

# 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  
2-2006

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**

МОЖЕТ ЛИ РАЗВИВАТЬСЯ СЕМЕЙНАЯ МЕДИЦИНА  
КАК НАУКА?  
*Е.В.Фролова* ..... 4

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ НОВЫХ МЕТОДОВ ОБУЧЕНИЯ  
И КОНТРОЛЯ ЗНАНИЙ В ПОДГОТОВКЕ ВРАЧА ОБЩЕЙ  
ПРАКТИКИ  
*Е.А.Будкова, А.Г.Гафаров* ..... 9

**ОРИГИНАЛЬНЫЕ НАУЧНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ**

МАРКЕТИНГОВЫЙ АНАЛИЗ ИНДИВИДУАЛЬНЫХ  
ПОКУПАТЕЛЕЙ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ ГОРОДСКОЙ  
ПОЛИКЛИНИКИ  
*О.А.Махова, В.Н.Филатов* ..... 14

ДИАСТОЛИЧЕСКАЯ ФУНКЦИЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА  
У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ I ТИПА  
*М.Ю.Кондраченко* ..... 18

ОЦЕНКА ОПАСНОСТИ РАЗВИТИЯ НОВЫХ ПОРОКОВ  
СЕРДЦА ПОСЛЕ УСПЕШНОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО  
ВМЕШАТЕЛЬСТВА НА МИТРАЛЬНОМ КЛАПАНАЕ  
У ПАЦИЕНТОВ С МЕЗЕНХИМАЛЬНОЙ ДИСПЛАЗИЕЙ  
*Е.В.Немченко, С.В.Исаков, М.А.Карпенко, Э.В.Земцовский* 21

ЗДОРОВЬЕ ПОДРОСТКОВ В БОЛЬШОМ ГОРОДЕ  
*Е.К.Пагава, П.-А.Мишо, А.Жанин, К.И.Пагава* ..... 25

ОСОБЕННОСТИ СПИНАЛЬНОЙ УЛЬТРАСОНОГРАФИИ  
У ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА  
*И.А.Марченко, А.Л.Бурулев, А.С.Иова* ..... 28

СОМАТИЧЕСКИЙ СТАТУС И ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОЕ  
СОСТОЯНИЕ БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ ЖЖЕНИЯ В  
ПОЛОСТИ РТА, ВОЗНИКШИМ ПОСЛЕ  
ОРТОПЕДИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ  
*Е.С.Михайлова, И.В.Кулик, Н.В.Катковник* ..... 31

**ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ**

ЕСТЕСТВЕННОЕ ТЕЧЕНИЕ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ  
СЕРДЦА ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ  
РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ МИОКАРДА И ФАКТОРЫ,  
НА НЕГО ВЛИЯЮЩИЕ (Обзор литературы)  
*Р.А.Абышев, В.О.Константинов* ..... 35

**СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ**

ДЛИТЕЛЬНОЕ НАХОЖДЕНИЕ ИНОРОДНОГО ТЕЛА  
В ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЯХ  
*А.И.Тиллоев, Дж.М.Юсуфджанова, С.Т.Тиллоева* ..... 41

**НОВОСТИ В МЕДИЦИНЕ**

ВМЕШАТЕЛЬСТВА, НАПРАВЛЕННЫЕ НА СНИЖЕНИЕ  
РИСКА РАЗВИТИЯ НЕЖЕЛАТЕЛЬНЫХ ПОСЛЕДСТВИЙ  
ПРИЕМА ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ  
В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ, АНАЛИЗ ЧАСТОТЫ  
ГОСПИТАЛИЗАЦИЙ. СИСТЕМАТИЧЕСКИЙ ОБЗОР  
*С.Роял, Л.Сметон, А.Д.Авери, В.Харвиц, А.Шейх*  
*перевод с сокращением Т.А.Дубикайтис* ..... 43

ВОПРОСЫ НЕРАВЕНСТВА В СОСТОЯНИИ ЗДОРОВЬЯ  
РАЗЛИЧНЫХ СЛОЕВ НАСЕЛЕНИЯ В СТРАНАХ ЕВРОПЫ  
*Дж.П.Мекенбеч (перевод с сокращением А.Е.Будковой*  
*и Т.А.Дубикайтис)* ..... 46

**ХРОНИКА**

СЕМЕЙНАЯ МЕДИЦИНА: НАУКА, ПРАКТИКА,  
ПРЕПОДАВАНИЕ  
*С.Л.Акимова* ..... 48

ВЕСТИ ИЗ ЕВРОПЕЙСКОЙ АКАДЕМИИ  
ПРЕПОДАВАТЕЛЕЙ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ  
*О.Ю.Кузнецова* ..... 50

СОДЕРЖАНИЕ ЖУРНАЛОВ  
«РОССИЙСКИЙ СЕМЕЙНЫЙ ВРАЧ» ЗА 2005 ГОД ..... 52

**ARTICLES**

CAN FAMILY MEDICINE BE DEVELOPED  
AS A SCIENCE?  
*E.V.Frolova* ..... 4

IMPLEMENTING NEW METHODS  
OF TEACHING AND ASSESSING  
GENERAL PRACTITIONERS  
*E.A.Budkova, A.G.Gafarov* ..... 9

**ORIGINAL DATA**

MARKETING ANALYSIS  
OF INDIVIDUAL CUSTOMERS  
OF MUNICIPAL POLYCLINICS  
*O.A.Makhova, V.N.Filatov* ..... 14

DIASTOLIC FUNCTION OF LEFT VENTRICLE  
AMONG PATIENTS WITH DIABETES MELLITUS I TYPE  
*M.Yu.Kondrachenko* ..... 18

RISK ASSESSMENT OF DEVELOPMENT OF NEW  
CASES OF HEART DISEASE AFTER SUCCESSFUL  
MITRAL VALVE SURGERY IN PATIENTS  
WITH MESENCHYMAL DYSPLASIA  
*E.V.Nemchenko, S.V.Isakov, M.A.Karpenko, E.V.Zemtsovski* 21

HEALTH OF ADOLESCENTS IN THE CITY  
*H.K.Phagava, P.-A.Michaud, A.Jeannin, K.I.Pagava* ..... 25

THE PARTICULARITIES OF ULTRASONOGRAPHY  
OF PEDIATRIC SPINE AMONG INFANTS  
*I.A.Marchenko, A.L.Burulyov, A.S.Iova* ..... 28

FEATURES OF THE SOMATIC STATUS AND  
PSYCHOEMOTIONAL CONDITION OF PATIENTS  
WITH THE BURNING MOUTH SYNDROME WHICH  
HAVE ARISEN AFTER PROSTHETIC TREATMENT  
*E.S.Mikhaylova, I.V.Kulik, N.V.Katkovnik* ..... 31

**LITERATURE REVIEW**

NATURAL CURRENT OF ISCHEMIC HEART  
DISEASE AFTER SURGICAL REVASCULARISATION  
THE MYOCARDIUM AND FACTORS ON  
IT INFLUENCING (Literature review)  
*R.A.Abyshv, V.O.Konstantinov* ..... 35

**CLINICAL CASE**

FOREIGN BODY IN THE  
RESPIRATORY TRACT  
*A.I.Tilloev, D.M.Yusufjanova, S.T.Tilloeva* ..... 41

**NEWS IN MEDICINE**

INTERVENTIONS IN PRIMARY CARE TO  
REDUCE MEDICATION RELATED ADVERSE  
EVENTS AND HOSPITAL ADMISSIONS:  
A SYSTEMATIC REVIEW  
AND META-ANALYSIS  
*S.Royal, L.Smeaton, A.J.Avery, B.Hurwitz, A.Sheikh*  
*(by T.Dubikaytis)* ..... 43

HEALTH INEQUALITIES:  
EUROPE IN PROFILE  
*J.P.Mackebach*  
*(by T.Dubikaytis)* ..... 46

**CRONICLE**

FAMILY MEDICINE: SCIENCE, PRACTICE,  
AND TRAINING  
*S.L.Akimova* ..... 48

NEWS FROM EUROPEAN ACADEMY  
OF TEACHERS IN GENERAL PRACTICE  
*O.Yu.Kuznetsova* ..... 50

ANNUAL CONTENTS OF THE JOURNAL  
«RUSSIAN FAMILY PHYSICIAN» 2005 ..... 52

## МОЖЕТ ЛИ РАЗВИВАТЬСЯ СЕМЕЙНАЯ МЕДИЦИНА КАК НАУКА?

Е.В.Фролова

ГОУ ДПО Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования  
Росздрава, Россия

## CAN FAMILY MEDICINE BE DEVELOPED AS A SCIENCE?

E.V.Frolova

St-Petersburg Medical Academy of Postgraduate Studies, Russia

© Е.В.Фролова, 2006

Анализируя научную деятельность кафедры семейной медицины, автор обосновывает рождение и становление новой научной медицинской специальности — «общая врачебная практика/семейная медицина», имеющей свой научный язык, сообщество специалистов, понятийный аппарат, методологию исследования.

**Ключевые слова:** общая врачебная практика; научная дисциплина; научная специальность, определение; методология общей врачебной практики.

On the basis of the scientific activity of the Family Medicine Department the author discusses the development of the new scientific specialty of «general practice/family medicine». As an academic discipline it uses the own terminology, research methodology, has qualified researchers and transfers knowledge for the professional education of a new generation of specialists.

**Keywords:** general practice, scientific specialty, definition, methodology of general practice.

Реформы здравоохранения проводятся не только в России. Они вызваны демографическими изменениями в мире; новыми научными эпидемиологическими достижениями, постоянно заставляющими пересматривать параметры показателей здоровья и болезни; развитием фундаментальных наук, предоставляющих новые возможности диагностики; наконец, бурным распространением информационных технологий, открывающих пациентам доступ к медицинской информации и новые возможности общения с медицинским персоналом. Многие государства пытаются преобразовать медицинскую помощь таким образом чтобы она была доступнее, экономичнее, отвечала потребностям населения, имела современное высокотехнологичное и научное содержание. Существует множество доказательств международного уровня, что структура здравоохранения, ориентированная на мощное развитие первичной помощи, клинически и экономически во много раз более эффективна, чем та, где преобладают стационарное звено и специализированные виды помощи [1]. Большинство европейских стран выбирают общую врачебную практику как основу здравоохранения. Врач общей практики — высококвалифицированный специалист, а общая врачебная практика — медицинская специальность, имеющая те же черты, что и любая другая: хирургия, стоматология, гинекология, нейрохирургия.

В новом определении общей практики как специальности сказано: «Общая практика/семейная медицина является академической и научной дисциплиной со своим собственным учебным содержанием, исследованиями, доказательной базой и клинической деятельностью, ориентированной на первичную помощь» [2].

Как проявляет себя общая практика в качестве научной дисциплины? Не стала ли она механической суммой других медицинских научных дисциплин? Возможно ли ее собственное научное развитие, имеет ли оно самостоятельное значение и ценность?

Понятие научная дисциплина появилось и наполнилось содержанием только в XIX веке. Это понятие включает такие термины, как кафедра, школа, специальная периодика, профессионализм исследователей [3]. По принципам научной дисциплины строится организация знания и система подготовки специалистов в тех сферах профессиональной деятельности, которые в процессе передачи опыта новым поколениям специалистов вынуждены оперировать с обработкой и трансляцией больших массивов знания [4].

Присущи ли подобные особенности общей врачебной практике?

В течение десяти лет работы кафедрой семейной медицины подготовлено более 400 специалистов. За это же время кафедры семейной медицины или курсы при других кафедрах организованы более чем в 20 областях России. Для них было подготовлено 150 преподавателей. Очевидно, что коллектив кафедры действительно транслировал огромный массив знаний. В то же время эти знания отличались выраженной спецификой, и научная работа кафедры должна была ее учитывать. Однако механическое использование опыта других стран, несмотря на активное сотрудничество и кооперацию усилий, не годилось. Довольно скоро мы ощутили необходимость собственного научного опыта, аккумулирующего исторические, культурные, национальные и социальные особенности развития нашего общества.

Начало развитию научной дисциплины «общая врачебная практика» было положено, когда возникло новое направление исследований, выполнявшихся на кафедре, итогом которых стали три докторских и четыре кандидатских диссертаций, обобщающих опыт наблюдений именно в семейной практике. Сейчас, в 2006 г., обращение к профилактическим и психологическим темам ни для кого не является неожиданным. А всего 8 лет назад кафедра сталкивалась с осторожным и недоверчивым отношением к актуальности, научной и практической ценности избранных для анализа проблем.

Одной из задач научной дисциплины является формулирование нерешенных проблем и постановка вопросов к изучаемой реальности как это определяют научные философы [4]. Таких вопросов у общей практики, начиная с ранних этапов ее существования как специальности в России, было множество. Не останавливаясь на подробной оценке этих работ, без ложной скромности отметим интереснейшие находки исследователей. Так, еще до того, как во всем мире ученые стали бить тревогу по поводу нарастающей эпидемии ожирения, кафедральные исследователи уже искали ответы на эпидемиологические и лечебные вопросы, используя собственный практический и клинический опыт ведения таких больных. Сегодня во всеуслышание обнародован факт высокой частоты депрессии в российской популяции, а Европейское кардиологическое общество включило это состояние в перечень факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний. Но гораздо раньше на кафедре уже проводилась оценка распространенности тревоги и депрессии, их влияния на течение соматических заболеваний и возможность коррекции в общей врачебной практике. Эти работы К.А.Похис, Л.Н.Яременко и Т.В.Решетовой вполне соответствовали и задачам врача общей практики «развивать пациент-ориентированный подход, с учетом особенностей семьи и сообщества», «владеть уникальным навыком консультирования», «принимать специфические решения, основанные на собственных данных о заболеваемости и распространенности». Итогом этих научных работ стали также два научных пособия и программы обучения, построенные на основе данных собственных исследований. Кроме того, эти научные исследования выполняли еще одну важную задачу, характеризующую научную дисциплину: возникало научное сообщество специалистов, развивался язык научной дисциплины, создавались возможности профессионального общения, отработки методологии научной специальности и собственных инструментов исследования.

Запланированные в 1998 г. докторская и две кандидатские диссертации (Е.В.Фролова, И.Е.Моисеева, Т.А.Дубикайтис), посвященные профила-

ктике и лечению сердечно-сосудистых заболеваний, открыли пятилетний этап научной кафедральной деятельности и плодотворных проектов, выполненных в практическом здравоохранении. Эти работы позволили впоследствии преподавателям с гордостью приводить результаты исследований на лекциях и семинарах как примеры, иллюстрирующие правоту теоретических посылок. Доверие аудитории неизмеримо возрастает, когда теоретическое заключение, абстрактно звучащее, подкрепляется данными собственных исследований, когда слушатель понимает, что и наш конкретный российский, петербургский человек тоже может снизить давление с помощью физических упражнений или диеты с низким содержанием соли. Насколько реальнее и ближе становится далекая от российского медицинского работника профилактика, когда цитируется клинический пример: пожилая пациентка, страдавшая гипертонией и диабетом, смогла после курса обучения в школе для пациентов поехать с внуком в зоопарк, что прежде было несбыточной мечтой из-за тяжести ее состояния. Полученные данные о снижении качества жизни, если больной придерживается диеты, и о его повышении при сочетании диеты с физическими упражнениями стали основой для разработки клинических рекомендаций [5].

Особенности поведения российских женщин по отношению к собственному здоровью, выявленные в профилактическом проекте, значительно отличаются от установленных в зарубежных исследованиях, и не только стали основой публикаций и докладов, но и позволили спланировать более эффективные программы реабилитации [6]. Эти результаты послужили основой для разработки специального занятия «Вопросы женского здоровья» в программе подготовки семейных врачей. Эффективность немедикаментозной коррекции факторов риска и самих сердечно-сосудистых заболеваний, показанная в этих работах [6, 7], вызвала большой интерес врачей-практиков не только в Санкт-Петербурге, но и во многих других регионах России. Доклад на эту тему, представленный на конкурс молодых ученых на Российском кардиологическом конгрессе, был удостоен награды. Научным итогом этих исследований стали публикации в российских и зарубежных изданиях, курс лекций, изданный на компакт-диске, руководство по профилактике, главы в двух монографиях, два новых цикла тематического усовершенствования, уже с успехом апробированные для 120 врачей не только Санкт-Петербурга, но и Ленинградской области, Мурманска, Выборга, Вологды. Проведенный в 2003 г. 72-часовой цикл обучения профилактике заведующих кафедрами семейной медицины России начал большую работу по распространению профилактической идеологии, которая продолжалась

и в рамках Института общественного здравоохранения, будучи ориентирована на всю страну. Наконец, административное признание этого научного направления осуществилось в разработке дополнительной программы последипломного профессионального усовершенствования, рекомендованной Минздравом России к использованию учебными медицинскими учреждениями.

Таким образом, ценность этих научных работ заключалась еще и в том, что они продемонстрировали эффективность методов, используемых специалистами общей практики в клинической практике: обучение пациентов, консультирование, первичная, вторичная и третичная профилактика.

Формально завершившись, профилактические проекты и научные работы по этой тематике, тем не менее, продолжаются. Темой новых научных работ, запланированных кафедрой на ближайшие годы, стали оценка долгосрочной эффективности уже проведенных профилактических мероприятий, а также разработка современных реабилитационных программ для больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

Освоенные и отработанные на этом пути научная методология, методические подходы и инструменты исследования, такие как социологические опросы, анкетирование, измерение качественных показателей, определение качества жизни, научная доказательность позволили начать и провести работы не только по профилактике неинфекционных заболеваний, но и по инфекционным болезням. Эти работы имеют особую актуальность, потому что современный период в России отличается спецификой эпидемиологического перехода: не только свойственный развитым странам рост заболеваемости и смертности от неинфекционных хронических заболеваний, но и параллельный подъем инфекционной заболеваемости. Несомненно, это явление нуждается в изучении с точки зрения как эпидемиологии, так и клиники.

Эпидемиология общей врачебной практики отличается от эпидемиологии вторичного этапа медицинской помощи. Некоторые проблемы пациентов можно наблюдать только в общей практике: например, клинические проявления сидеропенического синдрома с его полиорганными и системными, но невыраженными проявлениями под силу оценить как единую проблему только врачу общей практики! Такая пациентка предъявит жалобы на боли в сердце, в желудке, полименорею, недержание мочи, раздражительность и плаксивость, сухость кожи, неудовлетворительное состояние волос и ногтей, будет часто болеть ОРВИ. Сколько же консультантов должен призвать на помощь терапевт или тот специалист, к которому она обратится сначала? В то же время, какой терапевт или кардиолог может оценить риск? Ведь им требуется направить пациента к консультантам — офтальмологу, неврологу.

И здесь опять важно подчеркнуть сущность общей врачебной практики как научной дисциплины, не являющейся механической суммой методов и теорий других медицинских научных специальностей, а использующей свой собственный метод, набор инструментов, собственную научную методологию, холистический подход. Таким образом, диссертация по ведению больных ОРВИ, защищенная аспирантом кафедры семейной медицины Ф.У.Баймурадовым, и уже реализующийся научно-исследовательский проект по эпидемиологии вирусного гепатита одинаково успешно вносят вклад в развитие общей врачебной практики как дисциплины, демонстрируя, что специфические проблемы семейной практики нуждаются в изучении и исследовании особой научной специальностью — общей врачебной практикой/семейной медициной.

Говоря о научной специальности, следует упомянуть такую ее черту, как анализ на практическом уровне взаимоотношений между идеологией данной дисциплины и изучаемой ею реальностью. В этом плане заслуживают специальной оценки исследования, посвященные вопросам организации семейной медицины. Первая докторская диссертация по вопросам организации общей врачебной практики была защищена на самом раннем этапе истории кафедры доцентом И.М.Акулиным. И хотя это исследование было начато еще до создания кафедры, оно внесло существенный вклад в становление семейной медицины в Санкт-Петербурге. Продолжила разработку организационных проблем в кандидатской диссертации аспирант В.В.Гагарина. В ее работе был использован такой современный инструмент научного исследования как оценка пациентом качества медицинской помощи. В Европейском исследовании качества оказания помощи и организации общей практики, проведенном в 10 странах, также был использован опрос пациентов. Впоследствии сотрудники кафедры совместно с врачами общей практики поликлиники Санкт-Петербурга провели аналогичное изучение потребностей населения и качества оказанной помощи и получили интересные результаты. В частности, пациенты высказали пожелание получать больше сведений по профилактическим вопросам. Из ответов на вопросы анкет удалось составить представление о преимущественных каналах получения населением информации о семейной медицине, что позволило спланировать разъяснительную кампанию. Несмотря на важность социальных и организационных исследований для развития общей врачебной практики и здравоохранения вообще, их пока не так много. Скорее всего, это связано со сложными условиями нашей жизни, отсутствием системных преобразований и нестабильностью структуры здравоохранения на современном этапе.

Сегодня медицинскому сообществу известны основные положения доказательной медицины и клинической эпидемиологии. Естественно, что качество научных исследований является важнейшим элементом любой научной специальности, а для формирующей свое научное и идеологическое пространство дисциплины оно особенно принципиально. В этой связи следует упомянуть о создании сотрудниками кафедры и последующей публикации в руководстве для врачей общей практики клинических рекомендаций и алгоритмов диагностики и лечения 20 синдромов [8]. Это был принципиально новый взгляд на больного, именно холистический подход в контексте «управления болезнью». С точки зрения развития научной специальности алгоритмы диагностики и синдромный подход являются новым языком дисциплины, позволяющим решать практические задачи, используя собственную доказательную базу и теоретические предпосылки. Любой синдром из включенных в руководство требует не узкопрофильного подхода, а знаний и практических навыков именно по общей практике. Так, обыкновенный кашель может быть симптомом онкологического, инфекционного, кардиологического, хирургического, гастроэнтерологического и, наконец, пульмонологического заболеваний, не говоря уже о таких синдромах как синкопальное состояние или одышка, лихорадка. Как упоминалось выше, научная специальность необходима для передачи массива знаний и профессиональной подготовки. Опубликованные алгоритмы диагностики и лечения легли в основу клинических ситуаций, которые, в свою очередь, использовались как в тренингах и практических занятиях, так и для проверки знаний.

Кафедра как научное подразделение не могла бы развиваться без взаимодействия с научными коллективами других учреждений, других городов и стран. Наше научное сотрудничество на протяжении всего десятилетнего периода было многосторонним и плодотворным. И это еще одна важная черта, которая позволяет считать общую врачебную практику научной специальностью: система научной коммуникации, которая выступает главным средством самоорганизации дисциплинарного сообщества [4]. Среди наших многолетних партнеров по исследованиям можно назвать Московскую медицинскую академию им. И.М.Сеченова и кафедру семейной медицины, руководимую академиком И.Н.Денисовым; Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины под руководством проф. Р.Г.Оганова; Институт общественного здравоохранения; Айовский Университет (США); Центр по оценке технологий здравоохранения Швеции; Национальный институт здоровья Финляндии; Университет норвежского города Тромсё.

Особо следует отметить сотрудничество с Израильской школой общественного здравоохранения, благодаря которому четыре молодых ученых — сотрудники кафедры — владеют полноценными методами научного исследования и анализа: эпидемиологией, биостатистикой, социальной гигиеной и имеют степень магистра общественного здравоохранения. Сотрудничество с зарубежными коллегами способствовало укреплению профессионализма исследователей. Так, созданию клинических рекомендаций и стандартов оказания помощи помогло общение с учеными Великобритании.

Огромный вклад в научное общение внес журнал «Российский семейный врач». Как уже упоминалось выше, одной из характеристик научной специальности является существование способности научного воспроизводства и трансляции, существование кафедры, школы и специальной периодики. Многолетний труд редакционного коллектива позволил собрать и опубликовать результаты научной деятельности десятков исследователей, изучающих клинические, организационные и теоретические особенности российской семейной медицины в разных областях страны.

Не все научные исследования, проведенные сотрудниками кафедры, были оформлены как диссертации. Выполнено немало проектов, результаты которых нашли отражение в публикациях, выступлениях, включены в преподавательский процесс. Это разработка клинических рекомендаций по общей врачебной практике, исследование распространенности факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний, изучение репродуктивного здоровья женщин, изучение материнской смертности в Санкт-Петербурге, оценка характера питания пациентов семейного врача, проект по эпидемиологии артериальной гипертензии.

Напомним читателю определение научной дисциплины как базовой формы организации профессиональной науки, объединяющей на предметно-содержательном основании область научного знания, сообщество, занятое его производством, обработкой и трансляцией, а также механизмы развития соответствующей отрасли как профессии [4], можно добавить, что общая врачебная практика в России не только приобрела перечисленные черты, но и уже имеет свой понятийный и терминологический аппарат, свою идеологию, научный метод и соответствует определению научной дисциплины.

Таким образом, можно констатировать, что научная деятельность кафедры семейной медицины за десятилетний период внесла существенный вклад в становление новой научной специальности — общей врачебной практики/семейная медицина.



## Литература

1. *Starfield B.* Primary care: balancing health needs, services and technology. Oxford: Oxford University press, 1998.
2. *The European definitions of The Key Features of the Discipline of General Practice, The Role of the General Practitioner and A description of the Core Competencies of the General Practitioner / Family Physician.* Prepared for WONCA EUROPE (The European Society of General Practice/ Family Medicine), 2002.
3. *Горохов В.Г.* Методологический анализ научно-технических дисциплин.— М., 1984.
4. *Мирский Э.М., Ригне Э.М. и др.* Социология науки (учебное пособие). Лаборатория организации и управления наукой факультета государственного управления МГУ им. М.В.Ломоносова.— 2002.— 24 с.
5. *Дубикайтис Т.А.* Особенности и возможности коррекции гиперхолестеринемий в практике семейного врача: Автореферат дисс. ... канд. мед. наук.— СПб.: СПбМАПО.— 2002.— 24 с.
6. *Фролова Е.В.* Профилактика сердечно-сосудистых заболеваний в общей врачебной практике: Дисс. ... докт. мед. наук.— СПб., 2003.
7. *Моисеева И.Е.* Немедикаментозная коррекция артериальной гипертензии в общей врачебной практике: Автореферат дисс. ... канд. мед. наук.— СПб.: Издательский дом СПбМАПО.— 2003.— 22 с.
8. *Практическое руководство для врачей общей (семейной) практики / Под ред. И.Н.Денисова.*— М.: Гэотар-мед, 2000.— 720.

Адрес для контакта: 194291 Санкт-Петербург, пр. Просвещения, 45, кафедра семейной медицины МАПО, тел. (факс) (812) 598-93-20, e-mail: fammedmapo@yandex.ru.

### КАФЕДРА СЕМЕЙНОЙ МЕДИЦИНЫ СПБМАПО

Основными направлениями образовательной деятельности кафедры семейной медицины является проведение профессиональной переподготовки врачей общей практики, циклов тематического усовершенствования, посвященных различным актуальным направлениям специальности, в том числе, сертификационных. Важное место в работе кафедры занимает подготовка молодых специалистов в клинической ординатуре.

Основной клинической базой кафедры является Центр семейной медицины, кроме того, преподавание осуществляется в городских отделениях общей практики, в учебных центрах, созданных при поддержке коллектива кафедры в Ленинградской области и Колпинском районе Санкт-Петербурга. Кафедра курирует подготовку врачей общей практики и за пределами нашего города, которая осуществляется региональными кафедрами Академии, занимающимися последиplomной подготовкой врачей в Псковской, Мурманской и Вологодской областях. Своими достижениями в области науки, организации службы и образования коллектив кафедры охотно делится с коллегами из других вузов на циклах тематического усовершенствования для преподавателей семейной медицины.

При активной поддержке кафедры с 1997 года выпускается научно-практический журнал Российский семейный врач, рекомендованный Высшей аттестационной комиссией для публикации основных результатов диссертаций на соискание ученой степени доктора медицинских наук.

Заведует кафедрой семейной медицины с момента их основания заслуженный работник высшей школы профессор **Ольга Юрьевна Кузнецова**.

#### Адрес для переписки:

194291 Санкт-Петербург, пр. Просвещения, 45, кафедра семейной медицины, телефон/факс: 8 812 598 93 20, телефон 8 812 598 52 22; электронный адрес: fammedmapo@yandex.ru



УДК 614:378

**ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ НОВЫХ МЕТОДОВ ОБУЧЕНИЯ И КОНТРОЛЯ ЗНАНИЙ  
В ПОДГОТОВКЕ ВРАЧА ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ****Е.А.Будкова, А.Г.Гафаров**

Ташкентский государственный медицинский институт, Узбекистан

**IMPLEMENTING NEW METHODS OF TEACHING AND ASSESSING GENERAL  
PRACTITIONERS****E.A. Budkova, A.G. Gafarov**

Tashkent State Medical University, Uzbekistan

© Е.А.Будкова, А.Г.Гафаров, 2006

В статье представлен опыт применения новых методов преподавания и оценки знаний в программе по подготовке врача общей практики на додипломном уровне. Применение проблемно-ориентированного обучения (PBL) увеличивало мотивацию студентов к обучению и их удовлетворенность процессом обучения. Этот метод позволил студентам в большей степени развить навыки решения проблемы и навыки самоподготовки. Применение объективного структурированного клинического экзамена (OSCE) отвечало требованиям подготовки ВОП. Однако клинические задания для этого экзамена должны быть усовершенствованы в соответствии с современными подходами к подготовке врача общей практики.

**Ключевые слова:** врач общей практики, проблемно-ориентированное обучение, объективный структурированный клинический экзамен.

This article reviews the implementation of new methods of teaching and assessment for undergraduate courses in General Practice. There was increased motivation and student satisfaction after using problem-based learning (PBL). Also this method allowed students to get better problem-solving and self-directed learning skills. Implementing Objective Structure Clinical Examinations (OSCEs) responds to the challenges of training for general practice. Clinical cases for OSCE need to be developed according to new approaches of GP training.

**Keywords:** general practitioner, problem-based learning, objective structure clinical examination.

За последние годы система высшего медицинского образования Узбекистана претерпела существенные изменения, связанные, главным образом, с реформированием первичного звена здравоохранения и возникшими новыми задачами. Нормативно-правовой базой проводимых реформ явились Национальная программа подготовки кадров, Закон «Об образовании», Указ президента РУз № 2107 от 10.11.1998 и другие нормативные документы высшего образования Республики Узбекистан, а также международные рекомендации и резолюции. Главными задачами проводимых преобразований были: переориентация на подготовку врачей общей практики (ВОП), изменение идеологии подготовки медицинских кадров, повышение качества обучения путем внедрения прогрессивных интерактивных методов преподавания и информационных технологий в учебный процесс, разработка новых учебных программ.

Важным моментом на этом этапе было изучение и использование опыта в подготовке врачей первичного звена здравоохранения других стран, имеющих длительную историю развития семейной медицины, анализ возможных проблем и путей их решения. Результативным и плодотворным в этом направлении явилось участие в проекте «Здоровье» (Imperial College, London), проводимого Министерством Здравоохранения РУз, начиная с 1998 г.

Эффективность обучения, отвечающего современным требованиям Высшей школы к подготовке молодых специалистов, во многом зависит от освоения и внедрения новых интенсивных методов преподавания, основанных на новой идеологии, мотивации к познанию, активном участии в процессе обучения самих студентов, осознание ими роли самоподготовки, освоение принципов доказательной медицины и применение ее в процессе обучения.

Особо следует подчеркнуть важность оценки конечного результата обучения, так как только объективная проверка знаний позволяет сделать выводы об эффективности используемых методов преподавания, выявить пробелы в знаниях, наметить пути их устранения и определить степень готовности молодого специалиста к самостоятельной практической работе.

Одним из новых методов преподавания в медицинских вузах является метод, основанный на решении проблем (PBL — Problem-based learning) [1–3]. Данный метод разработан и успешно используется во многих медицинских школах мира, включая университеты Голландии, Дании, Северной Америки, Великобритании, Австралии. Он включен в программу подготовки как врачей общей практики, так и хирургов, гинекологов и других специалистов, включая программы сестринского дела [1–5]. Одна из наиболее известных среди европейских образовательных учреждений

Маастрихтская медицинская школа (Голландия) использует свою 7-ступенчатую модель обучения.

Благодаря тесному сотрудничеству кафедры по подготовке врачей общей практики с Imperial College Великобритании в рамках проекта «Здоровье» преподаватели кафедры прошли обучение на семинаре по современным методам преподавания, включавшим проблемно-ориентированное обучение. Этот метод был выбран для внедрения на кафедре по подготовке ВОП как наиболее полно отвечающий современным требованиям, позволяющий кардинально изменить роль студентов в процессе обучения, усилить значение самоподготовки. Одновременно данный способ преподавания позволяет развить большую концентрацию внимания на проблемах пациента, включающих медицинские и немедицинские аспекты.

Обучение, основанное на решении проблем, представляет собой метод преподавания, при котором студенты формулируют и достигают конкретных целей обучения на основе решения заранее разработанных клинических ситуаций, которые требуют от них поэтапного решения задач путем самостоятельного изучения всех возможных аспектов проблемы [3]. Во время обучения, основанного на проблеме, студенты сталкиваются с ситуациями, которые встречаются в реальной практической деятельности со всеми ее проявлениями и сложностями, что требует от обучающегося творческого подхода и поиска оптимальных путей решения проблемы. Самостоятельная работа с литературными источниками, периодическими изданиями, ресурсами MEDLINE по конкретному заданному вопросу, обсуждение в группе и обмен мнениями и найденной информацией, способствует не только освоению программы, но и развивает клиническое мышление и улучшает навыки критической оценки ситуации [2, 3, 5].

Структура метода включает два занятия с перерывом в несколько дней или в одну неделю. Для проведения занятий необходима тщательная подготовка, включающая разработку методического пособия отдельно для преподавателя и для студента. Методическое пособие включает тему занятия, цель изучения данной конкретной клинической задачи, саму клиническую ситуацию, которая является отправной точкой занятия. Задачи должны быть основаны на актуальных, часто встречающихся случаях, тщательно отобранных и отредактированных в соответствии с образовательными целями. Далее дается дополнительная информация, которая имеется только в разработке преподавателя и выдается по требованию студента на возникшие у него вопросы по данному случаю и которые должен предвидеть педагог. Информация может включать сведения об истории проблемы, некоторые семейные и социальные аспекты клинического случая, данные объективного осмотра, клинических исследова-

ний. Следующим пунктом даются ключевые концепции и связи с другими частями программы. Далее — постановка конкретных задач обучения (этот пункт включен только для методической разработки преподавателя). Обязательно представляется перечень побуждающих вопросов, которые могут быть использованы в тех случаях, когда возникает необходимость направить динамику обсуждения в нужное русло и охватить все стороны проблемы в дискуссии. Вопросы также включены только в пособие для преподавателя. Последним пунктом является список литературы, причем в разработке преподавателя могут быть кратко изложены основные темы и вопросы, а в разработке для студента — лишь название источников, которые они должны найти.

Методика проведения занятия следующая. Преподаватель назначает председателя и секретаря из числа студентов, зачитывается клиническая ситуация и излагается цель занятия. Для следующего этапа оптимальным является использование «мозгового штурма», основанного на «поиске» свободных идей. Секретарь записывает все идеи. Следует подчеркнуть, что преподаватель лишь наблюдает за ходом событий и при необходимости направляет обсуждение в нужное русло. Далее студент-председатель подводит итог обсуждению, формирует задачи обсуждения по данной теме и распределяет домашнее задание всем участникам. Преподаватель проверяет, освещены ли все задачи обучения (в соответствии с руководством) и полноту охвата проблемы домашними заданиями. На этом первое занятие заканчивается.

Вторая часть занятия проводится через несколько дней, чтобы студенты имели возможность самостоятельно изучить и осмыслить заданные разделы по предложенной проблеме. В начале занятия повторяется клиническая задача и делается резюме по обсуждаемому случаю. Затем студенты представляют свои домашние работы, в идеале они должны быть представлены в печатном виде. Далее проводится окончательное обсуждение конкретного случая с подведением итогов. Преподаватель констатирует уровень достижения поставленных целей обучения.

Роль преподавателя при проблемно-ориентированном преподавании заключается только в управлении процессом обучения и контроле охвата всех поставленных задач, что коренным образом отличает его роль при дидактических методах преподавания. Обучение концентрируется на студенте, который сам определяет направление и ритм занятия. Педагог, по мере необходимости, задает побудительные вопросы для стимулирования дискуссии или направления ее в нужное русло. Другой задачей преподавателя является обеспечение равномерного вовлечения в процесс обучения всех студентов группы. Очень важно, чтобы

они во время занятия самостоятельно сформулировали собственный перечень задач в рамках конкретного изучаемого случая.

С использованием данной методики нами были разработаны и проведены занятия по трем темам в группах студентов кафедры по подготовке ВОП. Опыт проведения занятий показал, что их положительной стороной в первую очередь явился интерес студентов — им нравился сам процесс обучения. Это отмечают и другие авторы, изучавшие различные аспекты применения PBL в учебном процессе [6]. Результаты опроса свидетельствовали, что они получили больше практических знаний и навыков решения реальных проблем, с которыми приходит пациент к врачу. Преимуществом является мотивация студентов к обучению, к самоподготовке, они сами видят, какие аспекты проблемы и какие знания и навыки им будут нужны в реальной ситуации при встрече с пациентом. Полученные студентом знания носят структурированный характер, так как формируются и закрепляются на основе конкретной клинической ситуации, при встрече с которой в реальной обстановке ими может быть воспроизведен весь ход логических рассуждений для успешного решения проблемы. Студенты лучше запоминали материал, так как изучение имело тесную связь с конкретной клинической ситуацией, и обучаемые сами активно участвовали в формировании задач, которые были необходимы для разбора этого случая, обсуждали в группе, обмениваясь мнениями. В процессе дискуссии приходит понимание путей решения проблемы, и что верное решение может быть не единственным.

При использовании данного метода в наших условиях выявились такие проблемы, как недостаток ресурсов и неумение студентов работать с различными видами источников информации, в том числе поиск в базе данных системы MEDLINE, что в настоящий момент является весомым недостатком. Навыки работы с информацией, ее критический анализ, и другие элементы доказательной медицины могут и должны быть использованы в процессе проблемно-ориентированного обучения.

Эффективность проблемно-ориентированного преподавания во многом зависит от профессионализма преподавателя, знания им современных тенденций и требований к принципам обучения, наличия навыков преподавания, ориентированного на обучаемого. Требуется дополнительное обучение и совершенствование этих навыков у преподавателей. Для успешного использования метода необходимо дополнительное время для разработки методических рекомендаций для преподавателя и для студента, они должны быть тщательно продуманы и обсуждены для достижения цели обучения. Внедрение этого метода, как и всего нового, требует также осознанного

желания и энтузиазма в деле совершенствования подготовки молодых специалистов.

Проведенная зарубежными экспертами сравнительная оценка программ, основанных на традиционных методах преподавания с проблемно-ориентированным обучением (Imperial College), не выявила значительных различий при оценке теоретических знаний и практических навыков студентов [3]. Однако студенты, обученные по программам, основанным на проблемном методе обучения, показали более высокий уровень владения навыками общения, формирование всестороннего подхода к пациенту, умение владеть ситуацией, а также приобретение новых навыков в области профилактики здоровья. По этим же данным, проблемное обучение позволяет сократить количество лекций, а использование библиотечных ресурсов увеличивалось в 5 и более раз.

Другим результатом сотрудничества с Imperial College в рамках проекта «Здоровье» явилось внедрение метода OSCE (Objective Structure Clinical Examination) для оценки знаний студентов на кафедре по подготовке ВОП, а в последующем и на других клинических кафедрах. Целью данного метода контроля знаний студентов является повышение объективности их оценки, стимуляция обучающихся к глубокому аналитическому подходу в изучении предмета. В настоящее время в медицинских вузах республики оценка знаний студентов проводится известными апробированными методами — строгая рейтинговая система для ежедневной оценки знаний, тестирование с использованием компьютеров, позволяющее определить уровень теоретической подготовки, а также интегрированный заключительный экзамен, включающий оценку как теоретических, так и практических знаний студентов.

На клинических кафедрах, как и на кафедре по подготовке ВОП, промежуточный и итоговый контроль до недавнего времени включал устный опрос и проверку практических навыков обучаемого — курация больного, интерпретация результатов клинических, лабораторных и инструментальных методов обследования, решение ситуационных задач. С начала учебного года (2000/2001) начато внедрение метода OSCE для оценки знаний студентов на промежуточном и итоговом опросе, что показало высокую его эффективность.

OSCE в переводе аббревиатуры с английского языка обозначает объективный структурированный клинический экзамен. В 2002 г. АММЕ (Ассоциация медицинского образования в Европе) отметила 30 лет с того дня, как Harden и Gleeson разработали этот метод контроля знаний. Вот уже более четверти века в различных вариациях метод используется многими медицинскими школами мира, доказав свою эффективность [7–9]. OSCE обеспечивает объективность оценки реальных клинических знаний и навыков студентов,

что объясняется четкой структурированностью данной методики. OSCE основан на разработанных инструкциях по составлению как предлагаемого задания, так и ответа.

Порядок проведения OSCE следующий. Подготавливается необходимое для экзамена количество заданий, которые распределяются по отдельным «станциям», которыми могут служить как отдельные кабинеты, так и удаленные друг от друга столы. На каждой станции находится одно задание. Число сдающих за один заход не должно превышать количества станций. Некоторые станции имеют закрепленного экзаменатора, ответственного за контроль выполнения задания, где оно требует демонстрации умений или навыков. Каждый студент имеет свой индивидуальный лист для ответа, где указывается его фамилия и имя, а также номер группы. При необходимости возможно кодирование экзаменационных листов. По сигналу распределенные по станциям студенты приступают к решению задания. Время, отводимое для ответа на каждый вопрос, строго регламентировано и должно быть одинаковым для всех станций. Оно зависит от составленных заданий, которые должны быть сравнимы по затрачиваемому на ответ времени. По истечении отведенного времени подается сигнал, по которому студенты должны переместиться к следующей «станции» для решения следующего задания. Таким образом, каждый испытуемый должен пройти все станции и записать решения и ответы в свой экзаменационный лист. Для анализа результатов по каждой отдельно взятой станции «цену» задания заранее стандартизируют с указанием максимального и минимального количества баллов (общий балл задания коррелирует с уровнем его сложности). Набранный студентом балл каждого задания зависит от того, насколько полным был его ответ. При составлении пакета вопросов и карт-задач для проведения OSCE необходимо помнить, что все они должны строго соответствовать учебной программе по данной дисциплине.

Опыт проведения OSCE показал, что данный метод оценки имеет много преимуществ. Объективность метода определяется тем, что оценка за выполнение каждого задания зависит от полноты ответа на вопрос, или от количества правильно

решенных подпунктов. Незнание одного или нескольких вопросов задания не приводит к нулевому баллу за весь ответ, а дает возможность набрать определенное количество баллов за знание других аспектов задания. Исключается возможная предвзятость преподавателя, так как результат подсчитывается по готовым оценочным алгоритмам.

Эффективность метода во многом зависит от соответствия образовательных целей программы и четкости разработанных заданий. Большинство заданий включают проблемы, требующие навыков клинического мышления, знания основ дифференциальной диагностики, лечения и профилактики заболеваний, и мало уделяется внимания навыкам, необходимым для ВОП, таких как навыки общения с пациентом и его семьей, умение видеть больного в целом, в контексте семьи, умение найти проблему пациента, и определить различные пути решения этой проблемы. Необходимы разработки таких клинических ситуаций, где студент мог бы продемонстрировать свои подходы к проблеме, коммуникативные навыки, что может быть достигнуто при расширенном подходе к пониманию дисциплин, необходимых для врачей первичного звена здравоохранения.

Итак, предпринято немало попыток в деле усовершенствования подготовки ВОП, включая методическую перестройку учебного процесса при внедрении новых методов преподавания. Это, конечно, не означает полного отказа от ранее применявшихся форм обучения. В центре учебного процесса на старших курсах медицинских вузов, включая кафедру по подготовке ВОП, остается клинический разбор реального пациента, и внедряемые в настоящее время различные методы преподавания, описанные выше, а также другие методы, являются дополнительным инструментом для развития и понимания самой идеологии семейной медицины как специальности, роли ВОП и его задач на первичном звене здравоохранения. Этот процесс развития, теперь уже на качественно новой основе, требует многих лет и дополнительных ресурсов, повышения профессионализма кадрового состава, расширения сотрудничества с медицинскими вузами других стран, что позволит поднять качество обучения ВОП на новый уровень.

## Литература

1. *Albanese M.* Problem based learning: why curricula are likely to show little effect on knowledge and clinical skills // *Med Educ.*— 2000.— № 34.— P. 729–738.
2. *Barrow E.J., Lyte G., Butterworth T.* An evaluation of problem-based learning in a nursing theory and practice module // *Nurse Education in Practice.*— March 2002.— V. 2.— Issue 1.— P. 55–62.
3. *Davis M.H., Harden R.M.* AMEE medical education guide number 15: problem-based learning: a practical guide // *Med Teacher.*— 1999.— Vol. 21.— P. 130–140.
4. *Hwang S.Y., Kim M.J.* A comparison of problem-based learning and lecture-based learning in an adult health nursing course // *Nurse Educ. Today.*— 2005.— Dec 15.

5. *Solomon P.* Problem-based learning: a review of current issues relevant to physiotherapy education // *Physiother theory Pract.*— 2005.— Vol. 21.— № 1.— P. 37–49.
  6. *Casey P.M., Magrane D., Lesnick T.G.* Improved performance and student satisfaction after implementation of a problem-based preclinical obstetrics and gynecology curriculum // *American Journal of Obstetrics and Gynecology.*— 2005.— V. 193.— Issue 5.— P. 1874–1878.
  7. *Kilminster S., Roberts T.* Standard setting for OSCEs: trial of borderline approach // *Adv Health Sci. Educ. Theory Pract.*— 2004.— № 9.— Issue 3.— P. 201–209.
  8. *Reiter H.I., Rosenfeld J., Nandagopal K., Eva K.W.* Do clinical clerks provide candidates with adequate formative assessment during Objective Structured Clinical Examinations? // *Adv. Health Sci. Educ. Theory Pract.*— 2004.— № 9.— Issue 3.— P. 189–199.
  9. *Davis M.H.* OSCE: the Dundee experience. // *Med Teach.*— 2003.— Vol. 25.— Issue 3.— P. 255–261.
- Адрес для контакта: электронная почта [elenabudkova@yandex.ru](mailto:elenabudkova@yandex.ru).

На кафедре семейной медицины СПбМАПО разработана программа курса тематического усовершенствования «Ведение больных сердечно-сосудистыми заболеваниями в общей врачебной практике» и с 2006 года начато его проведение.

Курс создан специально для врачей общей практики и призван дать современные теоретические знания в области кардиологии и выработать необходимые практические навыки. Занятия построены на разборе интерактивных клинических ситуаций, примеров из практики Центра семейной медицины, анализа историй болезни. Учебный план цикла включает общие и частные вопросы ведения пациентов, а также основы электрокардиографии и основные принципы реабилитации больных сердечно-сосудистыми заболеваниями.

Продолжительность цикла 9 календарных дней или 72 учебных часа.

Цикл проводится на хозрасчетной основе по мере подачи заявок и комплектации группы. Наименьшее число учащихся — 6 человек.

**Заявки принимаются по телефону (812) 598 93 20 или по электронной почте: [fammedmapo@yandex.ru](mailto:fammedmapo@yandex.ru)**

**Адрес кафедры:**

194291 Санкт-Петербург, пр. Просвещения, 45, кафедра семейной медицины СПбМАПО.

## МАРКЕТИНГОВЫЙ АНАЛИЗ ИНДИВИДУАЛЬНЫХ ПОКУПАТЕЛЕЙ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ ГОРОДСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ

О.А.Махова, В.Н.Филатов

ГОУ ДПО Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования Росздрава, Россия

## MARKETING ANALYSIS OF INDIVIDUAL CUSTOMERS OF MUNICIPAL POLYCLINICS

O.A.Makhova, V.N.Filatov

St-Petersburg Medical Academy for Postgraduate Studies, Russia

© О.А.Махова, В.Н.Филатов, 2006

Целью исследования было изучение социально-экономических и поведенческих характеристик индивидуальных покупателей медицинских услуг муниципальной поликлиники.

**Ключевые слова:** маркетинг медицинских услуг, амбулаторная помощь, муниципальные поликлиники.

The purpose of this marketing research was to study the socio-economic characteristics and behavior of polyclinic customers.

**Keywords:** marketing of healthcare services, primary health care, municipal polyclinics, and quality of health care.

В последние годы происходит неуклонный рост доли платных услуг в системе государственного здравоохранения как единственного источника компенсации дефицита бюджетных и страховых средств [1–3]. В то же время активно развиваются частные медицинские центры, используя как агрессивную рекламу, так и действительно новые технологии и качественный сервис [4]. Таким образом, неизбежно усиливается конкуренция. Очевидно, что при оказании платных услуг государственным учреждениям здравоохранения сейчас нельзя обойтись без четкой маркетинговой политики, в свою очередь, требующей проведения маркетинговых исследований, призванных выявить, наряду с другими аспектами, характеристики спроса и особенности обращающихся за платной помощью клиентов. Внедрение маркетинговых методов на всех этапах создания и продвижения медицинских услуг должно способствовать улучшению организации работы и материальной базы амбулаторных медицинских учреждений, в том числе — офисов врачей общей практики [5].

**Материалы и методы.** Изучены показатели деятельности одной из городских поликлиник Санкт-Петербурга за 2003 г. и проведен опрос 300 клиентов ее хозрасчетного отделения методом формализованного интервью. Для этого проводилось единовременное наблюдение с помощью механического отбора (опрашивали каждого десятого клиента) с формированием случайной выборки. Изучались социально-демографические, экономические, поведенческие характеристики потребителей платных медицинских услуг, их потребности и интересы, связанные с платной медицинской. Для оценки указанных характеристик была разработана стандартизованная анкетная форма для сбора первичных данных у пациентов, содер-

жащая 28 вопросов. Доля отклика составила 80%. Проанализировано 240 анкет.

Обработка и статистический анализ данных осуществляли с помощью классических процедур и методов: определение числовых характеристик переменных; оценка достоверности относительных величин частоты; значимость различий относительных величин частоты определяли по t-критерию Стьюдента [6].

**Результаты и обсуждение.** Анализ деятельности поликлиники показал, что доля платных услуг в общем доходе учреждения составляет 26,4%. В то же время посещения пациентами врачей и лечебно-диагностические процедуры в виде платных услуг составляют лишь 4,2% от общего количества посещений и процедур, осуществляемых в поликлинике. Таким образом, при незначительности доли в объеме деятельности имеет место высокая экономическая результативность. Несмотря на существование таких направлений как оказание помощи по программам добровольного медицинского страхования (ДМС) и по договорам с предприятиями, основными клиентами отдела платных услуг (ОПУ) как по количеству посещений (50%), так и по вкладу в доход хозрасчетного отделения (47,6%) являются индивидуальные покупатели. Таким образом, изучение профиля и поведения индивидуальных покупателей платных медицинских услуг поликлиники является важнейшим элементом организации работы хозрасчетного отделения поликлиники.

Среди данной категории покупателей оказалось существенно больше ( $p < 0,05$ ) женщин ( $67,5 \pm 3,0\%$ ). Распределение клиентов по возрасту показало, что достоверно ( $p < 0,05$ ) меньшую часть составляют юноши и девушки 16–20 лет ( $3,1 \pm 1,08\%$ ). Это, по-видимому, связано с меньшим количеством проблем со здоровьем у лиц

данной возрастной группы. Между остальными возрастными группами значимых различий выявлено не было. Также не было выявлено достоверных различий в распределении по возрасту среди мужчин и женщин ( $p > 0,05$ ).

К факторам, влияющим на формирование спроса, относятся характеристики, так или иначе отражающие социальный статус клиента: образование, род занятий, уровень доходов. Среди опрошенных клиентов оказалась существенно ( $p < 0,05$ ) выше доля лиц с высшим и получаемым в настоящее время высшим образованием —  $60,8 \pm 3,1\%$ . Доля лиц, получивших (получающих) среднее образование составила  $35,4 \pm 3,1\%$ , а начальное или незаконченное среднее образование — всего  $3,8 \pm 1,2\%$ .

По роду занятий индивидуальные покупатели распределены следующим образом (в порядке убывания): неработающие пенсионеры —  $22,9 \pm 2,7\%$ , служащие (частный сектор) —  $18,3 \pm 2,5\%$ , административно-управленческий аппарат (частный сектор) —  $12,5 \pm 2,1\%$ , неработающие лица трудоспособного возраста (в основном, домохозяйки) —  $8,7 \pm 1,8\%$ , служащие (государственный сектор) —  $8,3 \pm 1,8\%$ , предприниматели —  $7,9 \pm 1,7\%$ , рабочие (частный сектор) —  $6,3 \pm 1,6\%$ , работающие пенсионеры —  $5 \pm 1,4\%$ , учащиеся (студенты) —  $4,6 \pm 1,3\%$ , административно-управленческий аппарат (государственный сектор) —  $3,8 \pm 1,2\%$ , рабочие (государственный сектор) —  $1,7 \pm 0,8\%$ . Таким образом, наиболее активными покупателями медицинских услуг поликлиники являются неработающие пенсионеры и служащие в частном секторе экономики.

Уровень доходов оценивали косвенно по целому ряду традиционно используемых показателей, таких как наличие (отсутствие) автомобиля в семье, периодичность отдыха за рубежом всей семьей, денежное выражение размера общего дохода семьи. Совокупный среднемесячный доход семьи заявили как равный или больший, чем 20 000 рублей  $39,2 \pm 3,2\%$  опрошенных, что значительно меньше, чем остальных —  $60,8 \pm 3,2\%$ . Достоверных различий между количеством владельцев автотранспортных средств и тех, у кого в семье нет автомобиля, не выявлено ( $47,5 \pm 3,2\%$  и  $52,5 \pm 3,2\%$  соответственно). Большинство ( $56,7 \pm 3,2\%$ ) клиентов хозрасчетного отделения никогда не отдыхают в дальнем зарубежье,  $22,5 \pm 2,7\%$  отдыхают там один раз в несколько лет,  $18,3 \pm 2,5\%$  — примерно один раз в год,  $2,5 \pm 1,0\%$  — чаще. Доля лиц, заявивших о наличии всех общепризнанных атрибутов материального достатка (общий доход на семью в месяц превышает 20 000 рублей, имеют в собственности автомобиль, отдыхают за рубежом всей семьей один раз в несколько лет и чаще) среди опрошенных составила  $27,8 \pm 2,9\%$ . В то же время доля лиц, не обладающих ни одним из вышеперечисленных признаков, оказалась также достаточно

значимой и составила  $37,6 \pm 3,1\%$ . Почти треть из них ( $32,6\%$ ) отметили, что покупают лекарственные средства и медицинские услуги только за счет целевой финансовой помощи: от близких родственников и/или компенсации им потраченных средств органами социального обеспечения.

Одним из важных маркетинговых параметров потребителей платных медицинских услуг является место проживания по отношению к учреждению-продавцу. Анализ данных показал, что достоверное большинство клиентов ОПУ, обратившихся за помощью с оплатой путем наличного расчета, проживает на территории, обслуживаемой поликлиникой по программе ОМС, —  $54,6 \pm 3,2\%$ . Однако, существенная часть опрошенных проживает и в зоне обслуживания других поликлиник в пределах административного района —  $35,4 \pm 3,1\%$ . Всего  $10 \pm 1,9\%$  клиентов приехали в поликлинику из других районов города.

В разработке маркетинговых воздействий, таких, например, как реклама услуги, ключевое значение имеют характер источников информации о медицинском учреждении и причины обращения в конкретное хозрасчетное отделение. Средства и способы получения информации о данной поликлинике у лиц, проживающих вне зоны ее обслуживания, оказались достаточно разнообразны. Значимо большая доля клиентов узнала о поликлинике от знакомых или родственников —  $29,4 \pm 4,3\%$  ( $p < 0,05$ ). Вторая по численности группа лиц ( $17,4 \pm 4,3\%$ ) по ряду причин часто бывает около поликлиники (например, рядом работают), и эти покупатели при возникновении соответствующей необходимости целенаправленно интересовались возможностью получения помощи. Превысили значимый информационный порог (но без существенных различий между собой) такие источники сведений, как местная пресса, персонал других медицинских учреждений и телефонные справочники.

Источники информации о поликлинике выясняли только у лиц, проживающих вне зоны ее обслуживания, так как предполагалось, что лица, проживающие в зоне обслуживания поликлиники, знают о ее существовании, поскольку время от времени пользуются ее услугами на бесплатной основе. Однако в ходе проведения исследования выяснилось, что определенная часть клиентов хозрасчетного отделения, реально проживая в зоне обслуживания поликлиники, прикреплены по программе ОМС к другим поликлиникам в силу таких причин как регистрация по другому адресу, недавний переезд и т.д. Так, из числа лиц, проживающих на территории исследованной поликлиники,  $13\%$  отметили, что одной из причин (или, в ряде случаев, единственной причиной) обращения за платной помощью, стало прикрепление по полису ОМС к другой поликлинике, а как это изменить, они не знают. Примерно половина



(51,5±4,4%) из этой категории клиентов на вопрос о том, вынужденно или сознательно они обратились в хозрасчетное отделение, выбрали вариант — «вынужденно, так как не смогли получить эту услугу бесплатно, либо встретили достаточно много трудностей на пути ее получения». Это свидетельствует, в первую очередь, о недостаточном информировании граждан об их правах в системе ОМС и возможности их реализации, в частности механизма перехода из одной поликлиники в другую независимо от места регистрации. Кроме того, полученные данные косвенно свидетельствуют о том, что существует определенная категория лиц, которые проживают в районе обслуживания поликлиники, но не пользуются ее услугами в рамках программы ОМС и, возможно, не знают о ее существовании. При выборе учреждения для обращения на платной основе такие потребители будут пользоваться всеми доступными источниками информации (телефонные справочники и т.д.), и поликлиника окажется лишь одной из нескольких, расположенных поблизости. Таким образом, информирование жителей обслуживаемой территории и административного района об учреждении (в том числе, имиджевая реклама) с позиций маркетинга является достаточно актуальным, особенно, для поликлиник расположенных в районах, где активно идет строительство квартир улучшенной планировки или существует жилье, пользующееся спросом на рынке недвижимости.

Анализ данных по источникам информации о возможности получения необходимой помощи на возмездной основе в отделе платных услуг данной поликлиники у всех индивидуальных покупателей независимо от принадлежности к той или иной поликлинике показал, что большинство клиентов узнали о возможности и условиях получения помощи на возмездной основе от знакомых (родственников) или из рекламных объявлений на территории учреждения (20,8±2,6% и 20,5±2,6% соответственно). Достаточно большая доля клиентов узнала об ОПУ от сотрудников других служб поликлиники — 16,3±2,4%, 15,8±2,4% опрошенных целенаправленно, пытались получить информацию о платной помощи в поликлинике. Полученные данные демонстрируют невысокую эффективность размещения рекламной информации на территории района, на автомобиле поликлиники и в базе телефонной информационной службы (1,3±0,7%, 1,7±0,8%, 3,7±1,2% опрошенных соответственно).

При анализе распределения данного признака в зависимости от места проживания клиентов выявлено, что лица, проживающие в зоне обслуживания поликлиники, чаще обращаются в ОПУ, прочитав рекламные объявления на территории учреждения или получив информацию от других служб поликлиники (33,8±4,1% и 26,2±3,9% соот-

ветственно). Остальные клиенты, в основном, обратились по совету знакомых или родственников — 29,1±4,3%.

Важным для формирования маркетинговой тактики является представление о мотивах получения данной услуги именно на платной основе. Выявлено, что 37,1±3,1% клиентов хотели бы получить ее бесплатно, но были уверены, что она недоступна в таком виде. При этом из полученных клиентами платных услуг только 12% оказались реально исключительно платными, в частности, решение вопроса о профессиональной пригодности, обслуживание иностранных граждан на плановой основе и т.д. Источники убежденности клиентов в «платности» интересующей услуги в момент опроса не уточнялись. Можно предположить, что некоторые из них хотели самостоятельно обследоваться и знали, что без направления врача данная услуга рассматривается как оказываемая по желанию пациента (на платной основе). Однако даже с учетом этой категории лиц очевидно, что информированность населения о своих правах в системе обязательного медицинского страхования крайне низка — только 62,9±3,1% знают, что могли бы получить услугу бесплатно, однако их не устраивают условия получения помощи.

Как показал опрос, 47,5±3,2% клиентов обратились в отдел платных услуг поликлиники вынужденно, так как «не смогли получить интересующую услугу бесплатно, либо встретили много трудностей на пути ее получения». В то же время 50,9±3,2% клиентов обратились сознательно, так как «считают, что лечиться на платной основе быстрее и качественней». При этом интересно, что у клиентов на момент опроса было достаточно четко сформировано отношение к платной медицине. Всего 0,8±0,6% опрошенных выбрали вариант «затрудняюсь с ответом».

Таким образом, проведена комплексная оценка индивидуальных покупателей услуг государственной поликлиники по целому ряду параметров. Выявлено, что состав посетителей отдела платных услуг достаточно неоднороден как по социально-демографическим, так и по экономическим характеристикам. Очевидно, что существенная часть клиентов не обладает достаточной материальной базой для получения медицинской помощи на платной основе. Эта категория граждан обращается в ОПУ вынужденно в силу целого ряда причин, таких как неинформированность о возможности и порядке получения услуг на бесплатной основе, возникновение сложностей при попытке обращения за медицинской помощью по программе обязательного медицинского страхования и т.д., и однозначно нуждается в социальной защите со стороны государства, в том числе, более полного финансирования системы здравоохранения, рационального использования

имеющихся ресурсов и организационных мер. В то же время полученные данные позволяют формировать даже среди существующих клиентов ОПУ целевые сегменты для применения маркетинговых усилий по развитию хозрасчетной деятельности. При этом маркетинговая стратегия должна быть в первую очередь направлена на развитие услуг, не входящих в программу обязательного медицинского страхования. Например, специально для женщин в возрасте от 30 до 50 лет, доля которых среди общего количества опрошенных клиентов оказалась достаточно высока, могут быть организованы и предложены услуги, направленные на коррекцию фигуры, например, озонотерапия и другие. Исходя из полученных данных, рекламную компанию такого вида услуг целесообразно в большей степени ориентировать на женщин, живущих в районе рас-

положения поликлиники и (или) работающих в близлежащих коммерческих предприятиях. Учитывая потребность в услугах, связанных с косметологией тела, можно ожидать достижения положительных результатов, что может быть реализовано только при условии предложения высокого качества и уровня сервиса, выделения потока клиентов, получающих услуги данного типа и других мероприятий, составляющих комплекс маркетинга.

Использование выявленных характеристик позволяет планировать маркетинговую стратегию учреждений, оказывающих первичную медицинскую помощь, ориентируясь на особенности и потребности клиентов, а, в рамках тактики маркетинга — рекламную и ценовую политику, в конечном итоге, способствуя повышению доступности и качества оказываемой помощи.

### Литература

1. Шейман И.М. Возможные стратегии реформирования системы государственных гарантий в здравоохранении // Экономика здравоохранения.— 2000.— №5-6.— С. 47-56.
2. Климкин М.В., Зайцева Т.С. Система счетов здравоохранения России (Методологические аспекты учета предпринимательской деятельности и «теневой» экономики) // Экономика здравоохранения.— 2001.— № 7.— С. 62-71.
3. Кучеренко В.З., Вялков А.И. (ред.) Организация и анализ деятельности лечебно-профилактических учреждений в условиях обязательного медицинского страхования.— М.: ММА им. И.М.Сеченова, 2000.— 264 с.
4. Герасименко Н.Ф., Кузьмина Н.Б., Шиленко Ю.В. Негосударственный сектор здравоохранения: социально-экономические и медико-правовые аспекты // Экономика здравоохранения.— 2002.— № 5-6.— С. 5-6.
5. Лебедев А.А. Использование маркетинговой философии в деятельности медицинских учреждений государственной системы здравоохранения // Экономика здравоохранения.— 1997.— №7.— С. 31-37.
6. Мерков А.М., Поляков Л.Е. Санитарная статистика.— М.: Медицина, 1974.— 383 с.

Адрес для контакта: Россия. Санкт-Петербург, Автовская ул., д. 24, кафедра социальной гигиены, экономики и управления здравоохранением, тел.: 970-00-70.

## ДИАСТОЛИЧЕСКАЯ ФУНКЦИЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ I ТИПА

М.Ю. Кондраченко

ГОУ ДПО Пензенский институт усовершенствования врачей Росздрава, Россия

## DIASTOLIC FUNCTION OF LEFT VENTRICLE AMONG PATIENTS WITH DIABETES MELLITUS I TYPE

M.Yu. Kondrachenko

Penza Institute of Postgraduate Education, Russia

© М.Ю. Кондраченко, 2006

В исследовании оценивали влияние длительности сахарного диабета I типа и компенсации углеводного обмена на параметры внутрисердечной гемодинамики. У 127 больных определены параметры трансмитрального потока крови из левого предсердия в левый желудочек во время диастолы. Установлено достоверное изменение конечного диастолического объема левого желудочка и отношения раннего пика потока крови к позднему ( $V_e/V_a$ ). Наиболее выраженные изменения отмечены при декомпенсации углеводного обмена и в дебюте заболевания. Больным сахарным диабетом I типа необходимо раннее назначение лекарственных препаратов, способствующих компенсации работы сердца.

**Ключевые слова:** сахарный диабет, диастолическая функция, компенсация углеводного обмена, декомпенсация, продолжительность заболевания.

Early diagnosis of diastolic dysfunction in patients with diabetes mellitus is very important. In this study we evaluate the influence of duration of diabetes mellitus I type and compensation of carbon metabolism on intraheart haemodynamics among 127 patients. The patients with diabetes mellitus I type of different duration and with different levels of compensation in carbon metabolism have changes in the diastolic function of the LG. In all groups of patients there were changes the diastolic function of the LG and  $V_e/V_a$ , but the most important changes was decompensation of carbon metabolism and the onset of disease. The long duration of diabetes mellitus includes the mechanisms of the compensation, when the oppression of the diastolic function LG is quickly suppressed. The patients with the diabetes mellitus I type need early prescription of drugs, which compensate cardiac function.

**Keywords:** diabetes mellitus, diastolic function, compensation carbon metabolism, decompensation, and longevity of disease.

**Введение.** Изменения диастолической функции левого желудочка (ЛЖ) интересуют многих врачей [1–4]. Ее нарушение предшествует систолической недостаточности кровообращения, указывает на прогрессирование патологических процессов в миокарде, отражает эффективность врачебного вмешательства, а также имеет прогностическое значение [5–8]. Ранняя диагностика диастолической дисфункции и дистрофии миокарда у больных сахарным диабетом (СД) позволяет своевременно начать их лечение и тем не только предупредить дальнейшее прогрессирование диастолической дисфункции и миокардиодистрофии, но и добиться их обратного развития [9–12].

**Цель исследования:** оценить влияние длительности заболевания СД I типа и компенсации углеводного обмена на параметры внутрисердечной гемодинамики.

**Материалы и методы.** У 127 больных СД I типа (средний возраст —  $37,9 \pm 5,7$  лет, 58 мужчин и 69 женщин, все больные без артериальной гипертензии и сердечной недостаточности в анамнезе) определены параметры трансмитрального потока крови из левого предсердия в левый желудочек во время диастолы и время изоволюметрического расслабления миокарда. Группу срав-

нения составили 125 здоровых добровольцев, сопоставимых по полу и возрасту.

**Результаты и их обсуждение.** Все больные, принимавшие участие в исследовании, были разделены на 3 группы в зависимости от длительности заболевания СД I типа и компенсации углеводного обмена: 1-я — 42 больных с длительностью заболевания до 5 лет (без осложнений): 21 — с субкомпенсацией, 21 — с декомпенсацией, 2-я группа — 42 больных с длительностью заболевания 5–10 лет с проявлениями микроангиопатии и нейропатии: 20 — с субкомпенсацией, 22 — с декомпенсацией и 3-я группа — 43 больных с продолжительностью заболевания более 10 лет с проявлениями микро-, макроангиопатии и нейропатии: 21 — с субкомпенсацией и 22 — с декомпенсацией. Среди обследованных больных лиц с компенсированным углеводным обменом не было.

У больных с продолжительностью заболевания до 5 лет, находившихся в состоянии субкомпенсации углеводного обмена, был достоверно увеличен конечный диастолический объем левого желудочка (КДО ЛЖ) по сравнению со здоровыми лицами —  $112,1 \pm 13,5$  мл и  $72,8 \pm 11,7$  мл соответственно ( $p < 0,05$ ). Максимальная скорость раннего диастолического потока ( $V_e$ ) была снижена до

0,69±0,02 м/с ( $p<0,05$ ), а максимальная скорость позднего диастолического потока ( $V_a$ ) — повышена до 0,47±0,02 м/с ( $p>0,05$ ) и отношение максимальной скорости раннего диастолического потока к позднему ( $V_e/V_a$ ) снизилось до 1,47±0,01 относительных единиц (отн. ед.) по сравнению со здоровыми лицами — 1,81±0,01 отн. ед. ( $p<0,05$ ).

Таким образом, у больных с СД I типа с длительностью заболевания до 5 лет, находившихся в состоянии субкомпенсации углеводного обмена, уже отмечены изменения диастолической функции левого желудочка, что может служить предвестником развития более серьезных изменений в последующем.

У больных с длительностью СД до 5 лет и декомпенсацией углеводного обмена выявлены более серьезные изменения диастолической функции левого желудочка: еще больше увеличен КДО ЛЖ — 122,2±18,1 мл; достоверно увеличена толщина задней стенки левого желудочка (ЗСЛЖ) — 9,9±0,7 мм; повышено время изоволюметрического расслабления миокарда (IVRT) до 0,084±0,002 с. У здоровых IVRT было равно 0,062±0,002 с ( $p<0,05$ ), у субкомпенсированных больных IVRT — 0,072±0,004 с, но эти различия не были достоверны по сравнению с показателями у здоровых лиц.

$V_e$ ,  $V_a$ ,  $V_e/V_a$  у пациентов с длительностью СД I типа до 5 лет и декомпенсацией углеводного обмена достоверно отличались от показателей у здоровых лиц, а при субкомпенсации углеводного обмена изменения  $V_a$  были не достоверны.

Таким образом, от состояния компенсации углеводного обмена напрямую зависит выраженность изменений со стороны диастолической функции левого желудочка. Но не только состояние компенсации определяет выраженность этих изменений, а, возможно, и продолжительность СД.

У больных с длительностью СД от 5 до 10 лет, находившихся в состоянии субкомпенсации углеводного обмена, достоверно изменен только один показатель, а именно  $V_e/V_a$ , который составил у данной группы больных 1,35±0,10 отн. ед., а у здоровых — 1,81±0,05 отн. ед. ( $p<0,05$ ).

Таким образом, если сравнить больных СД I типа и длительностью заболевания до 5 лет и больных с длительностью заболевания от 5 до 10 лет с субкомпенсацией углеводного обмена, видно, что при меньшей длительности заболевания отмечены более выраженные изменения диастолической функции левого желудочка. Возможно, с нарастанием длительности СД включаются компенсаторные механизмы, направленные на компенсацию диастолической функции левого желудочка.

Такая же динамика прослежена и у больных СД I типа с декомпенсацией углеводного обмена и разной длительностью заболевания. Так, при длительности заболевания от 5 до 10 лет достоверно изменялся КДО ЛЖ, который у деком-

пенсированных больных составил 125,7±19,5 мл, а у здоровых — 72,8±11,7 мл ( $p<0,05$ ). Кроме того, достоверно снизилась  $V_e$ , которая у вышеуказанной категории больных составила 0,61±0,05 м/с, а у здоровых — 0,78±0,06 м/с ( $p<0,05$ ). Снижение  $V_e/V_a$  в данной группе высоко достоверно и составило 1,22±0,07 отн. ед., а у здоровых — 1,81±0,05 отн. ед. ( $p<0,05$ ). Если же вспомнить группу больных СД I типа с длительностью заболевания до 5 лет и декомпенсацией углеводного обмена, то у них, кроме вышеуказанных показателей, достоверно изменялись еще и ЗСЛЖ, IVRT,  $V_a$ , чего не было отмечено при такой же компенсации углеводного обмена, но при длительности заболевания от 5 до 10 лет.

Можно предположить, что с нарастанием длительности СД при сохраняющемся уровне компенсации углеводного обмена включаются компенсаторные механизмы, направленные на поддержание адекватной работы сердечной мышцы, в данном случае — на предотвращение усугубления диастолической дисфункции левого желудочка.

У больных СД I типа с длительностью заболевания более 10 лет и субкомпенсацией углеводного обмена достоверно изменились КДО ЛЖ и  $V_e/V_a$ . Так, КДО ЛЖ у данной группы больных составил 118,1±18,3 мл, а в группе здоровых — 72,8±11,7 мл ( $p<0,05$ ).  $V_e/V_a$  достоверно снизилось у больных СД I типа и составило 1,29±0,08 отн. ед., в то время как у здоровых — 1,81±0,05 отн. ед. ( $p<0,05$ ).

Таким образом, у больных СД I типа с длительностью заболевания свыше 10 лет и субкомпенсацией углеводного обмена выявлены выраженные изменения диастолической функции левого желудочка, более значимые, чем в группах с длительностью заболевания до 5 лет и от 5 до 10 лет, что может явиться маркером развития более серьезных осложнений со стороны сердечно-сосудистой системы у данной категории больных.

При декомпенсации углеводного обмена и длительности СД I типа свыше 10 лет, в отличие от субкомпенсированных больных, изменились не только показатели КДО ЛЖ и  $V_e/V_a$ , но и  $V_e$ . Так, при декомпенсации углеводного обмена отмечено дальнейшее прогрессивное увеличение КДО ЛЖ, который составил 124,7±22,9 мл.  $V_e/V_a$  у данной группы больных снизилось и составило 1,16±0,07 отн. ед., что достоверно ниже по сравнению со здоровыми, и ниже, чем в группе с субкомпенсированным углеводным обменом.

Величина  $V_e$  у больных СД I типа при декомпенсации углеводного обмена была достоверно ниже, чем у здоровых лиц — 0,59±0,03 м/с и 0,78±0,06 м/с соответственно ( $p<0,05$ ).

### Выводы

1. У больных СД I типа с разной длительностью заболевания и с разным уровнем компенса-

ции углеводного обмена выявлены изменения диастолической функции левого желудочка. С нарастанием длительности сахарного диабета, по-видимому, включаются компенсаторные механизмы, сдерживающие прогрессивное угнетение диастолической функции левого желудочка.

2. Во всех группах обследованных больных достоверно изменялись КДО ЛЖ и  $V_e/V_a$ . Наиболее выраженные изменения диастолической

функции левого желудочка отмечены при декомпенсации углеводного обмена и в дебюте заболевания.

3. У больных СД I типа необходимо раннее назначение лекарственных препаратов, способствующих компенсации работы сердца и предохраняющих больных от прогрессирования диастолической дисфункции левого желудочка и развития сердечно-сосудистых катастроф.

### Литература

1. Аладашвили А.В. Диастолическая функция левого желудочка сердца. // Тер. арх.— 1989.— № 11.— С. 153–156.
2. Жаринов О.И., Антоненко Л.Н. Нарушение расслабления миокарда: патогенез и клиническое значение // Кардиология.— 1995.— № 4.— С. 57–60.
3. Brutsaert D.L., Sys S.U. Diastolic dysfunction in heart failure // J. Card. Fail.— 1997.— Vol. 3.— No. 3.— P. 225–242.
4. Fragola P., Calo L., Luzzi M. Doppler echocardiographic assessment of left ventricular diastolic function in myotonic dystrophy // Cardiology.— 1997.— Vol. 88.— P. 498–502.
5. Балаболкин М.И. Диабетология.— М.: Медицина, 2000.— 299 с.
6. Соколов Е.И. Диабетическое сердце.— М.: Медицина, 2002.— 416 с.
7. Sys S.U., Gillebert T.C. Ventricular relaxation and diastolic function in cardiac failure // Curr. Opin. Cardiol.— 1992.— Vol. 7.— P. 381–388.
8. Tardif J.C., Rouleau J.L. Diastolic dysfunction // Can. J. Cardiol.— 1996.— Vol. 12.— № 4.— P. 389–398.
9. Атьков О.Ю., Сергакова Л.М., Митина И.Н. Ультразвуковые методы исследования сердца // В кн.: Болезни сердца и сосудов. Под ред. Чазова Е.И.— 1992.— Т. 1.— 318 с.
10. Atherton J.J., Moore T.D., Leles. S. Diastolic ventricular interaction in heart failure // Lancet.— 1997.— Vol. 349.— P. 1720–1724.
11. Cecchi E., Pomari F., Brusasco G. Preclinical left ventricular diastolic dysfunction in insulin-dependent diabetes // G. Ital. Cardiol.— 1994.— Vol. 24.— № 7.— P. 839–844.
12. DeMaria A.N., Wisenbaugh T.W., Smith M.D. Doppler echocardiography evaluation of diastolic dysfunction // Circulation.— 1991.— Vol. 84.— Suppl. 3. P. 1288–1295.

Адрес для контакта: giuv@sura.ru

УДК 616.12-089:616-007.17

**ОЦЕНКА ОПАСНОСТИ РАЗВИТИЯ НОВЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА ПОСЛЕ УСПЕШНОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА НА МИТРАЛЬНОМ КЛАПАНЕ У ПАЦИЕНТОВ С МЕЗЕНХИМАЛЬНОЙ ДИСПАЗИЕЙ****Е.В.Немченко, С.В.Исаков, М.А.Карпенко, Э.В.Земцовский**

ФГУ «НИИ кардиологии им В.А.Алмазова» Росздрава, ГОУ ДПО Санкт-Петербургская государственная педиатрическая медицинская академия Росздрава, Россия

**RISK ASSESSMENT OF DEVELOPMENT OF NEW CASES OF HEART DISEASE AFTER SUCCESSFUL MITRAL VALVE SURGERY IN PATIENTS WITH MESENCHYMAL DYSPLASIA****E.V.Nemchenko, S.V.Isakov, M.A.Karpenko, E.V.Zemtsovski**

Research institute of cardiology named V.A.Almazov, St-Petersburg State Pediatric Medical Academy, Russia

© Коллектив авторов, 2006

Проведено эхокардиографическое обследование 54 пациентов в сроки от 5 месяцев до 12 лет (в среднем  $4,9 \pm 3,3$  года) после успешной хирургической коррекции митральной недостаточности, обусловленной мезенхимальной дисплазией. По сравнению с пациентами, оперированными по поводу порока митрального клапана ревматической или инфекционной этиологии, в обследованной группе выявлена значимо большая частота прогрессирования патологических изменений аортального и трехстворчатого клапанов с развитием выраженной регургитации.

**Ключевые слова:** мезенхимальная дисплазия, митральный порок сердца.

Echocardiography was performed on 54 patients between 5 months to 12 years (average  $4.9 \pm 3.3$  years) after successful surgical correction of mitral deficiency caused by mesenchymal dysplasia. In the study group a significant greater frequency of progressing of pathological changes of aortal and tricuspid valves with development of marked regurgitation was found, compared with patients after surgery for mitral valve disease of rheumatoid and inflectional etiology.

**Keywords:** mesenchymal dysplasia, mitral valve disease.

**Введение.** Пороки сердца составляют 25% от всех органических заболеваний сердца, уступая по распространенности лишь ИБС и артериальной гипертензии. В России в 2004 г. было зарегистрировано 185,5 больных с приобретенными пороками сердца на 100 тыс. населения [1]. Среди пороков сердца часто встречается поражение митрального клапана, что обусловлено многообразием его анатомических структур и значительными гемодинамическими нагрузками, испытываемыми на протяжении всей жизни [2]. Существуют две основные клинко-анатомические формы митрального порока сердца: стеноз левого венозного устья и недостаточность митрального клапана, а также их сочетание. Митральные пороки также классифицируют по этиологическому принципу, так как именно от причины, лежащей в их основе, зависят патогенетические механизмы их формирования и эволюции [3].

Ревматизм в России до настоящего времени являлся одной из основных причин развития клапанных пороков сердца. Стеноз митрального клапана почти в 100% случаев возникает на фоне ревматического процесса, несмотря на то, что у 30–50% пациентов не было ревматических атак в анамнезе. В последние годы в большинстве развитых стран наметилась тенденция к снижению уровня заболеваемости ревматизмом, что привело к возрастанию роли других этиологических факторов возникновения пороков сердца. В част-

ности, причиной развития порока могут являться различные дегенеративные и дистрофические изменения соединительной ткани элементов митрального клапана. В основе таких изменений лежат дифференцированные (синдромы Марфана и Элерса — Данло) или недифференцированные дисплазии соединительной ткани, которые нередко приводят к развитию пролапса митрального клапана, его миксоматозной дегенерации и постепенно нарастающей недостаточности [4].

Дисплазия соединительной ткани — мезенхимальная дисплазия (МД) — известна давно [2]. Первые упоминания о ней в литературе появились в 1980-е гг. [5–7]. Заболевание характеризуется поражением соединительной ткани со снижением содержания и изменением соотношения отдельных типов коллагена [7, 8], что проявляется дегградацией соединительной ткани, приводящей к увеличению створок и развитию недостаточности клапана. Это приводит к ухудшению механических свойств, уменьшению механической выносливости соединительной ткани. МД может поражать любой клапан, но наиболее уязвим митральный, подвергающийся большим гемодинамическим нагрузкам [9]. Его недостаточность при МД, как правило, является первым клинически значимым проявлением основного патологического процесса [5–11].

МД встречается у 3–10% населения, а среди чернокожих жителей США выявляется еще ча-

ще, — в 22% [12, 13]. В последние два десятилетия обращает на себя внимание постоянный рост числа больных МД.

У пациентов с первичным пролапсом митрального клапана часто выявляются различные признаки системной дисплазии соединительной ткани (деформация грудины, плоскостопие, гипермобильность суставов). Нередко аналогичные диспластические процессы встречаются при пороках аортального и трикуспидального клапанов с их пролапсом или без него [13]. Часто МД сопутствуют ложные хорды, аномально расположенные мышечные трабекулы, аневризмы межпредсердной и межжелудочковой перегородок, синусов Вальсальвы и другие малые аномалии сердца [5, 13].

Таким образом, степень развития и распространенность патологических изменений соединительной ткани сердца при МД определяют возможность развития значимой митральной недостаточности, а также гемодинамически значимых нарушений функции аортального и трикуспидального клапанов, развивающихся либо параллельно с формированием митрального порока, либо уже после его хирургической коррекции.

Для кардиохирурга имеет значение только одна из форм этого заболевания, характеризующаяся сочетанием миксоматозной трансформации створок и гемодинамически значимой недостаточностью митрального клапана [4]. При таком сочетании клапанного дефекта существует реальная опасность быстрого развития декомпенсации, что требует безотлагательного кардиохирургического пособия.

Консервативных методов лечения значимой недостаточности митрального клапана, сопровождающейся характерными гемодинамическими изменениями, не существует. Назначение максимально переносимых доз ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента пациентам с умеренно выраженным пороком, на фоне сохранной сократительной функции левого желудочка (ЛЖ), может на время отодвинуть сроки хирургической коррекции, однако, рано или поздно естественное течение заболевания клапана, вызванного МД, приведет больного к кардиохирургии.

Показанием к хирургическому лечению является митральная регургитация 2–3 степени, сопровождающаяся симптомами сердечной недостаточности. Бессимптомная митральная недостаточность требует динамического наблюдения и своевременного направления к кардиохирургу при прогрессировании дилатации левого желудочка или тенденции к снижению фракции выброса. Остро развившаяся недостаточность митрального клапана, которая нередко встречается при отрыве хорд у больных с МД, как правило, приводит к быстрой декомпенсации и резистентна к консервативной терапии. Это состояние требует срочного хирургического вмешательства.

При определении показаний к хирургической коррекции у больных с недостаточностью митрального клапана следует учитывать, что выраженная дилатация ЛЖ, наличие высокой легочной гипертензии, застойной сердечной недостаточности приводит к ухудшению непосредственных и отдаленных результатов. Таким образом, раннее направление таких больных к кардиохирургу позволит добиться оптимального результата в отдаленном периоде и снизить риск хирургического вмешательства.

В настоящее время в клинике применяется 3 способа лечения хирургического лечения недостаточности митрального клапана. Это реконструктивное вмешательство — пластика митрального клапана, протезирование митрального клапана с сохранением хордального аппарата створок и протезирование с полным удалением всех структур, образующих клапан. В последние годы наметилась тенденция к увеличению доли реконструктивных операций в хирургическом лечении недостаточности митрального клапана при МД. При невозможности клапансохраняющей операции, которая, несомненно, является оптимальной для пациента, показано протезирование с сохранением подклапанных структур, что особенно важно у больных с МД. При этой методике створки митрального клапана иссекаются частично, а основные (несущие) хорды сохраняют контакт с папиллярными мышцами, что предотвращает ремоделирование ЛЖ в отдаленном периоде после операции.

На современном уровне развития кардиохирургии реконструктивные вмешательства и протезирование митрального клапана имеют низкий операционный риск и хорошие непосредственные и отдаленные результаты. Однако коррекция митрального порока у больного с МД не может предотвратить прогрессирования патологического процесса в других диспластически измененных клапанах, что может серьезно повлиять на качество жизни пациента в отдаленном послеоперационном периоде. Вместе с тем, опасность прогрессирования МД и развития других клапанных пороков у больных с дисплазией соединительной ткани зачастую не учитывается кардиологом и кардиохирургом.

**Цель исследования.** Изучить возможность развития новых клапанных пороков сердца у пациентов, перенесших успешную хирургическую коррекцию недостаточности митрального клапана при мезенхимальной дисплазии по сравнению с пациентами, прооперированными по поводу пороков другой этиологии.

**Материалы и методы.** В сроки до 12 лет (в среднем 4,9 года) обследовано 54 пациента, перенесших хирургическую коррекцию недостаточности митрального клапана, вызванную МД. Диагноз дисплазии соединительной ткани верифицирова-



ли при гистологическом исследовании операционного материала. Все больные обследованы эхокардиографически. Группу сравнения составили 43 пациента, перенесших хирургическую коррекцию ревматического порока митрального клапана и 7 пациентов с первичным инфекционным эндокардитом. В группе больных с МД мужчин было 64,8%, с ревматическим пороком — 18,6%, с инфекционным эндокардитом — 59,2%. Средний возраст по группам составил соответственно 53,2±11,2, 49,7±11,5 и 38,0±13,8 лет. В 1-ой и 3-ей группах все больные имели митральную недостаточность. Среди больных с ревматическим пороком 12% имели недостаточность, 41% — стеноз и 47% — комбинированный митральный порок. Группы не различались по исходной тяжести сердечной недостаточности. Показатель функционального класса сердечной недостаточности (ФК СН) в среднем был равен 3,3±0,5. Давление в легочной артерии в среднем составило 50,3±19,3 мм рт. ст. у больных первой, 53,7±16,1 — второй и 40,3±16,8 — третьей группы. Диастолический диаметр ЛЖ у больных с МД в среднем был равен 64,9±7,9 мм, в группе больных с ревматизмом — 53,3±6,5 мм, а при инфекционном эндокардите — 59,8±6,9 мм. Фракция выброса в среднем составила 60±7% и значимо не различалась по группам.

В исследуемой группе у 29,6% больных выполнена пластика митрального клапана, тогда как в группе сравнения у всех пациентов выполнено протезирование. Кроме хирургической коррекции митрального порока, вмешательства на трикуспидальном клапане (пластика) выполнены у 24,1% пациентов исследуемой группы, у 18,6% пациентов с ревматизмом и у 14,3% пациентов с инфекционным эндокардитом. В дополнение к коррекции митрального порока выполнено аортокоронарное шунтирование (АКШ) у 7,4% пациентов с МД, у 2,3% с ревматическим пороком и у 14,3% с инфекционным эндокардитом. У 14% пациентов с ревматизмом выполнена тромбэктомия из левого предсердия. После коррекции порока перед выпиской из стационара недостаточность аортального клапана (АН) 1-й степени имела у одного больного 1-ой группы (1,8%), у 12 больных 2-й группы (27,9%) и у одного больного 3-й группы (14,2%). АН 2 степени выявлена только у одного больного (2,3%) оперированного по поводу ревматизма. Недостаточность трикуспидального клапана (ТН) 1–2 степени имела у 20 больных 1-й группы (37%), у 51 больного 2-й группы (51,2%) и одного больной 3-й группы (14,2%). Резидуальная ТН 3 степени была у двух больных (3,7%) обследуемой группы.

**Результаты.** За период наблюдения умерли 3 пациента, оперированные по поводу митрального порока, обусловленного МД, и один — из группы больных ревматизмом. Во всех случаях причиной летальных исходов явилась прогрессирующая СН.

По данным ЭхоКТ-исследования у 28 (51,9%) пациентов 1-й группы в отдаленные сроки отмечено появление или значимое увеличение степени аортальной недостаточности (с 0 до 2-й и более степени, с 1-й до 3-й степени) по сравнению с ранним послеоперационным периодом. У 31 (57,4%) — появление или значимое увеличение степени трикуспидальной недостаточности (с 0 до 2-й и более степени, с 1-й до 3-й и более степени). Прогрессирование АН сопровождалось увеличением размеров левого желудочка, а развитие ТН — увеличением правого желудочка и правого предсердия. В группе сравнения среди пациентов с инфекционным эндокардитом не обнаружено развития значимых изменений аортального и трикуспидального клапанов. У пациентов с ревматическим пороком значимое увеличение АН развилось у 3 (7%) пациентов и во всех случаях сочеталось с признаками умеренно выраженного аортального стеноза, значимое увеличение ТН — у 10 (23,3%), в 3 случаях сочетавшееся с признаками трикуспидального стеноза.

Методом Kaplan — Meier была рассчитана свобода от прогрессирования аортальной и трикуспидальной недостаточности. 5-летняя свобода от значимого прогрессирования АН в группе пациентов с МД составила 65%, 10-летняя — 23%; в группе больных с ревматическим пороком — 100% и 92% соответственно. Свобода от значимого прогрессирования ТН через 5 и 10 лет после хирургического вмешательства составила 57% и 22% у пациентов с МД и 94% и 64% у пациентов с ревматизмом.

Повторно оперированы 3 пациента обследуемой группы, перенесших реконструктивное вмешательство на митральном клапане: одному выполнено изолированное протезирование через 1 сутки после первичной операции в связи с ее несостоятельностью, двум другим — протезирование митрального клапана в сочетании с пластикой трикуспидального через 3 и 3,5 месяца по поводу вторичного инфекционного эндокардита и рецидива порока. В группе сравнения повторно оперированы 2 пациента с ревматическим пороком: одному пациенту через 5 месяцев после протезирования выполнено ушивание параклапанной фистулы, другому — через 2 года повторно протезирован митральный клапан в связи с тромбозом протеза.

**Обсуждение.** Проведенное нами динамическое наблюдение за оперированными больными убедительно демонстрирует тесную связь между характером поражения клапанного аппарата сердца и особенностями течения послеоперационного периода у пациентов, перенесших хирургическую коррекцию приобретенных пороков сердца. Распространенность, степень и скорость развития патологических изменений внутрисердечных структур, а также возможность медикаментозного воздействия на важнейшие звенья патогенеза

заболевания оказывают определяющее влияние на возникновение и прогрессирование дисфункции клапанов, которые ранее не были изменены или были подвергнуты успешной реконструкции. Так, у пациентов с изолированным поражением МК инфекционной этиологии, перенесших радикальную санацию очага инфекции и массивную длительную антибиотикотерапию, изменения других клапанов в отдаленные сроки минимальны. У пациентов с ревматическим пороком митрального клапана резкое прогрессирование изменений других клапанов после операции маловероятно. Новые клапанные пороки у таких больных формируются в течение длительного времени — иногда нескольких десятков лет. Кроме того, больные ревматизмом после операции, как правило, подвергаются бациллинапрофилактике и лечению противовоспалительными препаратами, что также вносит свой вклад в снижение частоты развития значимых изменений других клапанов в отдаленные сроки.

Развитие значимой аортальной и трикуспидальной недостаточности у пациентов с МД, перенесших хирургическую коррекцию митрального

порока, связано с системными проявлениями соединительнотканной дисплазии, поражающей все клапаны сердца. Быстрые темпы прогрессирования недостаточности клапанов связаны со значительным снижением механической выносливости соединительной ткани сердца, что ранее уже проявилось при формировании митрального порока. Отсутствие методов медикаментозного воздействия на основной патологический процесс при МД в послеоперационном периоде еще более усугубляет ситуацию. Даже после адекватной коррекции митрального порока в этой группе больных далеко не всегда удается добиться полной регрессии симптомов. Сохраняется кардиомегалия, после протезирования нередко происходит ремоделирование левого желудочка. Пациенты с МД даже после проведения успешной хирургической коррекции порока нуждаются в тщательном динамическом наблюдении, постоянном ЭхоКГ-контроле для раннего выявления возможного развития значимых гемодинамических изменений аортального и трикуспидального клапанов.

### Литература

1. Бокерия Л.А., Гудкова Р.Г. Сердечно-сосудистая хирургия.— 2004.— М.: НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН, 2005.
2. Дземешкевич С.Л., Стивенсон Л.У. Болезни митрального клапана.— М.: Геостар Медицина, 2000.
3. Цукерман Г.И., Бураковский В.И., Голиков Г.Г., Семеновский М.Л. Пороки аортального клапана.— М.: Медицина, 1972.— 240 с.
4. Бураковский В.И., Бокерия Л.А. Сердечно-сосудистая хирургия.— М.: Медицина, 1989.
5. Алексеева Л.А., Дземешкевич С.Л., Шереметьева Г.Ф. и др. Дисплазия клапанов сердца как причина клапанной недостаточности в кардиохирургии (клинико-морфологические сопоставления) // Вестник АМН СССР.— 1990.— № 10.— С. 13–17.
6. Гасилин В.С., Лякишев А.А., Шевченко О.П. Синдром пролабирования митрального клапана // Кардиология.— 1976.— № 8.— С. 88.
7. Tamura K., Fukuda Y., Ishizaki M. Abnormalities in elastic fibers and other connective-tissue components of floppy mitral valve // Am. Heart J.— 1995.— Vol. 129.— P. 1149–1158.
8. Baker P.B., Bansal G., Boudoulas H. Floppy mitral valve chordae tendineae: histopatologic alterations // Hum. Pathol.— 1988.— Vol. 19.— P. 507–512.
9. Мартынов А.И., Степура О.В., Остроумова О.Д. Маркеры соединительнотканной дисплазии при пролапсе митрального клапана // Тер. архив.— 1996.— Т. 68.— № 2.— С. 40–43.
10. Бочкова Д.Н., Розина Т.Ю., Соболев Ю.С., Десятниченко В.М. Распространенность пролапса митрального клапана среди населения // Кардиология.— 1983.— № 3.— С. 40–43.
11. Grande-AlLEN K.J., Griffin B.P., Calabro A. Myxomatous mitral valve chordae: II: selective elevation of glycosaminoglycan content // J. Heart Valve Dis.— 2001.— Vol. 10.— P. 325–333.
12. Devereux R.B. Mitral valve prolapse // J. Am. Med. Assoc.— 1994.— № 49.— P. 192–199.
13. Wolf J.E., Denis B., Machecourt J. et al. Aortic and tricuspid valve involvement caused by myxoid degeneration associated with a severe mitral prolapse. Apropos of 2 patients undergoing a double valve replacement // Arch. Mal. Coeur. Vaiss.— 1983.— Vol. 76.— № 11.— P. 1362–1367.

Адрес для контакта: nemchenko@mail.ru

УДК 616-092.11-053.6

## ЗДОРОВЬЕ ПОДРОСТКОВ В БОЛЬШОМ ГОРОДЕ

Е.К.Пагава, П.-А.Мишо, А.Жанин, К.И.Пагава

Лаборатория по здоровью и развитию детей и подростков,  
Институт медицинской биотехнологии АН Грузии;

Группа по исследованию здоровья подростков,

Институт социальной и превентивной медицины,

Лозаннский университет, Швейцария;

Кафедра педиатрии и подростковой медицины

Тбилисского государственного медицинского университета, Грузия

## HEALTH OF ADOLESCENTS IN THE CITY

Н.К.Phagava, P.-A.Michaud, A.Jeannin, K.I.Pagava

Research Group on Children & Adolescent Health & Development, Institute of Medical Biotechnology,  
Academy of Sciences of Georgia, Groupe de recherche sur la santé des adolescents, Institut universitaire de  
médecine sociale et préventive, Université de Lausanne, Switzerland, Department of Pediatrics & Adolescent  
Medicine, Tbilisi State Medical University, Georgia

© Коллектив авторов, 2006 г.

С помощью специальных вопросников проведен анонимный опрос 1445 учащихся 9–11 классов г. Тбилиси, средний возраст  $15,6 \pm 0,9$  лет. Классы были отобраны в результате двухэтапной кластерной выборки. 31,6% ответивших оценили свое общее состояние здоровья как отличное и очень хорошее. Инвалидность и хронические заболевания имели место соответственно в 5,5% и 6,2% случаев. Среди проблем, связанных со здоровьем, наиболее часто отмечены головная боль (17,4%), проблемы с зубами (16,9%) и боли в животе (10,3%). За последний год 23% опрошенных обращались к врачу общего профиля, 6,1% — к психологу/психиатру. 76 девочек (8,8%) обращались к гинекологу. Из лекарств подростки наиболее часто употребляют болеутоляющие средства. Полученные данные могут быть использованы для повышения уровня медицинской помощи подросткам, планирования и внедрения целенаправленных вмешательств.

**Ключевые слова:** подростки, здоровье, город.

By means of a special questionnaire an anonymous survey of pupils ( $n=1445$ , mean age  $15,6 \pm 0,9$  years) of senior classes in Tbilisi was carried out. The classes were selected by two-stage cluster sampling. 31.6% of respondents consider their health as excellent and very good. Disability and chronic diseases were mentioned in 5.5% and 6.2% of cases respectively. Headache (17.4%), dental problems (16.9%) and abdominal pain (10.3%) were reported as the most frequent health-related problems. During the last year 23.0% of respondents consulted their GP, 6.1% a psychologist/psychiatrist. Painkillers were the drugs most frequently consumed by the adolescents. This data can be used for improving the health care of adolescents and better implementation of purposeful measures.

**Keywords:** adolescents, health, city.

**Введение.** Подростки являются, возможно, наиболее сложными пациентами для семейного врача. Пренебрежение к собственному здоровью, несвоевременное запоздалое обращение к медицинскому работнику, скрытность, нежелание представить полный анамнез, нежелание подвергаться необходимым диагностическим процедурам, невыполнение терапевтических назначений, не говоря уже о рискованном поведении — вот перечень главных проблем, затрудняющих оказание полноценной медицинской помощи данному контингенту [1–7]. Чтобы предусмотреть медицинские потребности подростков, было бы желательно иметь материалы, характеризующие состояние их здоровья; к сожалению, такого рода информация ограничена и несколько противоречива [1, 5, 8].

Вышеизложенное определило цель нашего исследования — определение показателей, отражающих состояние здоровья подростков в г. Тбилиси.

**Материалы и методы.** Проведен опрос 1445 подростков г. Тбилиси в возрасте 15–18 лет (59,9% девочек, 37,8% юношей, средний возраст  $15,6 \pm 0,9$  лет) — учеников старших (9–11) классов. В результате двухэтапной кластерной выборки было отобрано 90 старших классов в школах Тбилиси, ученикам которых были розданы специальные вопросники (на грузинском, русском, армянском и азербайджанском языках), составленные с учетом международного опыта, в основном на базе инструмента, использованного для сходного исследования, проведенного в Швейцарии (SMASH2002) [6]. Он содержит 87 основных вопросов по здоровью и образу жизни. Исследование было анонимным.

Все заполненные вопросники были отредактированы и внесены в специальную базу данных Epidata ([www.epidata.dk](http://www.epidata.dk)). Анализ окончательных результатов проведен при помощи статистического пакета SPSS v. 11.0.

Детально методика исследования опубликована ранее [9].

**Результаты и их обсуждение.** 31,6% ответивших оценили свое общее состояние здоровья как отличное и очень хорошее (девушки — 22,5%, юноши — 43,7%). 20,8% опрошенных заявило, что никогда не пропускали школу из-за болезни (15,3% девушек, 29,7% юношей). Следует отметить, что позитивная оценка собственного здоровья характерна для подростков [1, 2, 7, 10, 11].

Инвалидность и хронические заболевания имели место соответственно в 5,5% и 6,2% случаев (6% и 7,1% у девушек, 4,9% и 5,3% у юношей). 1,8% опрошенных полагают, что инвалидность вызвана у них болезнью, 0,8% — несчастным случаем, 1,5% — являлась следствием врожденного заболевания. 2,1% подростков указали, что инвалидность и/или хроническое заболевание мешает им заниматься той же деятельностью, что их сверстники. 1% и 2,4% опрошенных отметили, что нуждаются в специальном режиме и повседневной помощи окружающих из-за инвалидности и хронического заболевания. По сравнению со сверстниками в более интенсивном лечении и уходе нуждаются соответственно — 2,6% и 4,8%.

Несчастные случаи, требующие медицинского вмешательства, за последний год произошли с 15,8% опрошенных (14,1% девушек, 18,5% юношей) в среднем 2–2,3 раза.

За последний год хотя бы одну ночь в стационаре пришлось провести 3,6% опрошенных (4,2% девушек, 2,9% юношей) в среднем  $2,2 \pm 3,7$  раза.

Среди проблем, связанных со здоровьем, наиболее часто были отмечены головная боль (17,4%), проблемы с зубами (16,9%) и боли в животе (10,3%). Приоритеты различались по полу: у девушек на первых трех местах были головная боль (22,3%), проблемы с зубами (20,8%), акне (13,9%); у юношей — проблемы с зубами (11,4%), головная боль (10,4%), боли в костях, мышцах, суставах (8,6%). 7,2% девушек отмечали наличие гинекологических проблем часто и очень часто. Полученные результаты соответствуют данным литературы [6, 7, 10–12]. Следует, однако, подчеркнуть высокую частоту стоматологических болезней, что указывает на недостаточность превентивных мер.

За последний год 23% опрошенных (24,6% девушек, 21,5% юношей) обращались к врачу общего профиля, 17,8% (19,8% девушек, 15,7% юношей) — к другим специалистам, 16,3% (17,2% девушек, 15,4% юношей) к медицинскому работнику в школе, 6,1% (4,6% девушек, 8,7% юношей) — к психологу/психиатру. 76 девушек (8,8%) обращались к гинекологу, что существенно меньше аналогичных показателей в других странах [6, 10]. Полагаем, что данное обстоятельство также связано с определенным пренебрежением к состоянию половых органов у девушек, видимо обусловленное недостаточной осведомленностью.

В таблице представлена информация, какие лекарства (с рецептом или без) принимали подростки за последний год. Наиболее часто употреблялись болеутоляющие средства.

Таблица.

«Принимали ли Вы перечисленные лекарства за последний год?» (в %)

| Тип лекарства                             |             | Редко   |          |       | 2–3 раза в месяц |          |       | 2–3 раза в неделю |          |       | Каждый день |          |       |
|---|-------------|---------|----------|-------|------------------|----------|-------|-------------------|----------|-------|-------------|----------|-------|
|   |             | девочки | мальчики | общее | девочки          | мальчики | общее | девочки           | мальчики | общее | девочки     | мальчики | общее |
| Против усталости                          | с рецептом  | 8,1     | 2,8      | 6,9   | 0,9              | 0,7      | 0,8   | 0,3               | 3,1      | 1,4   | 1,5         | 0,6      | 1,1   |
|   | без рецепта | 2,5     | 0,9      | 1,9   | 0,7              | 0        | 0,5   | 0,1               | 2,2      | 0,9   | 0,2         | 1,6      | 0,8   |
| Для улучшения сна                         | с рецептом  | 5,5     | 8,8      | 6,6   | 0,6              | 0        | 0,3   | 0,2               | 0,9      | 0,5   | 1,5         | 0,6      | 1,2   |
|   | без рецепта | 2,4     | 1,3      | 1,9   | 0,3              | 0        | 0,2   | 0,5               | 0        | 0,3   | 0,5         | 1,6      | 0,9   |
| Против нервозности и страхов              | с рецептом  | 5,2     | 2        | 3,9   | 0,9              | 0,4      | 0,7   | 1                 | 0        | 0,6   | 3,2         | 0,7      | 2,2   |
|   | без рецепта | 3       | 2        | 2,6   | 0,9              | 0,2      | 0,6   | 0,5               | 0        | 0,3   | 0,5         | 1,6      | 0,9   |
| Болеутоляющие                             | с рецептом  | 35,2    | 17,4     | 28,8  | 9,1              | 3,8      | 6,9   | 2,4               | 3,1      | 2,6   | 1,7         | 0,9      | 1,4   |
|   | без рецепта | 22,1    | 10,3     | 18,1  | 6,6              | 1,6      | 4,6   | 2,1               | 2,4      | 2,1   | 0,5         | 1,6      | 0,9   |
| Против запора                             | с рецептом  | 3,8     | 3,1      | 3,5   | 0,5              | 0,5      | 0,5   | 0,2               | 0        | 0,1   | 0,8         | 0,7      | 0,8   |
|   | без рецепта | 2,2     | 5,9      | 4,5   | 0,2              | 0,2      | 0,2   | 0,6               | 0        | 0,3   | 0,1         | 1,5      | 0,6   |
| Для снижения аппетита                     | с рецептом  | 1,5     | 0,5      | 1,1   | 0,3              | 0,2      | 0,3   | 0,8               | 0        | 0,5   | 0,9         | 0,5      | 0,8   |
|   | без рецепта | 1,2     | 0,7      | 1,9   | 0,6              | 0        | 0,3   | 0,3               | 0,5      | 0,4   | 0,1         | 1,1      | 0,5   |
| Против акне                               | с рецептом  | 5,5     | 2,4      | 4,2   | 1,4              | 0,2      | 0,9   | 1,5               | 0,9      | 1,2   | 2,1         | 0,7      | 1,5   |
|   | без рецепта | 3,4     | 1,1      | 2,4   | 1,2              | 0,5      | 0,9   | 0,8               | 0,7      | 0,8   | 0,9         | 0,9      | 0,9   |
| Другие (гомеопатические, витамины и т.д.) | с рецептом  | 9,5     | 4,4      | 7,4   | 4,4              | 1,3      | 3,1   | 3                 | 0,7      | 2,1   | 2,3         | 2,4      | 2,4   |
|   | без рецепта | 6,5     | 3,3      | 5,1   | 1                | 0,2      | 0,7   | 1                 | 0,7      | 0,9   | 0,6         | 1,5      | 0,9   |

Полученные результаты дают картину состояния здоровья подростков в Тбилиси. Учитывая сходство социально-экономических и культурных факторов в различных странах СНГ [13–15], мы полагаем, что они представляют интерес для врачей, и в первую очередь для врачей общего профиля — семейных врачей, на всем пространстве бывшего Советского Союза.

**Заключение.** Получены параметры, характеризующие здоровье подростков в большом городе, что может быть использовано для повышения уровня медицинской помощи подросткам, планирования и внедрения целенаправленных вмешательств.

Исследование проведено при поддержке Swiss National Scientific Foundation (SCOPES 7GEPj065646).

## Литература

1. Currie C., Roberts C., Morgan A., et al. Young people's health in context. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: International report from the 2001/2002 survey.— Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2004.
2. Halcyon L., Blum R.W., Beuhring T., Pate E., et al. Adolescent Health in the Caribbean: A Regional Portrait // American Journal of Public Health.— 2003.— Vol. 93.— № 11.— P. 1851–1857.
3. Куликов А.М., Медведев В.П. Роль семейного врача в охране здоровья подростка // Росс семейный врач.— 2000.— № 4.— С. 37–51.
4. Куликов А.М. Пубертатный период, проблемы подростков и родителей // Школа здоровья.— 2002.— № 1.— С. 37–43.
5. *Подростковая медицина* / под ред. Левиной Л.И.— СПб., 1999.
6. Narring F., Tschumper A., Inderwildi Bonivento L., Jeannin A., Addor V., Вѣtikofer A., Suris J.C., Diserens C., Alsaker F., Michaud P.A. Santѣ et styles de vie des adolescents vѣgѣs de 16 a 20 ans en Suisse (2003). SMASH 2002: Swiss multicenter adolescent study on health 2002.— Lausanne: Institut universitaire de mѣdecine sociale et preventive.— Bern: Institut fѣr Psychologie.— Bellinzona: Sezione sanitaria, 2003.
7. Waters E.B., Salmon L.A., Wake M., et al. The Health and Well-being of Adolescents: A School-based Population Study of the Self-report Child Health Questionnaire // J of Adolescent Health.— 2001.— Vol. 29.— P. 140–149.
8. Pagava K. Adolescents health in Georgia // Georgian Medical News.— 2004.— Vol. 9.— № 114.— P. 51–54.
9. Michaud P.-A., Pagava K., Phagava H., Abashidze G., Chanturishvili T., Jeannin A. The Georgian Adolescent Health Survey: methodological and strategic issues // Soz. Prѣventivmed.— 2006.— Vol. 51.— № 1.— P. 54–62.
10. Centers for Disease Control and Prevention. Surveillance Summaries, May 21, 2004.— MMWR.— 2004.— Vol. 53.— № SS-2.
11. Suris J.C., Parera N. Barcelona adolescent health survey 1999.— Barcelona: Fundaciѣ Santiago Dexeus Font, 2000.
12. Geckova A., Tuinstra J., Pudelsky M., Kovarova M., et al. Self-reported health problems of Slovak adolescents // Journal of Adolescence.— 2001.— Vol. 24.— P. 635–645.
13. Davidow S.L. Observations on health care issues in the former Soviet Union // J Community Health.— 1996.— Vol. 21.— № 1.— P. 51–60.
14. Gadzhiev R.S., Ramazanov R.S. The conditions and mode of life of teenagers in a big city // Probl Sotsialnoi Gig Istor Med.— 2004.— № 5.— P. 18–20.
15. Nanda A., Nossikov A., Prokhorskas R., Shabanah M.H. Health in the central and eastern countries of the WHO European Region: an overview // World Health Stat Q.— 1993.— Vol. 46.— № 3.— P. 158–165.

*Адрес для контакта:* Грузия, Тбилиси 0177, проспект Важа Пшавела 33, Тбилисский государственный медицинский университет, кафедра педиатрии и подростковой медицины, тел.: +995 99 575285, эл. почта: kpagava@yahoo.com.

## ОСОБЕННОСТИ СПИНАЛЬНОЙ УЛЬТРАСОНОГРАФИИ У ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА

И.А.Марченко, А.Л.Бурулев, А.С.Иова

СПб ГУЗ «Консультативно-диагностический центр для детей», ГОУ ДПО Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования Росздрава, Россия

© И.А.Марченко, А.Л.Бурулев, А.С.Иова, 2006.

## THE PARTICULARITIES OF ULTRASONOGRAPHY OF PEDIATRIC SPINE AMONG INFANTS

I.A.Marchenko, A.L.Burulyov, A.S.Iova

St-Petersburg Diagnostic center of children, St-Petersburg Medical Academy of Postgraduate Studies, Russia

В работе представлены результаты обследования 50 детей в возрасте до 1 года методом спинальной ультрасонографии с использованием заднего, переднего и переднебокового доступов. При ультразвуковом исследовании оценивали структуру пульпозного ядра, фиброзного кольца и структур позвоночного канала, ширину межпозвоночных отверстий, субарахноидальных пространств и позвоночного канала, толщину межпозвоночных дисков и спинного мозга. Определяли уровень конуса спинного мозга, который в данной возрастной группе находился на уровне L<sub>I</sub>-L<sub>II</sub>. С возрастом отмечено постепенное увеличение всех основных сонометрических показателей, кроме ширины субарахноидальных пространств. Таким образом, у детей в возрасте до 1 года наиболее целесообразно проведение ультрасонографического скрининга, а затем определение последовательности дальнейших диагностических мероприятий.

**Ключевые слова:** задний доступ, межпозвоночные диски, передний и переднебоковые доступы, пульпозное ядро, спинальная ультрасонография, спинной мозг, субарахноидальные пространства, фиброзное кольцо.

Paediatric spinal pathology is very important. We surveyed 50 patients aged from 1 month to 1 year. Ultrasonography was carried out by posterior, anterior and anterior-lateral access with application of functional tests. This access allowed us to see the vertebral bodies, intervertebralis disks, the switching of pulpous nucleus and fibrose ring, the subarachnoid space and the spinal cord. We also can see the conus medullaris. The position of conus in that group is L<sub>II</sub> or L<sub>I</sub>-L<sub>II</sub> disc space. The most important indexes of the pediatric spine increase up to 1 year of age, except for subarachnoid spaces. So ultrasonography is a valuable method to study the pediatric spine. We recommend this method for application in wide clinical practice.

**Keywords:** posterior access, intervertebralis disks, anterior and anterior-lateral access, pulpous nucleus, spinal ultrasonography, spinal cord, subarachnoid spaces, fibrose ring.

Патология позвоночника и спинного мозга у детей является важной проблемой в детской неврологии и нейрохирургии [1–4]. Многие авторы считают, что патология позвоночника и спинного мозга у детей встречается значительно чаще, чем распознается [5–9]. Это связано с тем, что для получения полной информации о состоянии позвоночника, спинного мозга и мягких тканей необходимо применять комплекс сложных методик [6, 10, 11]. Особенно это относится к детям грудного возраста, так как при выполнении рентгеновской спондилографии, МРТ, КТ необходима фиксация ребенка или наркоз; кроме того, ребенок получает лучевую нагрузку [2, 5, 6, 11]. Даже при соблюдении всех условий высока вероятность получения недостаточно информативных данных, в частности в силу малой степени оссификации позвонков и высокой гидрофильности тканей у маленьких детей [3, 10, 12, 13].

В связи с вышеизложенным в настоящей работе представлена возможность использования ультразвука для исследования позвоночника и спинного мозга у детей до года.

**Материалы и методы.** Исследование проводилось на базе Санкт-Петербургского ГУЗ «Кон-

сультативно-диагностический центр для детей». Обследовано 50 детей в возрасте от 20 дней до 1 года, обследование включало клинический осмотр, спинальную ультрасонографию (УС) и, по показаниям, рентгенологическое исследование позвоночника. Спинальная УС проводилась на ультразвуковых сканерах Toshiba-140A (Япония), Acuson-128XP10 (США). Использовали линейный датчик с частотой 8МГц, конвексный датчик — 3,5 МГц и секторный датчик — 7 МГц.

При исследовании позвоночника и спинного мозга целесообразно, кроме визуальной оценки позвонков, пульпозного ядра, фиброзного кольца, структур позвоночного канала и мягких тканей, проводить измерение ширины позвоночного канала, толщины межпозвоночных дисков, спинного мозга и ширины переднего и заднего субарахноидальных пространств.

При исследовании шейного отдела позвоночника применяли традиционный задний доступ и переднебоковой доступ, когда датчик располагают по наружному краю кивательной мышцы. Наиболее устойчивым ориентиром является тело С<sub>VII</sub> так как диск С<sub>VI</sub>-С<sub>VII</sub> во всех случаях остается самым низко расположенным из доступных

для последующего исследования. Еще одним ориентиром является тело  $C_{II}$ , так как линейный сигнал от него является наиболее длинным из-за наличия зубовидного отростка.

Для исследования пояснично-крестцового отдела позвоночника использовали задний доступ и передний, через переднюю брюшную стенку, применяли линейный и конвексный датчики. При переднем доступе в сагиттальной плоскости сканирования датчик устанавливали по средней линии живота выше и ниже пупка. Ориентиром для идентификации крестца является его передний контур, под острым углом «уходящий» из плоскости сканирования после визуализации диска  $L_V-S_I$ . Еще одним ориентиром служит диск  $L_3-L_4$ , который проецируется на пупок или располагается сразу под ним. Тело  $L_I$  всегда располагается под перешейком поджелудочной железы.

Грудной отдел позвоночника наименее доступен для ультразвукового исследования. Это связано с наличием массивных ядер окостенения остистых отростков при заднем доступе, и органов грудной клетки, которые делают визуализацию невозможной при переднем доступе. Однако у детей до 1 года нет ядер окостенения остистых отростков, поэтому у них возможна визуализация грудного отдела позвоночника с использованием заднего доступа и линейного датчика 8 МГц.

**Результаты исследований.** При спинальной ультрасонографии получают изображение тел позвонков в виде гиперэхогенной пунктирной линии, между телами позвонков расположены анэхогенные межпозвоночные диски, далее спинной мозг в виде гипоэхогенной структуры без четкой дифференцировки его тканей с центральным каналом внутри. При переднебоковом поперечном доступе оценивают структуру межпозвоночных дисков, одновременно можно оценить и структуру кивательной мышцы. При исследовании шейного отдела позвоночника у детей до 1 года использовали функциональные пробы (сгибание и разгибание головы). При максимальном сгибании выявлялось смещение  $C_{II}$  и  $C_{III}$  кпереди до 2 мм, что выравнивается в среднем положении. Мы считаем, что это вариант нормы и он связан с физиологической гипермобильностью и отсутствием оссификации зуба  $C_{II}$ . В нашем исследовании такая дислокация была обнаружена у 50% пациентов и величина дислокации составила от 1 до 2 мм.

При исследовании пояснично-крестцового отдела позвоночника можно определить расположение конуса спинного мозга, что важно для диагностики, например, фиксации спинного мозга и для проведения люмбальной пункции. У детей в возрасте до 6 месяцев конус чаще всего расположен на уровне  $L_{II}$  (72,5% случаев), реже на уровне диска  $L_I-L_{II}$  (37,5%). В возрасте от

6 месяцев до 1 года конус спинного мозга несколько «поднимается» и находится на уровне  $L_I$  (68,8%).

При спинальной УС в шейном отделе позвоночника чаще выявлялись локальное сужение позвоночного канала (10%), нестабильность шейного отдела позвоночника (56%), снижение высоты дисков (13%). В пояснично-крестцовом отделе чаще выявлялось расширение позвоночного канала. В нашем исследовании у девочки 8-месяцев жизни была выявлена диастематомиелия, визуализировался феномен утолщенной конечной нити (более 2 мм), снижение конуса спинного мозга, выраженное снижение пульсации спинного мозга, что говорило о фиксации спинного мозга и было подтверждено на МРТ. Клинически у нее отмечалась выраженная асимметрия ног. У детей были выявлены спинномозговые грыжи, объемные образования спинного мозга; эти грубые изменения были подтверждены при МРТ-исследовании в 100% случаев. Нестабильность пояснично-крестцового отдела позвоночника чаще встречалась на уровне  $L_{IV}-L_V$  и  $L_V-S_I$  (43,4%). В пояснично-крестцовом отделе позвоночника также отмечалась spina bifida posterior (23%). При визуализации данной аномалии учитывается, что в данной возрастной группе она считается диспластической при незаращении дуги более 2 мм, так как в противном случае она связана с незавершенным окостенением задних элементов позвоночного канала.

Индексы чувствительности и специфичности для различных видов патологии составили в среднем 90–95%.

При проведении спинальной ультрасонографии сагиттальный размер позвоночного канала в шейном отделе позвоночника составлял от 10 до 12 мм, а размер субарахноидальных пространств — от 1,5 до 4 мм. Позвоночный канал — равномерный по ширине на уровне  $C_{III}-C_{VII}$  позвонков и незначительно (на 1–2 мм) расширяется в краниальном направлении на уровне  $C_I-C_{III}$ . Высота межпозвоночных дисков составила в среднем 3,4–3,6 мм, а ширина межпозвоночных отверстий — 4–4,8 мм. Сагиттальный размер позвоночного канала в пояснично-крестцовом отделе позвоночника составил от 13 до 14,4 мм, толщина межпозвоночных дисков — 6,6–7,3 мм, а ширина межпозвоночных отверстий — 5,7–7 мм. При проведении сонометрических измерений в грудном отделе позвоночника сагиттальный размер позвоночного канала был равен 9–14 мм, толщина межпозвоночных дисков — 3,4–5 мм. Мы обнаружили, что с возрастом основные сонометрические показатели несколько увеличиваются во всех отделах позвоночника, за исключением ширины субарахноидальных пространств, которая в грудном и пояснично-крестцовом отделах несколько уменьшается.



## Выводы

У детей в возрасте до 1 года целесообразно одновременно проводить УС-исследование шейного, грудного и пояснично-крестцового отделов позвоночника.

У детей данной возрастной группы смещение СII и СIII кпереди при максимальном сгибании головы на величину до 2 мм следует считать физиологической гипермобильностью.

С возрастом отмечаено постепенное нарастание основных сонометрических показателей (сагиттальный размер позвоночного канала, толщина межпозвоночных дисков, толщина спинного мозга). Одновременно постепенно уменьшается ширина заднего субарахноидального пространства в грудном отделе позвоночника,

а также сужается переднее субарахноидальное пространство в пояснично-крестцовом отделе позвоночника.

Учитывая величину индексов чувствительности и специфичности, данный метод спинальной ультрасонографии является достаточным, и у детей наиболее целесообразно проведение ультрасонографического скрининга, а потом — определение необходимости и последовательности дальнейших диагностических мероприятий.

Спинальную ультрасонографию целесообразно использовать для оптимального выбора люмбальной пункции у новорожденных, что позволит избежать ошибочного диагноза субарахноидального кровоизлияния и травмирования конуса спинного мозга.

## Литература

1. *Детская неврология и нейрохирургия*: пер. с англ. / Гескил С., Мерлин А.М.: Антидор, 1996.— 347 с.
2. *Иова А.С., Гармашов Ю.А., Андриященко Н.В., Паутницкая Т.С.* Ультрасонография в нейрорепедиатрии (возможности и перспективы).— СПб, 1996.— 160 с.
3. *Ульрих Э.В.* Аномалии развития позвоночника у детей.— СПб.: Сотис, 1995.— 334 с.
4. *Budorik N.E., Pretorius D.H., Nelson T.R.* Sonography of the fetal spine: technique, imaging findings and clinical implication // *American Journal of Roentgenology*.— 1995.— Vol. 164.— № 2.— P. 421–428.
5. *Бурулев А.Л., Карпенко А.К., Марченко И.А.* Диагностические возможности ультразвукового исследования при выявлении патологии позвоночника у детей / Актуальные проблемы педиатрии и детской неврологии. Сб. науч. трудов посвящ. 10-летию Городского детского диагностического центра, комитета по здравоохранению администрации СПб.— СПб., 2001.— С. 124–127.
6. *Иова А.С., Кузнецова Л.В., Гармашов А.Ю., Икоева Г.А.* Спинальная ультрасонография (Часть I) // Учебное пособие для врачей.— СПб.: СПбМАПО, 2002.— 23 с.
7. *Кузнецова Л.В.* Возможности и перспективы ультрасонографии в ранней диагностике заболеваний позвоночника и спинного мозга у детей: Автореф. дис... канд. мед. наук.— СПб, 1999.— 25 с.
8. *Ульрих Э.В., Мушкин А.Ю.* Вертебрология в терминах, цифрах и рисунках.— СПб.: «Элси-СПб», 2002.— 186 с.
9. *DiPietro M.A.* The conus medullaris: Normal US findings throughout childhood // *Radiology*.— 1993.— Vol. 188.— P. 49–153.
10. *Бурулев А.Л.* Ультрасонография в ранней диагностике родовых повреждений шейного отдела позвоночника у новорожденных и детей первого года жизни: Автореф. дис... канд. мед. наук.— Челябинск, 2000.— 21 с.
11. *Gusnard D.A. et all.* Ultrasonic anatomy of the normal neonatal and infant spine: correlation with cryomicrotome section and CT // *Neuroradiology*.— 1986.— Vol. 28.— № 5/6.— P. 493–511.
12. *Karin M.* Ventriculus Terminalis of the spinal cord in the neonat: a normal variant on sonography // *American Journal of Roentgenology*.— 1996.— Vol. 167.— № 5.— P. 1341.
13. *Pobbin M.L., Filly R.A., Goldstein R.B.* The normal location of the fetal conus medullaris // *J. Ultrasound Med.*— 1994.— Vol. 13.— P. 541–546.

Адрес для контакта: Кафедра детской неврологии и нейрохирургии МАПО Автовская ул. 24, телефон: 812 783 51 42.

УДК 616.31

**СОМАТИЧЕСКИЙ СТАТУС И ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ ЖЖЕНИЯ В ПОЛОСТИ РТА, ВОЗНИКШИМ ПОСЛЕ ОРТОПЕДИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ**

Е.С.Михайлова, И.В.Кулик, Н.В.Катковник

ГОУ ДПО Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования Росздрава, Россия

**FEATURES OF THE SOMATIC STATUS AND PSYCHOEMOTIONAL CONDITION OF PATIENTS WITH THE BURNING MOUTH SYNDROME WHICH HAVE ARISEN AFTER PROSTHETIC TREATMENT**

E.S.Mikhaylova, I.V.Kulik, N.V.Katkovnik

Saint-Petersburg Medical Academy of Postgraduate Studies, Russia

© Е.С.Михайлова, И.В.Кулик, Н.В.Катковник, 2006 г.

Сложность патогенетических механизмов непереносимости стоматологических конструкционных материалов и синдрома жжения в полости рта вызывает затруднения при диагностике, выборе методов лечения и контроля их эффективности. Выявлены особенности соматического статуса и психоэмоционального состояния больных с синдромом жжения в полости рта, развившимся после ортопедического лечения.

**Ключевые слова:** непереносимость стоматологических конструкционных материалов, синдром жжения во рту, соматические заболевания.

The complexity of pathogenetic mechanisms of intolerance of stomatologic constructional materials and burning mouth syndrome cause difficulties in diagnosis, choice of methods of treatment and control of their efficiency. Features of the somatic status and psychoemotional conditions of patients with the burning mouth syndrome developing after prosthetic treatment are revealed.

**Keywords:** intolerance of stomatologic constructional materials, a burning mouth syndrome, a somatic pathology.

**Введение.** Синдром жжения в полости рта (СЖПР) является одним из наиболее распространенных нейростоматологических заболеваний. Его этиология, патогенез и методы лечения до настоящего времени изучены недостаточно, несмотря на большое количество работ в этой области.

Многие авторы считают СЖПР полиэтиологическим заболеванием, в развитии которого имеют значение различные общие и местные факторы [1, 2]. К местным факторам относят механическое раздражение острыми краями зубов, некачественно изготовленными протезами, снижение высоты прикуса [3–6]. В последние годы местное воздействие уже не рассматривают как самостоятельный фактор, обуславливающий возникновение заболевания. Е.С.Яворская (1972) показала, что патологические изменения в челюстно-лицевой области являются очагами ирритации, которые на фоне хронических заболеваний и изменений нервной системы провоцируют возникновение ощущения жжения в полости рта [7]. Среди общих факторов, способствующих развитию СЖПР, первостепенное значение придают заболеваниям желудочно-кишечного тракта, сердечно-сосудистой, эндокринной и нервной систем [8, 9].

СЖПР рассматривают как клиническое проявление непереносимости стоматологических конструкционных материалов. Возможны, по крайней мере, следующие виды патологического воздействия на организм человека, в том числе на состояние тканей полости рта: 1) химико-токсическое; 2)

электрогальваническое (повреждающее действие гальванического тока); 3) аллергическое [10–13].

Сложные патогенетические механизмы, полиэтиологичность непереносимости стоматологических конструкционных материалов и СЖПР вызывают затруднения при диагностике, выборе методов лечения и контроле их эффективности.

**Цель настоящего исследования** — выявление особенностей соматического статуса и психоэмоционального состояния больных с непереносимостью стоматологических конструкционных материалов, непереносимостью протезных конструкций и СЖПР.

**Материалы и методы исследования.** Под нашим наблюдением находилось 1099 пациентов. Первую (контрольную) группу составили 112 человек (80 женщин и 32 мужчины) с протезными конструкциями в полости рта без СЖПР. Во вторую группу вошли 987 больных (940 женщин и 47 мужчин) с СЖПР, возникшим или усилившимся после протезирования. В 50% случаев больные второй группы имели возраст от 45 до 59 лет (средний возраст, согласно классификации ВОЗ), в 18,8% случаев — до 45 лет (молодые). В 19,9% случаев возраст больных находился в диапазоне 60–74 лет (пожилые), в 11,3% случаев — старше 75 лет (старческий возраст).

Для проведения дифференциальной диагностики и установления причин, вызвавших развитие СЖПР, у всех пациентов выполнен комплекс основных и дополнительных методов исследова-

ния: клинические, иммунологические, биохимические и бактериологические методы, кожные и внутриротовые эпимукозные аллергологические тесты со стоматологическими конструкционными материалами. Клинические методы включали осмотр органов и тканей полости рта с выявлением морфологических изменений слизистой оболочки рта, оценку качества протезных конструкций, состояния височно-нижнечелюстных суставов и высоты прикуса, пальпацию точек выхода тройничного нерва. Использован комплекс экспериментально-психологических и психофизиологических методик, в том числе многошкальная феномено-физиологическая методика SMS (Б.С.Фролов).

Пациенты обследованы терапевтами, аллергологами, иммунологами, гастроэнтерологами, эндокринологами.

Полученные в процессе исследования медико-биологические данные обработаны на персональном компьютере с помощью программной системы STATISTICA for Windows (версия 6).

**Результаты исследования и их обсуждение.** Поскольку появление или усиление ощущения жжения в полости рта больные в 100% случаев связывали с последним протезированием, в каждой клинической ситуации возникала необходимость исключить непереносимость стоматологических конструкционных материалов (НСКМ) и непереносимость протезных конструкций (НПК). Непереносимость стоматологических конструкционных материалов выявлена только в 31,8% наблюдений. У 102 человек диагностирован гальванизм, у 112 — аллергия на стоматологические конструкционные материалы, 48 человек страдали токсико-химическим стоматитом, сочетание нескольких видов НСКМ определено у 52 больных. В остальных случаях (68,2%) мы столкнулись с НПК, причиной которой явилось низкое качество протезных конструкций, заболевания слизистой полости рта, плохая гигиена полости рта.

Как показало наше исследование, развитие СЖПР после протезирования наблюдается, в основном, у женщин старше 45 лет (95,2% обследованных). Непереносимость стоматологических конструкционных материалов чаще диагностировалась у женщин в возрасте 45–59 лет, тогда как резкое увеличение ее встречаемости наблюдалось у женщин старших возрастных групп. У пациентов были устранены все возможные местные факторы развития СЖПР. 165 пациентов с непереносимостью стоматологических конструкционных материалов и 134 — с непереносимостью протезных конструкций после устранения ортопедических конструкций из полости рта отметили исчезновение жжения в полости рта. У 122 человек с непереносимостью стоматологических конструкционных материалов и протезных конструкций жжение возникло на фоне синдрома дисфункции височно-нижнечелюстных суставов, сочетавшегося

с непосредственным действием местных раздражающих факторов (некачественные съемные и несъемные протезные конструкции, хроническая травма слизистой оболочки). У 688 больных жалобы сохранились, что позволяет рассматривать протезирование как пусковой фактор развития СЖПР на фоне соматических заболеваний. С учетом возраста и отягощенного соматического анамнеза всем больным второй группы было рекомендовано обследование и лечение у врачей-интернистов. Все больные женского пола, у которых начало СЖПР совпало с периодом угасания половых функций, были обследованы эндокринологом-гинекологом и при необходимости им была проведена заместительная гормональная терапия.

Изучение анамнеза больных, амбулаторных карт, лабораторных данных и консультативных заключений позволило установить основные фоновые заболевания, сопутствующие непереносимости стоматологических конструкционных материалов, протезных конструкций и СЖПР, возникшему или усилившемуся после замещения дефектов зубных рядов съемными и несъемными ортопедическими конструкциями.

Наиболее часто у больных второй группы встречались заболевания ЖКТ — 917 случаев (93% обследованных), среди которых следует выделить хронический гастрит, хронический холецистит и хронический панкреатит. Периодическое обострение этих заболеваний не влияло на интенсивность парестетических ощущений в полости рта. У пациентов первой группы заболевания ЖКТ встречались в 76,6% случаев.

В 84% случаев обследованные второй группы имели различные заболевания сердечно-сосудистой системы или их сочетание (гипертоническая болезнь и ишемическая болезнь сердца), у 65% пациентов отмечены нарушения гемодинамики, обусловленные атеросклерозом артерий сердца и головного мозга (у пациентов первой группы 77,8% и 50% соответственно).

Из общего количества фоновых заболеваний значительное место принадлежит заболеваниям нервной системы — 854 (86,6%) случая (вторая группа). Среди них 76,8% составляли функциональные нарушения нервной системы, проявлявшиеся нарушением сна, раздражительностью, быстрой утомляемостью, плаксивостью. У пациентов первой группы заболевания нервной системы отмечены в 42,8% случаев.

Более 78% обследованных второй группы и 68% пациентов первой группы страдали остеохондрозом различных отделов позвоночника. Больные в этих случаях жаловались на парестезии в полости рта и боли в области руки и шеи.

Эндокринные расстройства выявлены у 8,9% больных первой группы и у 12% больных второй группы (в основном наблюдались заболевания щитовидной железы и сахарный диабет).

Только у 10 пациентов второй группы (1%) и у 26 (32,2%) — первой группы не было выявлено сопутствующих заболеваний, то есть они были практически здоровыми.

Обследование показало, что на одного больного с непереносимостью стоматологических конструкционных материалов, протезных конструкций и СЖПР, особенно в старших возрастных группах, приходится несколько заболеваний одной и той же системы. Многие пациенты имели 6–7 и более заболеваний различных органов и систем. Таким образом, у всех обследованных наблюдалась полиморбидность, что совпадает с данными литературы [1, 5]. Среднее количество соматических заболеваний на одного обследованного второй группы в возрасте до 45 лет составило  $3,4 \pm 0,2$ , первой группы —  $2,02 \pm 0,3$ , 45–59 лет —  $5,9 \pm 0,4$  и  $4,4 \pm 0,4$ , 60–75 лет —  $8,8 \pm 0,3$  и  $6,3 \pm 0,6$ , старше 75 лет —  $8,9 \pm 0,2$  и  $7,1 \pm 0,2$  соответственно. Наиболее часто встречалось сочетание заболеваний желудочно-кишечного тракта, сердечно-сосудистой и нервной систем.

Таким образом, все больные второй группы имели разнообразную соматическую патологию и страдали, как минимум, двумя заболеваниями, которые могут стать причиной развития депрессивного состояния.

У обследованных больных с СЖПР выявлены гипотимия, различной степени выраженности ангедония, утомляемость. Выраженная озабоченность состоянием своего здоровья определена у всех пациентов. Это нашло подтверждение в результатах стандартизированных методик. У всех пациентов, страдающих СЖПР, наблюдалось неблагоприятное нервно-психическое состояние. Специфика СЖПР, при котором видимых органических изменений в полости рта нет, угнетает психику больного, и в его поведении проявляются настороженность, мнительность, развивается депрессивное состояние. Можно предположить, что у части пациентов, страдающих СЖПР, неблагоприятное нервно-психическое состояние развивалось на фоне мучительных ощущений. Вероятно, депрессивное состояние у этих больных имеет но-

зогенное происхождение (вследствие длительного страдания от болевого синдрома). У других пациентов СЖПР, возможно, является соматическим проявлением маскированной депрессии.

### Выводы

1. Основным, часто единственным проявлением непереносимости стоматологических конструкционных материалов и протезных конструкций в полости рта является жжение. В то же время жжение в полости рта может быть симптомом СЖПР, проявляющегося на фоне соматических заболеваний и депрессивных состояний.

2. Установлено, что женщины с непереносимостью стоматологических конструкционных материалов и протезных конструкций страдают СЖПР в 20 раз чаще, чем мужчины. В основном развитие СЖПР наблюдается у лиц старше 45 лет.

3. Используемые в нашем исследовании психологические методики позволили оценить личностную тревожность, высокий уровень которой прямо коррелировал с наличием невротического конфликта и психосоматическими заболеваниями.

4. У пациентов с непереносимостью стоматологических конструкционных материалов, протезных конструкций и СЖПР среди фоновой патологии преобладали заболевания желудочно-кишечного тракта, сердечно-сосудистой и нервной систем. Течение основного заболевания осложнялось полиморбидностью (среднее количество фоновых заболеваний у одного человека составило 3,44 у молодых и 8,95 — в старших возрастных группах).

5. Нередко ликвидация местного этиологического фактора у пациентов с непереносимостью стоматологических конструкционных материалов и протезных конструкций не приводила к полному исчезновению жжения. В таких случаях после санации стоматологами полости рта и устранения всех местных причин, способствующих развитию СЖПР, необходимо обследование и лечение у врачей-интернистов в зависимости от характера соматической патологии.

### Литература

1. Гаржа Н.Н. Глоссалгия. — Ставрополь, 1995. — 12 с.
2. Степанченко А.В. Основные патогенетические механизмы прозопалгии // Нейростоматология. — 1997. — № 1. — С. 51–55.
3. Курляндский В.Ю., Гожая Л.Д. Парестезии полости рта, обусловленные металлическими протезами // Актуальные проблемы стоматологии: Прозопалгии. — М., 1974. — С. 162–172.
4. Рубина М.А. О связи глоссалгии с патологией прикуса и височно-нижнечелюстного сустава / Трин-та. Пермск. мед. ин-тут. — 1974. — Т. 119. — С. 13–15.
5. Laskin D.M. Etiology of the pain-dysfunction syndrome // JADA. — 1969. — Vol. 79. — № 1. — P. 147–153.
6. Laufer Ch. Psecyjsomatic aspects of glossodynies // Act. djntostomat. — 1974. — Vol. 28. — № 108. — P. 661–666.
7. Яворская Е.С. Клиника, патогенез и лечение глоссодинии как висцеро-рефлекторного бульбарного синдрома (Клиническое и экспериментальное исследование): Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. — Киев, 1972. — 40 с.

8. Жукова А.Г. Глоссалгия (этиология, патогенез, клиника и лечение): Автореф. дис. ... канд. мед. наук.— М., 1973.— 17 с.
9. Bergdahl J., Anneroth G., Perris H. Cognitive therapy in the treatment of patients with reresistant burning mouth syndrome // J Oral Patol. Med.— 1995.— Vol. 25.— № 5.— P. 213–215.
10. Гожая Л.Д. Аллергические заболевания в ортопедической стоматологии.— М.: Медицина, 1988.— 160 с.
11. Жолудев С.Е. Клиника, диагностика, лечение и профилактика явлений непереносимости акриловых зубных протезов.— Екатеринбург, 1998.— 41 с.
12. Djerassi E. Contact allergy in stomatology as an occupational problem // Berufsdermatosen.— 1966.— Vol. 14.— № 5.— S. 225–233.
13. Wiltshire W.A. Allergies to dental materials // Quintessence Int.— 1996.— Vol. 27.— № 8.— P. 513–520.

Адрес для контакта: Санкт-Петербург, ул. Маршала Казакова д.14/3, стоматологическая поликлиника № 20, кафедра ортопедической стоматологии СПбМАПО, тел. 757 46 47.

На кафедре семейной медицины СПбМАПО подготовлена программа цикла тематического усовершенствования «Обучение пациентов». Материалы цикла рассчитаны на тех врачей и медицинских сестер, кто в своей практической деятельности занимается как групповым (в так называемых «Школах»), так и индивидуальным обучением пациентов. Курс построен на сочетании теоретических лекций и практических тренингов. Программа содержит такие темы как «Рациональное питание здоровых и больных», «Стресс и его влияние на человека», «Принципы преподавания и организация Школ для пациентов» и т.д.

Курс построен из одного общего модуля и нескольких специальных: работа в Школах для пациентов с артериальной гипертензией, сахарным диабетом, бронхиальной астмой, застойной сердечной недостаточностью, ожирением. По желанию обучающихся в программу курса могут быть включены как все модули, так и только те, которые им необходимы.

Для слушателей подготовлены учебное пособие и компакт диски с учебными материалами для врачей и пациентов.

Продолжительность всех модулей составляет 54 часа и варьирует в зависимости от пожеланий слушателей. Например, продолжительность основного модуля и одного частного модуля может быть 36 часов.

Цикл проводится на хозрасчетной основе по мере подачи заявок и комплектации группы. Наименьшее число учащихся — 6 человек.

**Заявки принимаются по телефону (812) 598 93 20 или  
по электронной почте: fammedmapo@yandex.ru**

**Адрес кафедры:**

194291 Санкт-Петербург, пр. Просвещения, 45, кафедра семейной медицины СПбМАПО.

УДК 612.172.1:616.12-089

## ЕСТЕСТВЕННОЕ ТЕЧЕНИЕ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ МИОКАРДА И ФАКТОРЫ, НА НЕГО ВЛИЯЮЩИЕ (Обзор литературы)

Р.А.Абышев, В.О.Константинов

Государственное учреждение Научно-исследовательский институт экспериментальной медицины РАМН, Санкт-Петербургская государственная медицинская академия им. И.И.Мечникова, Россия

© Р.А.Абышев, В.О.Константинов, 2006

## NATURAL CURRENT OF ISCHEMIC HEART DISEASE AFTER SURGICAL REVASCULARISATION THE MYOCARDIUM AND FACTORS ON IT INFLUENCING (Literature review)

R.A.Abyshev, V.O.Konstantinov

State Scientific Research Institute Russian Academy of Medical Science, Saint-Petersburg State Medical Academy I.I.Mechnikov, Russia

В работе представлен анализ изучения рецидива стенокардии у пациентов, перенесших операцию реваскуляризации миокарда. Причинами рецидива стенокардии в раннем послеоперационном периоде считают тромбоз шунтов либо неполную реваскуляризацию миокарда. В позднем послеоперационном периоде осложнения в большей степени вызывает прогрессирование атеросклеротических изменений в нативных коронарных артериях и шунтах, а также наличие и выраженность факторов риска атеросклероза (курение, артериальная гипертензия, абдоминальное ожирение, сахарный диабет, дислипидемия, гипергомоцистеинемия, наличие маркеров воспаления, генетическая предрасположенность). Вторичную профилактику стенокардии следует начинать еще в дооперационном периоде. Основным фактором профилактики является правильная гиполипидемическая терапия, позволяющая достичь целевых уровней липопротеидов низкой и высокой плотности.

**Ключевые слова:** аортокоронарное шунтирование, дислипидемия, рестеноз, статины.

The results of the analysis of modern research into relapse of stenocardia after operative revascularisation of the myocardium are presented. The reasons for relapse in the early postoperative period are thrombosis of grafts, or incomplete revascularisation of myocardium. In the late postoperative period the frequency of complications is influenced by progressive atherosclerotic changes in native coronary arteries and grafts, and also by the risks factors of atherosclerosis: smoking, arterial hypertension, adiposity, diabetes mellitus, dislipoproteinemia, hyperhomocysteinemia, presence of markers of inflammation, and genetic predisposition. Thus, secondary preventive maintenance of stenocardia should begin in the preoperative period. A major factor of preventive maintenance is correct hypolipidemic therapy aimed at achieving target levels of low and high density lipoprotein.

**Keywords:** coronary artery bypass, dislipoproteinemia, restenosis, statins.

Аортокоронарное шунтирование (АКШ) — способ хирургического лечения ишемической болезни сердца (ИБС), позволяющий быстро восстановить нарушенный коронарный кровоток и улучшить качество жизни пациентов. Однако отдаленные результаты хирургической реваскуляризации миокарда варьируют в широких пределах. В одних случаях положительный клинический эффект сохраняется многие годы, в других прогноз менее благоприятен.

Очевидно, что операция АКШ не устраняет этиологические факторы, способствующие развитию атеросклероза, и не может предупредить рецидивы ИБС.

В последние десятилетия смертность больных, перенесших АКШ, составляет 3–7% [1]. Частота интраоперационных ИМ составляет 4–11%, при этом их основной причиной является эмболия из венозных кондуитов [2]. Повторные операции также сопровождаются риском осложнений.

По данным исследования CASS (Coronary Artery Surgery Study), ставившего целью вы-

явить предикторы рецидивов ИБС после АКШ, выживаемость за 15 лет проспективного наблюдения существенно не различалась в группах пациентов, подвергшихся оперативному либо медикаментозному лечению, и составила в среднем 50%. За 8-летний период наблюдения выживаемость оказалась существенно выше в группе пациентов, подвергшихся АКШ [3].

Одними из главных факторов риска ранних послеоперационных осложнений (в первые 3 месяца после АКШ) считаются тромбоз шунтов либо неполная реваскуляризация миокарда. В позднем послеоперационном периоде на частоту осложнений в большей степени влияют прогрессирование атеросклеротических изменений в нативных коронарных артериях и шунтах, а также наличие и выраженность факторов риска атеросклероза [4].

Одной из ключевых проблем, определяющих отдаленные результаты АКШ, является выбор трансплантата. С этой целью используют подкожные вены конечностей либо артерии — левую, реже правую внутригрудные, а также лучевую.

Анализ состояния шунтов выявил ухудшение их функции по мере увеличения продолжительности послеоперационного периода, что справедливо относят к главным причинам возрастающей со временем частоты рецидивов ИБС. Наиболее короткие сроки функционирования находят у аутовенозных шунтов, при этом их поражение происходит в результате тромбоза, гиперплазии интимы и атеросклероза. При аутовенозном шунтировании в 10–20% случаев тромботическая окклюзия шунта развивается уже на первой неделе после операции [5].

В качестве основных причин тромбообразования в шунтах выделяют нарушение целостности сосудистой стенки и изменения реологических свойств крови. Даже при оптимальном наложении анастомозов происходит очаговое повреждение эндотелия. Нарушение целостности эндотелия, в свою очередь, приводит к отложению фибрина на внутренней поверхности сосуда, что в дальнейшем сопровождается адгезией тромбоцитов и нейтрофилов, снижением продукции тканевого активатора плазминогена [6]. Кроме того, при экстирпации вены на  $\frac{1}{3}$  снижается активность тромбомодулина — антитромботического белка, активирующего протеин С. В итоге значительно увеличивается прокоагуляционный потенциал плазмы крови. Существенную роль играет и специфика строения венозной стенки — врожденная низкая антитромботическая активность, выражающаяся в малом содержании протеогликана, низкой продукции оксида азота и простаглицлина, стимулирующих антитромбин III и обладающих способностью ингибировать активность тромбоцитов.

Дополнительными факторами, способствующими развитию тромбоза в венозных шунтах, являются наличие сосудистых клапанов, стриктура анастомоза или наложение кондуита проксимальнее атероматозного сегмента [7].

В срок от 1 месяца до 1 года после операции наиболее частыми причинами рестенозов служит гиперплазия интимы, обусловленная миграцией гладкомышечных клеток и увеличением внеклеточного матрикса. В основе гиперплазии интимы лежит эндотелиальная дисфункция, проявляющаяся нарушением синтеза вазодилатирующих субстанций, потерей антиадгезивных, дезагрегантных и противовоспалительных свойств.

По мере увеличения времени после операции происходит артериализация венозного шунта, при этом он обретает необходимые для полноценного кровотока адаптационные механизмы. В то же время шунт подвергается атеросклеротическому поражению наравне с нативными коронарными артериями. Так, типичные атеросклеротические изменения находят в 73% аутовенозных шунтов уже через 3 года и в 70–90% шунтов спустя 5–6 лет после операции [8].

Атеросклеротический процесс в венозных трансплантатах увеличивает риск отдаленной недостаточности шунта и является независимым фактором, провоцирующим его тромбоз и окклюзию.

Учитывая относительно непродолжительное функционирование аутовенозных шунтов, внимание хирургов привлекли аутоартериальные трансплантаты. Операция с использованием внутренней грудной артерии — маммарно-коронарный анастомоз (МКА) — была разработана в 1964 г. в Ленинграде В.И. Колесовым. Считается, что внутренняя грудная артерия (ВГА) обладает высокой резистентностью к атеросклерозу. Второе место в качестве аутоартериального трансплантата занимает лучевая артерия. Эффективность шунтов из лучевой артерии, по данным разных авторов, составляет 83–87% по сравнению с 91–98% при использовании ВГА. Такое различие объясняют относительно более выраженной гиперплазией интимы лучевой артерии после АКШ, что может стать причиной вазоспазма, стеноза и окклюзии шунта. 15-летнее проспективное наблюдение за 749 больными, оперированными с использованием ВГА, показало более высокую выживаемость по сравнению с больными, у которых в качестве шунта была использована вена. По сравнению с венозными шунтами, ВГА редко поражается в проксимальном отделе. Тактика использования ВГА для шунтирования передней межжелудочковой артерии стала стандартной и показала высокую эффективность в связи с улучшением выживаемости и клинического состояния больных. Рецидивы ИБС у больных с использованием ВГА чаще обусловлены не поражением артериального кондуита, а прогрессированием атеросклероза дистальнее места анастомоза [9].

Помимо обсуждения состоятельности шунтов, нельзя забывать и о прогрессировании атеросклероза в артериях, в которых на период операции не определялись гемодинамически значимые стенозы. Как показали результаты исследования BARI, в  $\frac{2}{3}$  случаев рецидивы стенокардии были связаны с прогрессированием атеросклероза именно в непораженных на период операции артериях, а не в шунтах [10].

Учитывая большую значимость состояния эндотелия как в трансплантатах, так и в нативных коронарных артериях, при оценке прогноза после хирургического лечения следует принимать во внимание наличие у больного факторов, вызывающих эндотелиальную дисфункцию. К таким факторам относят курение, артериальную гипертензию (АГ), абдоминальное ожирение, сахарный диабет (СД), дислипидемию (ДЛП), гипергомоцистеинемию, наличие маркеров воспаления, генетическую предрасположенность.

Известно, что курение значительно ускоряет атерогенез. Это, в частности, подтверждено повторной коронарографией, выполненной с интер-



валом в 2 года у пациентов, включенных в исследование CCAIT (Canadian Coronary Atherosclerosis Intervention Trial) [11]. Данные, представленные в исследовании CCAIT, подтверждены работами португальских исследователей. Так, в ходе многолетнего наблюдения за 521 пациентом, среди которых 35% курили, отмечена достоверно большая частота острых коронарных синдромов, повторных острых инфарктов миокарда, внезапной смерти, потребности в АКШ, по сравнению с некурящими. Доказана благоприятная роль отказа от курения после операций ангиопластики и АКШ. Так, при 15-летнем наблюдении за больными, перенесшими реваскуляризацию миокарда, риск ИМ и потребность в повторном хирургическом вмешательстве были достоверно ниже среди прекративших курение по сравнению с курящими [12].

Главные механизмы повреждения эндотелия при АГ — гиперпродукция ангиотензина II, повышенное образование свободных радикалов в условиях гипероксигенации, а также реперфузионные изменения на фоне вазоконстрикторных реакций.

Сочетание АГ с абдоминальным ожирением сопряжено с выраженными атерогенными сдвигами (повышенный уровень триглицеридов, общего холестерина, апоВ, увеличением отношения апо В/АI, наличием мелких плотных липопротеидов низкой плотности). У больных с метаболическим синдромом даже при нормальном уровне глюкозы крови могут определяться более высокие концентрации инсулина по сравнению с больными АГ и нормальной массой тела. Это свидетельствует о наличии у них скрытой инсулинорезистентности. Суммарный риск ИБС у больных АГ и абдоминальным ожирением вдвое выше, чем у больных АГ и нормальной массой тела [13].

Диабет — один из важнейших предикторов повышения смертности после АКШ. Так, среди больных без СД выживаемость за 10 лет наблюдения составила 94%, тогда как среди больных СД — 80% [14].

Однако, как показали результаты исследования VARI, в котором 20% пациентов болели СД, их выживаемость после АКШ была достоверно выше, чем после применения других методов реваскуляризации. Это распространялось на пациентов, которым было выполнено, как минимум, одно маммарно-коронарное шунтирование. Через 5,4 года кардиальная смертность после АКШ у больных СД составила всего 5,8% [10].

Многими исследователями показана роль ДЛП в развитии дисфункции венозных шунтов, как в течение первого года, так и через несколько лет после АКШ, когда можно ожидать появления новых атеросклеротических поражений.

Уровень ХС-ЛПВП является одним из наиболее важных липидных предикторов выживаемости после АКШ. Так, лишь треть пациентов вы-

живает в течение 15 лет, если исходный уровень ХС-ЛПВП менее 35 мг/дл (0,9 ммоль/л). В связи с этим контроль уровня ХС-ЛПВП — важный способ идентификации пациентов с высоким риском рестеноза после АКШ. Результаты исследования Cheshire et al. свидетельствуют о влиянии высокого уровня ЛП(а) на частоту окклюзии аутовенозных шунтов в течение первого года после операции [15].

При исследовании аутопсийного материала у лиц, перенесших операцию АКШ, с нормальным и повышенным уровнем липидов крови оказалось, что утолщение интимы и атеросклеротические изменения преобладали у лиц с гиперлипидемией. В исследовании PROCAM частота эндотелиальной дисфункции прямо коррелировала с уровнем ХС-ЛПНП только у мужчин; у женщин такая корреляция найдена лишь с уровнем триглицеридов [16].

Неблагоприятная роль гипергомоцистеинемии в развитии сердечно-сосудистых осложнений обусловлена отрицательным влиянием на тромбогенез. Следствием повреждения эндотелия является пролиферация гладких мышечных клеток, а также стимуляция тромбоцитов и лейкоцитов. Процесс окисления гомоцистеина способствует и окислению ЛПНП, что служит дополнительным фактором, ускоряющим атерогенез [17]. При гипергомоцистеинемии сосуды теряют эластичность, снижается их способность к дилатации, что в значительной степени обусловлено дисфункцией эндотелия. Гомоцистеин влияет на чувствительность тканей к оксиду азота. Гипергомоцистеинемия ассоциирует с повышенным риском рестеноза после АКШ. По данным Schnyder et al., при низком уровне гомоцистеина (менее 9 мкмоль/л) рестеноз возникает почти в 2 раза реже, чем при высоком уровне этого показателя [18].

В последние годы появилось множество доказательств воспалительной теории атерогенеза. В частности, показано, что инфекционный агент может как непосредственно, так и через иммунную систему стимулировать рост гладких мышечных клеток. Местное или системное повышение концентрации цитокинов может влиять на скорость рестенозирования. Одним из главных инфекционных агентов, ответственных за инициацию воспаления в сосудистой стенке, считают *Chlamydia pneumoniae*. Этот микроорганизм может размножаться внутри эндотелиальных клеток и макрофагов, вызывая локальное воспаление и активацию атеросклеротического процесса.

В исследованиях на лабораторных животных показана атерогенная роль высокого уровня С-реактивного белка (СРБ). В эпидемиологических исследованиях показано, что уровень СРБ отражает скорость прогрессирования атеросклероза. Paul et al. изучили влияние трансгенной экспрессии человеческого СРБ у мышей с дефи-

цитом аполипропротеина E (апоЕ), склонных к развитию атеросклероза. Показано, что трансгенная экспрессия СРБ существенно ускоряет развитие атеросклероза аорты — размер атеросклеротической бляшки увеличивался на 34–48%. Любопытно, что атерогенный эффект СРБ проявлялся только через 29 недель, тогда как через 15 недель он отсутствовал. В связи с этим авторы сделали вывод, что СРБ влияет не столько на развитие, сколько на прогрессирование атеросклероза и является не просто маркером риска, а активным участником атерогенеза.

Несколько проспективных исследований установили значение интерлейкина-6 (ИЛ-6) в качестве предиктора рестеноза после стентирования коронарных артерий [19]. Исключением являлись лишь пациенты с поражением почек. При хронических болезнях почек часто встречается повышение целого ряда воспалительных и протромбогенных маркеров: СРБ, фибриногена, ИЛ-6, фактора VIII, ЛП(а), а также снижение уровня гемоглобина. Данное явление связывают не с усилением синтеза воспалительных факторов, а с нарушением их выведения.

В литературе имеются сообщения о том, что генетические факторы могут быть вовлечены в патогенез рестеноза после чрескожной транслюминальной коронарной ангиопластики (ЧТКА). Среди генетических маркеров рестеноза рассматривают I/D полиморфизм гена ангиотензинпревращающего фермента, полиморфизм гена эндотелиальной синтазы оксида азота (NO) (Glu298Asp, -786T > C), P1A1/A2, полиморфизм гена гликопротеин-III-а, полиморфизм гена эстрогена (PvuII), аллель 2 гена интерлейкина-1 и GT последовательность гена промотера гемм-оксигеназы-1. Генетическими маркерами рестеноза после ЧТКА считаются 5A/6A полиморфизм гена стромелина-1 и аллель 2 гена интерлейкина-1. Учитывая общность механизмов рестенозирования после АКШ и стентирования, которая выражается в неинтимальной гиперплазии, можно предположить и наличие сходных генетических маркеров. Этот факт был подтвержден в работах Cattaruzza M., опубликованных в 2004 г. В частности, его исследование подтвердило значимость полиморфизма С-типа -786C/T SNP гена эндотелиальной NO-3 синтазы в генезе рестенозов после АКШ. Получены экспериментальные и клинические данные об увеличении синтеза NO под влиянием терапии статинами, что, бесспорно, ведет к уменьшению вазоконстрикции шунтов [20].

Во многих клинических исследованиях показано, что снижение уровня ХС-ЛПНП приводит к уменьшению риска сердечно-сосудистых заболеваний как при первичной, так и при вторичной профилактике ИБС. Так, эффективный контроль гиперхолестеринемии аторвастатином, начатый за 1 месяц до операции, уменьшил частоту пос-

леоперационного тромбоцитоза, привел к восстановлению баланса между тканевыми активаторами плазминогена-1 и его ингибитором, а также уменьшил экспрессию тканевого фактора. Это привело к значительному снижению частоты интраоперационных ИМ и осложнений в раннем послеоперационном периоде [21].

Накоплен значительный опыт применения статинов для профилактики рестенозов после операции АКШ. В исследовании GREACE использование аторвастатина в средней в дозе 24 мг/сут. привело к снижению частоты всех неблагоприятных событий среди пациентов, которые ранее переносили АКШ или коронарную ангиопластику, на 53% [22].

В исследовании POST-CABG, включившем 1351 больных после АКШ с умеренной гиперхолестеринемией (исходный ХС-ЛПНП 135–175 мг/дл), было показано, что применение ловастатина в дозе 40 мг привело к снижению концентрации ХС-ЛПНП до 85 мг/дл, что уменьшило частоту рестенозов на 31% [23].

Положительный эффект статинов может реализоваться при профилактике рестеноза не только за счет гиполипидемического действия препарата, но и за счет плейотропных эффектов. Недавно завершённые исследования REVERSAL и PROVE IT подтвердили высокую противовоспалительную эффективность аторвастатина, проявившуюся в снижении уровня СРБ [24].

Имеется сообщение, что статины способны связываться с антигеном-1 функции лейкоцитов (LFA-1), ответственным за адгезию и взаимную стимуляцию этих клеток, и таким образом способствовать торможению воспалительной реакции. В исследовании Brull et al. проведено сравнение уровня ИЛ-6 сразу после операции у больных, получавших терапию статинами, и в контрольной группе. Хотя уровень ИЛ-6 после АКШ возрастал в обеих группах, применение статинов ассоциировалось с несколько меньшим его повышением. Это указывает на снижение выраженности периоперационных воспалительных реакций на фоне терапии статинами [25].

Результаты исследования BARI (Bypass Angioplasty Revascularization) показали зависимость рецидива стенокардии после операции реваскуляризации от исходного поражения левого желудочка [10].

Таким образом, еще в предоперационном периоде целесообразно определять содержание ИЛ-6 и ММП-9, СРБ, что прямо коррелирует с ранним рестенозированием.

Было бы также целесообразно определять концентрацию ЛП(а) в крови больных, направляемых на операцию АКШ. Повышение уровня ЛП(а) до 30 мг/дл и более связано со значительным увеличением частоты окклюзии венозных шунтов в сроки до 1 года после операции.

По-видимому, необходимо и рутинное определение уровня гомоцистеина в плазме, особенно у больных, направляемых на операцию АКШ. Следует иметь в виду, что высокий уровень гомоцистеина крови легко устраняется назначением небольших доз (1 мг) фолиевой кислоты. Рекомендуемый уровень гомоцистеина — менее 7–9 моль/л.

Назначение в предоперационном и раннем послеоперационном периоде активной гиполипиде-

мической терапии оказалось высоко эффективным в предупреждении рестеноза в многочисленных многоцентровых клинических исследованиях.

Тактика ведения больных сахарным диабетом и метаболическим синдромом должна предусматривать меры, воздействующие на патогенез заболевания и его осложнения, что в первую очередь подразумевает контроль уровня гликемии, а также нормализацию АД, липидного спектра крови и профилактику тромботических осложнений.

### Литература

1. Fitzgibbon G.M., Kafka H.P., Leach A.J. et al. Coronary bypass graft fate and patient outcome: angiographic follow-up of 5065 grafts related to survival and reoperation in 1388 patients during 25 years // *J Am Coll Cardiol* 1996.— V. 28.— P. 616–626.
2. Cameron A., Kemp H.G.Jr., Green G.E. Reoperation for coronary artery disease: 10 years of clinical follow-up // *Circulation* 1988.— V. 78.— P. 1158–1162.
3. Cameron A., Davis K., Rogers W. Recurrence of angina after coronary artery bypass surgery: predictors and prognosis (CASS Registry) // *J Am Coll Cardiol* 1995.— V. 24.— P. 895–899.
4. Worthley S.G., Helft G., Zaman A.G. et al. Atherosclerosis and the vulnerable plaque — pathogenesis: Part I // *Aust N Z J Med* 2000.— V. 30.— P. 600–607.
5. Шабалкин Б.В., Жбанов И.В. Эффективность и перспективы повторной реваскуляризации миокарда.— М.: Анналы НИЦХ РАМН, 1994.— С. 38–42.
6. Verrier E.D., Boyle E.M. Endothelial cell injury in cardiovascular surgery // *Ann Thorac Surg* 1996.— V. 62.— P. 915–922.
7. Lefler D.J. Statins as potent antiinflammatory drugs // *Circulation* 2002.— V. 106.— P. 2041–2042.
8. Neitzel G.F., Barboriak J.J., Pintar K. et al. Atherosclerosis in aortocoronary bypass grafts: morphologic study and risk-factor analysis 6 to 12 years after surgery // *Atherosclerosis* 1986.— V. 6.— P. 594–600.
9. Cameron A., Davis K., Green G. Coronary bypass surgery with internal thoracic artery grafts: effects of survival over 15 year period // *N Engl J Med* 1996.— V. 334.— P. 216–219.
10. Alderman E.L., Kip K.E., Whitlow P.L. et al. Native coronary disease progression exceeds failed revascularization as cause of angina after five years in the Bypass Angioplasty Revascularization Investigation (BARI) // [www.medline.com](http://www.medline.com).— Последний визит на сайт 13.12.05.
11. Taira D.A., Seto T.B., Ho K.L. et al. Impact of smoking on health-related quality of life after percutaneous coronary revascularization // *Circulation* 2000.— V. 102.— P. 1369.
12. Voors A.A., van Brussel B.L., Thijs Plokker T.W. et al. Smoking and cardiac events after venous coronary bypass surgery // *Circulation* 1996.— V. 93.— P. 42–47.
13. Campeau L., Enjalbert M., Lesperance J. et al. The relation of risk factor to the development of atherosclerosis in saphenous vein bypass grafts and the progression of diseases in the native circulation: a study 10 years after aortocoronary bypass surgery // *N Engl J Med* 1984.— V. 311.— P. 1329–1332.
14. Yusuf S., Zuker D., Peduzzi P. et al. Effect of coronary artery bypass graft surgery on survival: overview of 10 years result from randomized trials by the Coronary Artery Bypass Graft Trialists Collaboration // *Lancet* 1994.— V. 344.— P. 563–570.
15. Cheshire N.J., Wolfe H., Barradas M.A. et al. Smoking and plasmafibrinogen, lipoprotein (a) and serotonin are markers for postoperative infrainguinal graft stenosis // *Eur J Vasc Endovasc Surg* 1996.— V. 11.— P. 479–486.
16. Wierzbicki A.S., Chowienczyk P.J., Cockcroft J.R. et al. Cardiovascular risk factors and endothelial dysfunction // *Clin Sci* 2004.— V. 28.— P. 113–115.
17. Kojoglanian S.A., Jorgensen M.B., Wolde-Tsadik G. et al. Restenosis in intervened coronaries with hyperhomocysteinemia (RICH) // *Am Heart J* 2003.— V. 146.— P. 1077–1081.
18. Schnyder G., Roffi M., Pin R. et al. Decreased rate of coronary restenosis after lowering of plasma homocysteine levels // *N Engl J Med* 2001.— V. 345 (22).— P. 1593–1600.
19. Ridker P.M., Rifaj N., Stamfer M.J., Hemneken C.H. Plasma concentration of interleukin-6 and risk of future myocardial infarction among apparently healthy men // *Circulation* 2000.— V. 101.— P. 1767–1772.
20. Cattaruzza M., Guzik T.J., Slodowski W. et al. Shear stress insensitivity of endothelial nitric oxide synthase expression as a genetic risk factor for coronary heart disease // *Circ Res* 2004.— V. 15.— № 95(8).— P. 841–847.
21. Durazzo A.E.S., Machado F.S., Ikeoka D.T. et al. Reduction in cardiovascular events after vascular surgery with atorvastatin: a randomized trial // *J Vasc Surg* 2004.— V. 16.— P. 137–139.
22. Athyros V.G., Papageorgiou A.A., Mercouris B.R. et al. Treatment with atorvastatin to the National Cholesterol Educational Program goal versus «usual» care in secondary coronary heart disease prevention. GREACE study // *Cur Med Res Opin.*— 2002.— V. 18.— P. 220–228.

23. Post Coronary Artery Bypass Graft Trial Investigators. The effect of aggressive lowering of low-dose anticoagulation on obstructive changes in saphenous vein coronary artery bypass grafts // N Eng J Med 1997.— V. 336.— P. 153–162.
24. Werda J.P., Tremoli E., Massironi P. et al. Statins in coronary bypass surgery: rationale and clinical use // Ann Thorac Surg 2003.— V. 76.— P. 2132–2140.
25. Brull D.J., Sanders J., Rumley A. et al. Statin therapy and the acute inflammatory response after CABG // Am J Cardiol. 2001.— V. 88.— P. 431–433.

Адрес для контакта: rushad@yandex.ru.

На кафедре семейной медицины СПбМАПО разработана программа курса по оказанию первичной медицинской помощи «Расширенная сердечно-легочная реанимация»:

- 1) Алгоритм действий при обнаружении пострадавшего.
- 2) Вызов бригады скорой помощи.
- 3) Оценка необходимости проведения первичных (базисных) реанимационных мероприятий.
- 4) Выполнение искусственной вентиляции легких (ИВЛ), использование вспомогательных средств для ИВЛ.
- 5) Проведение непрямого массажа сердца.
- 6) Использование автоматизированного дефибриллятора.
- 7) Особенности проведения реанимационных мероприятий у детей.
- 8) Алгоритмы ведения пациента при фибрилляции желудочков, электрической активности без пульса, асистолии, брадикардии, тахикардии, остром коронарном синдроме.
- 9) Применение фармакологических средств.
- 10) Анализ ЭКГ в рамках расширенной реанимации.

Занятия проводятся преподавателями СПбМАПО, прошедшими подготовку по оказанию первой медицинской помощи в ходе семинара, организованного Американской Ассоциацией Кардиологов. Обучение базируется на современных международных стандартах.

*Продолжительность курса 36 часов.*

**Преподаватели:**

*Кузнецова Ольга Юрьевна, доктор медицинских наук,  
Дубикайтис Татьяна Александровна, кандидат медицинских наук,  
Лебедев Анатолий Константинович, кандидат медицинских наук.*

Цикл проводится на хозрасчетной основе по мере подачи заявок и комплектации группы. Наименьшее число учащихся — 6 человек.

**Заявки принимаются по телефону (812) 598 93 20 или  
по электронной почте: fammedmapo@yandex.ru**

**Адрес кафедры:**

194291 Санкт-Петербург, пр. Просвещения, 45, кафедра семейной медицины СПбМАПО.

УДК 616-001.832

**ДЛИТЕЛЬНОЕ НАХОЖДЕНИЕ ИНОРОДНОГО ТЕЛА В ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЯХ****А.И.Тиллоев, Дж.М.Юсуфджанова, С.Т.Тиллоева**

Таджикский институт последипломной подготовки медицинских кадров, Таджикистан

© А.И.Тиллоев, Дж.М.Юсуфджанова, С.Т.Тиллоева, 2006

**FOREIGN BODY IN THE RESPIRATORY TRACT****A.I.Tilloev, D.M.Yusufjanova, S.T.Tilloeva**

Tajik State Institute of Postgraduate Medical Education, Tajikistan

Представлен случай нахождения инородного тела в дыхательных путях в течение 12 лет.

**Ключевые слова:** инородное тело, дыхательные пути, клиника, диагностика.

A case in which a foreign body stayed unrecognized in the respiratory tract for 12 years is presented.

**Keywords:** foreign body, respiratory tract, clinical care, diagnosis.

Клинические проявления аспирированных инородных тел подчинены определенным закономерностям. Они определяются размерами, формой, свойствами и локализацией инородного тела, его влиянием на респираторные зоны дыхательных путей и ответом респираторного тракта на такое раздражение, характером нарушения ларинготрахеобронхальной проходимости и воспалительными изменениями нижних дыхательных путей и легких.

Необходимость в помощи никогда не возникает так остро, как при попадании инородного тела в воздухоносные пути. Чувство страха при нехватке воздуха, сопровождается приступами неукротимого кашля, возникающего при аспирации инородных тел вследствие неадекватного раздражения рецепторных зон гортани, нижних дыхательных путей и легких. В результате возникает яркая рефлекторная реакция, сопровождающаяся приступом удушья, кашля и временным расстройством голоса. Приступ протекает тяжело, может сопровождаться рвотой, временной остановкой дыхания и асфиксией. Наблюдается сильное физическое напряжение, повышается внутригрудное, венозное и артериальное давление, выражены тахикардия, цианоз лица. Во время приступа происходит обильное слезо- и слезотечение. В откашливаемой слюне и слизистой мокроте может содержаться свежая кровь, свидетельствующая о травматическом повреждении слизистой оболочки инородным телом.

Инородными телами в дыхательных путях могут быть металлические и иные предметы, семена растений, кусочки пищи, т.е. любые предметы, которые в рот берут случайно и случайно аспирируют. Инородные тела чаще локализуются в правом бронхе вследствие его топографоанатомических особенностей.

Клиническая картина при аспирации инородных тел в значительной степени обусловлена их видом, величиной и местом фиксации.

В отличие от приступообразного кашля при инородных телах трахеи при локализации инородного тела в бронхе кашель носит постоянный характер, при длительном же пребывании инородного тела он сопровождается выделением мокроты с запахом, указывающим на реактивные изменения со стороны слизистой оболочки бронхов или легочной ткани. При аускультации у таких больных могут прослушиваться сухие и влажные хрипы, определяется ослабленное дыхание, иногда бронхиальное. Эти аускультативные данные характерны для позднего периода заболевания, в острой фазе они отсутствуют.

В диагностике инородных тел трахеи и бронхов решающее значение имеет правильно собранный анамнез. Он должен быть подкреплён клиническими и рентгенологическими методами исследования, а также ларинготрахеобронхоскопией, являющейся одновременно лечебным методом.

Если вследствие каких-либо причин инородное тело не распознается и, следовательно, не удаляется, как в нашем случае с больной М. 17 лет, возможно распространение инфекции в плевральную полость, формирование абсцесса легкого и переход острого воспаления в хроническое, для которого характерно формирование глубокого деформирующего бронхита или бронхоэктазов либо хронической эмпиемы плевры с возможным развитием бронхоплевроторакальных свищей.

Больная М. 17 лет обратилась в пульмонологическое отделение с жалобами на кашель приступообразного характера с выделением слизисто-гноной мокроты, периодическое повышение температуры тела до 38°С, общую слабость, снижение аппетита, потерю массы тела и потливость по вечерам.

Из анамнеза выяснилось, что больная страдает кашлем и выделением мокроты более 10 лет и неоднократно была обследована в амбулаторных и стационарных условиях. По поводу кашля с выделением мокроты неоднократно получала антибактериальную терапию без особого эффекта,

и 5 лет назад было решено провести операцию на легких. Однако при обследовании больной в торакальном отделении серьезной патологии со стороны легких рентгенологически не было выявлено, в связи с чем ей было отказано в проведении оперативного вмешательства. В дальнейшем больная почти ежемесячно получала амбулаторное или стационарное лечение, от которого отмечалось временное улучшение состояния. Из-за того, что в последнее время кашель стал мучительным, с выделением большого количества гнойной зловонной мокроты, приступ кашля не прекращался часами, особенно усиливаясь по ночам, при изменении положения тела, поворачивании, сгибании, больная обратилась к врачам и была направлена в онкологический диспансер на обследование. В диспансере после клинического и рентгенологического обследования было исключено наличие новообразования в легком и с подозрением на специфический процесс в легком больная была направлена в городской туберкулезный диспансер.

В туберкулезном диспансере, после клинического осмотра и рентгенологического обследования, с подозрением на образование в легком, больная была направлена в эндоскопический кабинет для бронхологического исследования.

В бронхологическом кабинете еще раз было проведено клиническое обследование с тщательным сбором анамнеза заболевания, опросом пациентки и ее родителей, ввиду длительности заболевания. Было обращено внимание на возможность инородного тела в бронхе, что больная отрицала.

3 мая 1999 г. была проведена фибробронхоскопия под местной анестезией.

Выписка из протокола: носовой ход свободно проходим, в гортани и глотке патологических изменений не обнаружено, голосовые связки интактны. Трахея свободно проходима. Межхрящевые промежутки умеренно гиперемированы. Бифуркация — обычной формы, подвижна. Просвет промежуточного бронха справа умеренно гиперемирован, имеется небольшое количество гнойной мокроты, а просвет левого главного бронха obtu-

рирован гнойной мокротой. Проведен лаваж бронхов теплым раствором фурацилина 1:5000 40 мл с последующей аспирацией мокроты, после чего на уровне промежуточного бронха слева было обнаружено инородное тело в форме шурупа, тонким концом вверх, о чем было сообщено родителям. Затем с профилактической целью эндобронхиально был введен раствор антисептика (диоксидин 1% 10 мл).

После того, как родители узнали о наличии инородного тела, они вспомнили, что когда их дочери было 5 лет, было подозрение на проникновение инородного тела в ЖКТ или бронхи, так как у нее был сильный приступ кашля со слюнотечением и потерей сознания. Тогда больная была полностью обследована. Были проведены гастроскопия, рентгеноскопия ЖКТ, рентгенография легких, но инородное тело не было обнаружено. Больная вспомнила, что когда ей было 5 лет, она держала во рту колпачок от дезодоранта и он случайно попал в глотку, после чего у нее развился приступ кашля со всеми последствиями.

Родителям было рекомендовано провести оперативное вмешательство для удаления инородного тела, от чего они категорически отказались, ссылаясь на молодой возраст пациентки. Было решено извлечь инородное тело эндоскопическим способом через бронхоскоп. Предварительно в течение недели была проведена лечебно-санационная терапия растворами диоксида 1% 10 мл и хемотрипсина 10 мг, на фоне которой удалось удалить фибриновые наложения и при очередной попытке захвата щипцами удалось вытащить инородное тело — колпачок от дезодоранта. Инородное тело находилось в просвете бронха в течение 12 лет. После удаления инородного тела была проведена антибактериальная терапия на фоне санации трахеобронхиального дерева.

Последующее наблюдение за состоянием больной показало, что кашель уменьшился, постепенно исчез, больная поправилась и в настоящее время жалоб, характерных для бронхолегочной патологии, не предъявляет.

## Литература

1. *Бронхопульмонология*. Г.И. Лукомский. Москва. Медицина. Стр.341–348. 1982 г.
2. *Бронхоскопия* в хирургической клинике. Г.И. Лукомский. Медгиз. Москва. Стр. 135–140. 1963 г.

Адрес для контакта: [tilloev@mail.ru](mailto:tilloev@mail.ru)

УДК 615.035.2

**ВМЕШАТЕЛЬСТВА, НАПРАВЛЕННЫЕ НА СНИЖЕНИЕ РИСКА РАЗВИТИЯ НЕЖЕЛАТЕЛЬНЫХ ПОСЛЕДСТВИЙ ПРИЕМА ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ, АНАЛИЗ ЧАСТОТЫ ГОСПИТАЛИЗАЦИЙ. СИСТЕМАТИЧЕСКИЙ ОБЗОР**

С.Роял, Л.Сметон, А.Д.Авери, В.Харвиц, А.Шейх

Отделение исследований в общественном здравоохранении, Университет Эдинбурга, Великобритания

Перепечатано из журнала «Качество и безопасность медицинской помощи» 2006 г., том 15, стр. 23–31

перевод с сокращением Т.А.Дубикайтис,

ГОУ ДПО Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования Росздрава, Россия

**INTERVENTIONS IN PRIMARY CARE TO REDUCE MEDICATION RELATED ADVERSE EVENTS AND HOSPITAL ADMISSIONS: A SYSTEMATIC REVIEW AND META-ANALYSIS**

S.Royal, L.Smeaton, A.J.Avery, B.Hurwitz, A.Sheikh

Division of Community Health Science, University of Edinburgh, UK

Translated and reprinted from Quality and Safety in Health Care 2006; Vol. 15 P. 23–31

by T.Dubikaytis

St-Petersburg Medical Academy of Postgraduate Studies, Russia

В обзоре систематизированы данные 38 исследований, посвященных проблеме безопасности использования медикаментозной терапии в развитых странах.

**Ключевые слова:** амбулаторная практика, лекарственная терапия, побочные эффекты.

38 studies were identified and evaluated to assess the interventions in primary care to reduce medication related adverse events that result in morbidity, hospital admissions and/or mortality.

**Keywords:** primary care, drug therapy, adverse events.

Развитие ятрогенных заболеваний вследствие побочных действий лекарственных препаратов встречается нередко в амбулаторной практике [1]. По результатам проспективного когортного исследования развитие нежелательных действий лекарственных препаратов в течение 4 недель после назначения происходит в 25% случаев, при этом в 11% случаев этого можно было бы избежать [2]. По данным систематического обзора и мета-анализа частота госпитализаций, связанных с развитием побочных эффектов лекарственных препаратов составляет 7,1% (5,7–16,2). Из этого числа 59% составляют врачебные ошибки [3].

Клинические ошибки, растущая стоимость выплат по искам за небрежность, и продолжающиеся дебаты о распространенности заболеваний, вызванных приемом лекарственных препаратов, диктуют необходимость решения вопроса безопасности в оказании медицинской помощи населению. Таким образом, повышение безопасности лечения является приоритетным направлением в управлении здравоохранением многих экономически развитых стран, включая США и Великобританию [4, 5].

Однако сегодня данные по вмешательствам, направленным на снижение некорректного использования лекарственных средств не систематизированы. В связи с этим авторы данного обзора провели идентификацию и анализ эффектив-

ности мероприятий по предотвращению развития побочных эффектов лекарственных препаратов в рамках систематического обзора [6].

**Цель.** Идентифицировать и оценить качество исследований эффективности вмешательств, направленных на снижение риска развития побочных эффектов лекарственных средств, приводящих к развитию заболеваний, необходимости госпитализации и смертельным исходам в амбулаторной практике.

**Методы.** Для поиска исследований использованы 14 баз данных, содержащих информацию по опубликованным и неопубликованным исследованиям. В качестве дополнительного поиска информации просматривали ссылки на литературу, устанавливали контакт с экспертами и авторами статей. Поиск не был лимитирован по языковому принципу. В анализ включили все исследования, в ходе которых оценивали вмешательства, выполненные на амбулаторном уровне с целью повышения безопасности приема лекарственных препаратов и предотвращения неправильного или избыточного употребления тех или иных средств. Включали исследования следующего типа: контролируемые рандомизированные испытания, простые контролируемые испытания, исследования с анализом до и после, исследования с анализом временных рядов. Оценку качества исследований проводили согла-

сно шкале «Cochrane Effective Practice and Organization of Care data collection checklist».

**Результаты.** Были идентифицированы 159 исследований, из которых 38 удовлетворяли критериям включения в анализ. Отобранные исследования были классифицированы по характеру мероприятий.

1. Вмешательства, выполненные при участии фармацевтов (всего 17, из них в 15 исследованиях в качестве клинического исхода оценивали частоту госпитализации). Такой вид вмешательства предусматривает пересмотр врачебных назначений фармакологом с целью активного выявления следующих проблем:

- развитие побочных действий лекарственных препаратов;
- проблемы с наблюдением;
- прием неэффективных лекарственных средств;
- недостатки информирования пациента;
- неотрегулированный режим дозирования;
- несоблюдение рекомендаций врача;
- отсутствие назначений в тех случаях, когда есть показания;
- прием лекарственных препаратов в случаях, когда показаний нет;
- повторное назначение ранее используемых средств без консультации с врачом;
- неадекватная продолжительность терапии;
- несоответствие между назначенной и принимаемой дозами;
- неучтенное нежелательное взаимодействие между назначенными лекарственными средствами.

С этой целью пациентов приглашали на консультацию с фармацевтом или устанавливали контакт на дому. Было установлено, что количество проблем ассоциировано с количеством принимаемых препаратов и числом хронических заболеваний. При этом диуретики, нитраты, блокаторы кальциевых каналов и активаторы калиевых каналов чаще всего принимаются некорректно. Следует отметить, что практически у всех пациентов в возрасте старше 65 лет, принимавших несколько препаратов, были выявлены те или иные проблемы с приемом лекарственных средств.

Ряд авторов сделали заключение о том, что вмешательство фармацевтов достоверно лучше помогает решить перечисленные проблемы, однако немногочисленность и короткая продолжительность наблюдения не позволяют однозначно судить о влиянии на показатели смертности и госпитализации [7].

В ходе мета-анализа было обнаружено, что вмешательство с участием фармацевтов эффек-

тивно снижают частоту госпитализации [ОШ 0,64 (95% ДИ 0,43–0,96)], однако после исключения нерандомизированных исследований достоверной разницы получено не было [ОШ 0,92 (95% ДИ 0,81–1,05)].

2. В 8 исследованиях вмешательство проводили при участии медицинских работников первичного звена здравоохранения: медицинские сестры использовали протоколы по работе с пациентами с диабетом, сердечной недостаточностью, депрессией и бронхиальной астмой, в двух других исследованиях врачи были вовлечены в специальные образовательные программы. В качестве клинических исходов оценивали частоту предотвращенных случаев развития ятрогенных заболеваний. Данные мета-анализа не выявили статистически значимого влияния на показатели заболеваемости.

3. В 18 исследованиях оценивали частоту падений пожилых лиц в качестве критерия эффективности комплексных вмешательств, направленных на предотвращение чрезмерного или неправильного использования препаратов. Результаты мета-анализа не выявили достоверного влияния описанного вмешательства.

**Заключение.** Существует довольно мало научно подтвержденных данных, свидетельствующих о том, что программы, направленные на корректное применение лекарственных препаратов в действительности оказывают влияние на показатели смертности и заболеваемости. Необходимо дальнейшее изучение этого вопроса и разработка действенных мероприятий по безопасному применению фармакологических средств в амбулаторной практике.

#### Ключевые положения

1. Побочное действие лекарственных препаратов является очень важной причиной заболеваемости и смертности.

2. Данные рандомизированных клинических исследований, направленных на снижение негативного влияния некорректного использования лекарственных средств, носят ограниченный характер.

3. Выявлены некоторые доказательства снижения показателей госпитализации на фоне вмешательств при участии фармацевтов.

4. Результаты исследований не подтверждают эффективность других программ по снижению смертности и заболеваемости, связанной с приемом лекарственных средств.

5. Требуется более интенсивный поиск решения проблемы с безопасностью фармакологического лечения.



## Литература

1. Avery A.J., Sheikh A., Hurwitz B., et al. Safer medicines management in primary care // Br J Gen Pract.— 2002.— Vol. 52, (Suppl).— P. S17–S22.
2. Gandhi T.K., Weingart S.N., Borus J., et al. Adverse drug events in ambulatory care // N Engl J Med.— 2003.— 348.— P. 1556–1564.
3. Winterstein A.G., Sauer B.C., Hepler C.D., et al. Preventable drug-related hospital admissions// Ann Pharmacother.— 2002.— Vol. 36.— P. 1238–1248.
4. Department of health. An organization with a memory. Report of an expert group on learning with adverse events in the NHS.— London: the stationary Office, 2000.
5. Kohn L.T., Corrigan J.M., Donaldson M.S., eds. To err is human: building a safer health system.— Washington, DC: National Academy Press, 2000.
6. Royal S., Smeaton L., Avery A.J., Hurwitz B., Sheikh A. Interventions in primary care to reduce medication related adverse events and hospital admissions: systematic review and meta-analysis // Qual Saf Health Care.— 2006.— Vol. 15.— P. 23–31.
7. Kraska J., Cromarty J., Arris F., Jamieson D., Hansford D., Duffus P., et al. Pharmacist-led medication review in patients over 65: a randomized, controlled trial in primary care // Age and Ageing.— 2001.— Vol. 30.— P. 205–211.

Адрес для контакта: fammedmapo@yandex.ru

### Кафедра семейной медицины СПбМАПО в 2007 году проводит следующие циклы:

1. Общая врачебная практика /семейная медицина/. Подготовка и прием экзамена на подтверждение сертификата специалиста (для врачей общей практики /семейных врачей/) — **10.09–29.09**.
2. 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

## ВОПРОСЫ НЕРАВЕНСТВА В СОСТОЯНИИ ЗДОРОВЬЯ РАЗЛИЧНЫХ СЛОЕВ НАСЕЛЕНИЯ В СТРАНАХ ЕВРОПЫ

Дж.П. Мекенбеч

Отдел общественного здоровья, Университетский медицинский центр Роттердам, Нидерланды,  
www.dh.gov.uk/publications

перевод с сокращением А.Е.Будковой и Т.А.Дубикайтис,  
ГОУ ДПО Санкт-Петербургская медицинская академия  
последипломного образования Росздрава, Россия

### HEALTH INEQUALITIES: EUROPE IN PROFILE

J.P.Mackenbach

Department of Public Health, Erasmus MC, University Medical Center Rotterdam, Netherlands

В сообщении приведен сравнительный обзор показателей здоровья отдельных социально-экономических групп населения Европы. Представлены сведения по различию показателей смертности в 21 стране, показателей оценки состояния здоровья в 19 странах и частоты курения в 24 странах.

**Ключевые слова:** различия в показателях здоровья, смертность, заболеваемость, курение, социально-экономический уровень.

This report reviews the evidence on the existence of socio-economic inequalities in health in EU and its immediate neighbours. It presents data on inequalities in mortality in 21 countries, on inequalities in self-assessed health in 19 countries, and inequalities in smoking in 24 countries.

**Keywords:** health inequalities, mortality, morbidity, smoking, socio-economic position.

В начале XXI века жители европейских стран столкнулись с проблемой значительного неравенства показателей здоровья внутри популяции. Так у лиц с низким доходом и невысоким уровнем образования продолжительность жизни ниже, а распространенность хронических заболеваний выше, чем у лиц с высокими доходами.

Этот отчет был написан в ответ на требование руководства Европейского Союза (ЕС) представить факты социально-экономического неравенства показателей здоровья в странах ЕС и их ближайших соседей. В отчете представлены данные по неравенству показателей смертности в 21 стране, показателей самооценки состояния здоровья в 21 стране и частоты курения в 24 странах.

Показатели смертности существенно выше у населения с низким уровнем жизни. Важен и тот факт, что за последние десятилетия этот разрыв во многих европейских странах стремительно растет.

Особенности неравенства по показателям смертности:

1) Неравенство проявляется во всех возрастных группах (с младенчества до преклонного возраста).

2) Затрагивает и мужчин и женщин с тенденцией к увеличению среди мужчин.

3) Выявлено почти по всем причинам смерти.

Неравенство по показателям смертности от сердечно-сосудистых заболеваний определяет более 50% различий в отдельных социально-экономических группах большинства стран. Нера-

венство показателей смертности от рака не настолько очевидно. Уровень заболеваемости также обычно выше у людей с низким уровнем образования и дохода. Неравенство в показателях заболеваемости проявляется в следующем:

- низкая оценка состояния своего здоровья;
- частота новых случаев развития хронических заболеваний;
- распространенность психических заболеваний;
- распространенность функциональных ограничений и инвалидности.

В результате показатели качества и продолжительности жизни у людей с низким социально-экономическим уровнем существенно ниже.

В течение последних лет проводятся исследования для выявления факторов, определяющих неравенство показателей здоровья. Установлено, что это неравенство объясняется главным образом высокой подверженностью групп населения с низким уровнем жизни широкому спектру психосоциальных, поведенческих факторов риска и материальными проблемами.

Нет сомнений в том, что такие материальные факторы, как низкий доход и подверженность профессиональным заболеваниям, частично объясняют различия в показателях здоровья населения. Низкая платежеспособность отдельных слоев населения является фактором психосоциального стресса и, как следствие, способствует рискованному поведению (курение, избыточное употребление алкоголя). Более того, невысокий уровень доходов ограничивает возможности реа-

лизации принципов здорового образа жизни. Плохие условия проживания, не удовлетворяющие необходимым нормам по метражу, показателям влажности и общей безопасности, способствуют развитию хронических заболеваний и повышенному травматизму.

Ко второй группе причин, объясняющих неравенство показателей здоровья, относят психосоциальные факторы, например, дисбаланс между усилиями, затраченными на выполнение работы и материальным вознаграждением, доминирует в группах с низким социально-экономическим статусом. Различные формы психосоциального стресса в свою очередь приводят к развитию заболеваний, вызванных биологическими причинами (снижение иммунной защиты и эндокринного дисбаланса), а также опосредуются рискованным поведением. Типичным примером являются сердечно-сосудистые заболевания.

К третьей группе факторов относят такие поведенческие факторы риска, как курение, нерациональное питание, низкая физическая тренированность и злоупотребление алкоголем. Эти факторы наиболее изучены. Однако это не означает, что только рискованным поведением можно объяснить снижение показателей здоровья у лиц низкого социально-экономического уровня.

Например, не во всех странах прослеживается прямая зависимость распространенности курения от социально-экономического уровня. Так, женщины с высшим образованием курят реже, чем женщины без университетского образования, если они проживают на севере Европы (Скандинавия, Великобритания, Нидерланды, Бельгия). Обратная зависимость наблюдается в странах Южной Европы (Италия, Испания, Греция), где распространенность курения выше в группах с университетским образованием.

Но среди мужчин Западной Европы распространенность курения ниже в группах с высшим образованием и эта тенденция прослеживается практически во всех странах.

У мужчин распространенность излишнего употребления алкоголя выше в группах с низким уровнем образования, однако, у женщин эта взаимосвязь носит обратный характер в некоторых странах.

Роль питания оценить сложнее, но очевидно, что люди с низким уровнем дохода употребляют меньше овощей и фруктов, если они проживают на севере Европы. В странах Южной Европы эта разница существенно меньше.

Таким образом, различие в показателях здоровья отдельных социально-экономических групп определяется не только поведенческими факторами риска. В связи с этим было бы ошибочным основывать политику по изменению имеющегося неравенства только на программах индивидуальной коррекции рискованного поведения. Несмотря на то, что снижение распространенности поведенческих факторов риска может внести существенный вклад в снижение заболеваемости, этого недостаточно для радикального решения проблемы неравенства. Для этого есть много объяснений. В большинстве случаев люди с низким социально-экономическим статусом достаточно осведомлены о риске, связанном с характером их поведения; например, о вреде курения знают все. Тем не менее, достичь существенного снижения распространенности поведенческих факторов риска невозможно без решения ассоциированных проблем, таких как психосоциальный стресс, финансовые трудности, социальные нормы поведения в отдельных слоях общества, географические барьеры к реализации принципов здорового образа жизни, работа на производстве в условиях, вредных для здоровья.

Адрес для контакта: [fammedmapo@yandex.ru](mailto:fammedmapo@yandex.ru)

## СЕМЕЙНАЯ МЕДИЦИНА: НАУКА, ПРАКТИКА, ПРЕПОДАВАНИЕ

С.Л.Акимова

ГОУ ДПО Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования Росздрава, Россия

## FAMILY MEDICINE: SCIENCE, PRACTICE, AND TRAINING

S.L.Akimova

St-Petersburg Medical academy of Postgraduate Studies, Russia

Под таким названием прошла 15–16 мая российская конференция с международным участием, приуроченная к 10-летию юбилею кафедры семейной медицины СПбМАПО. Знаменательно, что открытие конференции совпало с новым для нашей страны праздником — «День семьи».

Конференцию открыл ректор СПбМАПО академик РАМН Н.А.Беляков. Он кратко остановился на истории и перспективах семейной медицины в Российской Федерации.

Представительный форум объединил специалистов общей врачебной практики из разных стран мира — США, Великобритании, Швеции, Норвегии, Финляндии, России.

В обсуждаемых проблемах соединялись разные аспекты — клиника, наука, преподавание и организация службы. Выступали главные специалисты семейной медицины из регионов России, руководители семейных практик Петербурга и Северо-Западного региона, иностранные гости.

Председатель комитета по здравоохранению администрации Санкт-Петербурга проф. Ю.А.Щербук в докладе «Общая врачебная практика как неотъемлемая составная часть концепции модернизации здравоохранения Санкт-Петербурга» отметил, что приоритетным направлением развития здравоохранения города является переход на принципы работы общей врачебной практики, а также развитие профилактического направления медицины. Он отметил, что демографическая ситуация в России неутешительна: из 80 млн семей в стране сегодня более 48% бездетных. В Петербурге бездетна каждая пятая семья. Абсолютно здоровыми признаны менее 1/3 новорожденных. Численность населения в Петербурге уменьшается ежегодно на 25–32 тыс. человек. Заболеваемость взрослого населения на 8% выше, чем в среднем по России. Соотношение числа родившихся к числу умерших 1:1,9 (по России — 1:1,6).

Вместе с тем, риск смерти от предотвратимых причин может быть снижен, благодаря доступности медицинской помощи, в первую очередь ее первичного звена. Он отметил, что первые отделения общей врачебной практики открылись в Санкт-Петербурге в 1995–1996 гг. (сейчас их 47). В 1999 г. появились нормативные документы по общей врачебной практике, а в 2001–2004 гг. была утверждена Целевая городская программа «Семейная медицина». Сегодня в Санкт-Петербурге 205 врачей общей практики, однако, потребность в семейных врачах в городе составляет 2456 (с учетом только взрослого населения).

Академик И.Н.Денисов из Москвы рассказал о Национальном проекте «Здоровье». Он отметил, что в России имеется разрыв между наукой, прак-

тикой и образованием. Научные исследования медленно внедряются в педагогический и лечебный процесс. Развитие общей практики в РФ затруднено из-за отсутствия единой концепции реформирования здравоохранения. Проблемы кадрового обеспечения связаны с отсутствием изменения приоритетов обучения на додипломном и последипломном уровнях. Адекватное обучение должно стать основой здравоохранения. Необходимы значительные изменения последипломной подготовки врачей, с максимальным приближением ее к практическим условиям. Врач в первичном звене здравоохранения должен быть готовым к решению многих задач организационного, социального и реабилитационного плана. Непрерывное профессиональное совершенствование — долг каждого врача.

Профессор О.Ю.Кузнецовой в своем докладе дала оценку развития общей врачебной практики в России и в мире. Было отмечено, что в нашей стране открываются новые кафедры общей врачебной практики (ОВП), однако большинство вузов не занимается додипломной подготовкой студентов. СПбМАПО успешно развивает последипломную подготовку врачей общей практики. В последние годы были созданы региональные учебные центры в Ленинградской области — г. Гатчине и г. Выборге, где работают подготовленные преподаватели из числа врачей общей практики. Появились региональные кафедры СПбМАПО в Пскове, Мурманске, Вологде. При этом, несмотря на издание нового приказа министерства, государственный заказ на подготовку врачей общей практики отсутствует.

В странах Западной Европы сохраняются различные модели общей практики. ОВП включена в подготовку резидентов других специальностей. Завершена работа над новой концепцией специальности и программами обучения врачей общей практики, на всех уровнях подготовки, осуществлен переход от непрерывного медицинского образования к непрерывному профессиональному развитию.

Российских докладчиков сменяли иностранные коллеги. Об изменениях в первичном звене здравоохранения в Великобритании рассказал Питер Д.Тун. Пациент в этой стране приписывается теперь к определенному врачу общей практики. Расширенные услуги переходят из вторичного звена в первичное. Введен новый базовый курс: обучение общей практике для всех врачей, впервые получающих эту специализацию. Появилась новая программа обучения, согласно которой увеличено время для обучения врачей общей практики и предусмотрен более качественный контроль.

При ответах на вопросы участников конференции выяснилось, что Великобритания, «бед-

ная» страна, в отличие от «богатой» России, так как не может позволить себе всеобщую диспансеризацию. Важно, что при планировании расходов на здравоохранение учитываются научно-обоснованные данные об эффективности того или иного мероприятия, которое планируется в масштабах всей страны. Так, например, научные исследования показали, что регулярные осмотры здоровых людей в среднем возрасте ничего не дают. Наоборот, их здоровье ухудшается из-за появления ятрогенных проблем. Система регулярных осмотров (диспансеризация) должна быть научно обоснована, хотя некоторые пациенты (например, с сахарным диабетом), несомненно, нуждаются в наблюдении во избежание развития осложнений этого заболевания.

Представитель каждой страны отметил что-то важное в национальной медицинской системе. Л.Персон, эксперт Восточно-европейского комитета Швеции, подчеркнул, что адекватное обучение и исследования являются основой здравоохранения. В любой стране существуют проблемы во взаимоотношениях между узкими специалистами и ВОП, однако в Швеции эта проблема решена: узкие специалисты разработали рекомендации, помогающие врачам общей практики. В Швеции семейная медицина стала признанной специальностью только через 25–30 лет после того, как служба начала работать.

Д-р Паула Вайниомяки из Финляндии отметила, что в ее стране с большим уважением относятся к медицинскому образованию в России: «Мы удивляемся, как много российские врачи могут сделать руками и ушами, провести качественное физикальное обследование. В финских университетах этому не учат...»

Информацией о норвежской медицине поделился д-р Мортен Бейн. Чем дольше длится консультация врача в Норвегии, тем дороже она стоит. В этой стране врачи могут собраться в группе для консилиума, чтобы обсудить больного, и за это им будут платить. Докладчик отметил, что трудные больные в Норвегии отличаются еще и тем, что абсолютно не уважают время врача.

Профессор Пол Джеймс, заведующий кафедрой семейной медицины в университете штата Айова, говорил о кризисе здравоохранения в США. Это самое дорогое здравоохранение в мире. Многие пациенты не имеют страховки и не могут обратиться к врачу. Службы и компании не могут заплатить за медицинскую страховку для своих работников. Система здравоохранения американцев считается потенциально опасной для пациентов из-за ненужных исследований и избыточного назначения лекарств. Надежды связывают с развитием семейной медицины. Однако система здравоохранения США не основана на первичном звене, отмечается неудовлетворительное соотношение семейных врачей и узких специалистов. Чем больше врачей первичного звена, тем ниже уровень смертности (от всех причин). Увеличение числа врачей первичного звена приводит

к улучшению показателей здоровья бедного и малообеспеченного населения, снижению смертности населения. И еще семейная медицина учит важности создания команды для «домашнего» ведения пациентов, учит студентов экономичной по затратам и научно-обоснованной медицине. Однако есть проблемы. Студенты не становятся семейными врачами из-за того, что доход ниже и работа тяжелее. Система здравоохранения в США не обеспечивает адекватных финансовых стимулов для развития первичного звена.

Профессор Джеральд Д.Джогерст из университета Айова признался, что уже давно находится под большим впечатлением от той энергии и активности, которые сопровождали продвижение семейной медицины как новой специальности в России, и что ему удалось почувствовать пионерский дух российской семейной медицины.

Пленарные заседания сменились секционными. Они посвящались науке, преподаванию в семейной медицине, организации общей врачебной практики. Все доклады были ориентированы на практику. Обсуждались методы диагностики, лечения и тактики наблюдения пациентов с наиболее часто встречающейся патологией в ОВП. Разгорелись дискуссии о препаратах, исследованиях, тактике ведения пациентов, о подготовке кадров семейных врачей.

Во многих докладах подчеркивалось значение вопросов образования врача, причем не только базисной и последипломной подготовки, но и непрерывного профессионального развития.

Работа конференции завершилась так же успешно, как и началась. Финальный этап знаменовался проведением интерактивного семинара доктором Питером Туном из Великобритании на тему: «Использование видеоматериалов для обучения навыкам общения». Он показал новый прием изучения качества консультирования в ОВП, общаясь со слушателями в интерактивном режиме.

Группа волонтеров расположилась на сцене перед глазами аудитории — как бы в «аквариуме». Важные навыки отрабатывались в ролевой игре — это было наглядно, понятно, живо и интересно. Как в пословице: «Скажи мне — и я забуду, покажи — может быть, я запомню, но сделай меня участником — и я постигну».

Участники семинара выступали одновременно и в роли обучаемых (по вопросам правильного консультирования), и в роли экспертов, поскольку в качестве обратной связи они давали оценку, интерпретацию увиденного и услышанного во время просмотра видеозаписи.

В заключение следует отметить, что в конференции приняли участие 276 делегатов из различных регионов Российской Федерации от Мурманска до Хабаровска, а также иностранные гости. Участники конференции разъехались по своим рабочим местам, чтобы продолжать заниматься тем, что сегодня нужно стране — образованием врачей общей практики и развитием своей специальности.

3–7 мая в Турку (Финляндия) состоялось очередное совещание совета Европейской академии преподавателей общей практики. Эта организация была создана в 1992 году по инициативе преподавателей семейной медицины Европы, поскольку решение было принято в бельгийском городе Лоувин, первоначально это движение было названо Лоувинской инициативой. Необходимость объединения усилий в области образования врачей общей практики была настолько очевидной, что привлекла внимание ведущих преподавателей из стран Западной Европы, которые приняли решение об объединении в Академию преподавателей общей практики под эгидой Всемирной организации врачей общей практики (WONCA). В настоящий момент в Академию входят представители 36 стран, включая Российскую Федерацию. Все решения принимаются Советом Академии, непосредственная деятельность осуществляется комитетами, работающими в направлении совершенствования послевузовской подготовки в резидентуре, непрерывного медицинского образования, организации различных образовательных мероприятий, в частности, курсов для преподавателей. Возглавляет совет исполнительный комитет, избирающий президента Академии. В настоящее время этот пост занимает Эгле Зебиене (Dr. Egle Zebiene) из Литвы.

На повестке дня последнего совещания было несколько вопросов. Одним из наиболее важных являлось принятие решения о распространении новой образовательной программы для обучения врачей общей практики, основанной на новой концепции специальности, принятой Академией в 2002 г. и одобренной Европейским отделом Всемирной организации врачей общей практики. В основе новой концепции лежит четкое изложение основополагающих принципов общей врачебной практики. Следует отметить, что новая концепция впервые определяет общую врачебную практику не только как академическую специальность, то есть независимую, требующую отдельной подготовки, но и как научную.

Образовательная программа определяет цели и задачи, которые должны быть решены в процессе подготовки в связи с новым пониманием специальности. Кроме того, этот документ включает рекомендуемые методы контроля знаний

и навыков, которые требуются для оценки усвоения блоков программы. Приводится толкование наиболее распространенных терминов и понятий, а также ссылки на источники литературы, что чрезвычайно полезно как для обучающихся врачей, так и для преподавателей.

Наряду с этим вопросом в рабочих группах обсуждались проблемы последипломного образования. Этот процесс проходит в странах Западной и Восточной Европы по-разному. В основном, распространена система кредитов для учета часов, которые врач должен посвятить обучению в виде участия в курсах, семинарах и конференциях. Было отмечено, что далеко не всегда участие в этих мероприятиях ведет за собой изменение практической деятельности. В связи с этим стал более популярен другой принцип последипломного усовершенствования — непрерывное профессиональное развитие. Он заключается в том, что врач сам должен определить слабые места в своей деятельности, а затем составить план своего усовершенствования, который поможет ему устранить имеющиеся пробелы в подготовке. Инструментами для самооценки могут служить анализ своей работы при сопоставлении используемых методов лечения с имеющимися стандартами (аудит), анализ ошибок и осложнений, оценка работы с коллегами.

На пленарном заседании обсуждались различные предстоящие мероприятия, в частности, место и время проведения курса Леонардо да Винчи (такое красивое название дано курсу для преподавателей), работа в рамках конференции Всемирной организации врачей общей практики во Флоренции в августе 2006 г., организация курса для преподавателей в Словении (Блэд курс, по названию красивого города под Любляной). Участие в таких курсах помогает молодым преподавателям лучше освоиться с методологией обучения врачей общей практики и приобщиться к международному опыту в этой области. Однако эти курсы проводятся на платной основе, что ограничивает участие в них российских преподавателей при отсутствии какой-либо спонсорской поддержки.

Более подробную информацию о деятельности Европейской академии преподавателей общей практики, а также новую программу подготовки можно на сайте этой организации — [www.euract.org](http://www.euract.org).

## Правила оформления статей в журнал «Российский семейный врач»

### Уважаемые авторы!

Представляемые для публикации статьи должны соответствовать тематике журнала и вносить вклад в развитие общей врачебной практики в России.

Рукопись представляют в редакцию на электронных и бумажных носителях. Статью также можно прислать *только* в электронном виде на адрес редакции fammedmapo@yandex.ru и guri\_nat@mail.ru.

В электронном варианте статья должна быть выполнена в редакторе Microsoft Word 97, 2000, Me или XP, набрана шрифтом Times New Roman кегль 12, через 1 или 1,5 интервала с полями. Статья на бумажном носителе прилагается в *одном* экземпляре.

Объем обзора литературы или лекции не должен превышать 10 стр., проблемной статьи — 5–6 стр., оригинального научного исследования — 4 стр., случая из практики — 2–3 стр., рецензий, хроники — 2 стр. Количество страниц указано с учетом списка использованной литературы.

Рукопись должна иметь следующие разделы *на русском и английском языках*: название прописными буквами, инициалы и фамилии авторов, какое учреждение они представляют; реферат (не более 200 слов), отражающий основные положения статьи. Далее следует основной текст рукописи. В конце статьи указывается официальный адрес для контакта, который будет опубликован в журнале, а также фактическая контактная информация автора, ответственного за публикацию, с которым редакция будет разрешать вопросы, возникшие при работе с текстом.

*Основной текст оригинальных научных исследований* должен включать разделы, расположенные в следующем порядке: 1) введение или актуальность; 2) материалы и методы исследования; 3) результаты и их обсуждение; 4) выводы или заключение; 5) библиографический список.

В оригинальных научных исследованиях рекомендуется приводить таблицы, рисунки и схемы только при обоснованной необходимости. При приведении результатов исследования необходимо указывать статистическую достоверность (цифровое значение *p*) или доверительный интервал (95%ДИ).

*Таблицы.* Каждая таблица должна иметь номер, название и ссылку в тексте. Таблицы выполняются в редакторе Word с помощью команды «Таблицы».

*Рисунки.* Рисунки должны иметь подрисовочные подписи без сокращений и быть выполнены в дискетном и бумажном вариантах. Предпочтение отдается рисункам, выполненным в форматах с расширениями eps, wmf, tiff (разрешение 300 dpi).

*Схемы.* Их выполняют в редакторе Word с помощью команды «Рисование» и снабжают подписью под схемой.

Количество таблиц, рисунков, схем должно быть не более 2.

*Библиографический список.* Библиографические описания источников располагают в порядке упоминания их в тексте статьи и нумеруют арабскими цифрами. В лекции можно давать список рекомендуемой литературы, и тогда в тексте ссылаться на источники не обязательно. Ссылки на цитируемые работы в тексте дают в виде порядковых номеров, заключенных в квадратные скобки.

#### Примеры оформления списка литературы:

Ананьев В.А. Введение в психологию здоровья.— СПб.: СПбМАПО, 1998.— 146 с.

Остапенко В.А. К патогенезу синдрома эндогенной интоксикации // Эндогенные интоксикации: Тезисы международного симпозиума 14–16 июня 1994 г.— СПб., 1994.— С. 43.

Актуальные вопросы диагностики и лечения остеопороза (методическое пособие для врачей) / Под ред. В.И.Мазурова, Е.Г.Зоткина.— СПб.: СПбМАПО, 1998.— 17 с.

Александров А.А., Розанов В.Б. Профилактика сердечно-сосудистых заболеваний с детства: подходы, успехи, трудности // Кардиология.— 1995.— № 7.— С. 4–8.

Икоева Г.А. Ранняя диагностика и варианты течения гидроцефалии у детей (клинико-сонографическое исследование): Автореф. дис... канд. мед. наук.— СПб., 1999.— С. 20.

Саччи И., Савельева И.С. Вопросы планирования семьи — неотъемлемый компонент улучшения репродуктивного здоровья женщин. Интегрированный подход проекта «Мать и дитя».— [http://www.consilium-medicum.com/media/gynecology/03\\_04/136.shtml](http://www.consilium-medicum.com/media/gynecology/03_04/136.shtml).— Последний визит на сайт 29.12.03.

Rose G. The strategy of preventive medicine.— New York: Oxford University press, 1999.— 138 p.

Heeschen C., Hamm C.W. Difficulties with oral platelet glycoprotein IIb/IIIa receptor antagonists // Lancet.— 2000.— V. 355.— № 9201.— P. 330–331.

Все термины, употребляемые в статье, должны строго соответствовать действующим номенклатурам (анатомической, гистологической и др.), названия лекарственных средств — Государственной Фармакопее, единицы физических величин — системе единиц (СИ).

Редакция организует рецензирование, научное и литературное редактирование рукописей статей.

СОДЕРЖАНИЕ ЖУРНАЛОВ «РОССИЙСКИЙ СЕМЕЙНЫЙ ВРАЧ» ЗА 2005 ГОД  
ANNUAL CONTENTS OF THE JOURNAL «RUSSIAN FAMILY PHYSICIAN» 2005

№ 1

|  |    |
|--|----|
| <b>Лекции</b>  |    |
| ФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ ЭЛЕКТРОКАРДИОСТИМУЛЯЦИЯ<br><i>С.А.Юзвинкевич</i> .....   | 4  |
| <b>Публикации материалов французско-российского конгресса «Доводы и практика»</b>  |    |
| ТРАДИЦИИ И ПЕРСПЕКТИВЫ В ЛЕЧЕНИИ БОЛИ: ВЗГЛЯД АНЕСТЕЗИОЛОГА<br><i>К.М.Лебединский, А.Е.Карелов, О.В.Лебединская</i> .....  | 11 |
| ЛЕЧЕНИЕ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ: НОВЫЕ РЕКОМЕНДАЦИИ<br>ДОКАЗАТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ<br><i>Е.В.Фролова</i> .....  | 15 |
| ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ И ЛЕЧЕБНЫЙ АЛГОРИТМ ИШЕМИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ<br>МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ ЭКСТРАКРАНИАЛЬНОГО ГЕНЕЗА<br><i>Н.М.Жулёв, Д.В.Кандыба, Г.Ю.Сокурченко, О.М.Лукина</i> .....                 | 20 |
| МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ И ГОРМОНАЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ СИНДРОМЕ<br>ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА<br><i>Н.А.Беляков, С.Ю.Чубриева, Н.В.Глухов, Л.И.Великанова, И.В.Чубкин</i> ..... | 27 |
| РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА В ПРАКТИКЕ<br>СЕМЕЙНОГО ВРАЧА<br><i>В.И.Мазуров, Т.Н.Трофимова, И.Б.Беляева, Ю.В.Автушенко, С.В.Лапин, В.В.Соколова</i> .....                             | 28 |
| <b>Оригинальные научные исследования</b>   |    |
| ПАЦИЕНТ — МУЖЧИНА ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА В ОБЩЕЙ ВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИКЕ<br><i>Д.Н.Лисица</i> .....  | 39 |
| СОЦИАЛЬНАЯ ДЕГРАДАЦИЯ ЖЕНЩИН, БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛИЗМОМ<br><i>Н.Н.Курьянова</i> .....   | 44 |
| <b>Вопросы профессиональной подготовки</b>   |    |
| ПОСЛЕДИПЛОМНОЕ ОБУЧЕНИЕ ВРАЧЕЙ ПСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ — СОВРЕМЕННОЕ<br>СОСТОЯНИЕ, ОСНОВНЫЕ ТЕНДЕНЦИИ И ПЕРСПЕКТИВЫ<br><i>Н.Т.Гончар, В.В.Антонов, Н.В.Иванова</i> .....                                 | 47 |
| <b>Случай из практики</b>  |    |
| ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПЛАСТИКИ ПИЩЕВОДА РЕВАСКУЛЯРИЗИРОВАННЫМ<br>АУТОТРАНСПЛАНТАТОМ ИЗ ТОНКОЙ КИШКИ<br><i>Г.Н.Горбунов</i> .....   | 50 |
| <b>Хроника</b>   |    |
| ЗАКОН О ЗАЩИТЕ БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ<br><i>Е.В.Фролова</i> .....   | 53 |
| МЕЖДУНАРОДНЫЙ КОНГРЕСС<br><i>С.Л.Акимова</i> .....   | 55 |
| К 75-ЛЕТИЮ Н.Н.ГУРИНА .....  | 58 |
| СОДЕРЖАНИЕ ЖУРНАЛОВ «РОССИЙСКИЙ СЕМЕЙНЫЙ ВРАЧ» ЗА 2004 ГОД .....   | 60 |

№ 2

|  |    |
|--|----|
| <b>Лекция</b>  |    |
| ВРАЧ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ И ЕГО РОЛЬ В ДИАГНОСТИКЕ И ПРОФИЛАКТИКЕ<br>ГЕНЕТИЧЕСКИХ БОЛЕЗНЕЙ. МЕТОД РОДОСЛОВНЫХ<br><i>С.К.Клюева, И.А.Иванов, А.Ю.Петруничев</i> ..... | 4  |
| <b>Статьи</b>  |    |
| НРАВСТВЕННЫЕ ДИЛЕММЫ В ПРАКТИКЕ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА: ВОПРОСЫ ЖИЗНИ<br>И СМЕРТИ<br><i>Иона Хит</i> .....  | 11 |



|  |    |
|--|----|
| СЕМЕЙНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ И КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ СЕМЬИ<br><i>Э.Г.Эйдемиллер, И.М.Никольская</i> .....  | 16 |
| ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЙ ПОДХОД К ТЕРАПИИ ДИСПАРЕУНИИ<br><i>А.И.Федорова</i> .....  | 22 |
| СИСТЕМА ПОСЛЕДИПЛОМНОЙ ПОДГОТОВКИ ВРАЧЕЙ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ. ЧТО МОЖНО<br>СДЕЛАТЬ ДЛЯ ЕЕ ОПТИМИЗАЦИИ?<br><i>И.Н.Денисов, Н.А.Гурина, О.Ю.Кузнецова, Б.Петерсон</i> ..... | 28 |

#### Оригинальные научные исследования

|   |    |
|---|----|
| СОЦИАЛЬНЫЙ СТАТУС СОВРЕМЕННЫХ ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННЫХ БОЛЬНЫХ<br>ТУБЕРКУЛЕЗОМ НА ПРИМЕРЕ АДМИРАЛТЕЙСКОГО РАЙОНА САНКТ-ПЕТЕРБУРГА<br><i>С.В.Федоров, Г.С.Баласанянц, Н.А.Скринник</i> ..... | 31 |
| ЭРЕКТИЛЬНАЯ ДИСФУНКЦИЯ У БОЛЬНЫХ МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ<br><i>Н.В.Иванов, Н.В.Ворохобина, Е.В.Арефьева, В.П.Эринчек</i> .....   | 37 |
| КАЧЕСТВО ЖИЗНИ И СОЦИАЛЬНАЯ АДАПТАЦИЯ ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ<br><i>И.В.Александрович, В.П.Алферов, Ю.С.Александрович</i> .....   | 41 |
| РОЛЬ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА В РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ И<br>НЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ<br><i>И.В.Попов</i> .....   | 46 |
| РЕЗУЛЬТАТЫ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ МИОМОЙ МАТКИ<br><i>Н.В.Кулагина, В.Н.Кустаров</i> .....  | 49 |

#### Сестринское дело

|  |    |
|--|----|
| ЗАБОЛЕВАНИЯ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА В ГЕРИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ<br>МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ<br><i>В.Н.Петров</i> ..... | 53 |
|--|----|

#### Случай из практики

|  |    |
|--|----|
| СЛУЧАЙ ВЫЯВЛЕНИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА У ПАЦИЕНТА С КАНДИДОЗНЫМ<br>ПОРАЖЕНИЕМ УРОГЕНИТАЛЬНОГО ТРАКТА<br><i>И.Е.Моисеева, Е.К.Захлевная</i> ..... | 62 |
|--|----|

#### Хроника

|   |    |
|---|----|
| ДЕТСКАЯ ПСИХИАТРИЯ И ПСИХОТЕРАПИЯ: ДИАЛОГ СПЕЦИАЛЬНОСТИ<br>И СУБСПЕЦИАЛЬНОСТИ? РЕЦЕНЗИЯ НА «УЧЕБНИК ДЕТСКАЯ ПСИХИАТРИЯ» ПОД<br>РЕДАКЦИЕЙ Э.Г.ЭЙДЕМИЛЛЕРА<br><i>В.А.Ташлыков</i> ..... | 64 |
| ПАМЯТИ КАЙДО ПАУЛОВИЧА ХАНСОНА .....  | 66 |
| ВЕСЕННИЙ КОНГРЕСС «СТРАТЕГИЯ ПРОФИЛАКТИКИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ<br>ЗАБОЛЕВАНИЙ И РЕАБИЛИТАЦИИ» (Бельгия, Левен, 7–10 апреля 2005 г.)<br><i>Е.В.Фролова</i> .....                        | 68 |

### № 3

#### Лекция

|   |   |
|---|---|
| РОЛЬ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ФАКТОРОВ В ПАТОГЕНЕЗЕ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКОГО<br>ПОРАЖЕНИЯ СОСУДОВ<br><i>В.И.Шальнев</i> ..... | 4 |
|---|---|

#### Статьи

|  |    |
|--|----|
| ДИАГНОЗ И МОДИФИКАЦИЯ ЕСТЕСТВЕННОГО ТЕЧЕНИЯ БОЛЕЗНЕЙ В ОБЩЕЙ<br>ВРАЧЕБНОЙ (СЕМЕЙНОЙ) ПРАКТИКЕ<br><i>Б.Л.Мовшович</i> ..... | 12 |
| ОРГАНИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЯХ<br>(СООБЩЕНИЕ ПЕРВОЕ)<br><i>Н.К.Дзуцов, Ш.Л.Меараго</i> .....    | 15 |
| ПОДМЫШЕЧНЫЕ ЛИМФАДЕНОПАТИИ<br><i>А.В.Коньчев, Д.Г.Рутенбург</i> .....  | 21 |

#### Оригинальные научные исследования

|  |    |
|--|----|
| ПРИМЕНЕНИЕ ЛИНИМЕНТА ЦИКЛОФЕРОНА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПОВЕРХНОСТНЫХ ФОРМ<br>ВУЛЬГАРНЫХ УГРЕЙ. РАНДОМИЗИРОВАННОЕ КОНТРОЛИРУЕМОЕ ИСПЫТАНИЕ<br><i>А.Н.Барина</i> ..... | 26 |
|--|----|

|   |    |
|---|----|
| ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭЛИМИНАЦИОННОЙ ДИЕТОТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПИЩЕВОЙ АЛЛЕРГИИ У ДЕТЕЙ<br><i>И.В.Борисова, С.В.Смирнова</i> ..... | 30 |
|---|----|

**Обзор литературы**

|  |    |
|--|----|
| СУБКЛИНИЧЕСКИЙ ГИПОТИРЕОЗ В ПРАКТИКЕ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА: ОТ ЭПИДЕМИОЛОГИИ К ДОКАЗАТЕЛЬНОЙ ФАРМАКОТЕРАПИИ<br><i>И.В.Сарвилина, Ю.С.Макляков, Е.Ф.Шин</i> ..... | 34 |
|--|----|

**Учебное пособие**

|  |    |
|--|----|
| ЛЕЧЕНИЕ И РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ С ОСТЕОПОРОТИЧЕСКИМИ ПЕРЕЛОМАМИ ПОЗВОНКОВ<br><i>О.М.Лесняк, Л.П.Евстигнеева</i> ..... | 43 |
|--|----|

**Сестринское дело**

|  |    |
|--|----|
| СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К СЕСТРИНСКОМУ ВЕДЕНИЮ БОЛЬНЫХ ИНСУЛЬТОМ<br><i>О.Г.Кашина</i> ..... | 51 |
|--|----|

**Случай из практики**

|  |    |
|--|----|
| ГИПОТИРЕОЗ ПОСЛЕ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ДИФФУЗНОГО ТОКСИЧЕСКОГО ЗОБА (ДТЗ)<br><i>Е.М.Трунин, Н.З.Суаривили</i> ..... | 58 |
|--|----|

**Хроника**

|   |    |
|---|----|
| ЮБИЛЕЮ САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ ПОСВЯЩАЕТСЯ<br><i>О.Ю.Кузнецова</i> ..... | 60 |
|---|----|

**№ 4**

**Статьи**

|  |   |
|--|---|
| ТРУДНЫЙ ДИАГНОЗ: ПОЧЕМУ ОН ТРУДЕН? (НЕКОТОРЫЕ РАЗМЫШЛЕНИЯ НА КЛИНИЧЕСКИХ ПРИМЕРАХ)<br><i>К.М.Лебединский</i> ..... | 4 |
|--|---|

|   |    |
|---|----|
| МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ НЕФРОПАТИЯ<br><i>А.Н.Шишкин</i> ..... | 10 |
|---|----|

|  |    |
|--|----|
| ОРГАНИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЯХ (СООБЩЕНИЕ ВТОРОЕ)<br><i>Н.К.Дзуров, Ш.Л.Меараго</i> ..... | 15 |
|--|----|

|   |    |
|---|----|
| СЕМЕЙНОМУ ВРАЧУ О СОВРЕМЕННЫХ МЕТОДАХ ПЛАНИРОВАНИЯ СЕМЬИ, ОСНОВАННЫХ НА ДИАГНОСТИКЕ ФЕРТИЛЬНОСТИ<br><i>К.А.Шаповалова</i> ..... | 21 |
|---|----|

**Оригинальные научные исследования**

|   |    |
|---|----|
| ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ПОСЛЕДСТВИЯ КУРЕНИЯ ДЛЯ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ. ВКЛАД ПРОФИЛАКТИКИ<br><i>Н.А.Гурина, С.Л.Плавинский, С.И.Плавинская, Е.В.Фролова, Н.В.Златьева</i> ..... | 24 |
|---|----|

|  |    |
|--|----|
| ЭЭГ ИССЛЕДОВАНИЕ, КАК ОПТИМАЛЬНЫЙ ИНСТРУМЕНТ ДЛЯ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ИСХОДОВ У ДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ<br><i>Е.В.Гуменник, А.Н.Юрганова, А.П.Антоненко, В.Л.Паршина</i> ..... | 29 |
|--|----|

|  |    |
|--|----|
| КАК ЛЕЧАТ ХРОНИЧЕСКУЮ СЕРДЕЧНУЮ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ В УСЛОВИЯХ ЦЕНТРА СЕМЕЙНОЙ МЕДИЦИНЫ<br><i>Е.В.Казакевич, М.В.Трохова</i> ..... | 35 |
|--|----|

|   |    |
|---|----|
| ПРИМЕНЕНИЕ КАРДИОСТАТИНА У ПАЦИЕНТОВ С РИСКОМ РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ В ОБЩЕЙ ВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИКЕ<br><i>Ж.В.Плешанова</i> ..... | 40 |
|---|----|

**Обзор литературы**

|  |    |
|--|----|
| ПРИМЕНЕНИЕ АНАЛОГОВ ИНСУЛИНА В ЛЕЧЕНИИ САХАРНОГО ДИАБЕТА<br><i>Е.Б.Башнина, Н.В.Ворохобина, М.М.Шарипова</i> ..... | 43 |
|--|----|

**Учебное пособие**

|  |    |
|--|----|
| ОФТАЛЬМОСКОПИЯ. ПРАКТИЧЕСКИЕ НАВЫКИ ДЛЯ ВРАЧЕЙ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ. УЧЕБНОЕ ПОСОБИЕ ДЛЯ ДИСТАНЦИОННОГО ОБУЧЕНИЯ<br><i>Г.Н.Захлевная</i> ..... | 51 |
|--|----|

|  |    |
|--|----|
| <b>Сестринское дело</b>  |    |
| АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ У ПОЖИЛЫХ. СЕСТРИНСКИЙ УХОД<br><i>В.Н.Петров</i> .....  | 53 |
| <b>Случай из практики</b>  |    |
| ДИАГНОСТИКА И УСПЕШНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОЙ ПЕРЕМЕЖАЮЩЕЙСЯ ПОРФИРИИ<br><i>К.М.Лебединский, В.А.Мазурок, Б.А.Осетров, Е.В.Карпцова, А.А.Триадский,<br/>О.И.Струкова, А.Б.Петров, А.Д.Халиков, С.К.Сергиенко</i> ..... | 58 |
| <b>Исторические заметки</b>  |    |
| ТРАДИЦИИ БЛАГОТВОРИТЕЛЬНОСТИ И ПОПЕЧИТЕЛЬСТВА В ИСТОРИИ<br>РОССИЙСКОЙ МЕДИЦИНЫ<br><i>О.В.Емельянов</i> .....   | 61 |

## **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 23.05.2006 г. Формат 60×90<sup>1/8</sup>. Бумага офсетная. Гарнитура Journal. Печать офсетная.  
Усл. печ. л. 6,5. Тираж 1000 экз. Заказ № 056. Цена договорная.  
193015, Санкт-Петербург, Кирочная ул. д. 41.  
Отпечатано в ООО «Сигма».