой анестезиологии и реаниматологии СПбМАПО в 2005 г. выпустила учебное пособие «Сердечно-легочная и расширенная реанимация», получившее гриф УМО и рекомендованное для системы послевузовского профессионального образования врачей.

МЕЖДУНАРОДНОЕ СОТРУДНИЧЕСТВО КАК ВАЖНЫЙ РЕСУРС ПОДГОТОВКИ СЕМЕЙНЫХ ВРАЧЕЙ В УСЛОВИЯХ РЕФОРМИРОВАНИЯ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И ФАКТОР КОНКУРЕНТОСПОСОБНОСТИ В НОВОЙ ЭКОНОМИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ

Е.Б.Шемборская

ГОУ ДПО «Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию»

INTERNATIONAL COLLABORATION AS IMPORTANT RESOURCES FOR TRAINING OF FAMILY PHYSICIANS UNDER OF CONDITION OF REFORMING OF HEALTH CARE AND FACTOR OF COMPETITIVENESS IN NEW ECONOMICAL SITUATION

E.B.Shemborskaya

St-Petersburg Medical Academy of Postgraduate Studies

На этапе реформирования системы здравоохранения в России и с развитием процессов глобализации и интернационализации во всех сферах жизни современного общества, в том числе и в здравоохранении, перед СПбМАПО, как образовательным учреждением последипломного медицинского образования, была поставлена новая цель — подготовка семей-

ных врачей, способных эффективно работать в изменяющихся условиях рыночной экономики. Учреждения последипломного медицинского образования создавались и формировались в рамках государственной политики и существующая система обучения, ее методы и порядок их регулирования приспособлены к национальной экономике и культуре конкретной страны. Пока в мире не существует единой международной системы последипломного обучения семейных врачей, даже если есть определенная модель — российская, скандинавская, американская или британская, — то она в целом или ее элементы используются другими странами только для построения собственной образовательной системы в этой области.

Кафедра семейной медицины СПбМАПО, созданная в 1996 г., является яркой иллюстрацией эффективного использования как передового национального опыта, так и всех форм международного сотрудничества, среди которых участие в проектах, финансируемых за счет грантов, имело приоритетное значение. Дополнительное финансирование из этих источников позволило оснастить учебно-клинический Центр семейной медицины и кафедры в соответствии с международными стандартами, а также осуществить обучение и стажировку преподавателей на базе зарубежных университетов. Внедрение новейших информационных технологий и методологии преподавания, расширение учебных планов создали условия для привлечения дополнительных финансовых поступлений, благодаря привлечению слушателей, обучающихся на контрактной основе. Это позволило обеспечить успешное функционирование кафедры и Центра семейной медицины после окончания программ грантов. Кроме того, отработанная модель подготовки семейных врачей была продублирована на базе региональных кафедр академии, открытых в Пскове, Мурманске и Вологде, работающих при методической поддержке кафедры семейной медицины СПбМАПО. Таким образом, активное привлечение международных фондов позволило обеспечить развитие оптимальной модели подготовки семейных врачей для Северо-Западного региона Российской Федерации.

Подготовка преподавателей кафедры за рубежом обеспечила им необходимый уровень для участия в международных процессах обмена знаниями, использования других ресурсов международного сотрудничества для повышения качества преподавания, оказания медицинской помощи и проведении научных исследований. Это создало необходимые условия для конкурентоспособности не только в сфере последипломного медицинского образования, но и в сфере оказания медицинских услуг, о чем свидетельствует увеличение финансирования Центра семейной медицины в рамках добровольного медицинского страхования.

Таким образом, международная деятельность может являться важным ресурсом для реализации нового направления в последипломном образовании, развитие которого в современных условиях является гарантией конкурентоспособности в различных сферах деятельности медицинского образовательного учреждения.

ОБУЧЕНИЕ ВРАЧЕЙ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ ВОПРОСАМ ПОДРОСТКОВОЙ МЕДИЦИНЫ ЗА РУБЕЖОМ

А.М.Куликов, В.П.Медведев

ГОУ ДПО Санкт-Петербургская медицинская академия
последипломного образования

TRAINING OF GENERAL PRACTITIONERS IN ADOLESCENT MEDICINE ABROAD

A.M.Kulikov, V.P.Medvedev

St-Petersburg Medical Academy of Postgraduate Studies

По мнению зарубежных специалистов, идеальный специалист для первичной охраны здоровья молодежи — семейный врач, так как он хорошо знает местную общину, семью и школу. Чем взрослее подросток, тем реже он идет к педиатру и тем чаще — к семейному врачу. При этом основными пожеланиями молодежи к семейным врачам остаются: обеспечение конфиденциальности — 80%, заинтересованность доктора в подростке — 50%, прием в день обращения — 40%, возможность выбора врача по гендерному признаку — 33%. В свою очередь нередко семейные врачи отмечают проблемы в общении с подростками, в оценке их развития и недостаточность знания подростковой медицины. Таким образом, не вызывает сомнения необходимость обучения врачей первичного звена таким вопросам. Западноевропейский семейный врач имеет несколько вариантов повышения квалификации.

К самому популярному относится самоподготовка путем изучения материалов, представленных на сайтах профессиональных ассоциаций: национальных и международной ассоциации здоровья подростков <http://www.iaah.org/>. В США с 1968 г. успешно работает Общество подростковой медицины (The Society for Adolescent Medicine) <http://www.adolescenthealth.org/>, существует отдел здоровья подростков Американской медицинской ассоциации <http://www.ama-assn.org/ama/pub/>, с 1978 г. работает секция здоровья подростков Американской академии педиатрии <http://www.aap.org/pubserv/>.

Профессиональные сообщества регулярно проводят конференции и симпозиумы, издают журналы по охране здоровья подростков — Journal of Adolescent Health, Journal of Adolescent Health Care, Journal of Adolescence, Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine, Journal of Adolescent Health and Welfare. Кроме того, журналы по педиатрии и по семейной медицине регулярно публикуют статьи по актуальным вопросам подростковой медицины.

Отдел здоровья и развития детей и подростков ВОЗ (Department of Child and Adolescent Health and Development, World Health Organization, 1211 Geneva 27, Switzerland, email: cah@who.int) с 2005 г. предлагает специалистам набор методических материалов по овладению основными вопросами подростковой медицины (Orientation Programme on Adolescent Health for Health-care Providers).

Базовый курс включает наиболее актуальные для врача вопросы: понятие подросткового возраста, значение подростков для общественного здравоохранения, сексуальное и репродуктивное здоровье подростков; службы, дружественные к подросткам; пубертатное развитие.

Факультативный курс предусматривает следующие разделы: инфекции, передаваемые половым путем; беременность и роды у подростков, наркомания у подростков, психическое здоровье, рациональное питание подростков, ВИЧ/СПИД в подростковом возрасте, хронические заболевания молодежи, эндемичные заболевания подростков, травмы и насилие.

Несколько лет назад при Лозаннском университете (Швейцария) начала работу группа преподавателей, объединившая ведущих специалистов в области подростковой медицины из

ВОЗ и различных европейских стран — Бельгии, Германии, Грузии, Великобритании, Италии, Франции, Португалии, Швеции, Швейцарии. Ими была разработана максимально приближенная к запросам врачей учебная программа по охране здоровья подростков для специалистов первичной медико-санитарной помощи (EuTEACH: European Training in Effective Adolescent Care and Health). Основной курс включает следующие вопросы: понятие подросткового возраста, биопсихосоциальное развитие в подростковом возрасте, здоровье подростков: эпидемиология и приоритеты, подросток в семье, межсекторальное взаимодействие в охране здоровья подростков, права подростков на охрану здоровья, рискованное поведение подростков, медицинская профилактика у подростков. Специальный курс детализирует содержание основного: рост и развитие подростков, питание и физическая активность подростков, сексуальное и репродуктивное здоровье, психическое здоровье, общие медицинские проблемы подростков, хронические заболевания, нарушения питания у подростков, наркомания у подростков, травматизм и насилие у подростков.

Как видно, клинические аспекты в данной программе представлены весьма умеренно. По мнению зарубежных специалистов, врач, работающий с молодежью, прежде всего должен освоить методики и навыки общения с подростками, оценку развития в пубертатном периоде и профилактику рискованного поведения. Указанные материалы для учебных целей размещены на сайте: <http://www.euteach.com/>.

На базе Лозаннского университета по данной программе регулярно проводятся обучающие курсы продолжительностью 1 неделя для семейных врачей из разных стран. Интенсивность и насыщенность занятий при девятичасовом учебном дне весьма высоки. Треть занятий проводится в интерактивном режиме. Врач, успешно завершивший обучение, получает 2 ECTS кредита (80 учебных часов).

Основной вариант подготовки врачей первичного звена по подростковой медицине предполагает очно-заочное обучение. В качестве примера приводим методику обучения, принятую в Северной школе общественного здоровья (Nordic School of Public Health) в Гетеборге, Швеция. Слушатели в течение 20 дней работают с учебно-методическими материалами сайта EuTEACH, далее следует первая очная часть (6 дней), затем заочная часть в течение месяца, которая завершается итоговой очной частью длительностью 5 дней. Данный курс приравнивается к получению 7,5 кредитов ECTS.

Следует отметить, что в западной системе обучения особое место принадлежит самостоятельной подготовке слушателей. Она обычно занимает до 60% учебного времени. При таком подходе важная роль отводится консультативным и контролирующим функциям преподавателя. Преподаватели группы EuTEACH заинтересованы в контактах с российскими коллегами. Наша страна имеет иную систему оказания медицинской помощи подросткам и обучения врачей первичного звена. Кафедра подростковой медицины и валеологии СПбМАПО после консультаций с зарубежными коллегами и специалистами отдела здоровья и развития детей и подростков ВОЗ успешно реализует учебный курс «Медико-социальная помощь подросткам». Дальнейшие совместные планы касаются организации циклов для стран СНГ, аналогичных EuTEACH, и создание русскоязычного сайта с материалами EuTEACH.

* Подготовлена при поддержке гранта РГНФ № 05–06–82607 а/У.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СИСТЕМЫ КРЕДИТОВ В ПОСЛЕДИПЛОМНОМ ОБРАЗОВАНИИ ВРАЧЕЙ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ*

Т.М.Зиньковская, Б.В.Головской, Н.В.Кириянова,
Я.Б.Ховаева

Пермская государственная медицинская академия

USE OF CREDIT SYSTEM IN POSTGRADUATE EDUCATION OF GENERAL PRACTITIONERS

T.M.Zinkovskaya, B.V.Golovskoy, N.V.Kiryanova,
Ya.B.Hovaeva

Perm State Medical Academy

В 1999 г. на совещании, состоявшемся в г. Болонья, в котором участвовали представители министерств образования 29 европейских государств, выдвинуты задачи формирования европейского пространства высшей школы. Среди реформ следует выделить внедрение в учебный процесс высших учебных заведений кредитной технологии, получившей название Европейской системы переноса кредитов (European Credit Transfer System (ECTS)).

В настоящее время можно говорить об устойчивом развитии ECTS как основном инструменте интегративного процесса в системе высшей школы Европейского Союза и других государств.

Основной идеей системы является предоставление в распоряжение входящих в нее стран некоторых количественных величин, со шкалой которых следует соотносить программы обучения по различным специальностям, и тем самым сблизить национальные образовательные системы при разработке взаимного признания зачетных единиц.

Анализ российских и международных источников свидетельствует, что в России термин «кредит» переведен как «зачет».

Таким образом, разрешение международных проблем заставляет нас оценить повседневную академическую деятельность в системе ECTS. Нами сделана попытка применения системы кредитов для оценки профессиональных качеств врача (см. табл.).

Исследование показало недостаточно высокий уровень профессионализма большинства практических врачей. Выше были результаты врачей общей практики, занимающих административные должности в различных лечебно-профилактических учреждениях (ЛПУ). Межцикловая активность, согласно результатам исследования по указанной схеме, составила $5,7 \pm 0,9$ кредитов. Пункты по разделам «публикации», «выступления на съездах и конференциях», «рационализаторские предложения и изобретения» отмечались, в основном, у сотрудников академии и врачей, занимающих административные посты.

Таким образом, оценка подсчета кредитов может быть инструментом повышения познавательной и образовательной активности врача в межцикловом периоде. Кроме того, система кредитов должна стать составной частью при аттестации врача на категорию и выдаче сертификата специалиста. Формой контроля количественной характеристики кредита может явиться отчет врача, подтвержденный главным врачом ЛПУ или его заместителем по лечебной работе. Проведенная работа требует дальнейшего изучения и накопления материала, чему могут способствовать новые формы обучения, например, защита курсовых работ, составление тестовых заданий, возмоз-

Исследование проводилось по нижеперечисленным критериям:

| Обучающее действие | Кредиты | Форма отчетности |
|--|---------|--|
| Теоретическая работа между циклами | | |
| 1. Публикация в зарубежных печатных изданиях | 7/ * | Представить оригинал или ксерокопию |
| 2. Статьи в центральной печати и в периодических медицинских изданиях | 4/ | Представить оригинал или ксерокопию |
| 3. Статьи в местной печати | 3/ | Представить оригинал или ксерокопию |
| Участие в съездах, симпозиумах, конференциях по специальности | | |
| 4. Выступление на съезде, симпозиуме, конференции | 3/ | Программа съезда, конференции, симпозиума |
| 5. Представление тезисов на конференцию, съезд, конгресс | 2/ | Программа съезда, конференции, симпозиума |
| 7. Выступление на зарубежных съездах, симпозиумах, конференциях | 4/ | Программа съезда, конференции, симпозиума |
| Профессиональная подготовка специалиста между циклами усовершенствования | | |
| 8. Освоение новых технологий | 12/ | Удостоверение |
| 9. Участие и выступление на патологоанатомических конференциях | 5/ | Данные отчета о работе врача, заверенные подписью главного врача |
| 10. Защита кандидатских диссертаций | 10 | Копия диплома |
| 11. Защита докторской диссертации | 15 | Копия диплома |
| 12. Участие в апробации новых лекарственных препаратов | 3/ | Заключение об участии в апробации |
| 13. Участие в государственных и региональных программах по охране здоровья населения | 4/ | Данные о программе и ее участниках |
| 14. Рационализаторские предложения | 5/ | Удостоверение |
| 15. Изобретения | 10/ | Патент |
| 16. Обучение по программам дистанционного образования | 5/ | Удостоверение |
| 17. Руководство интернами | 5/ | Подтверждение главного врача |
| 18. Руководство ординаторами | 5/ | Подтверждение главного врача |
| 19. Руководство производственной практикой студентов | 2/ | Подтверждение главного врача |
| Итого | | |

* В знаменателе указывается суммарное число кредитов по данному виду деятельности.

жность провести практическое занятие или прочитать лекцию для других курсантов под контролем преподавателя, модульная система обучения, когда курсант самостоятельно изучает

отдельные вопросы, а преподаватель выступает в роли консультанта, и их оценка с использованием современных подходов к профессиональной деятельности врача.

ОРГАНИЗАЦИЯ ОБЩЕЙ ВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИКИ

ИНДИКАТОРЫ КАЧЕСТВА АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

С.Л.Плавинский, О.Ю.Кузнецова, Н.В.Златьева
ГОУ ДПО «Санкт-Петербургская медицинская академия
последипломного образования Федерального
Агентства по здравоохранению и социальному
развитию», Поликлиника № 73 Колипинского района

QUALITY INDICATORS OF PRIMARY CARE

S.L.Plavinski, O.Yu.Kuznetsova, N.V.Zlatieva
St-Petersburg Medical Academy of Postgraduate Studies,
Kolpino Polyclinic № 73 of St-Petersburg

Задачей системы здравоохранения является предоставление качественной и доступной медицинской помощи нуждающимся. Задача обеспечения качества медицинской помощи лежит, в основном, на плечах врачей, профессионализм которых в сочетании с этическими требованиями профессии должны служить делу обеспечения качественного лечения страждущих.

Однако для того, чтобы таким образом оценивать качество медицинской помощи, оно должно быть измерено. Полностью оценить все аспекты медицинской помощи невозможно, поэтому приходится выбрать лишь те из них, которые относительно легко измеряются, отражают необходимые характеристики качества, изменяются под воздействием усилий системы здравоохранения, иными словами, являются индикаторами.

В теории управления процессами принято выделять несколько типов индикаторов, в зависимости от того, какую стадию производственного процесса они измеряют. Очевидно, что производственный процесс начинается с того, что надо вложить какие-то средства для того, чтобы наладить производство. Так, если в регионе не будет врачей, никакой профессиональной медицинской помощи не будет — ни качественной, ни некачественной. Соответственно, можно наблюдать за тем, какие ресурсы используются для налаживания производства — соответствующие индикаторы называются индикаторами затраченных ресурсов. Классическими индикаторами затраченных ресурсов являются показатели финансирования системы здравоохранения, число врачей на 10 000 населения, количество коек и т. п.

Вместе с тем, очевидно, что можно вложить много средств, а производство не начнется. Поэтому на втором этапе надо следить за тем, что средства расходуются так, что процесс производства идет и продукт производится. Очевидно, что индикаторы этого этапа носят название индикаторов процесса. К ним относится количество пролеченных больных (следует обратить внимание на устойчивый слэнг «пролеченные», а не «вылеченные», что подчеркивает характер этого показателя как индикатора процесса) или обследованных пациентов (например, число сексуально-активных молодых женщин, которые прошли скрининг на наличие хламидийной инфекции). К ним же можно отнести следование клиническим рекомендациям при лечении пациентов.

Однако наибольший интерес у руководителей системы здравоохранения (также, как и у владельцев промышленного произ-

водства) вызывает результат всей этой активности и затраченных ресурсов — как непосредственный, так и отдаленный.

К индикаторам в клинической медицине предъявляется довольно много требований, основные из них — распространенность (наличие в существующей форме желательно в электронных базах данных), обоснованность, чувствительность к изменениям, доказательность (плюс наличие обоснованных рекомендаций по ведению пациентов и улучшению индикаторов), возможность коррекции на структуру популяции, отсутствие систематических ошибок в измерении, относительно небольшая вариабельность и логичность (врачи должны верить, что подобные индикаторы «разумны» и не противоречат здравому смыслу). Американское агентство по качеству и исследованиям в здравоохранении разработало набор критериев качества медицинской помощи, предназначенных для использования органами управления здравоохранения федерального и местного уровней. В рамках этого проекта были выделены три группы индикаторов.

1) Индикаторы качества профилактической работы (госпитальные данные, которые указывают на качество работы амбулаторного звена).

2) Индикаторы качества стационарной помощи (данные, которые указывают на чрезмерное использование одних и недостаточно использование других хирургических процедур, больничная летальность и ряд других).

3) Индикаторы отсутствия осложнений (фокусируются на осложнениях хирургических процедур и других ятрогенных состояниях).

Все качества профилактической работы указывают на состояния, которые успешно лечатся в амбулаторном звене. При этом важно, что ни один из индикаторов не устанавливается равным нулю (это нереально), а беспокойство вызывает лишь значительные отклонения от национальных средних значений или тенденция к повышению значений индикатора.

Мы решили проанализировать, насколько индикаторы качества профилактической работы могут быть оценены на основании рутинно собираемых данных по госпитализации на примере поселка Понтонный Колпинского района Санкт-Петербурга. Были проанализированы данные за 5,25 лет (с января 2000 г. по март 2005 г.). Для анализа индикаторы были перекодированы из МКБ-9-КМ, используемой в США в МКБ-10 с использованием кодировочных таблиц Управления Здравоохранения штата Виктория (Австралия). Было установлено, что ряд индикаторов (госпитализация с диагнозом артериальной гипертензии, сердечной недостаточности и стенокардии) не могут использоваться ввиду отсутствия в базе данных процедурных кодов (описан только основной диагноз, а не выполненные процедуры). Индикатор, описывающий ампутацию конечностей у пациентов с сахарным диабетом, также не может использоваться по причине отсутствия процедурных кодов в базе данных. Кроме того, было установлено, что во многих случаях диагноз был неспецифичным. Так, из 82 случаев острого аппендицита в 55 не была указана третья цифра кода МКБ-10 (иными словами, диагноз был проставлен неправильно). В сравнении с данными Агентства по качеству и исследованиям в здравоохранении, были ниже показатели госпитализации

с острыми осложнениями и неконтролируемым сахарным диабетом, однако была выше госпитализация с хроническими осложнениями сахарного диабета. Достаточно благоприятной была ситуация с лечением бактериальной пневмонии (частота 251 против 350 на 100 тыс. в США) и инфекции мочевыводящих путей (64,5 против 138), а также бронхиальной астмы.

Описанные индикаторы, особенно при осуществлении более жесткого контроля адекватности кодирования причин госпитализации, могут быть использованы для оценки качества амбулаторно-поликлинической помощи и для управления качеством.

ЧЕТЫРЕХЛЕТНИЙ ОПЫТ РАБОТЫ ОТДЕЛЕНИЯ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ В ПРИМОРСКОМ РАЙОНЕ САНКТ-ПЕТЕРБУРГА

Л.М.Боричева, О.В.Боричева

ГУЗ городская поликлиника № 114, Санкт-Петербург

FOUR-YEAR EXPERIENCE OF OFFICE OF GENERAL PRACTICE IN PRIMORSK DISTRICT OF ST-PETERSBURG

L.M.Boricheva, O.V.Boricheva

City polyclinic № 114, St-Petersburg

В соответствии с реализацией районной целевой медицинской программы «Семейная медицина» в новом микрорайоне в июле 2001 г. было открыто отделение общей практики площадью 130 кв. м, расположенное в 1-м этаже жилого дома. Отделение является структурным подразделением городской поликлиники № 114 и имеет в своем составе два кабинета для приема врача, мини-лабораторию, кабинет физиотерапии, процедурный кабинет, регистратуру.

В отделении общей практики проводятся профилактические, лечебно-диагностические мероприятия, оказывается содействие в решении медико-социальных проблем семьи. Отделение оказывает помощь взрослому и детскому населению микрорайона в количестве 4 тыс. человек. Среди них дети в возрасте до 18 лет составляют 450 человек. Среди наблюдаемых пациентов 400 человек относятся к лицам пожилого возраста, 250 инвалидов, из них 2 ребенка-инвалида.

Время работы отделения с 9 до 19 ч. Вызовы принимают с 9 до 19 ч и осуществляют в течение дня. Работа организована так, чтобы потоки больных и здоровых не пересекались. Это позволяет исключить заражение острыми респираторными заболеваниями здоровых или выздоравливающих детей, проходящих на осмотр. Забор клинических и биохимических анализов осуществляется с 9 до 10 ч в отделении, а по показаниям — и на дому. В экстренных ситуациях проводится лабораторная экспресс-диагностика.

Отделение оснащено современным медицинским оборудованием в соответствии с приказом Минздрава № 350. Финансирование деятельности осуществляется за счет бюджета и средств ОМС. На реализацию деятельности этого подразделения в объеме оказания помощи в рамках общей врачебной практики получена соответствующая лицензия.

В отделении получают медицинскую помощь не только пациенты терапевтического профиля, но и пациенты с патологией нервной системы, ЛОР-органов, органа зрения, кардиологического и хирургического профиля. В сложных ситуациях или

при заболеваниях, требующих постановки на учет у врачей-специалистов, пациентов направляют на консультацию в поликлинику № 114 по специально заказанным талонам. Дети посещают врачей-специалистов в декретированные сроки в соответствии с программой диспансеризации и в тех ситуациях, когда консультация врача-специалиста необходима. Дети направляются в детское поликлиническое отделение № 16 по записи, которую осуществляет врач. Контроль над выполнением рекомендаций специалистов осуществляет семейный врач. При необходимости дальнейшего наблюдения пациент повторно посещает врача-специалиста. За 10 месяцев работы потребность в консультациях узких специалистов возникла всего у 67 пациентов. Наиболее востребованными оказались невролог (15), ревматолог (10), офтальмолог (12), эндокринолог (18).

Анализируя четырехлетний опыт работы, необходимо отметить, что главным достоинством расположения отделения общей практики в жилом доме является максимальная приближенность к пациентам. Это обеспечивает выполнение основного принципа общей врачебной практики — доступность медицинской помощи. Постоянное наблюдение врачом пациентов в рамках диспансеризации, использование современных диагностических схем и алгоритмов лечения повышают его эффективность. Организационные мероприятия, проведенные в начале работы отделения, позволяют оказывать помощь в рамках стационара на дому, что снижает потребность в вызовах скорой и неотложной помощи. Так, например, в нашем отделении количество вызовов неотложной помощи за 10 месяцев составило 108 на 1000 населения, а в целом по Приморскому району — 192 на 1000. Даже, когда вызов необходим, преемственность с неотложной помощью способствует снижению госпитализации. Это отражено в данных по госпитализации за период с 01.01.2005 по 31.10.2005. Госпитализация в отделении общей практики составляет 15 на 1000 населения, а в поликлинике № 114 — 62 на 1000 населения. Детское поликлиническое отделение № 16 госпитализирует 138 на 1000.

Неотъемлемой частью работы врача общей практики является профилактика, которая включает как активную вакцинацию прикрепленного населения, так и своевременное выполнение мер вторичной и третичной профилактики при неинфекционных заболеваниях.

Организация помощи, включающая профилактическую программу и обучение пациентов, позволила добиться снижения заболеваемости в сравнении с другими ЛПУ района. Данные по общей заболеваемости за 2004 г. отражают эффективность проводимой в отделении профилактики, как среди детского, так и среди взрослого населения. Общая заболеваемость детей первого года жизни в отделении общей практики составила 2420, по Приморскому району — 2934, а по Санкт-Петербургу 2598 на 1000 населения. Заболеваемость детей от 0 до 14 лет в отделении общей практики — 1132, по Приморскому району — 1704 на 1000, по Санкт-Петербургу — 1873 на 1000.

Общая заболеваемость взрослого населения на 1000 человек за 2004 г. в поликлинике № 114 составила 1932, а в отделении общей практики — 1176.

Об эффективности данной модели свидетельствуют не только статистические показатели, но и выбор нашего отделения жителями микрорайона. Помимо первоначально прикрепленного населения в течение четырех лет к нам обратились с заявлениями и были прикреплены 8 человек из соседних домов.

Первый опыт работы отделения общей практики продемонстрировал эффективность оказания медицинской помощи, а поток пациентов различных возрастных групп сделал эту работу не только трудоемкой, но и интересной. В связи с этим наше отделение стало востребованным как клиническая база для обучения клинических ординаторов по специальности семейная медицина (общая врачебная практика). Заключен договор с кафедрой семейной медицины СГБМАПО о сотрудничестве, в соответствии с которым отделение общей практики стало еще одним учебным центром кафедры.

В течение года подготовку прошло 5 клинических ординаторов, которые под руководством врача общей практики освоили основы специальности.

СТАНОВЛЕНИЕ ОБЩЕЙ ВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИКИ В ГОРОДЕ КУЗНЕЦКЕ ПЕНЗЕНСКОЙ ОБЛАСТИ

И.В. Мещанинов, Г.В. Мотькина

МУЗ «Кузнецкая городская больница», г. Кузнецк,
Пензенская область

FORMATION OF GENERAL PRACTICE IN KUZNETSK OF PENZA DISTRICT

I.V. Meschaninov, G.V. Motkina

Town Hospital, Kuznetsk, Penza district

В настоящее время происходят большие изменения в экономике России. Идут сложные процессы перехода от экономического беспорядка к становлению цивилизованных рыночных отношений и к формированию гражданского общества. Однако эти процессы очень незначительно отразились на системе здравоохранения, состояние его существенно ухудшилось, если сравнивать с советским периодом. Ухудшение ситуации происходит и в настоящее время. Большие капиталовложения, направляемые в третичную профилактику, а именно, в специализированную медицинскую помощь и высокие технологии, не оправдывают себя. Сейчас в первичном звене недостаточно эффективно проводится профилактика заболеваний, растет число больных, имеющих тяжелые и запущенные формы заболеваний, течение болезней становится более тяжелым и поэтому растет количество хронических заболеваний. Все это в свою очередь предполагает вложение еще больших средств в третичную профилактику и меньше — в первичную медико-социальную помощь (ПМСП), где возможно раннее выявление заболеваний и их профилактика. В результате ухудшается состояние отечественного здравоохранения.

Реформа здравоохранения в России определила приоритетные направления развития на современном этапе, а именно, совершенствование первичной медико-социальной помощи. Амбулаторно-поликлиническая служба, по данным многих зарубежных и российских исследований, является тем звеном, которое может в значительной мере улучшить состояние здоровья населения, а также более экономично и эффективно использовать средства, предназначенные на оказание медицинской помощи населению. Первичную медико-социальную помощь, кроме участкового терапевта и педиатра, оказывает врач общей практики.

Общая врачебная практика в г. Кузнецке организована в 1993 г. Открыта амбулатория «Врач общей практики». Численность прикрепившегося контингента составляет 2129 человек. В штат входит врач общей практики, медицинская сестра врача

общей практики, фельдшер-акушерка и санитарка. В амбулатории проводится прием больных закрепленного участка, а также посещение их на дому. График работы врача строится из приема в амбулатории и посещений больных на дому. Средняя нагрузка в день на приеме 21,4 человек, на участке — 12,5 человек. Осуществляется прием всех обращающихся за медицинской помощью и определяется нуждаемость их в госпитализации или консультации врачей-специалистов, а также объем обследования. Активный патронаж больных на дому в структуре посещений составляет 54,5%. Профилактические осмотры проводятся на предприятиях, находящихся на территории участка, а также при трудоустройстве на работу. Основное направление деятельности врача общей практики — осуществление мероприятий по проведению первичной, вторичной и третичной профилактики, причем основной акцент делается на первичную и вторичную профилактику. Работа в этом направлении проводится с учетом индивидуальных особенностей течения болезни, социально-экономического и психологического статуса у данного конкретного больного. Санитарно-просветительная работа ведется: в виде индивидуальных бесед с пациентами ежедневно на приеме и при посещении на дому, посредством наглядной санитарно-просветительной информации; ежемесячно выпускаются санитарные бюллетени по актуальным проблемам здоровья населения (сердечно-сосудистые заболевания, алкоголизм, наркомания и т. д.), читаются лекции. Для каждого пациента составляются индивидуально-ориентированные лечебно-профилактические программы. Количество госпитализаций на участке общей врачебной практики ниже на 37,29%, количество вызовов скорой медицинской помощи меньше на 52,12% в сравнении с показателями по городу.

Таким образом, полученные данные показывают, что оказание первичной медико-социальной помощи в общей врачебной практике в г. Кузнецке Пензенской области дает определенный клинический и экономический эффект в сравнении с участковой службой.

ВНЕДРЕНИЕ ПРОГРАММЫ ВОЗ «СТЕП» В ПЕРВИЧНОЕ ЗВЕНО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

**Н.А. Нармухамедова, Д.А. Мирзаева, Г.М. Юлдашева,
О.П. Юсупов**

Ташкентская медицинская академия

IMPLEMENTATION OF THE WHO PROGRAM “STEP” IN PRIMARY HEALTH CARE

**N.A. Narmuhamedova, D.A. Mirzaeva, G.M. Yuldasheva,
O.P. Yusupov**

Tashkent Medical Academy

В последние годы увеличивается число больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями, болезнями легких, сахарным диабетом и онкологическими заболеваниями. Наряду со своевременным выявлением и лечением этих заболеваний экономически эффективной является система эпидемиологического контроля (первичная профилактика) в основе которой лежит комплексная программа работы с населением. Главное в профилактике неинфекционных заболеваний — это определение наиболее существенных факторов риска, их профилактика и контроль, поэтому мониторинг основных факторов риска может стать инструментом предупреждения развития заболеваний.

В 2000 г. на 53-й Ассамблее ВОЗ была принята резолюция о внедрении программы профилактики и контроля неинфекционных заболеваний для снижения заболеваемости, нетрудоспособности и ранней смертности. В этой резолюции было рекомендовано изучение социальных, экономических, поведенческих условий жизни населения и раннее выявление наиболее распространенных факторов риска для улучшения системы оказания медицинской помощи больным с неинфекционными заболеваниями. С этой целью комитетом экспертов ВОЗ разработана программа интегрированного, системного, поэтапного сбора данных по распространению факторов риска неинфекционных заболеваний, изучение показателей заболеваемости и смертности.

Целью нашего исследования было изучение распространенности факторов риска неинфекционных заболеваний среди городского населения и оценка профилактики сердечно-сосудистых заболеваний.

Материалы и методы. Для внедрения этой программы в первичное звено здравоохранения предварительно нами был проведен ретроспективный анализ показателей заболеваемости и смертности больных сердечно-сосудистой патологией и условия их госпитализации в стационар. За последние пять лет в поликлинике зафиксировано 103 случая летального исхода больных с сердечно-сосудистой патологией. На учете в поликлинике состоит 973 (3,4%) больных с артериальной гипертонией (АГ) и 631 (2,2%) больных ишемической болезнью сердца (ИБС) на 19121 человек взрослого населения. Стационарное лечение в течение 5 лет получили 1347 больных с сердечно-сосудистой патологией. Таким образом, основная масса больных сердечно-сосудистой патологией получают лечение, минуя поликлинику, отсутствует связь между врачами поликлиники и стационаров. Больные с сердечно-сосудистой патологией, проживающие в зоне обслуживания поликлиники, не состоят на диспансерном учете.

Далее нами было проведено анкетирование городского населения старше 40 лет г. Ташкента. По первому вопроснику были заполнены 3049 анкеты.

Результаты. Анализ анкет показал, что наиболее часто среди опрошенных лиц, встречаются лица с несколькими факторами риска. Из них курящих оказалось 25,5%, алкогольные напитки регулярно принимали 26,4%. 23,1% редко употребляли фрукты, 24,5% употребляли в пищу 1–2 вида овощей ежедневно. Большинство готовят пищу на растительном масле (84,5%). Около половины опрошенных лиц не выполняют физическую работу. Спортом занимаются только 8% населения. Треть анкетированных лиц ежедневно пользуются машиной для передвижения.

Отобранных по анкете лиц с факторами риска мы приглашали в поликлинику для осмотра и заполнения опросника № 2. За год обследовано 636 лиц старше 40 лет с факторами риска. Более половины пациентов, заполнивших анкету, имели повышенное артериальное давление (АД), но только $\frac{2}{3}$ из них знали о наличии у них АГ, у $\frac{1}{3}$ пациентов повышение АД было выявлено впервые. У лиц с факторами риска чаще выявляются избыточная масса тела и ожирение, причем у мужчин преобладают лица с избыточной массой тела, а у женщин число лиц с ожирением в 4 раза больше, чем у мужчин. Поэтому таких пациентов необходимо консультировать по вопросам рационального питания с рекомендацией употребления овощей и фруктов в неограниченном количестве, еженедельно соблюдать разгрузочные дни.

Опросник содержал ряд вопросов, касающихся отношения самих пациентов к лечению. Только половина пациентов считали необходимым постоянный прием лекарств для снижения уровня АД, другая половина больных была уверена в самостоятельном снижении АД без лечения. Основная часть пациентов утверждали, что лекарство надо принимать только при ухудшении состояния, до сих пор бытует мнение о «рабочем давлении» для которого характерно относительно стабильное состояние при высоком уровне АД. Анализ причин нежелания постоянного приема лекарства для снижения уровня АД, показал, что некоторые пациенты боятся вредного влияния лекарств на организм или развития побочных эффектов. Около половины пациентов связывают с отсутствием лекарства в аптеке или с проблемой его доставки на дом.

Заключение. Врачам первичного звена следует проводить скрининг населения для раннего выявления факторов риска и уделять внимание повышению обращаемости пациентов в поликлинику. У лиц с факторами риска чаще выявляются повышение уровня АД, избыточная масса тела и ожирение, поэтому их надо приглашать в поликлинику для дальнейшего обследования. Во время проведения консультации необходимо выделить время для обучения его болезни, правильного приема лекарства, изменения образа жизни для снижения влияния факторов риска на развитие болезни. Необходимо обучить пациентов постоянному приему лекарств независимо от уровня АД или ухудшения состояния. Важно повысить ответственность пациентов за свое лечение, они легкомысленно относятся к своему здоровью, мотивируют отказ приема медикаментов такими несущественными причинами как отсутствие лекарств в аптеках или боязнь побочного эффекта. Необходимо повысить медицинскую грамотность населения.

ОБЩАЯ ВРАЧЕБНАЯ ПРАКТИКА В ПЕТРОЗАВОДСКЕ

Н.В.Соловьева

МУЗ «Городская поликлиника №5», г. Петрозаводск

GENERAL PRACTICE IN PETROZAVODSK

Н.В.Соловьева

Petrozavodsk City polyclinic № 5

Цель исследования: оценить эффективность работы первого в Петрозаводске отделения общей врачебной практики.

Метод исследования: сравнительный анализ вызовов «Скорой помощи» и «Неотложной помощи» пациентами отделения ОВП и остальных участков поликлиники.

4 марта 2004 г. в нашей поликлинике было открыто первое в Петрозаводске отделение общей врачебной практики. Численность прикрепленного населения составляет 10 545 человек. В отделении 6 участков, на которых работают 6 врачей, 4 фельдшера и 8 медицинских сестер. Кроме нашего отделения, первичную медико-санитарную помощь оказывают 2 терапевтических отделения, в составе которых 19 участков, а прикрепленное население — 31 755 человек. В 2005 г. проведено укрупнение всех участков, и теперь в составе поликлиники 16 терапевтических и 6 врачебных участков.

Для оценки эффективности работы отделения общей врачебной практики был проведен сравнительный анализ вызовов «Неотложной помощи» пациентами нашего отделения и осталь-

ных терапевтических участков. Были проанализированы вызовы за 3 месяца (сентябрь, октябрь и ноябрь) 2003 г., когда врачи нашего отделения работали еще в качестве участковых терапевтов; и вызовы за аналогичные месяцы 2004 и 2005 г., когда после открытия отделения ОВП прошло 6 и 18 месяцев соответственно.

Среднее количество вызовов «Неотложной помощи» на одном участке отделения ОВП уменьшилось в 2005 г. в 1,2 раза по сравнению с 2003 г. Этот показатель в 1,5 раза меньше аналогичного показателя по терапевтическим отделениям.

Вызовов по поводу ухудшения течения хронических заболеваний в отделении ОВП было в 1,5–2,2 раза меньше, чем в терапевтических отделениях. Это объясняется тем, что врачами общей практики достигнут более эффективный контроль над хроническими заболеваниями.

На каждый вызов «Скорой помощи» по поводу острой патологии на терапевтических участках приходится 2,2 вызова по поводу ухудшения хронической патологии. На территории обслуживания врачом общей практики это соотношение равно 1:1,6. Среднее количество вызовов в расчете на 1 участок в 1,4 раза больше в терапевтических отделениях по сравнению с ОВП.

Выводы. 1. Показана более эффективная работа отделения общей врачебной практики по сравнению с участковой службой.

2. Врачи общей практики достигли лучшего контроля над течением хронических заболеваний, по сравнению с участковыми терапевтами.

3. Работа по принципу врача общей практики в городских условиях позволяет в большей мере предотвратить возможный экономический ущерб по сравнению с участковым принципом работы.

ГРУППОВЫЕ ОБЩИЕ ВРАЧЕБНЫЕ ПРАКТИКИ В НЕГОСУДАРСТВЕННОМ СЕКТОРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ: ПРОБЛЕМЫ СТАНОВЛЕНИЯ И ПЕРВЫЕ ШАГИ

А.Г.Резе

ГОУ ВПО Московская медицинская академия им
И.М.Сеченова

GROUP GENERAL PRACTICE IN NONGOVERNMENT PART OF HEALTH CARE: PROBLEMS OF FORMATION AND FIRST RESULTS

A. G. Reze

Moscow Medical Academy named I.M. Sechenov

В настоящее время негосударственный сектор здравоохранения бурно развивается только в крупных городах России. Однако последствия его развития в соответствии с установившимися тенденциями могут оказать существенное влияние на формирование всей отечественной амбулаторной помощи.

Для негосударственного сектора отечественного рынка амбулаторных медицинских услуг характерно значительное преобладание специализированной медицинской помощи. Объем медицинских услуг, оказываемых негосударственными лечебными учреждениями в рамках семейной медицины, значительно уступает объему медицинских услуг, проводимых узкими специалистами. Темпы развития сегмента семейной медицины в негосударственном секторе здравоохранения значи-

тельно отстают от темпов развития специализированной медицинской помощи. Существует несколько причин этого:

1) В первую очередь низкие темпы развития негосударственной общей врачебной практики объясняются спецификой спроса на амбулаторные медицинские услуги. Отечественные пациенты с большей охотой покупают услуги узких специалистов. В то же время функции семейных врачей и их возможности многим пациентам не известны. Широко развернувшаяся в СМИ полемика вокруг целесообразности введения института семейной медицины способствует созданию отрицательного восприятия потенциальными пациентами образа семейного врача. Многие высказывания в адрес семейных врачей, сделанные известными лицами, являются прямой антирекламой для семейной медицины как способа получения амбулаторного медицинского обслуживания.

2) Особенности лицензирования медицинской деятельности делают практически невозможным широкое распространение частнопрактикующих экономически самостоятельных семейных врачей. Абсолютное большинство семейных врачей, работающих в негосударственном секторе, являются наемными работниками в многопрофильных лечебных учреждениях.

3) Большое число узких специалистов позволяет производить специализированные медицинские услуги в достаточном для насыщения рынка количестве. Насыщение рынка платных медицинских услуг предложением со стороны узких специалистов является причиной относительно низкой стоимости специализированного медицинского обслуживания. Обслуживание у семейного врача и у узких специалистов обходится пациенту приблизительно одинаково, в связи с чем экономический стимул для перехода пациентов на обслуживание к семейным врачам отсутствует. Проблема усугубляется тем, что медицинские вузы продолжают выпускать узких специалистов в неадекватно большом количестве.

В сложившейся ситуации сама специальность общая врачебная практика (семейная медицина) претерпевает очевидные трансформации. Работая в одном учреждении с большим числом узких специалистов, семейные врачи вынуждены приспособляться к необходимости обеспечивать работой неполностью загруженных хирургов, гинекологов, офтальмологов, ЛОР, что приводит к расширению показаний для направления к узким специалистам. Этот феномен «политически корректно» называется «экономическими показаниями» для направления на консультацию. От некоторых видов деятельности семейные врачи вынуждены отказываться полностью. Это происходит с гинекологией и хирургией. Очевидно что, имея в соседнем кабинете простаивающего хирурга, семейный врач не будет заниматься вскрытием абсцессов. То же самое происходит и применительно к гинекологу. Здесь необходимо отметить, что сам семейный врач, как правило, полностью загружен работой по лечению пациентов терапевтического профиля. Таким образом, находясь перед выбором — принять следующего пациента из очереди с артериальной гипертензией (зная, что, кроме семейного врача, его никто не примет) или начать вскрытие абсцесса сидящему перед ним пациенту (зная, что хирург в это время свободен), семейный врач практически неизбежно сконцентрируется на лечении артериальной гипертензии, отправив пациента с абсцессом к хирургу. Подобные ситуации, происходящие в многопрофильных частных ЛПУ ежедневно, приводят к переносу сортировки пациентов на уровень регистратуры, где паци-

ентов хирургического и гинекологического профилей перестают записывать на прием к семейному врачу.

Все вышесказанное относится к независимым частным амбулаторным ЛПУ. Однако в настоящее время отмечается устойчивая тенденция по созданию страховыми компаниями подконтрольных себе амбулаторных лечебных учреждений. Теоретически использование семейного врача в качестве фильтра могло бы привести к экономии средств страховой компании. На практике страховые компании, создавая дочерние сервисные структуры, вынуждены считаться с настойчивым желанием пациентов лечиться в больших многопрофильных амбулаторных учреждениях. Создавая многопрофильные поликлиники, страховые компании сталкиваются с описанной выше проблемой неполной загрузки узких специалистов и избыточного спроса на терапевтические услуги, что вынуждает администрацию этих поликлиник стимулировать семейных врачей оказывать услуги преимущественно терапевтического профиля в ущерб хирургии и гинекологии.

Заключение. Нежелание государства создать экономические условия для развития независимых частнопрактикующих семейных врачей привело к тому, что развитие частной амбулаторной медицины пошло по пути создания крупных многопрофильных поликлиник. Владельцы подобного рода поликлиник, будучи заинтересованными в извлечении максимальной экономической выгоды, стремятся максимально удовлетворить существующий спрос на медицинские услуги, в первую очередь специализированные. Не имея возможности создать свои офисы, семейные врачи нанимаются на работу в эти учреждения и вынуждены приспосабливаться к существующей в них специфике. Дальнейшее развитие частной амбулаторной медицины по этому пути при условии, что все большее число семейных врачей переходит на работу в подобные частные ЛПУ, может привести к устойчивой трансформации специальности общая врачебная практика (семейная медицина). В полном объеме соответствовать квалификационной характеристике семейного врача могут только врачи, работающие в экономически независимых офисах, где узкие специалисты привлекаются в объеме, адекватном для удовлетворения спроса на консультативные услуги.

ПРОБЛЕМЫ ВНЕДРЕНИЯ ОБЩЕЙ ВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИКИ В ОРЕНБУРГЕ

Г.Г.Багирова, В.В.Грязнов

Оренбургская государственная медицинская академия

THE PROBLEMS OF DEVELOPMENT OF GENERAL PRACTICE IN ORENBURG CITY

G.G.Bagirova, V.V.Gryaznov

Orenburg State Medical Academy

Проблемы внедрения общей врачебной практики подробно обсуждались на I и II Всероссийском съездах, ряде рабочих совещаний (в том числе в Нижнем Новгороде, Самаре). В конце 2005 г. подготовка врачей общей практики (ВОП) и организация их работы вновь оказались в центре внимания руководителей здравоохранения в связи с новыми приказами МЗ и СР РФ.

Внедрению общей врачебной практики дан дополнительный импульс. Тем не менее, в первичном звене по-прежнему не решен целый ряд вопросов организационного плана, что затрудняет как подготовку кадров, так и их практическую работу.

Имеющиеся приказы или их проекты так и не создали четкой нормативно-правовой базы, согласно которой можно было бы решить целый ряд организационных моментов работы ВОП, оплаты его труда, материально-техническое обеспечение рабочих мест и т.д.

В настоящий период создалась ситуация, когда процесс внедрения в первичное звено здравоохранения врача общей практики можно разделить на две плохо стыкующиеся части:

- 1) подготовка врача общей практики;
- 2) практическая реализация законов о создании общих врачебных практик.

I. Подготовка кадров ведется в ОрГМА с 2000 г. на кафедре общей врачебной практики согласно имеющейся лицензии. Кафедра выпускает ежегодно 10–12 ВОП для работы в сельских условиях. Прошедшие двухгодичную очно-заочную подготовку курсанты по окончании цикла сразу получают сертификат специалиста и переводятся на работу по приобретенной новой специальности. Навыки, полученные сельскими врачами в академии, востребованы при работе на селе, что обусловлено спецификой их положения.

Что касается подготовки ВОП для работы в городе, то кафедра сталкивается с проблемой формирования групп (ежегодно набирается не более 5–6 курсантов), а обучившиеся на 6-месячном цикле курсанты не всегда получают соответствующие сертификаты. Только в одной поликлинике города созданы участки для врачей общей практики. Главные врачи ЛПУ, направляя своих врачей на цикл для ВОП, в большей степени заинтересованы в продлении им сертификата участкового терапевта, так как из-за отсутствия материальной базы не могут соответствующим образом оснастить рабочее место ВОП. Данный факт существенно отражается на желании самих врачей — «оголять» на 6 месяцев закрепленный за врачом территориальный участок. Существенную роль играет и то, что средний возраст участковых врачей более 50 лет и им просто нет смысла переучиваться. К тому же, при существующей нормативно-правовой базе условия труда участкового терапевта и врача общей практики в городской поликлинике практически не различаются.

II. Организация работы ВОП на селе и в городе существенно разнится. Сельский ВОП из-за удаленности узких специалистов зачастую просто вынужден часть их работы взять на себя, т.е. специальность ВОП очень органично вписывается в условия сельского здравоохранения.

В условиях городской поликлиники, которая на 100% укомплектована узкими специалистами, имеющими достаточно большой объем плановой нагрузки, услуги ВОП зачастую оказываются просто не нужны. Пациенты, как и прежде, через лист самозаписи, минуя осмотр ВОП, попадают к узкому специалисту и получают необходимую помощь. Главные врачи не заинтересованы сокращать ставки, занятые узкими специалистами.

Отсутствие дополнительных весомых стимулов и «конкуренция» со стороны узких специалистов, дополнительные сложности с сертификацией и получением врачебной категории совсем не способствуют быстрому внедрению общей врачебной практики в городских поликлиниках.

Много лет обсуждается вопрос о центральной роли врача общей практики в профилактических осмотрах, диспансери-

зации населения. Именно он должен проводить первичный осмотр с последующим привлечением, при необходимости, узких специалистов.

Предлагаемая в настоящее время схема диспансеризации трудоспособного населения ставит врача общей практики на последнее место (после осмотра значительного числа специалистов).

Анализ, проведенный в поликлинике МГКБ № 5, которая первая в городе еще в 1995 г. предпринимала попытку перейти на работу в новых условиях, показал, что все усилия оказались совершенно бесплодны. Даже подготовленные как ВОП врачи нередко работают участковыми терапевтами. Академия подготовила для города 50 врачей, которые так и не получили сертификата специалиста.

Единичные врачи общей практики, «растворенные» в одном отделении с участковыми терапевтами, работают по единым правилам, а потому показатели их работы на участке существенно не разнятся. В очень небольшом объеме они оказывают помощь пациентам с неврологическими и ЛОР-заболеваниями.

Пути решения проблем:

1) Качественная подготовка ВОП должна осуществляться не 6 месяцев, а 2 года (лучше всего через двухгодичную ординатуру) из числа молодых выпускников академии. Такая форма обучения оптимально сочетает теоретическую и практическую подготовку, т.к. ординатор имеет достаточно времени и возможностей непосредственно в кабинете узкого специалиста под его контролем освоить манипуляции на уровне навыка, а не знакомства с ним. Молодые выпускники еще не «растеряли» теоретические знания по смежным специальностям. К тому же у них можно сформировать идеологию нового специалиста, что сложнее сделать у имеющего большой стаж участкового терапевта.

К сожалению, количество мест, выделяемых для обучения в клинической ординатуре невелико. К тому же, учебные часы, затраченные на подготовку ординаторов, не учитываются при подведении итогов учебной нагрузки преподавателей, что, безусловно, снижает заинтересованность в работе с ними у сотрудников кафедры.

2) Хорошо подготовленный врач общей практики сможет на равных конкурировать с узкими специалистами (в рамках своих обязанностей). Сертификат специалиста (ВОП/СМ) должен выдаваться по окончании обучения, а главный врач должен трудоустраивать врача на соответствующую должность с соответствующей оплатой труда, оснащением рабочих мест и т. д.

3) Материальные стимулы для ВОП должны быть более весомыми, тогда врач сам будет заинтересован в дополнительном объеме работы.

4) Создание необходимого материально-технического оснащения кабинетов, качественная подготовка нового специалиста и возможность его работы по новым законам, а не ограничение его функций, возможно, изменит общественное мнение в пользу реформ, проводимых в здравоохранении. Может быть, тогда мы уйдем от многочисленных «спекулятивных» заявлений некоторых организаторов здравоохранения о ненужности ВОП в условиях города, тем более что первичная помощь будет оказываться также педиатрами и участковыми терапевтами при возможности консультации узких специалистов.

СОСТОЯНИЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ ОБЩЕЙ ВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИКИ

Ж.П.Ерома, Е.В.Кобыся, В.В.Лапин

Санкт-Петербургская государственная медицинская академия им. И.И.Мечникова

POSITION AND TRENDS OF GENERAL PRACTICE

J.P.Eroma, E.V.Kobysya, V.V.Lapin

State Medical Academy named I.I.Mechnikov

В последнее десятилетие в Санкт-Петербурге и во всем Северо-Западе (Ленинградская область, Выборг, Калининград, Вологда, Петрозаводск, Архангельск, Мурманск) организованы и успешно работают офисы врачей общей практики. В 15 районах нашего города (данные на май 2005 г.) существуют 47 отделений (офисов) врачей общей практики (в 2001 г. их было 17), в которых работают 194 врача общей практики и 236 медицинских сестер. Все отделения и кабинеты общей врачебной практики являются структурными подразделениями территориальных взрослых и детских поликлиник. Число прикрепленного населения 552 148 человек, из них детей 13 127.

Потребность во врачах общей практики в Санкт-Петербурге на сегодня составляет 2466 мест (только с учетом взрослого населения!). Согласно решению Медицинского Совета «О состоянии и перспективах развития общей врачебной практики в Санкт-Петербурге» от 12 мая 2005 г. необходимо обучить еще 2052 врача.

Благодаря новой организации первичного звена здравоохранения впервые за многие годы появилась возможность воплотить принципы профилактической медицины на практике, помочь изменить образ жизни всех членов одной семьи в сторону здорового образа жизни, что должно положительно сказаться на здоровье нынешнего и будущего поколений.

Врач общей практики, являясь врачом первичного звена здравоохранения, оказывает долгосрочную и непрерывную помощь всем членам одной семьи, представляет в одном лице многих специалистов. Это при наличии определенных ограничений в функциональных обязанностях позволяет одному человеку приобрести достаточно знаний и умений. В сложных случаях можно обратиться за помощью к врачам отделений стационаров и клиник институтов. Например, хорошие практические связи сложились между врачами офисов и ведущими специалистами консультативных отделений. Это позволяет своевременно оказывать как консультативную, так и стационарную помощь курируемым членам семей.

Нет сомнения в том, что внедрение системы общей практики позволит существенно улучшить медицинскую помощь, что, к сожалению, не стимулируется существующей системой финансирования.

Работа врача общей практики требует не количественной, а качественной оценки, она трудно регламентируема по времени и должна оцениваться не столько по обращаемости, сколько по уровню заболеваемости среди обслуживаемого населения (если пациенты меньше болеют, значит, врачи хорошо выполняют текущую профилактическую работу).

Опыт работы врачей общей практики в Санкт-Петербурге показал их эффективность и следующие преимущества перед участковой службой:

— выше доступность оказания медицинской помощи;

- уровень госпитализации ниже от 10 до 30%;
- количество вызовов неотложной помощи ниже в 2,4 раза;
- положительное отношение населения к работе врача общей практики (пациенты привыкают к уровню медицинской помощи, оказываемому в офисах общей врачебной практики, и не хотят возвращаться к обычному поликлиническому принципу).

Наконец, нельзя не отметить помощь, которую оказывают врачи общей практики ветеранам войны, инвалидам, блокадникам. Пожилые заслуженные люди достойны качественной медицинской помощи, адекватной и полной информации, своевременной поддержки, душевного отношения. Они, безусловно, заслуживают лучшего, чем нередко находятся дома в одиночестве, в грязи, брошенными подчас своими детьми и родственниками. Приходящие в их дом врач и социальный работник становятся, помимо телевизора и соседей, важнейшей связью с внешним миром. Они оказываются людьми, которым можно рассказать свои сокровенные проблемы; людьми, на помощь которых надеются в последние минуты жизни.

Семейный врач нужен не только людям пожилого возраста, но всему населению мегаполиса, чтобы оно могло изменить отношение к своему здоровью, чтобы граждане были здоровыми, свободными и счастливыми людьми в обществе и в мире.

Общение специалистов в области семейной медицины должно перерасти в движение «Семейные врачи России за здоровый образ жизни как основу здоровья нации». Следует больше информировать широкие слои населения в доступной форме и в различных средствах массовой информации о том, кто такой врач общей практики, в чем состоят преимущества семейной медицины, достижения и положительный опыт общей врачебной практики в других странах; каковы перспективы и направления развития этого вида помощи в нашей стране.

ОБ ЭФФЕКТИВНОСТИ И НЕОБХОДИМОСТИ РАЗВИТИЯ ОБЩЕВРАЧЕБНОЙ/СЕМЕЙНОЙ ПРАКТИКИ НА ЭТАПЕ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

А.М.Дюкарева, Ю.А.Ленгин

УГМАДО, городская клиническая поликлиника № 5,
г. Челябинск

ABOUT EFFECTIVENESS AND NECESSITY OF DEVELOPMENT OF GENERAL PRACTICE ON THE LEVEL OF PRIMARY HEALTH CARE

A.M.Dyukareva, Yu.A.Lengin
City policlinic № 5, Chelyabinsk

В рамках реализации приказа Минздрава России № 237, 1992 г. «О поэтапном переходе к организации первичной медицинской помощи по принципу врача общей практики /семейного врача (ВОП/СВ)» в МУЗ ГКП № 5 создано отделение ВОП/СВ, в котором с 1995 г. приступили к работе 3 врача. С этого же времени нами стала разрабатываться стратегия поэтапного перехода к оказанию медико-санитарной помощи прикрепленному населению по системе ВОП/СВ. Практика показала, что специфика деятельности ВОП/СВ состоит в том, что наряду с вопросами лечебно-диагностического характера, приходится

решать медико-социальные проблемы: учитывать условия жизни пациента, межличностные отношения в семье, готовность окружающих совместно с врачом создать условия физического, психического и социального благополучия для пациента.

Неоценима содружественная работа с прикрепленными социальными работниками в решении медико-социальных проблем у ряда пациентов. В настоящее время в отделении работают 10 врачей общей практики, 10 медицинских сестер общей практики, один фельдшер. Офис групповой общеврачебной практики расположен в отдельно стоящем здании общей площадью 475,7 кв. м в массиве жилых домов, где проживает прикрепленное население. Средняя численность на участке ВОП/СВ — 1468 человек, среднее количество семей — 590, из них неполных семей — 103. Офис ВОП/СВ включает кабинет заведующей офисом ВОП/СВ, ординаторскую, 6 кабинетов ВОП/СВ, кабинет главной медсестры, регистратуру, кабинет профилактических осмотров, где проводятся онкоосмотр, взятие мазков на инфекции, передающиеся половым путем, профосмотры работников детских дошкольных учреждений, расположенных на территории обслуживания; процедурный кабинет, физиотерапевтический кабинет, где можно получить лечение УВЧ, индуктотермией, д'арсонвалем, диадинамотерапией, УФО, электрофорез с лекарственными средствами, ультразвуковую терапию; стационар на дому терапевтического и специализированного профиля; лабораторию, кабинет функциональных исследований (регистрация ЭКГ, пневмотахометрия, измерение внутриглазного давления, остроты зрения, осмотр ЛОР-органов) хирургический кабинет и массажный кабинеты.

График работы офиса ВОП/СВ: в течение рабочей недели прием и вызовы с 8.00 до 18.00, включая обслуживание неотложных вызовов. Из этого времени 3–3,5 часа отводится на прием больных в офисе. В выходные дни: прием и вызовы в субботу с 9.00 до 15.00, в воскресенье — обслуживание вызовов в периоды эпидемиологического подъема заболеваемости. В результате правильной организации работы ВОП/СВ вызовы с территории обслуживания офисом в территориальную поликлинику не поступают.

Все кабинеты ВОП/СВ компьютеризированы. Автоматизированный учет ведется по законченному случаю поликлинического обслуживания с использованием автоматизированных программ, построенных на основе статистического талона № 25–10/У-97 (Приказ МЗ РФ от 14.02.97 г. «О внедрении талона амбулаторного пациента»).

С 1999 г. по инициативе главного врача МУЗ ГКП № 5, врача высшей категории по терапии сформирована сумка-укладка, наличие которой позволяет начать оказание экстренной и неотложной помощи уже при первичном посещении пациента ВОП/СВ, как на приеме в офисе, так и на дому. Позднее сумка-укладка для ВОП/СВ была утверждена приказом МЗ РФ № 350 от 20.11.2002 г.

Ежемесячно проводится анализ посещений узких специалистов пациентами, обслуживаемыми ВОП/СВ. Количество этих посещений за 6 месяцев сократилось с 38,8% в 2004 г. до 31,7% в 2005 г. Соответственно возрос удельный вес посещений к ВОП/СВ, который в 2001–2004 гг. составил 60,1%, 61,2%, 64%, 68,3%. На отдельных участках ВОП/СВ этот показатель составил 70,2%. Подтвержденные диагнозы при направлении ВОП/СВ пациентов к «узким» специалистам за последние 5 лет составляют 98,2–98,4%. Работа ВОП/СВ предусматривает

оказание медицинской помощи, как терапевтического профиля, так и специализированного профиля. Число последних растет ежегодно. В отделении ВОП\СВ имеется дневной стационар и проводятся стационары на дому. При анализе стационаров на дому обращает на себя внимание достаточно высокий процент их специализированного профиля, который составляет 48,3–50,7% от общего числа проведенных стационаров на дому (сравнение за 2001–2004 гг.). Резко снизилось число вызовов скорой медицинской помощи (СМП) из района обслуживания населения ВОП\СВ — в пределах 7,0 на 1000 населения по сравнению с другими участками. В течение последних 4 лет в списках СМП о вызове хроническими больными «ОЗ» 2 раза и более за месяц из числа пациентов, обслуживаемых ВОП\СВ, не регистрируется. Этому также способствует большой объем проводимой профилактической работы, в ее числе «Семейные программы», профосмотры тех пациентов, кто 1,5–2 года не посещал поликлинику, проведение школ здоровья и т.д. При посещении семей оказывается профилактическая помощь детям. Осмотрено женщин фертильного возраста акушерами-гинекологами совместно с ВОП\СВ — 13%.

Сравнительный анализ средних показателей работы в расчете на один участок ВОП\СВ и на один терапевтический участок ГКП № 5 за 2002–2004 гг. показал, что в среднем на участке ВОП\СВ вызовы скорой медицинской помощи в 2 раза, а к хроническим больным — в 6,2 раза реже; госпитализация в круглосуточные стационары в 1,4 раза, а экстренная — в 1,9 меньше, первичный выход на инвалидность в 1,6 раза, а среди трудоспособных пациентов — в 2 раза меньше, диспансерная группа в 1,2 раза больше, причем включает и больных специализированного профиля.

Таким образом, работа ВОП\СВ позволяет стать настоящим семейным врачом и осуществлять решение необходимых лечебно-профилактических и медико-социальных проблем сохранения и укрепления здоровья семьи в целом и каждого члена семьи в отдельности, и эта технология имеет ряд преимуществ по сравнению с участковым терапевтом.

ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ ОТДЕЛЕНИЙ ОБЩЕЙ ВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИКИ В ЧЕРНУШИНСКОМ РАЙОНЕ ПЕРМСКОЙ ОБЛАСТИ

Б.В.Головской, Л.И.Котлова, О.А.Артамонова

Пермская государственная медицинская академия, МУЗ
Чернушинская ЦРБ Пермского края

ORGANIZATION OF GENERAL PRACTICE IN CHERNUSHINSKIY DISTRICT OF PERM OBLAST

B. V. Golovskoy, L. I. Kotlova, O. A. Artamonova

Perm State Medical Academy, Chernushinskiy District
Hospital of Perm Territory

Перед сельским здравоохранением на современном этапе стоят следующие задачи: укрепление материально-технической базы, совершенствование механизмов финансирования здравоохранения и структурно-функциональные преобразования в системе медицинской помощи. Что касается преобразований, то основной акцент поставлен на улучшение и совершенствование системы оказания первичной медико-санитарной помощи при сохранении базовых принципов сельского здравоохранения — этапности и преемственности. Приказ

Министерства здравоохранения и социального развития России № 84 от 17.01.2005. «О порядке осуществления деятельности врача общей практики (семейного врача)» четко регламентирует систему общей врачебной практики. Богатый опыт сельских регионов страны показывает, что врач общей практики (семейный врач), работающий в тесном контакте с фельдшерским звеном, — основная фигура первичного звена сельского здравоохранения.

Организационные формы работы общеврачебных практик в Чернушинском районе Пермской области на селе и в городе существенно различаются. Подготовка 25 врачей осуществлена на кафедре терапии и семейной медицины факультета усовершенствования врачей Пермской государственной медицинской академии в форме очно-заочного обучения с выездом преподавателей ВУЗа в Чернушинскую ЦРБ.

В селе Павловка Чернушинского района с 2002 г. работает врач общей практики, имеющая 20-летний врачебный стаж и вторую категорию. Офис сельского семейного врача представляет собой оборудованную в соответствии со стандартами амбулаторию общей площадью 216 кв. м, которая состоит из 13 кабинетов (приемная, кабинет врача, кабинет здорового ребенка, процедурная, смотровая, физиотерапевтический кабинет, палаты с койками дневного пребывания пациентов и др.). Радиус обслуживания — 11 км (семь сельских населенных пунктов), отдаленность от Чернушинской ЦРБ — 12 км. Семейный врач постоянно проживает на вверенной ему территории и обслуживает 1640 человек, среди них 325 детей. В штате врача общей практики — три помощника врача (фельдшеры) и медицинская сестра общей практики.

Значительно выросла доступность врачебной помощи сельскому населению. Если ранее практически всю медицинскую помощь на первом этапе оказывал фельдшер, то сейчас 64% сельских жителей получают первоначальную более квалифицированную врачебную помощь. Наблюдается расширение обслуживания больных и здоровых врачом общей практики на дому (11% от всех посещений, из них 55% — к здоровым детям и 69% посещений детей на дому по поводу заболеваний).

В амбулатории сельского врача общей практики выполняется около 9500 различных лечебно-диагностических процедур. Врач общей практики оказывает многопрофильную медицинскую помощь населению независимо от пола и возраста пациентов. В большинстве случаев проблема пациента оказывается в рамках компетенции семейного врача, и у сельских жителей при дефиците личных денежных средств отпадает необходимость выезжать на консультации в ЦРБ.

В городе Чернушка остановились на системе групповой общеврачебной практики, прием осуществляют семейные врачи с первоначальной терапевтической и педиатрической подготовкой. Первые из них начали свою работу в 2003 г. Офис, который занимают два врача общей практики, обслуживает 1500 человек взрослого и около 800 человек детского населения. На сегодняшний день таких групповых практик — 6, идут работы в двух будущих офисах семейных врачей.

Все городские офисы и отделения общей врачебной практики оснащены необходимым оборудованием. При крупных отделениях функционируют стационары дневного пребывания, физиотерапевтические кабинеты, кабинеты ЛФК и массажа.

Врачи общей практики оказывают помощь при заболеваниях ЛОР-органов, неврологических заболеваниях, некоторых

видах хирургической, гинекологической и офтальмологической патологии, заболеваниях кожи и подкожной клетчатки. Уменьшилось число больных, направленных на консультации к узким специалистам от врачей общей практики примерно в 4 раза в сравнении с участковыми терапевтами.

Согласно последним данным, уменьшилось количество вызовов скорой помощи как на селе (в среднем в 10 раз), так и в городе (в 3,5 раза).

Большинство населения положительно оценивает медицинскую помощь по принципу врача общей практики, отмечая ее доступность и повышение качества.

Подсчитана экономическая эффективность работы врача общей практики (семейного врача) в сельской местности. Уже по первым итогам эксперимента экономия расходов по всем статьям на одного врача общей практики составила около 200 тысяч рублей.

Таким образом, деятельность врачей общей практики в сельской местности и городском районном центре свидетельствует о расширении объема медицинской помощи на первичном уровне и повышении качества обслуживания населения. Оказание первичной медико-санитарной помощи в сельских регионах по принципу врача общей практики — оптимальная и эффективная форма решения проблем в сельском здравоохранении на современном этапе.

СОТРУДНИЧЕСТВО КАФЕДРЫ СЕМЕЙНОЙ МЕДИЦИНЫ И ЦЕНТРА ПО ОЦЕНКЕ ТЕХНОЛОГИЙ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ. НАУЧНО-ДОКАЗАТЕЛЬНАЯ МЕДИЦИНА В ОБЩЕЙ ВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИКЕ

Т.А.Дубикайтис

ГОУ ДПО «Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию»

COLLABORATION OF DEPARTMENT OF FAMILY MEDICINE AND CENTER OF TECHNOLOGY ASSESSMENT IN HEALTH CARE. EVIDENCE-BASED MEDICINE IN GENERAL PRACTICE

T.A.Dubikaytis

St-Petersburg Medical Academy of Postgraduate Studies

На протяжении последних 50 лет медицинская наука переживает период бурного развития. Количество вновь выявленных заболеваний, изобретенных методов диагностики и лечения стремительно растет. Только за последние 10 лет объем научных публикаций удвоился. При этом далеко не все полученные и опубликованные данные могут внедряться в практику. Подавляющая часть полученной информации является скорее почвой для генерации новых гипотез и планирования очередных исследований, чем руководством к действию. Поэтому для упрощения использования новейшей научной информации в работе практикующего врача, работающего в режиме жесткого рабочего графика, начали проводить вторичные исследования^{*} и разрабатывать клинические рекомендации.

В процессе создания клинических рекомендаций авторы анализируют опубликованные по определенной тематике статьи и присваивают каждому исследованию установленную сте-

пень научной доказательности. Таким образом практикующий врач может узнать, насколько надежны опубликованные результаты и сформулированные выводы, не читая полнотекстовой статьи.

Для врачей общей практики наличие такого источника информации принципиально важно, в связи с большим разнообразием курируемых патологических состояний и длительным ведением пациентов с хронической патологией. В связи с этим на кафедре семейной медицины активно используют ряд стратегий развития научно-доказательной практики. При сотрудничестве с лабораторией по оценке технологий в здравоохранении СПбМАПО разрабатываются клинические рекомендации по ведению пациентов с наиболее часто встречающейся патологией в общей врачебной практике.

Кроме того, проводятся занятия со слушателями по основам научно-доказательной медицины и принципам экономического и мета-анализа в медицине. Центр по оценке технологий в здравоохранении обеспечивает информационную поддержку работы практикующих врачей центра семейной медицины, помогает провести поиск информации в международных базах данных и в ряде случаев обеспечивает перевод англоязычных источников.

Кроме того, активно используется относительно новый, получивший распространение в Европе, метод внедрения концепции научно-доказательной медицины в практику — привлечение практикующих семейных врачей к исследовательской работе. Так в 2002 г. при участии врачей амбулатории Красногвардейского района проведено изучение факторов риска ИБС. В 2004 г. с участием семейных врачей поселка Понтонный был выполнен скрининг гепатита С для изучения распространенности данного заболевания в популяции. А в 2003 г. был инициирован научно-исследовательский проект изучения репродуктивного здоровья женщин Санкт-Петербурга.

Таким образом, тесное сотрудничество кафедры и лаборатории способствует более рациональному использованию научного потенциала в практической медицине.

ОПЫТ РАЗВИТИЯ ОБЩИХ ВРАЧЕБНЫХ ПРАКТИК В ОДНОМ ИЗ РАЙОНОВ САНКТ-ПЕТЕРБУРГА

Л.А.Двинова, Н.Ю.Заруднева, Т.В.Исаева
ГУЗ Поликлиника № 95, Санкт-Петербург

EXPERIENCE OF DEVELOPMENT OF GENERAL PRACTICE IN ONE OF THE DISTRICTS OF ST-PETERSBURG

L.A.Dvinova, N.Yu.Zarudneva, T.V.Isaeva
City polyclinic № 95, St-Petersburg

Развитие общих врачебных практик является современной и актуальной проблемой системы здравоохранения Санкт-Петербурга. Известна нерентабельность существующей системы оказания первичной помощи в России, как, впрочем, и стационарной. Квалифицированные врачи, оказывающие медицинскую помощь независимо от пола, возраста или характера патологии больного, обеспечивают медицинские услуги более эффективные в смысле времени и доступности первичной помощи.

Новый подход коренным образом меняет роль врача в лечебном процессе и традиционную идеологию, при которой

^{*} К вторичным исследованиям относят мета-анализ, систематический обзор, экономический анализ.

основное внимание уделялось особым видам патологии у определенного контингента больных, что зачастую мешает воспринимать пациента как целое существо в окружении его семьи и общества на протяжении всего жизненного пути.

В поликлинике № 95 Колпинского района было начато переобучение участковых терапевтов на врачей общей практики. Эта инициатива нашла поддержку комитета здравоохранения Колпинского района, при его поддержке было создано отделение врачей общей практики. Проведен ремонт, оборудованы кабинеты для приема пациентов, организован кабинет доврачебного приема с возможностью записи ЭКГ, кабинет для гинекологического обследования.

Были обучены медицинские сестры, что позволило им осуществлять самостоятельный сестринский прием и вызовы. На отделении имеется многое для успешной работы врачей общей практики. Врачебные кабинеты оборудованы компьютерами, позволяющими вести электронную историю болезни; отоскопами, офтальмоскопами и другими инструментами, необходимыми для работы. Отделение имеет свою регистратуру.

При поддержке проекта Восточно-Европейского комитета Швеции были приобретены обучающие манекены для совершенствования практических навыков врача общей практики. Следующим этапом стал совместный проект с кафедрой семейной медицины СПбМАПО по подготовке преподавателей из числа врачей-специалистов и врачей общей практики.

В ближайшее время на базе отделения общей практики начнет функционировать учебный центр кафедры семейной медицины. Суть этого проекта — подготовка врачей общей практики в Колпино, Пушкине и Павловске, что позволит сократить очную часть обучения на территории СПбМАПО и обеспечить преподавание важного и трудного раздела — стажировку в отделении общей практики и освоение практических навыков. Кроме того, предполагается на базе центра обучать и клинических ординаторов, которые в дальнейшем будут работать в отделениях общей практики Колпинского района.

В рамках цикла подготовки врачей-наставников, обучающихся специалистов семейной медицины, было подготовлено 7 человек, среди которых — хирург, невролог, окулист и семейные врачи с опытом работы. При поддержке Восточного комитета Швеции эти специалисты прошли стажировку в офисах врачей общей практики Стокгольма, ознакомились с работой стационара и центра амбулаторной хирургии. Также получили информацию о структуре оказания медицинской помощи в Швеции, о работе первичной помощи, методах взаимодействия с врачами других специальностей, подходом семейных врачей к лабораторным исследованиям, консультированием в офисах, ведением беременных и детей, работой врача общей практики в гериатрических центрах.

В октябре 2005 г. врачи общей практики поликлиники № 95 посетили 5-ю Балтийскую конференцию по семейной медицине, где коллеги из стран-соседей делились опытом и обсуждали проблемы семейной медицины. Опыт других стран очень полезен и для российских врачей. Это позволяет лучше воспринимать новые идеи, обмениваться опытом и не чувствовать себя в изоляции.

В условиях растущей потребности в обучении врачей общей практики, в том числе и через ординатуру, проект представляет собой взаимовыгодное сотрудничество кафедры семейной медицины СПбМАПО и поликлиники № 95. Для поли-

клиники — это возможность гибкого и удобного переобучения своего персонала (повышение знаний для оказания качественной медицинской помощи и сокращение времени обучения на отдаленной базе) с получением сертификата врача общей практики и более удобные формы проведения ресертификационных циклов в дальнейшем. Это очень важно для врачей, загруженных ежедневной практической деятельностью, и имеющих большую ответственность как перед пациентами, так и перед своей семьей.

Обучение на базе учебного центра, расположенного в поликлинике, удобно уже тем, что экономит время и деньги (например, затраты на дорогу), предоставляет профессиональные материалы, возможность обучения и совершенствования практических навыков. Несомненно, что это требует от обучающихся больших усилий и большой самостоятельной работы, но задача нашего центра состоит в том, чтобы обучение было продуктивно и приносило удовольствие.

Создание учебного центра — итог совместной работы, направленной на реализацию общей врачебной практики, поликлиники № 95, отдела здравоохранения администрации Колпинского района и кафедры семейной медицины СПбМАПО.

РОЛЬ ВРАЧА ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С УРОГЕНИТАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

В.В.Фризин, Д.В.Фризин

ГОУ ВПО Казанский государственный медицинский университет,
ЛПМУЗ «Перинатальный центр» г. Йошкар-Ола

THE ROLE OF GENERAL PRACTITIONER IN TREATMENT OF PATIENTS WITH UROGENITAL PATHOLOGY

V.V.Frizin, D.V.Frizin

Kasan State Medical University,
Perinatal Center, Yoshkar-Ola city

В настоящее время растет обращаемость к врачам урологам (андрологам) и дерматовенерологам пациентов с бесплодием, причинами которого являются воспалительные заболевания предстательной железы, семенных пузырьков, органов мошонки, вызванные инфекциями, передающимися половым путем (ИППП).

Обследование по поводу хронического уретропростатита, куперита, сперматоцистита, эпидидимита включает в себя сбор анамнеза, осмотр, забор содержимого уретры, куперовых желез, семенных пузырьков, предстательной железы, применение комбинированной провокации с забором содержимого для микроскопии и культуральной диагностики на наличие ИППП длится не более 1–1,5 недели при 4–5 кратном посещении врача. Как правило, всем направленным из городов и районов республики после обследования, постановки диагноза даются рекомендации или назначается курс антибактериальной терапии.

В настоящее время использование антибактериальной терапии значительно сократило применение местных методов лечения, ранее широко распространенных в венерологической и урологической практике, а также в других отраслях медицины. Снижение эффективности антибактериальных средств ввиду увеличения числа резистентных форм микроорганизмов, а также сложность достижения действенных локаль-

ных концентраций некоторых препаратов при пероральном или парентеральном применении заставляют снова обращаться к методикам местного лечения ряда заболеваний и патологических состояний, встречающихся в урологической, андрологической, репродуктологической практике и других областях клинической медицины. Применение инстилляций уретры, массажа предстательной железы, куперовых желез, семенных пузырьков значительно увеличивают эффективность лечения, а во многих случаях являются ведущими или единственными методами лечения. Процедуры проводят через 1–2 дня в зависимости от индивидуальной реакции с общей продолжительностью курса лечения до 2 месяцев при необходимости проведения до 3–4 курсов в течение года.

Пациенты из сельских районов, пройдя обследование в республиканских лечебно-диагностических учреждениях, вынуждены отказываться от комплексного лечения, включающего массаж желез и эндоуретральные процедуры. Проблема возникает ввиду сложности или невозможности посещения процедурных кабинетов 3 раза в неделю в течение 5–6 недель. Исключение составляют лишь проживающие в городах и крупных районных центрах, где в штатах лечебных учреждений имеются соответствующие специалисты.

С развитием организации первичной медико-санитарной помощи по принципу врача общей практики возможно решение проблемы в рамках данной специальности. В требованиях к уровню подготовки, содержанию знаний, умений и практических навыков врача общей практики обозначены следующие синдромы и нозологические формы: нарушение половой функции, мужское бесплодие, заболевания органов мошонки, а также ИППП и их осложнения. При выполнении этих требований врач общей практики способен реально оказать эффективную помощь пациентам, проживающим в сельской местности, с воспалением мочеиспускательного канала и его осложнениями.

АНАЛИЗ СТРУКТУРЫ ПРИЧИН ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ В ОБЩЕЙ ВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИКЕ

И.Е.Моисеева, Е.В.Полякова

ГОУ ДПО «Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию»,
Центр семейной медицины

ANALYSIS OF STRUCTURE OF CAUSES OF TEMPORAL DISABILITY IN GENERAL PRACTICE

I.E.Moiseeva, E.V.Polyakova

St-Petersburg Medical Academy of Postgraduate Studies,
Center of Family Medicine

Экспертиза временной нетрудоспособности является одной из важных обязанностей врача общей практики как лечащего врача, что требует не только глубоких клинических знаний, но и знаний, связанных с правовыми, нормативными и социальными основами экспертизы временной нетрудоспособности.

Спектр заболеваний и состояний, с которыми пациенты обращаются за медицинской помощью к врачу общей практики, достаточно широк. Анализ структуры причин временной нетрудоспособности у пациентов Центра семейной медицины МАПО за 2003–2005 гг. показал, что преобладают заболевания

органов дыхания, костно-мышечной системы и органов кровообращения. Заболевания других систем и органов как причина временной нетрудоспособности встречаются реже, однако врач общей практики в своей работе может столкнуться с необходимостью решения экспертных вопросов практически в любом направлении.

Наибольшее количество случаев временной нетрудоспособности у пациентов Центра семейной медицины МАПО в указанный период было вызвано болезнями органов дыхания (48% случаев среди мужчин и 55% среди женщин, в среднем — 52%). У женщин наибольшее количество случаев временной нетрудоспособности отмечено в возрастных группах 20–34 года и 40–59 лет, а у мужчин — в 20–29 лет. Средняя длительность временной утраты трудоспособности составляла 8–10 дней. Среди заболеваний органов дыхания, вызвавших временную нетрудоспособность, преобладали острые респираторные инфекции верхних дыхательных путей.

14% случаев временной утраты трудоспособности среди мужчин и 10% среди женщин (в среднем — 12%) составили заболевания костно-мышечной и соединительной ткани. При этом у мужчин преобладал возраст 45 лет и старше, у женщин — 40 лет и старше. Средняя длительность временной нетрудоспособности составила 12–15 дней.

Заболевания органов кровообращения занимали третье место в структуре причин временной нетрудоспособности и составили в среднем 12% (13% случаев среди мужчин и 11% среди женщин). Средняя длительность временной нетрудоспособности составила 21 день у мужчин и 14 дней у женщин. При этом у женщин преобладали заболевания, характеризующиеся повышенным артериальным давлением, а у мужчин — ишемическая болезнь сердца и заболевания, характеризующиеся повышенным артериальным давлением. У мужчин наибольшее количество случаев временной нетрудоспособности, связанных с заболеваниями сердечно-сосудистой системы, наблюдалось в возрастной группе 50 лет и старше, а у женщин — 45 лет и старше.

Травмы и отравления в структуре причин временной нетрудоспособности занимали четвертую позицию, составляя около 5% всех случаев временной нетрудоспособности. При этом у мужчин этот показатель составлял 7%, тогда как у женщин — 4%. И, если переломы черепа и внутричерепные травмы встречались с одинаковой частотой у мужчин и женщин в возрастной группе 20–49 лет, то переломы костей конечностей чаще встречались у женщин в возрасте старше 40 лет. Средняя длительность временной нетрудоспособности составила около 22 дней (20 дней у мужчин и 26 дней у женщин).

Пятое место (5%) среди причин временной нетрудоспособности занимали болезни органов пищеварения (6% у мужчин, 3% у женщин). Преобладающими причинами временной нетрудоспособности в этой группе были гастрит и дуоденит, причем у мужчин эти заболевания встречались в возрастной группе от 15 до 54 лет, а у женщин — от 50 лет и старше. Длительность временной нетрудоспособности составляла в среднем — 12 дней.

Примерно равное количество случаев временной нетрудоспособности (по 3%) было вызвано заболеваниями нервной системы и инфекционными заболеваниями. Распределение по возрастно-половым группам было равномерным, средняя длительность случая временной нетрудоспособности при заболеваниях нервной системы составила 12 дней, а при инфекционных заболеваниях — 17 дней.

Заболевания мочеполовой системы по среднему показателю заняли восьмое место в структуре причин временной нетрудоспособности (2%). Однако разделение по полу показало, что если у мужчин эта патология составляет около 1%, то у женщин — 4%.

Таким образом, распределение причин временной нетрудоспособности у мужчин и женщин несколько различалось. Первые три места в обеих группах занимали заболевания органов дыхания, болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани и болезни органов кровообращения. Но если у мужчин четвертое место занимали травмы и отравления, а пятое — болезни органов пищеварения, то у женщин четвертое место — болезни мочеполовой системы, а пятое — травмы и отравления. Из этого следует, что врачу общей практики приходится наиболее часто сталкиваться с вопросами экспертизы временной нетрудоспособности при заболеваниях органов дыхания, костно-мышечной системы и органов кровообращения. Кроме того, не последнее значение среди причин временной нетрудоспособности в общей врачебной практике имеют травмы и отравления, заболевания органов пищеварения, мочеполовой системы, нервной системы и инфекционные заболевания. Остальные причины временной нетрудоспособности в работе семейного врача встречаются несколько реже.

РЕАЛИЗАЦИЯ ПРОЕКТА «РАЗВИТИЕ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПО ПРИНЦИПУ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА» В РАМКАХ МЕЖДУНАРОДНОЙ ПРОГРАММЫ ТАСИС

**О.В.Павлова, Б.В.Агафонов, Н.Н.Шевцова,
В.П.Чуднов, Г.А.Лаврищева, Р.В.Горенков**

Министерство здравоохранения Московской области,
факультет усовершенствования врачей МОНИКИ
им. М.Ф.Владимирского

REALIZATION OF THE PROJECT «DEVELOPMENT OF PRIMARY HEALTH CARE BASED ON PRINCIPLE OF GENERAL PRACTICE» IN THE FRAME OF INTERNATIONAL PROGRAM TASIS

**O.V.Pavlova, B.V.Agafonov, N.N.Shevtsova,
V.P.Chudnov, G.A.Lavrischeva, R.V.Gorenkov**

Public health Committee of Moscow district, faculty of
postgraduate education of MONICA named
M.F.Vladimirski

Основными направлениями реализации проекта являлись совершенствование нормативной базы по реформированию первичной медико-санитарной помощи, реформирование действующей системы управления и финансирования амбулаторно-поликлинического звена здравоохранения, реформирование сети амбулаторно-поликлинических учреждений здравоохранения, разработка технологии оплаты медицинской помощи врача общей практики (ВОП).

В проекте участвовали 5 пилотных территорий Московской области: города Дубна и Электросталь, а также Мытищинский, Наро-Фоминский и Ступинский районы.

В результате работы на территориях отработаны различные модели общих врачебных практик по типам: монопрактика, в том числе с круглосуточным оказанием неотложной помощи, монопрактика с использованием дневного стационара;

групповая практика; партнерская практика; центр семейной медицины; отделение общих врачебных практик.

Разработаны и апробированы критерии, характеризующие деятельность ВОП, которые разделены на четыре группы: 1) показатели, характеризующие вклад семейной медицины в реструктуризацию системы медицинской помощи; 2) показатели, характеризующие текущую деятельность ВОП; 3) показатели, характеризующие конечные результаты деятельности ВОП; 4) показатели дефектов.

Разработан и внедрен механизм финансирования ВОП, система оплаты труда врачей и медицинских сестер ВОП.

В рамках областной программы на базе Ступинской муниципальной районной больницы создан учебный центр по подготовке ВОП, что позволило приблизить обучающихся к месту их жительства и месту работы. Учебный центр района функционирует в составе кафедры общей врачебной практики (семейной медицины) ФУВ МОНИКИ, являясь базой для отработки практических навыков слушателей.

Результаты внедрения проекта показали явную эффективность разработанной системы. Об этом свидетельствуют снижение уровня госпитализации, уменьшение количества вызовов бригад станции скорой медицинской помощи среди прикрепленного населения, увеличение количества обращений к ВОП по смежным специальностям, уменьшение числа обращений к «узким специалистам».

Увеличилась заработная плата врачей общей практики в 2,5–3,9 раза.

Вместе с тем, практическая реализация проекта выявила ряд проблем, требующих решения:

— территориальный принцип прикрепления к ВОП (по месту проживания) и территориально-производственный принцип страхования в системе ОМС (работающие — по месту работы, неработающие — по месту проживания) привели к проблемам при проведении межтерриториальных расчетов с другими территориальными фондами ОМС;

— отсутствие медицинских стандартов ВОП;

— сложности в подготовке и переподготовке врачей общей практики (длительный отрыв их от работы).

Эксперимент показал необходимость разработки моделей взаимодействия с медицинскими работниками, оказывающими специализированную медицинскую помощь.

Необходимо также проработать вопросы экономического стимулирования ВОП за выполнение профилактической работы. Это особенно важно в свете реализации национального проекта «Здоровье» по проведению диспансеризации населения. Возможно решение путем установления гонорарной оплаты за проводимые профилактические мероприятия, либо путем увеличения размера материального стимулирования за достижение показателей, характеризующих уровень профилактической работы ВОП.

Нуждается в совершенствовании системы оплаты труда ВОП. Прежде всего, это связано с необходимостью пересмотра величин коэффициентов повышения за применение ВОП практических навыков. Необходимо также разработать систему дифференцированной оплаты труда среднего медперсонала, шкалу оценочных показателей, характеризующих вклад каждой медсестры в работу общей врачебной практики.

Несмотря на проблемы, общая врачебная практика как форма организации первичной медицинской помощи показа-

ла себя перспективной и актуальной для Московской области. Система подушевого финансирования и предложенная система оплаты труда могут быть использованы не только для общих врачебных практик, но и для участковой службы.

МЕНЯЮЩЕЕСЯ ЛИЦО БРИТАНСКОЙ МЕДИЦИНЫ

П.Д. Тун

Королевский колледж врачей общей практики,
Великобритания

THE CHANGING FACE OF BRITISH MEDICINE

P.D. Toon

Royal collage of general practitioners, Great Britain

В настоящее время происходят значимые изменения в системе здравоохранения Великобритании. В 2004 г. были разработаны новые условия трудового соглашения с врачами общей практики, которые обеспечили и новую систему оплаты. Хотя общая врачебная практика, которая включает медсестер первичной медицинской помощи, также как и семейных врачей, остается местом первого контакта для тех, кто болен или считает себя больным, был сделан акцент на поощрение врача общей практики за ведение пациентов с хроническими заболеваниями и за первичную профилактику. Все больше медицинских услуг переносится из стационаров в первичную помощь, где ведущую роль берут на себя семейные врачи.

Реформирование здравоохранения сопровождается непрерывным давлением на специалистов стационаров с целью делегировать часть их дорогостоящих и не всегда экономически эффективных услуг непосредственно врачам общей практики, включая и тех, кто были подготовлены как семейные врачи и дополнительно прошли обучение другой специальности. Услуги также можно делегировать в поликлиники, в Великобритании это учреждения, где работают специалисты, но нет коечного фонда. Они не похожи на российские поликлиники, которые обеспечивают оказание первичной помощи и являются альтернативой семейной медицине. Поликлиники в Великобритании оказывают вторичную специализированную помощь и являются альтернативой стационарам. (В России такая структурная единица называется клинико-диагностическим центром).

С 2006 года врачей общей практики будут поощрять за оказание тех услуг, которые ранее выполнялись в стационаре. В финансовом выражении это означает, что они будут распоряжаться той частью бюджета, которая предназначена для покрытия расходов на вторичную специализированную помощь. В будущем это будет стимулировать перемещение объемов оказания помощи и ресурсов из учреждений специализированной помощи в структуры первичного звена здравоохранения.

В настоящее время врачи общей практики работают в малых групповых практиках, которые содержатся по найму врачами, заключившими договор по оказанию данных услуг с Национальной системой здравоохранения. Имеются планы дополнить такую модель «угловых магазинов» моделью системы «супермаркет», где семейных врачей нанимают большие коммерческие организации, которые не обязательно созданы врачами.

В работе врачей общей практики все больше увеличивается стремление повысить независимость пациентов; пропагандируется самопомощь при нетяжелых заболеваниях с использованием вебсайтов и телефонных консультаций; разработана программа «Пациент-эксперт» для совершенствования само- и взаимопомощи при хронических заболеваниях. Пациентов поощряют играть активную роль при выборе и организации их специализированной помощи совместно со своим семейным врачом, а не просто используя он-лайн систему «Выбери и закажи».

Система образования также реагирует на эти изменения. С 2006 г. годичная интернатура по медицине и хирургии будет заменена двухгодичной «основной» программой с более структурированной и широкой образовательной базой. Она будет включать три или четыре месяца обучения общей врачебной практике, сначала для 55% врачей, а в течение последующих нескольких лет их число вырастет до 100%. Этот процесс сопровождается повышением затрат на обучение семейной медицине на додипломном уровне. Это приведет к тому, что через несколько лет большинство врачей будут обучаться врачами общей практики по выработке общих клинических навыков. Со временем это должно устранить разрушительное и делающее фрагментарным влияние стационарной специализированной помощи на медицинское образование, которое исторически уделяло этому звену здравоохранения слишком много внимания.

Дата: 14.02.2006

**ИНФОРМАЦИОННОЕ ПИСЬМО
«О ПОРЯДКЕ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ ДЕНЕЖНЫХ ВЫПЛАТ МЕДИЦИНСКИМ РАБОТНИКАМ
ЗА ОКАЗАНИЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ»****INFORMATIONAL LETTER
«ORDER OF PAYMENT TO MEDICAL STUFF FOR ADDITIONAL PRIMARY CARE»**Руководителям органов управления здравоохранением субъектов Российской Федерации
Директорам территориальных фондов обязательного медицинского страхования

676-РХ 13.02.2006

В рамках реализации приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения в соответствии с Федеральным законом от 22 декабря 2005 г. № 171-ФЗ «О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2006 год», постановлением Правительства Российской Федерации от 30 декабря 2005 г. № 851 «О порядке финансового обеспечения расходов и учета средств на выполнение в 2006 году учреждениями здравоохранения муниципальных образований, оказывающими первичную медико-санитарную помощь (а при их отсутствии — соответствующими учреждениями здравоохранения субъекта Российской Федерации), государственного задания по оказанию дополнительной медицинской помощи» предусмотрено осуществление денежных выплат врачам-терапевтам участковым, врачам-педиатрам участковым, врачам общей практики (семейным врачам), медицинским сестрам участковым врачей-терапевтов участковых, медицинским сестрам участковым врачей-педиатров участковых, медицинским сестрам врачей общей практики за оказание дополнительной медицинской помощи в рамках выполнения государственного задания в соответствии с Программой государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2006 год.

Отвечая на вопросы, возникающие при осуществлении денежных выплат, Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации разъясняет:

1. В соответствии с приказом Минздравсоцразвития России от 30 декабря 2005 № 816 «Об утверждении Методических рекомендаций по оформлению в 2006 году трудовых отношений между врачами-терапевтами участковыми, врачами-педиатрами участковыми, врачами общей практики (семейными врачами), медицинскими сестрами участковыми врачей-терапевтов участковых, медицинскими сестрами участковыми врачей-педиатров участковых, медицинскими сестрами врачей общей практики и учреждениями здравоохранения муниципальных образований, оказывающими первичную медико-санитарную помощь (а при их отсутствии — соответствующими учреждениями здравоохранения субъек-

та Российской Федерации)» установлено, что дополнительное соглашение об увеличении объема выполняемой работы в связи с выполнением государственного задания на оказание дополнительной медицинской помощи заключается с работником, занимающим штатную должность в полном объеме (не менее одной ставки) и с соответствующей численностью обслуживаемого прикрепленного населения.

Установленная соответствующая численность обслуживаемого прикрепленного населения определена в 1700 человек для терапевтических участков (приказ Министерства здравоохранения СССР от 26 сентября 1978 года № 900 «О штатных нормативах медицинского, фармацевтического персонала и работников кухонь центральных районных и районных больниц сельских районов, городских больниц и поликлиник (амбулаторий) городов и поселков городского типа с населением до 25 тысяч человек, участковых больниц, амбулаторий в сельской местности и фельдшерско-акушерских пунктов», приказ Министерства здравоохранения СССР от 11 октября 1982 года № 999 «О штатных нормативах медицинского и педагогического персонала городских поликлиник, расположенных в городах с населением свыше 25 тысяч человек»), в 1500 человек для участков врачей общей практики и в 1200 человек для участков семейных врачей (приказ Минздрава России от 21 марта 2003 года № 112 «О штатных нормативах центра, отделения общей врачебной (семейной) практики»), в 800 человек для педиатрических участков (приказ Минздрава России от 16 октября 2001 года № 371 «О штатных нормативах медицинского и педагогического персонала детских городских поликлиник (поликлинических отделений) в городах с населением свыше 25 тысяч человек»).

Вместе с тем, Минздравсоцразвития России считает возможным в исключительных случаях с соответствующим обоснованием, разрешить осуществление денежных выплат медицинским работникам, обслуживающим малокомплектные терапевтические и педиатрические врачебные участки (ниже установленных нормативов на 200 человек), в случае занятия ими штатной должности в объеме не менее 1 ставки.

При этом руководителям органов управления здравоохранением муниципальных образований рекомендуется в целях улучшения качества и доступности медицинской помощи, ее профилактической направленности, эффективного использования ресурсов здравоохранения, провести оптимизацию сети первичного звена здравоохранения в целях приведения в соответствие с функциями, объемом и характером деятельности.

Предусмотреть, особенно в сельской местности, организацию первичной медико-санитарной помощи по принципу врача общей практики (семейного врача), а также рассчитывать штатные нормативы амбулаторно-поликлинических учреждений с учетом возрастного-полового состава, географических и иных особенностей территорий.

2. В соответствии с Федеральным законом от 6 октября 2003 г. № 131-ФЗ «Об общих принципах организации местного самоуправления в Российской Федерации» органы местного самоуправления при отсутствии на территории муниципального района (городского округа) учреждений здравоохранения муниципального образования, а также учреждений здравоохранения субъекта Российской Федерации, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, и наличии иных медицинских организаций (федеральных учреждений здравоохранения, медицинских организаций независимо от ведомственной принадлежности), могут реализовать свои полномочия через упомянутые организации, посредством издания муниципального правового акта о формировании и размещении в данных организациях муниципального заказа на основании муниципального контракта, заключаемого в порядке, предусмотренном действующим законодательством.

В этом случае медицинские работники указанных медицинских учреждений могут участвовать в оказании дополнительной медицинской помощи и соответственно получать установленную денежную выплату на основании дополнительного соглашения к трудовому договору.

3. В соответствии с приказом Министерства здравоохранения СССР от 26 сентября 1978 года № 900 «О штатных нормативах медицинского, фармацевтического персонала и работников кухонь центральных районных и районных больниц сельских районов, городских больниц и поликлиник (амбулаторий) городов и поселков городского

типа с населением до 25 тысяч человек, участковых больниц, амбулаторий в сельской местности и фельдшерско-акушерских пунктов» в участковых больницах и амбулаториях, расположенных в сельской местности, для оказания амбулаторно-поликлинической помощи населению предусмотрены должности врачей-терапевтов и врачей-педиатров.

При установлении, что врачи указанных категорий фактически работают по участковому принципу и выполняют обязанности врачей-терапевтов участковых и врачей-педиатров участковых в полном объеме, руководители органов управления здравоохранением муниципальных образований, в рамках полномочий, предусмотренных статьей 8 «Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан», в зависимости от конкретных условий труда, могут вводить вместо должностей врачей-терапевтов и врачей-педиатров соответственно должности врачей-терапевтов участковых и врачей-педиатров участковых.

4. В соответствии с приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 29 июля 2005 года № 487 «Об утверждении Порядка организации оказания первичной медико-санитарной помощи» задачи учреждений по оказанию первичной медико-санитарной помощи выполняются медицинскими работниками данных учреждений, в том числе специалистами со средним медицинским образованием.

В штатных нормативах медицинского персонала для оказания амбулаторно-поликлинической помощи населению предусмотрены должности медицинских сестер участковых терапевтических, педиатрических участков и медицинских сестер врача общей практики, устанавливаемые из расчета врачебных должностей.

Однако, если указанные категории медицинских сестер работают на врачебных участках, некомплектованных врачебными кадрами или работают с фельдшерами, обслуживающими данный участок, и исполняют в рамках своей компетенции, должностные обязанности в полном объеме (не менее одной ставки), с соответствующей численностью обслуживаемого прикрепленного населения, то они могут получать установленную денежную выплату на основании дополнительного соглашения к трудовому договору.

Р.А.Хальфин

Источник информации — официальный сайт Росздрова: <http://www.mzsrrf.ru>

ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ, СВЯЗАННЫЕ С ВЫПЛАТАМИ ВРАЧАМ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

ANSWERS ON THE QUESTIONS RELATED TO PAYMENT OF DOCTORS OF PRAMARY HEALTH CARE

Дата: 28.02.2006

Ответы на типовые вопросы, возникающие при осуществлении денежных выплат врачам-терапевтам участковым, врачам-педиатрам участковым, врачам общей практики (семейным врачам) и их медсестрам.

Вопрос. Каков порядок начисления надбавки стимулирующего характера работнику, отработавшему неполный месяц (был в отпуске, болел)?

Ответ. В соответствии с Методическими рекомендациями, утвержденными приказом Минздравсоцразвития России от 30 декабря 2005 г. № 816, надбавка стимулирующего характера к заработной плате устанавливается работнику за выполнение дополнительного объема работы, в пределах установленной ему законодательством продолжительности рабочего времени. Порядок начисления указанной надбавки аналогичен порядку начисления иных стимулирующих выплат, установленных работнику.

Следовательно, если работник отработал неполный месяц (был в отпуске, болел) надбавка стимулирующего характера начисляется за фактически отработанное время. Установленный размер надбавки делится на количество рабочих дней по норме в месяц и умножается на количество фактически отработанных дней.

Вопрос. Применяются ли к надбавке стимулирующего характера районные коэффициенты (коэффициенты за работу в пустынных и безводных местностях, коэффициенты за работу в высокогорных районах)?

Ответ. В настоящее время в Федеральный закон «О бюджете Фонда обязательного медицинского страхования на 2006 год», вносятся изменения, предусматривающие начисление на денежные выплаты врачам-терапевтам участковым, врачам-педиатрам участковым, врачам общей практики (семейным врачам) и их медсестрам районных коэффициентов, коэффициентов за работу в пустынных и безводных местностях, коэффициентов за работу в высокогорных районах. Дополнительные расходы на эти цели будут осуществляться за счет средств Фонда обязательного медицинского страхования.

В феврале 2006 г. врачам-терапевтам участковым, врачам-педиатрам участковым, врачам общей практики (семейным врачам) должны быть произведены дополнительные выплаты (за январь) в сумме 10 тысяч рублей, а их медсестрам 5 тысяч рублей независимо от того, в каком регионе расположены участки.

В марте 2006 года, после внесения изменений в Федеральный закон «О бюджете Фонда обязательного медицинского страхования на 2006 год» в районах с неблагоприятными природными климатическими условиями при осуществлении выплат за февраль начисление районных коэффициентов (коэффициентов за работу в пустынных и безводных местностях, коэффициентов за работу в высокогорных районах) будет осуществляться на 10 тыс. рублей и 5 тыс. рублей соответственно.

Одновременно будет осуществлен перерасчет за январь 2006 г.

Вопрос. Будет ли учитываться надбавка стимулирующего характера при оплате больничного листка?

Ответ. В соответствии с пп. 1 и 2 статьи 2 Федерального закона от 22 декабря 2005 г. № 180-ФЗ «Об отдельных вопросах исчисления и выплаты пособий по временной нетрудоспособности, по беременности и родам и размерах страхового обеспечения по обязательному социальному страхованию от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний в 2006 году» исчисление средней заработной платы для исчисления пособия по временной нетрудоспособности и пособия по беременности и родам осуществляется в порядке, установленном Правительством Российской Федерации в соответствии со статьей 139 Трудового кодекса Российской Федерации с учетом условий, установленных нормативными правовыми актами об обязательном социальном страховании.

Таким образом, в среднем заработке при исчислении пособий учитываются все предусмотренные системой оплаты труда виды выплат, в том числе надбавки и доплаты к тарифным ставкам (должностным окладам), применяемые в организации, на которые в соответствии с законодательством Российской Федерации начисляются налоги и (или) страховые взносы, поступающие в бюджет Фонда социального страхования Российской Федерации.

Поскольку денежные выплаты врачам и медсестрам первичного звена, осуществляемые в рамках национального проекта «Здоровье», являются стимулирующими надбавками, т.е. заработной платой, и выплачиваются за дополнительный объем работ, их следует учитывать при оплате больничных листов (при условии, что стимулирующая надбавка выплачивалась работнику в расчетный период для исчисления среднего заработка).

Вопрос. Заключается ли дополнительное соглашение к трудовому договору об увеличении объема работы, с работником, находящимся в декретном отпуске?

Ответ. Если работник находится в декретном отпуске, то с ним не заключается дополнительное соглашение к трудовому договору об увеличении объема работы.

Вопрос. Заключается ли дополнительное соглашение к трудовому договору об увеличении объема работы с работником в случае отсутствия у него или окончания срока действия сертификата специалиста?

Ответ. Дополнительное соглашение к трудовому договору об увеличении объема работы заключается с врачами-терапевтами участковыми, врачами-педиатрами участковыми, врачами общей практики (семейными врачами) и их медсестрами, Указанное соглашение заключается с работниками, которые в настоящее время фактически исполняют соответствующие должностные обязанности, независимо от наличия сертификата специалиста.

В тоже время, считаем целесообразным направление работников, у которых отсутствуют сертификаты специалиста на соответствующее обучение.

Источник информации — официальный сайт Росздрава: <http://www.mzsrrf.ru>

ВНИМАНИЮ ЗАКАЗЧИКОВ РЕКЛАМЫ!

Журнал помещает на коммерческой основе информационные и рекламные материалы отечественных и зарубежных фирм.

Стоимость размещения рекламы в одном номере:

| | |
|---|-----------|
| Рекламный модуль, черно-белый, размером 6×9 (1/8 полосы) | — 20 у.е. |
| Рекламный модуль, черно-белый, размером 6×18 (1/4 полосы) | — 30 у.е. |
| Рекламный модуль, черно-белый, размером 12×18 (1/2 полосы) | — 40 у.е. |
| Рекламный модуль, черно-белый, размером 24×18 (одна полоса) | — 70 у.е. |

Рекламный модуль на обложке, цветной:

| | |
|-------------------------------|-------------|
| 2, 3 стороны 6×9 (1/8 полосы) | — 70 у.е., |
| 6×18 (1/4 полосы) | — 140 у.е., |
| 12×18 (1/2 полосы) | — 280 у.е., |
| 24×18 (одна полоса) | — 560 у.е. |
| 4 сторона 6×9 (1/8 полосы) | — 80 у.е., |
| 6×18 (1/4 полосы) | — 160 у.е., |
| 12×18 (1/2 полосы) | — 320 у.е., |
| 24×18 (одна полоса) | — 640 у.е. |

При размещении рекламы в двух номерах предоставляются скидки 10%,
в трех номерах — 15%, в четырех номерах — 20%.

По вопросам размещения рекламы обращаться по телефонам:

**275 15 56 (главный редактор О.Ю.Кузнецова),
598 93 20, 598 52 22 (ответственный секретарь Н.А.Гурина).**

«Российский семейный врач»

Свидетельство о регистрации № 017794 от 22.06.98 г.

Подписной индекс по каталогу «Роспечать» 29950

По вопросам приобретения журнала обращаться по тел.: (812) 598-93-20

Редактор В.П.Медведев
Оригинал-макет ООО «ПринтЛайн», тел.: (812) 988-9836, 09.

Санкт-Петербург, издательство Санкт-Петербургской медицинской академии последипломного образования.
Подписано в печать 15.03.2006 г. Формат 60×90^{1/8}. Бумага офсетная. Гарнитура Journal. Печать офсетная.
Усл. печ. л. 10. Тираж 1000 экз. Заказ № 056. Цена договорная.
193015, Санкт-Петербург, Кирочная ул. д. 41.
Отпечатано в ООО «Сигма».