

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)

Президенты:

академик РАМН з. д. н. РФ профессор д. м. н. Н. А. Беляков (Санкт-Петербург, Россия)
профессор доктор философии Л. Соусгейт (Лондон, Великобритания)

Главный редактор:

профессор д. м. н. О. Ю. Кузнецова (Санкт-Петербург, Россия)

Заместители главного редактора:

профессор д. м. н. Н. Н. Гурин (Санкт-Петербург, Россия)
доктор философии П. Тун (Лондон, Великобритания)

Редакционная коллегия:

профессор д. м. н. В. П. Алферов (Санкт-Петербург, Россия)
профессор д. м. н. К. В. Логунов (Санкт-Петербург, Россия)
профессор д. м. н. В. П. Медведев (Санкт-Петербург, Россия)
профессор д. м. н. В. Н. Петров (Санкт-Петербург, Россия)
д. м. н. С. Л. Плавинский (Санкт-Петербург, Россия)
профессор д. м. н. Ф. П. Романюк (Санкт-Петербург, Россия)
профессор д. м. н. Е. В. Фролова (Санкт-Петербург, Россия)
доцент к. м. н. А. Л. Шишков (Санкт-Петербург, Россия)
чл.-корр. РАМН профессор д. м. н. А. П. Щербо (Санкт-Петербург, Россия)

Редакционный совет:

академик РАМН профессор д. м. н. И. Н. Денисов (Москва, Россия) — председатель
профессор д. м. н. А. А. Абдуллаев (Махачкала, Россия)
профессор д. м. н. Б. В. Агафонов (Москва, Россия)
профессор д. м. н. Б. Г. Головской (Пермь, Россия)
профессор д. м. н. Б. Л. Мовшович (Самара, Россия)
профессор доктор философии Д. Джогерст (Айова-Сити, США)
доктор медицины П. Джулиан (Лондон, Великобритания)
академик РАМН профессор д. м. н. Ю. Д. Игнатов (Санкт-Петербург, Россия)
профессор доктор философии П. Мак-Крори (Лондон, Великобритания)
засл. учитель РФ Е. П. Мартынюк (Санкт-Петербург, Россия)
профессор д. м. н. О. М. Лесняк (Екатеринбург, Россия)
профессор доктор философии Э. Свонсон (Айова-Сити, США)
засл. врач РФ И. К. Якубович (Ленинградская область, Россия)

Ответственный секретарь:

Н. А. Гурина (Санкт-Петербург, Россия)

Информация о журнале размещается в Реферативном журнале
и базах данных ВИНТИ РАН, на сайте elibrary.ru

Адрес редакции:

194291, Санкт-Петербург, пр. Просвещения, д. 45
ГОУ ДПО «СПбМАПО» Росздрава, кафедра семейной медицины
Телефон: (812) 598-93-20, 598-52-22, эл. адрес: fammedmaro@yandex.ru

Подписной индекс по каталогу «Роспечать» 29950

Том 14
2-2010
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, 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 дожидаясь открытия Института. Дело ее рук продолжила дочь Екатерина Михайловна, по инициативе которой Институту было присвоено имя матери.

На портрете Елена Павловна изображена с дочерью Марией. Нам хотелось, чтобы этот семейный портрет не только стал олицетворением журнала, но и напомнил уважаемому читателю небольшой, но прекрасный эпизод из отечественной истории.

The cover depicts a beautiful portrait by Karl Brullov 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 mother's initiatives to life and insisted on naming the Institute after her mother.

This portrait shows Elena Pavlovna with her young daughter Maria. 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.

Лекция

- ВАКЦИНОПРОФИЛАКТИКА В ПРАКТИКЕ
СЕМЕЙНОГО ВРАЧА
И. Е. Моисеева 4

Оригинальное научное исследование

- ВОЗМОЖНОСТИ СИОФОРА (МЕТФОРМИНА)
В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ
ОСТЕОАРТРОЗОМ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ
СИНДРОМОМ
Л. В. Васильева, Д. И. Лакхин 16

- КАЧЕСТВО ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С СЕРДЕЧНОЙ
НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ С СОХРАНЕННОЙ
СИСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИЕЙ
А. Н. Андрияхин 22

- ПЕРВЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПРОЕКТА
ПО УЛУЧШЕНИЮ ДИАГНОСТИКИ ИНФЕКЦИЙ
ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ, РАЦИОНАЛЬНОМУ
НАЗНАЧЕНИЮ АНТИБИОТИКОВ В ОБЩЕЙ
ВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИКЕ И СНИЖЕНИЮ
БАКТЕРИАЛЬНОЙ РЕЗИСТЕНТНОСТИ
К АНТИБИОТИКАМ
*А. А. Реуцкий, Е. А. Егорова, Л. Бьеррум, А. Манк,
Б. Гарн-Хансен, М. П. Хансен, Б. Г. Лопес-Валькарсел,
А. Перес, Л. Кабалльеро, В. фон дер Хейд,
Р. Радзивичене, А. Юргитис, К. Ллор, Х. М. Котс,
С. Ернандес, Е. Л. Страндберг, И. Овхед,
С. Мольстад, Р. В. Штихель, Р. Бенко,
В. Влаховиц-Пальцевски, Х. Лионис,
М. Роннинг* 27

Литературный обзор

- СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ИЗУЧЕНИЮ
РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ХРОНИЧЕСКОЙ
ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ
М. А. Похазникова 35

Сестринское дело

- ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНАЯ РЕФЛЮКСНАЯ БОЛЕЗНЬ
В. Н. Петров 40

Случай из практики

- ОШИБКИ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ
ПНЕВМОНИЕЙ
М. А. Похазникова, Г. С. Баласанянц 43

Хроника

- НА ЭКЗАМЕНЕ У БУДУЩИХ ВРАЧЕЙ ОБЩЕЙ
ПРАКТИКИ В КАТОЛИЧЕСКОМ УНИВЕРСИТЕТЕ
Г. ЛЁВЕНА (БЕЛЬГИЯ)
Н. А. Гурина 48

Lecture

- VACCINATION IN PRACTICE OF FAMILY
PHYSICIAN
I. E. Moiseeva 4

Original data

- POSSIBILITIES OF SIOFOR (METFORMIN)
IN COMPLEX TREATMENT OF PATIENTS
WITH OSTEOARTHRITIS AND THE METABOLIC
SYNDROME
L. V. Vasilyeva, D. I. Lakhin 16

- QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH HEART
FAILURE PRESERVED EJECTION FRACTION
A. N. Andryukhin 22

- FIRST RESULTS OF THE PROJECT
FOR IMPROVING DIAGNOSIS OF RESPIRATORY
TRACT INFECTIONS, THE RATIONAL ANTIBIOTICS
PRESCRIBING IN GENERAL PRACTICE AND
THE DECREASE OF BACTERIAL RESISTANCE
TO ANTIBIOTICS
*A. Reutskiy, E. Egorova, L. Bjerrum, A. Munck,
B. Gahrn-Hansen, M. P. Hansen,
B. G. López-Valcarcel, A. Pérez, L. Caballero,
W. von der Heyde, R. Radzeviciene, A. Jurgitis,
C. Llor, J. M. Cots, S. Hernández, E. L. Strandberg,
I. Ovhed, S. Molstad, R. V. Stichele, R. Benko,
V. Vlahovic-Palcevski, Ch. Lionis,
M. Ronning* 27

Literature review

- MODERN APPROACHES TO STUDY PREVALENCE
OF THE CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY
DISEASES
M. A. Pokhaznikova 35

Nursing

- GASTRO-ESOPHAGEAL REFLUX DISEASE
V. N. Petrov 40

Clinical case

- MISTAKES OF THE CLINICAL MANAGEMENT OF
COMMUNITY-ACQUIRED PNEUMONIA PATIENTS
M. A. Pokhaznikova, G. S. Balasanyants 43

Chronicle

- ON THE EXAM OF FUTURE GENERAL
PRACTITIONERS IN THE CATHOLIC UNIVERSITY
OF LEUVEN (BELGIUM)
N. A. Gurina 48

УДК 615.371:614.24

ВАКЦИНОПРОФИЛАКТИКА В ПРАКТИКЕ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА

И. Е. Моисеева

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

VACCINATION IN PRACTICE OF FAMILY PHYSICIAN

I. E. Moiseeva

St-Petersburg Medical Academy of Postgraduate Studies, Russia

© И. Е. Моисеева, 2010 г.

Вакцинопрофилактика — наиболее эффективный метод предотвращения инфекционных заболеваний. Вакцинация вызывает активный специфический иммунитет у привитых, а также снижает возможность циркуляции возбудителей инфекционных заболеваний в популяции, что уменьшает риск инфицирования непривитых лиц.

В Национальный календарь прививок и календарь прививок по эпидемическим показаниям в настоящее время входят прививки против более чем двадцати инфекций. Кроме того, существуют вакцины, которые не включены в календарь, но могут вводиться по желанию пациентов при наличии соответствующих показаний.

Семейный врач, работающий с пациентами всех возрастных групп, должен хорошо ориентироваться в вопросах вакцинопрофилактики. Необходимо знать основные законодательные и нормативные документы, порядок проведения вакцинации, противопоказания к вакцинации и поствакцинальные осложнения.

Ключевые слова: профилактика, вакцинация, общая врачебная практика, семейная медицина.

Vaccination is most effective method of prevention of infection diseases. Vaccination induces active specific immune reactions in vaccinated patients and decreases possibility of circulation of infections in population.

National immunization schedule and schedule of immunization for epidemic indications include more than twenty vaccines. Also we have some additional vaccines that could be injected if patient want to do it.

Family physician who works with patients from different ages groups should have good knowledge about immunization. We should know laws and legislative documents, indications, contraindications and possible reactions and complications of vaccination.

Keywords: prevention, vaccination, general practice, family medicine.

Вакцинопрофилактика (иммунопрофилактика) в настоящее время считается наиболее эффективным методом профилактики инфекционных заболеваний. Вакцинация вызывает у привитого человека активный специфический иммунный ответ против того или иного возбудителя инфекционного заболевания. Хотелось отметить, что все вакцины содержат набор антигенов, введение которых в организм вызывает активную реакцию иммунной системы на чужеродные вещества. Таким образом, высказывания противников вакцинопрофилактики о том, что вакцинация угнетает собственный иммунитет, можно назвать необоснованными. Массовая вакцинация населения позволяет снизить число восприимчивых к инфекции лиц, а значит ограничить циркуляцию и распространенность инфекционного агента в популяции за счет формирования иммунной прослойки, что способствует снижению заболеваемости даже среди непривитого населения.

Семейный врач, работающий с пациентами различного возраста, должен хорошо ориентироваться в основных вопросах, связанных с проведением вакцинопрофилактики.

Основными законодательными документами, регламентирующими работу по иммунопрофилактике, являются Федеральный закон от 17.09.1998 г. № 157-ФЗ «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней» и Федеральный закон от 30.03.1999 г. № 52-ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения».

Организация и порядок вакцинации представлены в методических указаниях от 4.03.2004 г. «Порядок проведения профилактических прививок» МУ 3.3.1889-04, утвержденных главным государственным санитарным врачом РФ 4.03.2004 г.

Вакцинация проводится в соответствии с требованиями нормативных и методических документов. Все профилактические прививки выполняются по назначению врача с учетом соот-

ветствующих показаний и противопоказаний. Перед проведением вакцинации обязательными являются опрос пациента (или опрос родителей или других представителей несовершеннолетнего), внимательное изучение медицинской документации. Все пациенты обязательно подвергаются врачебному осмотру с термометрией, а при необходимости — дополнительному обследованию. Право пациентов на бесплатную вакцинацию вакцинами национального календаря профилактических прививок и календаря прививок по эпидемическим показаниям, а также на бесплатный осмотр и обследование по показаниям регламентировано Федеральным законом от 17.09.1998 г. № 157-ФЗ. Перед проведением прививок медицинский работник обязан предоставить пациенту полную и объективную информацию о необходи-

мости профилактических прививок, последствиях отказа от них, о возможных поствакцинальных осложнениях. В случае отказа от вакцинации пациент обязан подтвердить его в письменной форме. После вакцинации пациент должен 30 минут находиться под медицинским наблюдением [1, 2].

Национальный календарь профилактических прививок, действующий в России в настоящее время (табл. 1), определен Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации № 229 от 27.06.2001 г. «О национальном календаре профилактических прививок и календаре профилактических прививок по эпидемическим показаниям» с изменениями, внесенными Приказами Министерства здравоохранения и социального развития РФ № 673 от 30.10.2007 г. и № 166 от 9.04.2009 г. [3].

Таблица 1

*Национальный календарь профилактических прививок
(Приложение № 1 к приказу Минздрава РФ от 27.06.2001 № 229 в ред. приказа
Минздравсоцразвития РФ от 30.10.2007 № 673)*

Возраст	Наименование прививки
Новорожденные (первые 24 ч жизни)	Первая вакцинация против вирусного гепатита В ^{1,3,4}
Новорожденные (3–7 дней)	Вакцинация против туберкулеза (БЦЖ или БЦЖ-М) ²
1 мес	Вторая вакцинация против вирусного гепатита В (дети из групп риска) ³
2 мес	Третья вакцинация против гепатита В (дети из групп риска) ³
3 мес	Вторая вакцинация против вирусного гепатита В ⁴ Первая вакцинация против дифтерии, коклюша, столбняка, полиомиелита ⁵
4,5 мес	Вторая вакцинация против дифтерии, коклюша, столбняка, полиомиелита ⁵
6 мес	Третья вакцинация против вирусного гепатита В ⁴ Третья вакцинация против дифтерии, коклюша, столбняка, полиомиелита ⁵
12 мес	Четвертая вакцинация против вирусного гепатита В (дети из групп риска) ³ Вакцинация против кори, краснухи, эпидемического паротита
18 мес	Первая ревакцинация против дифтерии, коклюша, столбняка, полиомиелита
20 мес	Вторая ревакцинация против полиомиелита
6 лет	Ревакцинация против кори, краснухи, эпидемического паротита
6–7 лет	Вторая ревакцинация против дифтерии, столбняка
7 лет	Ревакцинация против туберкулеза (БЦЖ) ²
14 лет	Третья ревакцинация против дифтерии, столбняка Ревакцинация против туберкулеза (БЦЖ) ² Третья ревакцинация против полиомиелита
Взрослые от 18 лет	Ревакцинация против дифтерии, столбняка — каждые 10 лет от момента последней ревакцинации
Дети от 1 до 18 лет, взрослые от 18 до 55 лет, не привитые ранее	Вакцинация против вирусного гепатита В
Дети от 1 до 18 лет, не болевшие, не привитые, привитые однократно против краснухи; девушки от 18 до 25 лет, не болевшие, не привитые ранее	Иммунизация против краснухи

Возраст	Наименование прививки
Дети, посещающие дошкольные учреждения, учащиеся 1–11 классов, студенты высших и средних профессиональных учебных заведений; взрослые, работающие по отдельным профессиям и должностям (работники медицинских и образовательных учреждений, транспорта, коммунальной сферы и др.), взрослые старше 60 лет	Вакцинация против гриппа
Подростки и взрослые в возрасте до 35 лет, не болевшие, не привитые и не имеющие сведений о профилактических прививках против кори; контактные лица из очагов заболевания, не болевшие, не привитые и не имеющие сведений о профилактических прививках против кори — без ограничения по возрасту	Иммунизация против кори

Примечания:

1. Иммунизация в рамках национального календаря профилактических прививок проводится вакцинами отечественного и зарубежного производства, зарегистрированными и разрешенными к применению в Российской Федерации в установленном порядке в соответствии с инструкциями по их применению.

2. Для иммунизации против вирусного гепатита В детей первого года жизни, а также против гриппа детей, посещающих дошкольные учреждения, учащихся 1–11 классов рекомендуется использовать вакцины, не содержащие консервант (тиомерсал).

3. Вакцинация против гепатита В по схеме 0–1–6 (первая доза — в начале вакцинации, вторая доза — через 1 мес, третья доза — через 6 мес от начала иммунизации) проводится детям, не получившим прививки в возрасте до 1 года и не относящимся к группам риска, а также подросткам и взрослым, не привитым ранее.

4. Применяемые в рамках национального календаря профилактических прививок вакцины (кроме БЦЖ, БЦЖ-М) можно вводить с интервалом в 1 мес или одновременно разными шприцами в разные участки тела.

5. При нарушении срока начала прививок их проводят по схемам, предусмотренным Национальным календарем профилактических прививок, и в соответствии с инструкциями по применению препаратов.

6. Иммунизация детей, родившихся от ВИЧ-инфицированных матерей, осуществляется в рамках Национального календаря профилактических прививок (по индивидуальному графику прививок) и в соответствии с инструкциями по применению вакцин и анатоксинов.

7. Иммунизация детей, рожденных от ВИЧ-инфицированных матерей, проводится с учетом следующих факторов: вид вакцины (живая, инактивированная), наличие иммунодефицита с учетом возраста ребенка, сопутствующие заболевания.

8. Все инактивированные вакцины (анатоксины), рекомбинантные вакцины вводят детям, рожденным ВИЧ-инфицированными матерями, в том числе ВИЧ-инфицированным детям, вне зависимости от стадии заболевания и числа CD4+ лимфоцитов.

9. Живые вакцины вводят детям с установленным диагнозом «ВИЧ-инфекция» после иммунологического обследования для исключения иммунодефицитного состояния. При отсутствии иммунодефицита живые вакцины вводят в соответствии с Национальным календарем профилактических прививок. При наличии иммунодефицита введение живых вакцин противопоказано.

10. Через 6 месяцев после первичного введения живых вакцин против кори, эпидемического паротита, краснухи ВИЧ-инфицированным осуществляют оценку уровня специфических антител и при их отсутствии вводят повторную дозу вакцины с предварительным лабораторным контролем иммунного статуса.

¹Вакцинация против вирусного гепатита В проводится всем новорожденным в первые 24 ч жизни ребенка, включая детей, рожденных здоровыми матерями и детей из групп риска, которые включают новорожденных, родившихся от матерей-носителей HBsAg, больных вирусным гепатитом В или перенесших вирусный гепатит В в третьем триместре беременности, не имеющих результатов обследования на маркеры гепатита В, а также отнесенных к группам риска наркозависимых, в семьях, в которых есть носитель HBsAg или больной вирусным гепатитом В и хроническими вирусными гепатитами (далее — группы риска).

²Вакцинация новорожденных против туберкулеза проводится вакциной БЦЖ-М; вакцинация новорожденных против туберкулеза проводится вакциной БЦЖ в субъектах Российской Федерации с показателями заболеваемости, превышающими 80 на 100 тыс. населения, а также при наличии в окружении новорожденного больных туберкулезом.

Ревакцинация против туберкулеза проводится неинфицированным микобактериями туберкулеза туберкулиноотрицательным детям в 7 и 14 лет.

В субъектах Российской Федерации с показателями заболеваемости туберкулезом, не превышающими 40 на 100 тыс. населения, ревакцинация против туберкулеза в 14 лет проводится туберкулиноотрицательным детям, не получившим прививку в 7 лет.

³Вакцинация против вирусного гепатита В проводится по схеме 0–1–2–12 (первая доза — в первые 24 ч жизни, вторая доза — в возрасте 1 мес, третья доза — в возрасте 2 мес, четвертая доза — в возрасте 12 мес) новорожденным детям из групп риска.

⁴Вакцинация против вирусного гепатита В проводится по схеме 0–3–6 (первая доза — в начале вакцинации, вторая доза — через 3 мес после первой прививки, третья доза — через 6 мес от начала иммунизации) всем детям, не относящимся к группам риска.

⁵Вакцинация против полиомиелита проводится инактивированной вакциной против полиомиелита (ИППВ) трехкратно всем детям первого года жизни.

В зависимости от эпидемиологической ситуации в Национальный календарь прививок могут вноситься изменения. Примером может быть вакцинация против вирусного гепатита В, необходимость включения которой в национальный календарь профилактических прививок была обусловлена выраженным ростом заболеваемости и распространенности этого инфекционного заболевания в 1990-е годы.

Помимо вакцин, имеющих в настоящее время, создаются и проходят испытания новые иммунобиопрепараты. Уже появились вакцины против вируса папилломы человека, ветряной оспы. Проходит регистрацию в России вакцина против ротавирусной инфекции. Разрабатываются вакцины против цитомегаловируса, вируса Эпштейна — Барр, вируса простого герпеса, вируса гепатита С, ВИЧ. Хочется обратить особое внимание на то, что применение этих вакцин сможет предупредить не только развитие инфекционных заболеваний, но и их серьезных осложнений и последствий (например, рака шейки матки при папилломавирусной инфекции).

Виды препаратов для вакцинопрофилактики

Вакцины — препараты, которые получают из микроорганизмов или продуктов их жизнедеятельности. Действующим началом вакцин являются специфические антигены, которые при введении в организм человека вызывают развитие иммунологических реакций, обеспечивающих в дальнейшем иммунную устойчивость к патогенным микроорганизмам.

Все вакцинопрепараты обычно оценивают по трем параметрам:

- безопасность, то есть отсутствие патогенности (способности вызывать вакциноассоциированные заболевания) для человека;
- реактогенность, или свойство вакцин вызывать побочные постпрививочные реакции;
- иммуногенность — способность индуцировать выраженный защитный иммунный ответ.

Вакцины должны быть максимально безопасными, иметь минимальную реактогенность и при этом сохранять достаточно высокую иммуногенность.

В соответствии с методом получения и типом специфического антигена все вакцины можно разделить на несколько видов:

- живые;
- инактивированные (убитые);
- химические;
- анатоксины;
- рекомбинантные.

К **живым вакцинам** относятся, например, коревая, краснушная, паротитная, оральная полиомиелитная вакцины, которые содержат ослаб-

ленные живые микроорганизмы, утратившие вирулентность, но сохранившие при этом иммуногенные свойства. К достоинствам живых вакцин относится их способность стимулировать длительный и стойкий гуморальный и клеточный иммунитет, что позволяет вводить данный вид препаратов однократно или с редкими ревакцинациями (один раз в 5–10 лет). Недостатками живых вакцин являются термолабильность, светочувствительность, невозможность строгого дозирования. Кроме того, у лиц с иммунодефицитными состояниями живые вакцины могут вызывать вакциноассоциированные заболевания.

Инактивированные вакцины (коклюшная, инактивированная полиомиелитная) содержат либо цельные убитые микроорганизмы, либо их субклеточные структуры. Ацеллюлярные вакцины, содержащие только отдельные компоненты, также называют химическими вакцинами. Преимуществами таких вакцин являются термостабильность и возможность строгого дозирования. Однако они создают только гуморальный иммунитет, при этом менее стойкий, чем после введения живых вакцин, что требует их неоднократного введения при первичной вакцинации. Другим недостатком убитых вакцин является неустойчивость к замораживанию. Кроме того, цельноклеточные вакцины отличаются высокой реактогенностью. При этом препараты, в состав которых входят субъединичные (субклеточные) структуры гораздо реже вызывают побочные реакции.

Анатоксины (дифтерийный, столбнячный) — это обезвреженные химическим способом экзотоксины микроорганизмов, сохранившие свою антигенную структуру. По общим свойствам эти иммунопрепараты сходны с инактивированными вакцинами: они термостабильны и могут строго дозироваться, но при этом требуют неоднократного введения. Анатоксины создают только противотоксический иммунитет, при отсутствии противомикробного. Таким образом, у привитых пациентов это приводит к развитию либо нетоксических форм инфекционного заболевания (например, дифтерии), либо носительства.

Рекомбинантные вакцины получают с использованием методов генной инженерии. К этому виду иммунопрепаратов относится, например, вакцина против вирусного гепатита В, которая содержит поверхностный антиген вируса (HBsAg), вызывающий иммунный ответ. Также рекомбинантной вакциной является вакцина против вируса папилломы человека. Достоинствами данного вида вакцин являются способность формирования достаточно стойкого длительного иммунитета и низкая реактогенность.

Основные прививки Национального календаря

Национальный календарь профилактических прививок был разработан с учетом международных рекомендаций и эпидемиологической ситуации в России. Необходимость вакцинопрофилактики инфекционных заболеваний, входящих в Национальный календарь профилактических прививок, продиктована высокими уровнями заболеваемости этими инфекциями, их тяжелым течением, высокими показателями летальности, а также высоким риском развития осложнений, хронических форм и инвалидизации.

Вакцинация против вирусного гепатита В

Вакцинация против вирусного гепатита В в соответствии с Национальным календарем профилактических прививок проводится всем новорожденным детям в первые 24 часа жизни. Необходимость раннего введения вакцины продиктована сохраняющимися высокими уровнями заболеваемости вирусным гепатитом В и вирусносительства, в особенности — в возрастной группе от 15 до 29 лет.

С 2006 г. в рамках Национального проекта «Здоровье» также была введена дополнительная вакцинация непривитых детей от 1 до 17 лет и взрослых от 18 до 55 лет.

Для профилактики вирусного гепатита В применяют рекомбинантные (генно-инженерные) вакцины: Энджерикс В, Комбиотех, Эувакс В и другие.

Вакцинацию против гепатита В проводят по трем основным схемам.

Схема «0–3–6», когда первая вакцинация (0) проводится в первые 24 ч жизни новорожденного, вторая вакцинация (3) — в 3 мес (в один день с вакцинацией против дифтерии, коклюша, столбняка и полиомиелита), третья (6) — в 6 мес, рекомендуется для детей первого года жизни, не относящихся к группам риска.

Схема вакцинации «0–1–2–12». После первой (0) вакцинации вторая (1) проводится через 1 мес, третья (2) — через 2 мес от первой, а четвертую (12) необходимо провести через 12 мес после первой вакцинации. Эта схема применяется у детей из групп риска, к которым относятся дети, родившиеся:

1) от матерей-носителей вируса гепатита В, больных вирусным гепатитом В или перенесших вирусный гепатит В в третьем триместре беременности, не имеющих результатов обследования на маркеры гепатита В,

2) от матерей-наркозависимых,

3) в семьях, где есть носитель HbsAg, больной острым вирусным гепатитом В или хроническим вирусным гепатитом.

Также схема «0–1–2–12» используется у взрослых, относящихся к группам риска по инфици-

рованию вирусом гепатита В (например, у пациентов на гемодиализе).

Вакцинация против вирусного гепатита В детей, не относящихся к группе риска, которые не были привиты в возрасте до 1 года, а также подростков и взрослых, не привитых ранее, проводится по схеме «0–1–6» (первая доза — в начале вакцинации, вторая доза — через 1 мес, третья доза — через 6 мес от начала иммунизации) [3].

Вакцинация против туберкулеза

Для профилактики туберкулеза применяют вакцины БЦЖ (BCG — *Bacillus Calmette — Guérin*), содержащая живые ослабленные микобактерии вакцинного штамма (*Mycobacterium bovis*) и БЦЖ-М, в которой содержание микобактерий меньше, чем в БЦЖ.

Вакцинация против туберкулеза проводится детям первых 3–7 дней жизни.

В настоящее время в регионах, где заболеваемость туберкулезом превышает 80 на 100 тыс. населения, для вакцинации новорожденных рекомендуется использование БЦЖ. Эта же вакцина применяется для иммунизации новорожденных, в окружении которых есть больные туберкулезом. В остальных случаях детей следует прививать вакциной БЦЖ-М. Ревакцинация проводится в 7 и в 14 лет неинфицированным детям, имеющим отрицательную реакцию Манту. В регионах, где заболеваемость туберкулезом не превышает 40 на 100 тыс. населения, ревакцинация в 14 лет проводится туберкулиноотрицательным детям, не получившим прививку в 7 лет [3].

Вакцинация против дифтерии и столбняка

Для вакцинопрофилактики дифтерии и столбняка применяют дифтерийный и столбнячный анатоксины, входящие в состав комбинированных препаратов (АКДС, АДС, АДС-М, Инфанрикс, Пентаксим и др.). Вакцинация против дифтерии и столбняка проводится трехкратно начиная с 3 мес с интервалом между введениями в 45 дней (1,5 мес). Ревакцинация проводится в 18 мес (или через 1 год после последней вакцинации), в 7 лет и в 14 лет. Взрослым ревакцинация проводится через каждые 10 лет после последнего введения вакцины.

Следует помнить, что введение анатоксинов позволяет сформировать только антитоксический иммунитет, поэтому привитые пациенты могут болеть, например, дифтерией, но заболевание будет протекать в виде бактерионосительства или в нетоксической форме, без развития тяжелых осложнений (при правильно проведенной иммунизации и адекватном иммунном ответе) [3, 4].

Вакцинация против полиомиелита

Для иммунопрофилактики полиомиелита применяются живая оральная полиомиелитная вакцина (ОПВ) и инактивированная полиомиелит-

ная вакцина (ИПВ). При этом ИПВ может быть как самостоятельным препаратом (Имовакс-Полио), так и компонентом комбинированной вакцины (Пентаксим). ИПВ в соответствии с Национальным календарем вводится всем детям первого года жизни, а также у детей старше 1 года при наличии у них противопоказаний к ведению ОПВ (иммунодефицитные состояния, злокачественные новообразования).

Вакцинация против полиомиелита проводится трехкратно (одновременно с введением АКДС), начиная с 3 мес, с интервалом между введениями вакцины 45 дней (1,5 мес). Ревакцинация проводится в 18 мес (также с АКДС) и в 20 мес. В 14 лет проводится последняя ревакцинация против полиомиелита [3].

Вакцинация против коклюша

Профилактика коклюша наиболее важна у детей первого года жизни, так как это заболевание особенно тяжело протекает в раннем возрасте. Для иммунопрофилактики коклюша используют комбинированные вакцины, содержащие убитые коклюшные микробы, дифтерийный и столбнячный анатоксины (АКДС). В настоящее время применяются и бесклеточные вакцины (Инфанрикс, Пентаксим), не содержащие цельного коклюшного компонента, что обеспечивает низкую реактогенность данных вакцин по сравнению с цельноклеточными.

Курс вакцинации против коклюша состоит из трех введений вакцины с интервалом в 45 дней. Провести вакцинацию против коклюша необходимо до достижения ребенком возраста 4 лет. После этого возраста вакцинацию против коклюша не проводят, а для иммунопрофилактики дифтерии и столбняка применяют препараты, не содержащие коклюшного компонента.

Достаточно высокая заболеваемость коклюшем детей старше 4 лет, подростков и взрослых привела к необходимости рассмотрения вопроса о возможности ревакцинации против коклюша школьников и взрослых, которая может проводиться ацеллюлярными вакцинами. В странах, где опыт такой ревакцинации уже имеется заболеваемость среди подростков и взрослых удалось существенно снизить [3, 5].

Вакцинация против кори

Вакцинация против кори проводится живой коревой вакциной или комбинированными ди-вакцинами (коревая-паротитная) или тривакцинами (коревая-паротитная-краснушная — Прио-

рикс, MMR). Применение ди- и тривакцин предпочтительнее, чем использование моновакцин, так как позволяет сократить количество инъекций. Вакцинация против кори проводится в 12 мес однократно, ревакцинация — в 6 лет. Кроме того, иммунизации против кори подлежат подростки и взрослые в возрасте до 35 лет, и контактные лица из очагов заболевания без ограничения по возрасту, не болевшие, не привитые и не имеющие сведений о профилактических прививках против кори [3].

Вакцинация против эпидемического паротита

Вакцинация против эпидемического паротита проводится живой паротитной вакциной или ди- или тривакцинами (паротит-корь, паротит-корь-краснуха). Вакцинация против паротита проводится в 12 мес однократно, ревакцинация — в 6 лет [3].

Вакцинация против краснухи

Вакцинация против краснухи проводится живой краснушной вакциной или тривакциной (корь-краснуха-паротит).

Вакцинация против краснухи проводится однократно в 12 мес, ревакцинация — в 6 лет. Дополнительно проводится вакцинация не болевших, не привитых или привитых однократно детей от 1 до 17 лет, а также девушек от 18 до 25 лет, не болевших краснухой и не привитых ранее [3].

Вакцинация против гриппа

Вакцинация против гриппа входит в перечень обязательных прививок Национального календаря с 2006 г. В соответствии с календарем обязательной вакцинации подлежат дети, посещающие дошкольные учреждения, учащиеся 1–11 классов, студенты высших и средних профессиональных учебных заведений, взрослые, профессии которых связаны с повышенным риском заражения ОРВИ (медицинские работники, работники образовательных учреждений, транспорта, коммунальной сферы и т. п.), а также все взрослые старше 60 лет [3]. В настоящее время существуют живые, инактивированные цельновирионные (грипповак), а также субъединичные (гриппол, агриппал, инфлювак, инфлексал) и сплит-вакцины (ваксигрип, флюарикс, бегривак). Сплит-вакцины содержат все вирионные белки вирусов гриппа, то есть и наружные, и внутренние антигены. В состав субъединичных вакцин входят только наружные антигены вирусов гриппа (гемагглютинин и нейраминидаза).

Дополнительная вакцинация

В настоящее время вакцинация против инфекций, не входящих в Национальный календарь профилактических прививок, возможна только на коммерческой основе. Так, в России не проводится бесплатная вакцинация против пневмо-

кокка, гемофильной инфекции типа b, ветряной оспы, вируса папилломы человека, а вакцинация против менингококковой инфекции и вирусного гепатита А бесплатно осуществляется только при наличии эпидемических показаний, хотя во

многих странах накоплен богатый положительный опыт профилактики этих инфекций в рамках Национального календаря профилактических прививок. В то же время в нашей стране в последние годы активно обсуждается вопрос о необходимости и возможности модернизации национального календаря прививок. Так, в резолюции XIV Конгресса педиатров России содержится обращение к Министерству здравоохранения и социального развития по поводу расширения национального календаря прививок за счет включения вакцинации против инфекций, вызванных пневмококком, папилломавирусом, гемофильной палочкой типа b, вирусом ветряной оспы, вирусом гепатита А, менингококком, ротавирусом [7].

Гемофильная инфекция тип b

Haemophilus influenzae b — частая причина гнойного отита, пневмонии, менингита, эпиглоттита у детей. С этой инфекцией связано около 3 млн тяжелых заболеваний и 386 тыс. случаев смерти (в основном от менингита и пневмонии) в год. Наиболее часто заболевают дети в возрасте от 4 мес до 5 лет. После менингита, вызванного гемофильной инфекцией, у 15–35% пациентов сохраняются стойкие нарушения, приводящие к инвалидизации [4, 8].

Для вакцинации против гемофильной инфекции применяются вакцины Хиберикс, Акт-Хиб, Пентаксим. Схемы вакцинации зависят от возраста, в котором проводится первое введение вакцины. При начале вакцинации в возрасте от 6 нед до 6 мес вакцина вводится трехкратно с ревакцинацией на втором году жизни. В возрасте от 6 до 12 мес вакцину вводят двукратно, ревакцинацию также проводят на втором году. С 1 до 5 лет вакцинацию проводят однократно. В 2011 г. вакцинацию против гемофильной инфекции планируется включить в национальный календарь профилактических прививок [9].

Папилломавирусная инфекция

Папилломавирусная инфекция в настоящее время рассматривается как одна из ведущих причин рака шейки матки. Вирус папилломы человека выявляется у 99,7% пациенток с раком шейки матки [7–9].

Для вакцинации женщин против папилломавирусной инфекции в настоящее время используются две вакцины. Вакцина Гардасил применяется с 9 до 26 лет, вводится по схеме 0–2–6 мес. Вакцину Церварикс рекомендуется использовать с 10 до 25 лет по схеме 0–1–6 мес [4].

Одномоментная вакцинация

В соответствии с международными и национальными рекомендациями по вакцинопрофилактике сочетанная вакцинация несколькими

Пневмококковая инфекция

Пневмококковая инфекция является наиболее частой причиной внебольничных пневмоний, а также частой причиной сепсиса, менингита, острого среднего отита как у детей, так и у взрослых. Наиболее высокий уровень заболеваемости пневмококковой инфекцией отмечается у детей до 5 лет и пожилых людей старше 65 лет. К группам риска по заболеваемости пневмококковой инфекцией относятся также пациенты с хроническими заболеваниями легких, сердечно-сосудистой системы, печени, пациенты с сахарным диабетом, иммунокомпрометированные пациенты (в том числе, больные с ВИЧ-инфекцией).

Вакцина Пневмо-23 может применяться с 2 лет, вводится однократно. Помимо вакцинации указанных групп риска, введение вакцины рекомендуется часто болеющим детям, а также перед поступлением в детский коллектив (например, перед началом посещения детского сада) [4].

Менингококковая инфекция

Прививки против менингококковой инфекции в настоящее время входят в календарь профилактических прививок по эпидемическим показаниям. Вакцинация проводится в очагах менингококковой инфекции, а также в группах риска (детские дошкольные учреждения, школы, общежития и пр.) при повышении уровня заболеваемости в 2 раза по сравнению с предыдущим годом. Вакцины вводятся однократно, Менинго А+С может применяться с 18 мес, Мэнцевакс АСWУ — с 2 лет [4].

Вирусный гепатит А

Вакцинация против вирусного гепатита А включена в календарь прививок по эпидемическим показаниям, однако в настоящее время рассматривается вопрос о включении этой прививки в национальный календарь. Для вакцинации применяются вакцины Геп-А-Инвак (с 3 лет), Аваксим, Вакта (с 2 лет), Хаврикс (с 1 года). Все вакцины вводятся двукратно с интервалом между введениями 6–12 мес [4].

Ветряная оспа

Вакцинация против ветряной оспы наиболее показана пациентам из групп риска по тяжелому течению этого заболевания (иммунокомпрометированные пациенты) и членов их семей. В настоящее время в России зарегистрирована вакцина Варилрикс — живая вакцина, рекомендованная к применению с 12 мес. Дети с 1 до 13 лет прививаются однократно, после 13 лет рекомендуется двукратное введение вакцины с интервалом 6–10 нед [4].

вакцинами в один день возможна при использовании поливакцины или при введении нескольких моновакцин в различные участки тела разными

ми шприцами. В Национальном календаре прививок предусмотрено одномоментное (одновременное) введение нескольких вакцин (АКДС + ИПВ + гепатит В, корь + краснуха + паротит). Кроме того, при нарушенной графике или при необходимости проведения дополнительных прививок, не входящих в календарь (например, вакцинация контактных не привитых ранее в очаге дифтерии по эпидемическим показаниям), возможно одновременное введение и других вакцин.

Не рекомендуется проводить одновременную вакцинацию (в один день) только с вакциной БЦЖ (БЦЖ-М), так как существует опасность контаминации (в день введения БЦЖ противопоказаны любые парентеральные манипуляции!) [2].

Одномоментная вакцинация с применением комбинированных вакцин предпочтительнее, чем отдельная вакцинация моновакцинами, так как при этом уменьшается число инъекций и снижается количество балластных веществ (например, консервантов), поступающих в организм с вак-

циной. Иммуный ответ при этом не снижается, а количество побочных реакций на вакцинацию не увеличивается [6, 10].

Противопоказания к вакцинации

Вакцинация не является абсолютно безопасным методом и при некоторых состояниях она может быть противопоказана. В последние годы перечни абсолютных противопоказаний к проведению прививок имеют тенденцию к сокращению. Во многих исследованиях по изучению последствий вакцинации у разных групп населения, в том числе, у пациентов с хроническими заболеваниями, было показано, что негативное влияние вакцинации на их состояние здоровья зачастую сильно преувеличено [10, 11].

Перечень противопоказаний к вакцинации (табл. 2) представлен в методических указаниях МУ 3.3.1.1095-02 «Медицинские противопоказания к проведению профилактических прививок препаратами национального календаря прививок» [12].

Таблица 2

Абсолютные противопоказания к проведению профилактических прививок

Вакцина	Противопоказания
Все вакцины	Сильная реакция или поствакцинальное осложнение на предыдущее введение
Живые вакцины, в том числе оральная живая полиомиелитная вакцина	Первичное иммунодефицитное состояние, иммуносупрессия, злокачественные новообразования, беременность
БЦЖ	Масса тела ребенка при рождении менее 2000 г, келоидный рубец, в том числе после предыдущей дозы
АКДС	Прогрессирующие заболевания нервной системы, афебрильные судороги в анамнезе*
Живая коревая, паротитная, краснушная вакцины, ди/тривакцина (корь-паротит, корь-краснуха-паротит)	Тяжелые аллергические реакции на аминокликозиды. Анафилактические реакции на яичный белок (кроме краснушной вакцины)
Вакцина против вирусного гепатита В	Анафилактические реакции на пекарские дрожжи
Грипп	Тяжелые аллергические реакции на аминокликозиды. Анафилактические реакции на яичный белок

*АКДС заменяют на АДС

Сильной реакцией на вакцинацию считается повышение температуры выше 40 °С и/или отек и гиперемия в месте введения больше 8 см. Менее выраженные симптомы не являются противопоказанием для проведения последующей вакцинации [4, 12, 13].

Поствакцинальные осложнения перечислены в методических указаниях МУ 3.3.1.1095-02 в соответствии с перечнем, утвержденным Постановлением Правительства РФ № 885 от 2.08.1999 г.

Имунодефицитные состояния, указанные как противопоказание к вакцинации, должны быть верифицированы. Диагноз иммунодефици-

та может быть поставлен при наличии клинически выраженных и лабораторно подтвержденных признаков нарушения иммунного ответа [12]. Состояниями, наличие которых (в момент обследования или в анамнезе) позволяет заподозрить первичное иммунодефицитное состояние, являются:

- тяжелое, особенно рецидивирующее, гнойное заболевание (пиодермия, абсцесс, отит, пневмония, сепсис);
- парапроктит, анарктальный свищ;
- упорный кандидоз полости рта или других слизистых и кожи;

- пневмоцистная пневмония;
- упорная экзема, в том числе, себорейная;
- тромбоцитопения (снижение уровня тромбоцитов ниже возрастной нормы, особенно в сочетании с анемией и лейкопенией);
- отягощенная наследственность по иммунодефицитным состояниям (наличие в семье больного иммунодефицитом).

В отличие от живых вакцин, инактивированные и рекомбинантные вакцины, а также анатоксины, детям с иммунодефицитами вводят без ограничений в любом возрасте.

Беременность является противопоказанием для введения всех живых вакцин, несмотря на то, что в литературе не описано случаев их отрицательного влияния на плод. Однако в случае рождения ребенка с какими-либо врожденными аномалиями могут возникнуть сложности, связанные с исключением возможного тератогенного воздействия вакцины. Поэтому во время беременности использование живых вакцин не рекомендуется. Кроме того, прививку против краснухи лучше сделать не позже, чем за 2–3 мес до планируемой беременности. В период беременности возможна, например, вакцинация против гепатита В, гриппа (субъединичной или сплит-вакциной) [12, 13].

Детям, имеющим временные противопоказания к введению БЦЖ (недоношенность, масса тела менее 2000 г, гемолитическая болезнь новорожденных), вакцинацию проводят после нормализации состояния, но желательно до выписки из родильного дома или стационара.

Прогрессирующие заболевания нервной системы и афебрильные судороги в анамнезе являются противопоказанием к введению коклюшного компонента, поэтому в таких случаях АКДС заменяют вакцинами, не содержащими коклюшный компонент (АДС). Детям с фебрильными судорогами в анамнезе введение АКДС не противопоказано, но вакцинацию проводят на фоне приема парацетамола (10–15 мг/кг 3–4 раза в день в течение 1–2 дней). Также возможна замена АКДС на ацеллюлярную вакцину (в частности, инфанрикс) [4, 12].

В настоящее время при решении вопроса о возможности или необходимости вакцинации против того или иного заболевания у пациента с хроническим заболеванием следует, прежде всего, определить, что будет хуже для здоровья пациента: возможная реакция на прививку или тяжелое течение инфекционного заболевания [11, 12].

Безусловно, кроме абсолютных противопоказаний, существуют относительные или временные противопоказания к вакцинации, такие как,

например, острые респираторные или кишечные инфекции, обострения хронических заболеваний и т. п. Наличие временных противопоказаний требует отсрочки вакцинации. Так, при острых заболеваниях и обострении хронических заболеваний вакцинацию рекомендуется проводить через 2–4 нед после выздоровления (при хронических заболеваниях — после достижения полной или частичной ремиссии). Временным противопоказанием для введения живых вакцин является состояние после введения иммуноглобулинов, препаратов плазмы крови, в том числе — альбумина, факторов свертывания. В таких случаях вакцинацию проводят не менее чем через 3 мес. Если препараты плазмы вводились в течение 2 нед после уже проведенной прививки, вакцинацию следует повторить, но не ранее, чем через 3 мес [4, 12].

При необходимости экстренной иммунопрофилактики в связи с наличием эпидемических показаний (например, контактные в очаге) прививку делают, несмотря на наличие относительных противопоказаний.

Распространенность состояний, при которых проведение вакцинации абсолютно противопоказано, не слишком велика. Однако зачастую вакцинацию не проводят в связи с наличием ложных противопоказаний — заболеваний или состояний, которые не требуют отсрочки иммунопрофилактики.

К ложным противопоказаниям к проведению профилактических прививок относятся следующие состояния и заболевания [12]:

- перинатальная энцефалопатия;
 - стабильные неврологические состояния;
 - увеличение тени тимуса;
 - аллергия, астма, экзема;
 - анемия;
 - врожденные пороки развития органов и систем;
 - дисбактериоз;
 - поддерживающая терапия;
 - местное применение стероидов;
- Также ложными противопоказаниями являются наличие в анамнезе следующих состояний:
- недоношенность;
 - сепсис;
 - болезнь гиалиновых мембран;
 - гемолитическая болезнь новорожденных;
 - осложнения после вакцинации в семье (у родственников);
 - аллергия в семье;
 - эпилепсия в семье;
 - внезапная смерть в семье.

Опасность расширения списка противопоказаний к вакцинации заключается в возможном

увеличении заболеваемости, сокращении иммунной прослойки (процент населения, невосприимчивого к инфекции). Так произошло, например, с коклюшем. Зачастую необоснованные замены АКДС на АДС (то есть исключение коклюшного компонента) даже при отсутствии противопоказаний привели к увеличению числа не привитых против коклюша детей. Как следствие этого, заболеваемость коклюшем в России с 2005–2006 гг. имеет тенденцию к росту. Также следует помнить, что необоснованный отвод от профилактических прививок может расцениваться как не оказание должной медицинской помощи.

Нормальный и осложненный вакцинальный процесс

Помимо основного иммуногенного эффекта вакцины могут оказывать на организм человека побочные действия. Например, аллергизирующее действие вакцинопрепаратов может проявляться в возникновении или усилении аллергических реакций. Также изменения иммунного статуса под воздействием вакцин могут приводить к временному снижению неспецифической резистентности, что может способствовать возникновению ОРВИ вскоре после введения вакцины. Кроме того, многие вакцинопрепараты обладают остаточной токсичностью, приводя к появлению симптомов умеренной интоксикации. Живые вакцины, помимо этого, могут поражать органы-мишени, приводя к возникновению клинических проявлений, сходных с таковыми при заболеваниях, вызываемых соответствующими возбудителями (увеличение слюнных желез при введении паротитной вакцины, увеличение и умеренная болезненность затылочных лимфатических узлов после вакцинации против краснухи и т. д.) [13].

Большинство реакций, возникающих при введении вакцины, являются нормальным вакцинальным процессом, не требующим, как правило, никакой медицинской помощи.

Нормальные реакции на вакцинацию могут быть общими и местными и имеют три степени выраженности.

Общие проявления вакцинального процесса могут включать повышение температуры тела, симптомы интоксикации, при введении живых вакцин — проявления со стороны органов-мишеней. Также в ответ на вакцинацию возможно обострение хронических заболеваний.

Общие реакции возникают в 1–3 сут после введения инактивированных и рекомбинантных вакцин и анатоксинов и с 5 по 14 сут после применения живых вакцин. Длительность этого процесса не должна превышать трех суток.

По степени выраженности общие проявления вакцинального процесса подразделяют в соответствии с уровнем повышения температуры тела:

- слабая степень (менее 37,5 °С);
- средняя степень (37,6–38,5 °С);
- сильная степень (более 38,5 °С).

Местные реакции характеризуются появлением отека и гиперемии мягких тканей в области введения вакцины. Данный вид реакций может возникать в первые сутки после введения вакцины, независимо от ее вида. Длительность процесса не должна быть более 3 сут.

По размеру отека и гиперемии местные реакции можно разделить следующим образом:

- слабые (менее 2,5 см);
- средние (2,5–5 см);
- сильные (5–8 см).

Патологические реакции на вакцинацию могут протекать в виде токсической, аллергической или неврологической формы. Токсические формы характеризуются повышением температуры тела выше 38,6 °С, проявлениями интоксикации. При этом длительность данного состояния в отличие от нормального вакцинального процесса составляет более 3 сут. Аллергические патологические реакции могут проявляться как местно, в виде отека и гиперемии диаметром более 8 см, так и генерализованно (отек Квинке, анафилактический шок и т. д.). Неврологические нарушения могут проявляться в виде пронзительного крика (после введения АКДС), фебрильных или афебрильных судорог, энцефалита или энцефалопатии, вакциноассоциированного полиомиелита (после введения оральной полиомиелитной вакцины).

Патологические реакции на прививку (поствакцинальные осложнения) — довольно редкое явление [10, 14]. Например, отек Квинке регистрируется с частотой 1 : 120 000 вакцинаций, афебрильные судороги после АКДС — 1 : 70 000 введений. Частота возникновения вакциноассоциированного полиомиелита, вызванного живой полиомиелитной вакциной, составляла 1 : 200 000 первых доз ОПВ до введения в календарь прививок для вакцинации детей первого года жизни инактивированной вакцины. В основном вакциноассоциированный полиомиелит выявлялся у детей с иммунодефицитом, не проявившимся до момента вакцинации. При этом летальность, например, от дифтерии составляет около 2,5%, а от полиомиелита — от 4 до 6%.

Подозрение на поствакцинальное осложнение требует немедленного и подробного обследования пациента, при необходимости — в условиях стационара, для точного выяснения причины возникшего состояния [14].

Перечень основных тяжелых поствакцинальных осложнений, вызванных профилактическими прививками, входящими в национальный календарь, был утвержден Постановлением Правительства Российской Федерации от 2.08.1999 г. № 885 «Об утверждении перечня поствакцинальных осложнений, вызванных профилактическими прививками, включенными в Национальный календарь профилактических прививок и прививок по эпидемическим показаниям, дающих право гражданам на получение государственных единовременных пособий».

В этот перечень вошли следующие состояния:

- анафилактический шок;
- тяжелые генерализованные аллергические реакции (рецидивирующий ангионевротический отек — отек Квинке, синдром Стивенса—Джонсона, синдром Лайелла, синдром сыпороточной болезни и т. п.);
- энцефалит;
- вакциноассоциированный полиомиелит;
- поражения центральной нервной системы с генерализованными или фокальными остаточными проявлениями, приведшими к инвалидности: энцефалопатия, серозный менингит, неврит, полиневрит, а также с клиническими проявлениями судорожного синдрома;
- генерализованная инфекция, остит (остит, остеомиелит), возникшие после введения вакцины БЦЖ;

— артрит хронический, вызванный вакциной против краснухи.

Еще одним вариантом течения поствакцинального периода может быть осложненный вакцинальный процесс, когда после вакцинации (но не вследствие ее) возникает интеркуррентное заболевание (например, ОРВИ). В таких случаях абсолютно неправильно говорить о поствакцинальных осложнениях или патологической реакции на прививку. Последующая иммунизация проводится по обычным схемам.

Чтобы избежать возникновения патологических реакций и поствакцинальных осложнений, следует строго соблюдать правила проведения профилактических прививок. Обязательным условием является тщательный осмотр и термометрия пациента перед прививкой, сбор анамнестических данных. Вакцинация лиц с хроническими заболеваниями, нарушенным графиком прививок, необходимость решения вопросов, связанных с выбором вакцины — все это может потребовать направления пациента на консультацию к иммунологу, а также проведения дообследования (лабораторного, инструментального) [4, 12, 13].

Вакцинация должна проводиться обученным медицинским персоналом, прошедшим специальную подготовку, в специальных помещениях с соблюдением всех санитарных правил и норм. Особое внимание должно уделяться правильности транспортировки и хранения иммунологических препаратов.

Литература

1. *Федеральный Закон РФ от 17.09.1998 г. № 157-ФЗ «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней»* (ред. от 24.07.2009 г.). — http://www.pravo-med.ru/legislation/detail.php?ID=2430&sphrase_id=12825 (дата последнего визита 7.06.2010 г.).
2. *Методические указания от 4.03.2004 г. «Порядок проведения профилактических прививок МУ 3.3.1889-04»*. — <http://www.webapteka.ru/phdocs/doc8587.html> (дата последнего визита 7.06.2010 г.).
3. *Приказ Министерства здравоохранения РФ от 27.06.2001 г. № 229 «О национальном календаре профилактических прививок и календаре профилактических прививок по эпидемическим показаниям»* (в ред. Приказа Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 30.10.2007 г. № 673, Приказа Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 9.04.2009 г. № 166). — <http://www.pravo-med.ru/legislation/detail.php?ID=3228> (дата последнего визита 7.06.2010 г.).
4. *Татотченко В. К., Озерецковский Н. А., Федоров А. М. Иммунопрофилактика-2009*. — М.: ИПК КОНТИНЕНТ-ПРЕСС. — 2009. — 176 с.
5. *Методические указания от 30.03.2003 г. «Тактика иммунизации взрослого населения против дифтерии МУ 3.3.1252-03»*. — <http://www.webapteka.ru/phdocs/doc5191.html> (дата последнего визита 7.06.2010 г.).
6. *Харит С. М. Вакцинопрофилактика: проблемы и перспективы // Журнал инфектологии*. — Т. 1, № 1. — 2009. — С. 61–65.
7. *Резолюция XIV Конгресса педиатров России с международным участием «Актуальные проблемы педиатрии»*. — М., 2010. — <http://www.pediatr-russia.ru/pediatr/conf/pressxiv.pdf> (дата последнего визита 7.06.2010 г.).
8. *Всемирная организация здравоохранения. Информационный бюллетень № 294. Гемофильная инфекция (Haemophilus influenzae b) типа b*. — 2005. — <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs294/ru/index.html> (дата последнего визита 7.06.2010 г.).

9. *Научный* информационный центр по профилактике и лечению вирусных инфекций. Календарь прививок: настоящее и будущее. — www.virinfo.ru/.../0_Kalendar_privivok_-_nastoyaschee_i_budushee.doc (дата последнего визита 7.06.2010 г.).

10. Харит С. М., Черняева Т. В., Лакоткина Е. А., Воронина О. Л., Черняева Е. В. Тактика иммунизации ослабленных детей. Пособие для практического врача. — СПб., 2007. — 112 с.

11. Marshall M., Campbell S., Hacker J., Roland M. Quality indicators for general practice. A practical guide for health professionals and managers. — Royal Society of Medical Press Ltd, 2002. — P. 46–55.

12. Методические указания от 1.03.2002 г. «Медицинские противопоказания к проведению профилактических прививок препаратами национального календаря прививок МУ 3.3.1.1095-02». — <http://www.webapteka.ru/phdocs/doc2308.html> (дата последнего визита 7.06.2010 г.).

13. Лакоткина Е. А., Харит С. М., Черняева Т. В., Брусов Н. К. Поствакцинальные осложнения (клиника, диагностика, лечение, профилактика): Пособие для практического врача / Под редакцией чл.-корр. РАМН д.м.н., проф. В. В. Ивановой. — СПб: Санкт-Петербургский медицинский информационно-аналитический центр. — 2004. — 79 с.

14. Таточенко В. К., Федоров А. М., Озеруцковский Н. А. Профилактика и мониторинг поствакцинальных осложнений. Пособие для врачей. — М., 2004. — 128 с.

Автор:

Моисеева Ирина Евгеньевна, к.м.н., доцент кафедры семейной медицины СПбМАПО

Адрес для контакта: dr-moiseeva@yandex.ru

УДК 616.72-002:614.43

ВОЗМОЖНОСТИ СИОФОРА (МЕТФОРМИНА) В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ОСТЕОАРТРОЗОМ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Л. В. Васильева, Д. И. Лахин

Воронежская государственная медицинская академия имени Н. Н. Бурденко, Центральная городская
клиническая больница города Липецка, Россия

POSSIBILITIES OF SIOFOR (METFORMIN) IN COMPLEX TREATMENT OF PATIENTS WITH OSTEOARTHRITIS AND THE METABOLIC SYNDROME

L. V. Vasilyeva, D. I. Lakhin

The Voronezh State Medical Academy of a name of N. N. Burdenko, The central city clinical hospital
of a city of Lipetsk, Russia

© Л.В. Васильева, Д.И. Лахин, 2010 г.

Статья посвящена вопросу повышения эффективности лечения больных остеоартрозом с метаболическим синдромом (МС). В исследование включено 45 пациентов, в возрасте от 44 до 71 года. Все пациенты получали сиюфор (метформин) на протяжении 12 месяцев в дозе 500 мг/сут. При этом отслеживались биохимические, антропометрические данные, цифры АД, значения выраженности болевого синдрома и суставного статуса. В результате лечения отмечены достоверно положительные результаты как в отношении основных проявлений МС, так и показателей суставного статуса. Полученные данные позволяют рекомендовать включение сиюфора (метформина) в схему комплексного лечения больных остеоартрозом с МС.

Ключевые слова: метаболический синдром, остеоартроз, сиюфор, метформин.

The article is devoted a question of increase of efficiency of treatment of patients with osteoarthritis and a metabolic syndrome (MS). 45 patients in research are included, at the age from 44 to 71 years. All patients received siofor (metformin) throughout 12 months in a dosage of 500 mg/days. Biochemical, anthropometrical data, figures of blood pressure, values of expressiveness of a painful syndrome and the articulate status were traced. As a result of treatment authentically positive results as concerning basic displays of MS, and indicators of the articulate status have been noted. The obtained data allow to recommend inclusion siofor (metformin) in the scheme of complex treatment of patients with osteoarthritis and MS.

Keywords: metabolic syndrome, osteoarthritis, siofor, metformin.

Введение. Метаболический синдром (МС) в последние годы привлекает все более пристальное внимание врачей всего мира, что связано с его широким распространением, достигающим 25–30% в популяции взрослого населения, и увеличивающимся с возрастом [1–3]. При этом ключевым звеном МС, запускающим патологические механизмы обменных процессов, является инсулинорезистентность [4]. Однако каждый из компонентов МС рассматривается как независимый фактор риска развития сердечно-сосудистых заболеваний, а их сочетание в рамках МС в значительной степени ускоряет развитие и прогрессирование атеросклеротических сосудистых заболеваний, которые, по оценкам ВОЗ, занимают первое место среди причин смертности населения индустриально развитых стран [5, 6]. При этом своевременная диагностика и ле-

чение МС ложится на плечи врачей общей практики, так как данная проблема мультидисциплинарна и включает в себя аспекты и кардиологии, и эндокринологии, и диетологии, и ревматологии, и лечебной физкультуры.

Остеоартроз, поражающей не менее 20% населения земного шара [7], рассматривается как наиболее распространенная форма суставной патологии. Поздняя диагностика и малоэффективная терапия приводят к снижению качества жизни больных, росту временной нетрудоспособности и ранней инвалидизации лиц трудоспособного возраста. Кроме того, получены данные о взаимосвязи остеоартроза с метаболическими нарушениями [8]. Инсулинорезистентность, ключевое звено МС, способствуя увеличению продукции гликированных соединений, вызывает повышенное образование кислородных радикалов,

провоцирующих эндотелиальную дисфункцию [9]. Также обнаружена тесная корреляция между содержанием триглицеридов (ТГ) и способностью фагоцитов синтезировать фактор некроза опухоли- α (ФНО- α), занимающий одно из ключевых мест в воспалительном процессе у больных остеоартрозом [10]. Вместе с этим была выявлена взаимосвязь между дислипидемией и окислительным стрессом с эрозивными изменениями в хряще [11], взаимосвязь МС с более тяжелым поражением суставного хряща по данным артроскопии у пациентов остеоартрозом, осложненным вторичным синовитом [11, 12]. Таким образом, наличие признаков МС у больных остеоартрозом ассоциируется с более тяжелым поражением хряща и рецидивирующими синовитами [13].

В настоящее время для коррекции МС во всем мире используются бигуаниды, и их яркий представитель — метформин. Установлено, что данный препарат способен реализовывать гиполипидемические и антиатерогенные эффекты [2, 13, 14], снижать риск образования тромбов [13, 15]. Кроме того, имеются данные, что препарат способен ингибировать высвобождение провоспалительных цитокинов ИЛ-6, ИЛ-8 [16], способствующих персистенции воспаления, в том числе и в тканях суставов, с развитием хондрита, остеоита, синовита [17].

Цель исследования: оценить клиническую эффективность сиофора (метформина) в отношении основных проявлений МС и суставного синдрома у больных остеоартрозом с МС.

Материал и методы. В обследование включены 45 больных остеоартрозом с МС — 34 женщины и 11 мужчин в возрасте от 44 до 71 года, получавшие патогенетическое лечение остеоартроза и сиофор. Все пациенты находились на стационарном лечении в ревматологическом отделении МУЗ «Центральная городская клиническая больница города Липецка» в 2006–2009 г. При поступлении в стационар у всех больных, включенных в исследование, был диагностирован МС на основании критериев, разработанных комитетом экспертов Национальной образовательной программы по холестерину (NCEP АТРИИ, 2001 г.). МС устанавливали при наличии у пациента трех и более из следующих признаков [18]:

- абдоминальное ожирение (окружность талии более 102 см у мужчин, более 88 см у женщин);
- уровень триглицеридов 1,7 ммоль/л и выше;
- ХС ЛПВП менее 1 ммоль/л у мужчин, менее 1,3 ммоль/л у женщин;
- артериальная гипертензия (АД 130/85 мм рт. ст. и выше);
- показатели глюкозы натощак 6,1 ммоль/л и выше.

Среди пациентов длительность течения остеоартроза составила до 5 лет у 35,6% больных, 5–10 лет — у 37,7%, более 10 лет — у 26,7%. При рентгенологическом исследовании изменения I ст. (по I. Kellgren и I. Lawerens) выявлены у 4,4% больных, II ст. — у 86,7%, III ст. — у 8,9%. Наличие синовитов выявлялось клинически и подтверждалось инструментально (с помощью УЗИ либо МРТ). Среди сопутствующей патологии отмечены артериальная гипертензия (100%), ожирение (100%), ИБС (82,2%).

Биохимическими методами определяли уровни общего холестерина, триглицеридов (ТГ), холестерина липопротеидов высокой и низкой плотности (ХС-ЛПВП, ХС-ЛПНП), учитывали индекс массы тела (ИМТ), представляющий собой отношение массы тела (кг) к квадрату роста (m^2), окружность талии (ОТ) (см), окружность бедер (ОБ) (см), значения гликемии натощак (ммоль/л), цифры систолического (САД) и диастолического (ДАД) артериального давления (мм рт. ст.).

Оценка тяжести суставного синдрома проводилась путем оценки интенсивности болевого синдрома в покое и при движении по визуальной аналоговой шкале (ВАШ) (мм). Этот тест отражал общую выраженность суставной боли по оценке больного, с использованием 100-миллиметровой шкалы боли, где 0 означает отсутствие боли, а 100 — максимальную интенсивность боли [19]. При этом была оценена отдельно интенсивность болевого синдрома в покое и при движении. Индекс Lequesne включал оценку боли в покое и при ходьбе (5 вопросов), максимально проходимого расстояния (1 вопрос) и повседневной активности (4 вопроса). Балльная оценка каждого вопроса суммировалась и составляла счет тяжести заболевания. Индекс WOMAC (Western Ontario and McMaster University) определяли с помощью опросника для самостоятельной оценки пациентом выраженности боли в покое и при ходьбе (5 вопросов), выраженности и длительности скованности (2 вопроса) и функциональной недостаточности в повседневной деятельности (17 вопросов). При этом оценку проводили по шкале ВАШ (в см), а затем все показатели суммировали [19].

Во время стационарного лечения пациенты обеих групп получали нестероидные противовоспалительные препараты (найз 100 мг 2 раза в день, либо мовалис 15 мг утром), хондропротекторы (хондролон 100 мг в/м или алфлутоп 1,0 в/м), при наличии синовитов внутрисуставно вводили ксефокам (8 мг) путем пункции сустава. Гипотензивная терапия подбиралась согласно цифрам АД и степени артериальной гипертензии, использовали метаболически нейтральные иАПФ (берлиприл 5–10 мг 2 раза в день), при их непереносимости предпочтение отдавалось также мета-

болически нейтральным блокаторам кальциевых каналов (коринфар-ретард 20 мг 2 раза в день). Подобранный гипотензивная терапия за время стационарного лечения в дальнейшем на протяжении всего наблюдения не менялась.

Амбулаторно пациенты также получали хондропротекторы (хондролон 100 мг в/м № 20 2 курса в год либо алфлутоп 1,0 в/м № 20 2 курса в год). НПВП системно амбулаторно пациенты обеих групп не принимали. При осмотре (спустя 3, 6 и 12 мес) и наличии синовитов пациентам вводили 8 мг ксефокама внутрисуставно. Сиофор пациенты получали по 500 мг 2 раза в сутки на протяжении 12 мес. При этом отслеживались биохимические, антропометрические показатели, АД, значения выраженности болевого синдрома по шкале ВАШ в покое и при движении, индексов Lequesne и WOMAC на 1–3, 7–10 день стационарного лечения, а также спустя 3, 6 и 12 мес. Статистическую обработку данных проводили на персональном компьютере с помощью программы Microsoft Excel пакета Microsoft Office 2003. Подсчитывали величину средней, ошибки средней. Достоверность различий изученных показателей в контрольной и опытной группах определяли по критерию Стьюдента.

Результаты

Динамика основных показателей МС под воздействием сиофора

Среди пациентов, получавших сиофор, наблюдалось динамическое изменение показателей липидного спектра крови. Так, уровень общего холестерина достоверно снизился с $6,05 \pm 0,14$ ммоль/л уже на 7–10 день лечения и оказался равным $5,6 \pm 0,1$ ммоль/л, составив 92,6% от первоначального ($p < 0,05$). Через 3 мес от начала лечения этот показатель оставался стабильным, $5,6 \pm 0,08$ ммоль/л, а через 6 месяцев снижение достигло 90,9% от первоначального значения — $5,5 \pm 0,13$ ммоль/л ($p < 0,01$). К концу исследования уровень общего холестерина составил $5,4 \pm 0,07$ ммоль/л, который оказался достоверно ниже первоначальных значений на 10,7% ($p < 0,001$).

Уровень ТГ имел тенденцию к снижению с $2,44 \pm 0,14$ ммоль/л на 7–10 день на 11,9% — $2,15 \pm 0,13$ ммоль/л, через 3 мес на 7,8% — $2,25 \pm 0,1$ ммоль/л, через 6 мес на 9,8% — $2,2 \pm 0,08$ ммоль/л. К концу исследования было отмечено достоверное снижение данного показателя на 10,7% от первоначального — $2,18 \pm 0,06$ ммоль/л ($p < 0,05$).

В отношении показателя ХС-ЛПВП на 7–10 сут отмечена тенденция к повышению: с $1,06 \pm 0,05$ ммоль/л до $1,13 \pm 0,04$ ммоль/л (106,6%); в дальнейшем отмечено достоверное увеличение показателя до $1,19 \pm 0,04$ ммоль/л (112,3%) через 3 мес ($p < 0,05$); $1,20 \pm 0,03$ ммоль/л (113,2%) через 6 мес ($p < 0,05$); $1,22 \pm 0,033$ ммоль/л (115,1%) через 12 мес ($p < 0,01$).

Уровень ХС-ЛПНП от первоначальных значений $4,11 \pm 0,12$ ммоль/л достоверно снизился на 7–10 день лечения на 8% — $3,78 \pm 0,11$ ммоль/л ($p < 0,05$), через 3 мес значения данного показателя достигли 91,5% от первоначальных, составив $3,76 \pm 0,12$ ммоль/л ($p < 0,05$), а через 6 мес данный показатель оказался ниже первоначальных значений на 8,5% — $3,76 \pm 0,1$ ммоль/л ($p < 0,05$), через 12 мес было отмечено достоверное снижение уровня ХС-ЛПНП до $3,68 \pm 0,09$ ммоль/л (89,5%) ($p < 0,01$).

Таким образом, на фоне терапии сиофором за 12 месяцев удалось достичь достоверного снижения уровня общего холестерина, триглицеридов, ХС-ЛПНП, ИА, наблюдалась достоверное увеличение показателя ХС-ЛПВП, что подтверждает благоприятное влияние сиофора на основные показатели липидного спектра крови у пациентов с МС (табл. 1).

На фоне терапии сиофором удалось достичь достоверного снижения уровня глюкозы в крови с $6,56 \pm 0,2$ ммоль/л до $4,81 \pm 0,15$ ммоль/л (73,3%) ($p < 0,001$) на 7–10 сут. Спустя 3, 6 и 12 мес данный показатель оставался стабильным: $4,8 \pm 0,1$ ммоль/л (73,1%) ($p < 0,001$); $4,8 \pm 0,09$ ммоль/л (73,1%) ($p < 0,001$) и $4,7 \pm 0,09$ ммоль/л (71,6%) ($p < 0,001$) соответственно.

Таблица 1

Динамика основных показателей МС на фоне лечения сиофором за 12 мес

Показатели	Сроки наблюдения				
	1–3 сут	7–10 сут	Через 3 мес	Через 6 мес	Через 12 мес
Общий холестерин (ммоль/л)	$6,05 \pm 0,14$	$5,6 \pm 0,1^*$ 92,6%	$5,6 \pm 0,08^{**}$ 92,6%	$5,5 \pm 0,13^{**}$ 90,9%	$5,4 \pm 0,07^{***}$ 89,3%
Триглицериды (ммоль/л)	$2,44 \pm 0,14$	$2,15 \pm 0,13$ 88,1%	$2,25 \pm 0,19$ 2,2%	$2,2 \pm 0,08$ 90,2%	$2,18 \pm 0,06^*$ 89,3%
ХС-ЛПВП (ммоль/л)	$1,06 \pm 0,05$	$1,13 \pm 0,04$ 106,6%	$1,19 \pm 0,04^*$ 112,3%	$1,20 \pm 0,03^*$ 113,2%	$1,22 \pm 0,03^{**}$ 115,1%

Таблица 1 (окончание)

Показатели	Сроки наблюдения				
		7–10 сут	Через 3 мес	Через 6 мес	Через 12 мес
ХС-ЛПНП (ммоль/л)	4,11 ± 0,12	3,78 ± 0,11* 92%	3,76 ± 0,12* 91,5%	3,76 ± 0,1* 91,5%	3,68 ± 0,09** 89,5%
Глюкоза (ммоль/л)	6,56 ± 0,2	4,81 ± 0,15*** 73,3%	4,8 ± 0,1*** 73,1%	4,8 ± 0,09*** 73,1%	4,7 ± 0,09*** 71,6%
ИМТ (кг/м ²)	36,02 ± 0,86	35,4 ± 0,9 98,3%	34,0 ± 1,44 94,3%	33,6 ± 0,84* 93,3%	33,3 ± 0,8** 92,4%
ОТ (см)	109,5 ± 1,61	108,7 ± 1,6 99,3%	107,1 ± 1,52 97,8%	105,1 ± 1,44* 95,9%	102,7 ± 1,38** 93,8%
ОБ (см)	120,9 ± 1,95	120,2 ± 1,9 99,4%	117,3 ± 3,86 97%	116,0 ± 1,88 95,9%	114,8 ± 1,83* 94,9%

Примечание: *p<0,05; **p<0,01; ***p<0,001.

На фоне приема сиофора у пациентов произошли существенные изменения антропометрических показателей. ИМТ имел тенденцию к снижению: с 36,02 ± 0,86 кг/м² до 35,4 ± 0,9 кг/м² (99,1%) на 7–10 день; до 34,0 ± 1,44 кг/м² (94,3%) через 3 мес. Через 6 мес было отмечено достоверное снижение данного показателя до 33,6 ± 0,84 кг/м² (93,3%) (p < 0,05). К концу исследования отмечено достоверно снижение ИМТ до 33,3 ± 0,8 кг/м² (92,8%) (p < 0,05). Показатель ОТ на фоне приема сиофора имел тенденцию к снижению с 109,5 ± 1,61 см до 108,7 ± 1,6 см (99,3%) на 7–10 сут; 107,1 ± 1,52 см (97,8%) через 3 мес. Однако через 6 мес наблюдения данный показатель достоверно снизился до 105,1 ± 1,44 см (95,9%) (p < 0,05), а через 12 мес он достиг 102,7 ± 1,38 см (93,8%) (p < 0,01). При этом величины ОБ также имели тенденцию к снижению на протяжении 6 мес терапии: с 120,9 ± 1,95 см до 120,2 ± 1,9 см (99,4%) на 7–10 сут; 117,3 ± 3,86 см (97%) через 3 мес; 116,0 ± 1,88 см (95,9%) через 6 мес. К концу исследования произошло достоверное снижение показателя до 114,8 ± 1,83 см (94,9%) (p < 0,05). Таким образом, на фоне терапии сиофором произошло достоверное снижение массы тела, ИМТ, ОТ и ОБ (табл. 1).

Среди пациентов, получавших сиофор, на 7–10 сут лечения удалось снизить цифры САД с 165,1 ± 4,48 мм рт. ст. до 126,6 ± 0,9 мм рт. ст. (76,7%) (p < 0,001). При этом в дальнейшем пациенты смогли сохранить цифры САД в пределах

допустимой нормы: 131,7 ± 1,05 мм рт. ст. (79,8%) (p < 0,001) через 3 мес; 128,7 ± 0,98 мм рт. ст. (77,9%) (p < 0,001) через 6 мес; 125,7 ± 0,93 мм рт. ст. (76,1%) (p < 0,001). Подобная динамика отмечалась и в отношении ДАД: с 90,4 ± 2,01 мм рт. ст. до 80 ± 0,35 мм рт. ст. (88,5%) (p < 0,001) на 7–10 сут; 82 ± 0,54 мм рт. ст. (90,7%) (p < 0,001) спустя 3 мес; 79,4 ± 0,49 мм рт. ст. (87,8%) (p < 0,001) через 6 мес; 79 ± 0,49 мм рт. ст. (87,4%) (p < 0,001) к концу наблюдения. Несмотря на то, что стабилизация артериального давления, главным образом, связана с подбором рациональной гипотензивной терапии, к концу исследования 11 пациентов остеоартрозом с признаками МС (31,4%), получавшие сиофор, сумели сократить среднесуточную дозировку гипотензивных препаратов вдвое, а 6 человек (17,1%) вовсе отказались от гипотензивной терапии.

Динамика показателей суставного статуса у больных остеоартрозом с МС

За время стационарного лечения всем пациентам с остеоартрозом была проведена адекватная противовоспалительная и анальгетическая терапия, оказывалась локальная терапия, физиолечение. Однако в дальнейшем, амбулаторно, пациенты систематически не принимали нестероидных противовоспалительных препаратов. Несмотря на это, выраженность болевого синдрома, как в покое, так и при движении по шкале ВАШ среди пациентов, получавших сиофор, была достоверно ниже первоначальных значений (p < 0,001) (табл. 2).

Таблица 2

Динамика показателей выраженности суставного синдрома у пациентов остеоартрозом с МС, получавших сиофор, на протяжении 12 месяцев

Показатели	Сроки наблюдения				
	1–3 сут	7–10 сут	Через 3 мес	Через 6 мес	Через 12 мес
Боль в покое (ВАШ, мм)	22 ± 1,47	10,7 ± 0,65*** 48,6%	12,2 ± 0,8*** 55,5%	10,3 ± 0,53*** 46,8%	9,3 ± 0,29*** 42,3%

Показатели	Сроки наблюдения				
	1–3 сут	7–10 сут	Через 3 мес	Через 6 мес	Через 12 мес
Боль при движении (ВАШ, мм)	58,8 ± 0,57	29,9 ± 0,37*** 50,9%	50,5 ± 0,74*** 85,9%	48,3 ± 0,7*** 82,1%	44,7 ± 1,21*** 76%
Индекс Lequesne (баллы)	10,5 ± 0,38	7,5 ± 0,18*** 71,4%	8,8 ± 0,23*** 83,8%	8,1 ± 0,23*** 77,1%	7,2 ± 0,2*** 68,6%
Индекс WOMAC (см)	108,8 ± 2,09	67,8 ± 0,87*** 62,3%	95,2 ± 1,09*** 87,5%	92,6 ± 9,77*** 85,1%	90,9 ± 0,98*** 83,5%

Примечание: *** $p < 0,001$.

Аналогичная картина была характерна и для индексов Lequesne и WOMAC ($p < 0,001$), что подтверждает противовоспалительные эффекты препарата (табл. 2).

Заключение. В настоящее время метформин является одним из наиболее эффективных препаратов для коррекции МС. Этот препарат длительное время применялся для лечения сахарного диабета. Однако накопленные данные позволили расширить его клиническое применение. Устраняя инсулинорезистентность, он обладает рядом кардиоваскулярных и метаболических эффектов, оказывая положительное влияние на различные компоненты МС [2, 3, 13], доказан его профилактический эффект в отношении сердечно-сосудистых заболеваний, связанных с инсулинорезистентностью [20].

В нашем исследовании включение сиофора в комплексную схему лечения больных остеоартрозом с МС оказало существенное положительное воздействие на многие показатели, играющие существенное значение в развитии МС. Следует отметить, что среди пациентов, принимавших

сиофор, побочных нежелательных реакций обнаружено не было. Кроме того, под воздействием сиофора удалось получить достоверно положительные результаты в отношении всех основных компонентов липидного спектра крови, под его влиянием удалось нормализовать значения гликемии, достоверно уменьшились ИМТ, ОТ, ОБ, что подтверждает не только эффективность препарата в отношении инсулинорезистентности, но и его благоприятное воздействие на липидный обмен, а также в отношении абдоминального ожирения. При этом были реализованы противовоспалительные эффекты препарата, что нашло свое отражение в динамике суставного статуса у пациентов остеоартрозом с МС.

Таким образом, полученные данные подтверждают существенное положительное влияние сиофора в отношении основных проявлений МС и динамики показателей суставного статуса в данной группе больных. Данные факты позволяют рекомендовать включение сиофора (метформина) в комплексную схему лечения больных остеоартрозом с МС.

Литература

1. Дедов И. И. Ожирение. Метаболический синдром. Сахарный диабет 2 типа. — М., 2000. — 107 с.
2. Daskalopoulou S. S., Mikhailidis D. P., Elisaf M. Prevention and treatment of metabolic syndrome // *Angiology*. — 2004. — Vol. 55, № 6. — P. 589–612.
3. Haffner S. M., Valdez R. A., Hazuda H. P. Prospective analyses of the insulin resistance syndrome (Syndrome X) // *Diabetes*. — 1992. — Vol. 41. — P. 715–722.
4. Reaven G. V. Role of insulin resistance in human disease // *Diabetes*. — 1988. — Vol. 37. — P. 1595–1607.
5. Бутрова С. А. Метаболический синдром: патогенез, клиника, диагностика, подходы к лечению // *Российский медицинский журнал*. — 2001. — № 2. — С. 56–60.
6. Lemieux S. Genetic susceptibility to visceral obesity and related clinical implications // *Int. J. of Obes.* — 1997. — Vol. 21, № 10. — P. 831–838.
7. Насонова В. А., Насонов Е. Л. Рациональная фармакотерапия ревматических заболеваний. — М.: Литтерра, 2003. — 264 с.
8. Збровский А. Б., Стажаров М. Ю., Мартемьянов В. Ф. Ферменты пуринового метаболизма в диагностике и дифференциальной диагностике остеоартроза и подагрического артрита // *Тер. архив*. — 2000. — № 4. — С. 21–24.
9. Ивлева А. Я. Новые перспективы превентивной фармакотерапии при метаболическом синдроме // *Тер. архив*. — 2005. — № 4. — С. 90–93.

10. Доценко Э. А., Юпатов Г. И., Чиркин А. А. Холестерин и липопротеиды низкой плотности как эндогенные иммуномодуляторы // Клини. иммунология. — 2001. — № 3. — С. 6–15.
11. Кратнов А. Е., Курьлева К. В., Кратнов А. А. Связь первичного остеоартроза и метаболического синдрома // Клини. медицина. — 2006. — № 6. — С. 42–46.
12. Курьлева К. В. Остеоартроз и метаболический синдром: клинико-иммунологические взаимосвязи: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук.— Ярославль, 2005. — 20 с.
13. Bailey C. J., Turner R. C. Metformin // N. Engl. J. Med. — 1996. — Vol. 334, № 9. — P. 574–579.
14. Mamputu J. C., Wiernsperger N. F., Renier G. A. Antiatherogenic properties of metformin: the experimental evidence // Diabetes Metab. — 2003. — Vol. 29, № 4, Pt. 2. — P. 71–76.
15. Kirpichnicov D., McFarlane S. I., Sowers J. R. Metformin: an update // Ann. Intern. Med. — 2002. — Vol. 137, № 1. — P. 25–33.
16. Isoda K., Young J. L., Zirlik A. Metformin inhibits proinflammatory responses and nuclear factors in human vascular wall cells // Thromb. Vasc. Biol. — 2006. — Vol. 26, № 3. — P. 611–617.
17. Бадюкин В. В. Эффективность и безопасность ацеклофенака (аэртала) у больных остеоартрозом // Русский медицинский журнал. — 2005. — Т. 13, № 7. — С. 392–395.
18. Third report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) expert panel on detection, evaluation, and treatment of high blood cholesterol in adults (Adult Treatment Panel III) // NIH Publication. — 2005. — Vol. 5. — P. 3670.
19. Международные индексы оценки активности, функционального статуса и качества жизни больных ревматическими заболеваниями.— М.: Ассоциация ревматологов России, 2007. — 88 с.
20. UK Prospective Diabetes Study (UKPDS) Group. Effect of intensive blood-glucose control with metformin on complications in overweight patients with type 2 diabetes (UKPDS 34) // Lancet. — 1998. — Vol. 352. — P. 854–865.

Автор:

Лахин Дмитрий Иванович — врач-ревматолог ревматологического отделения Центральной городской клинической больницы города Липецка, кандидат медицинских наук

Адрес для контакта: dmitrylakhin@yandex.ru

УДК 612.171.7

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ С СОХРАНЕННОЙ СИСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИЕЙ

А. Н. Андрюхин

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

QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH HEART FAILURE PRESERVED EJECTION FRACTION

A. N. Andryukhin

St-Petersburg Medical Academy of Postgraduate Studies, Russia

© А. Н. Андрюхин 2010 г.

Целью рандомизированного исследования было изучение качества жизни пациентов с сердечной недостаточностью с сохраненной систолической функцией (СН-ССФ) и оценить его динамику в процессе обучения и последующего наблюдения в условиях общей врачебной практики. **Материалы и методы:** в группе контроля (n = 41) проводилось стандартное лечение пациентов, в группе вмешательства (n = 44), дополнительно групповое обучение и непрерывное наблюдение с участием медсестры в течение 6 месяцев. Изучали качество жизни с помощью Миннесотского опросника качества жизни при ХСН. Результаты: Средний возраст участников был 67 (59–71) лет. Доля мужчин — 31%. КЖ не зависело от возраста пациентов, и оценивалось в целом на 57 (37–72) баллов, по шкале «физические возможности» — на 24 (18–31) балла, по шкале «эмоциональное восприятие жизни» — на 8 (5–16) баллов. Оценка КЖ по шкале «физические возможности» была хуже у женщин. Ухудшение ФК СН сопровождалось ухудшением КЖ в целом (r=0,314) и по шкале «физические возможности» (r = 0,322). В группе вмешательства КЖ достоверно повысилось, как в целом, так и отдельно по изучаемым шкалам. Одновременно отмечено улучшение психического и соматического статуса пациентов. **Вывод:** обучение пациентов и наблюдение с участием медсестры улучшает КЖ при СН-ССФ.

Ключевые слова: качество жизни, обучение пациентов с участием медсестры, сердечная недостаточность с сохраненной систолической функцией, общая врачебная практика.

The impact of a various management programs on quality of life (QL) was studied for patients with heart failure (HF) with reduced ejection fraction. Objective: We estimated QL for patients with HF with preserved ejection fraction (HFPEF) and the impact of a patient education program and care plan in general practice on QL. **Methods:** the study was a randomized clinical trial over 6 months. In the control group, the patients (n = 41) were managed according to National guidelines. In addition to that usual care, patients in the intervention group (n = 44) received education and nurse consultations. We measured QL with the Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire. Results: A mean age of patients was 67 (59–71) years, males — 31%. The QL was age independent, and a total score was 57 (37–72) points, a physical dimension score — 24 (18–31) points and emotional dimension score — 8 (5–16) points. Females had worse physical dimension score than males. The functional class of HF correlated positive with a total QL score (r=0,314) and a physical dimension score (r = 0,322). A total QL score, a physical dimension score and emotional dimension score improved in the intervention group if compare with the starting of study as well as mental and physical state of patients. **Conclusion:** the nurse-led patient education program and care plan improve QL for patients with HFPEF.

Keywords: quality of life, nurse-led care, patient education program, heart failure with preserved systolic function, general practice.

Актуальность. Сердечная недостаточность значительно ухудшает качество жизни человека, снижая возможности физического, ролевого и социального функционирования [1]. В соответствии с современными рекомендациями [2] улучшение качества жизни является одной из целей

лечения больных с сердечной недостаточностью. В Российской Федерации сердечной недостаточностью страдает не менее 8,1 млн человек [3], из них более половины пациентов имеют сохраненную систолическую функцию — фракция выброса левого желудочка больше или равна

50%. Прогноз в отношении смертности от сердечной недостаточности у этих больных такой же плохой, как и у пациентов со сниженной систолической функцией: в течение пяти лет умирает почти 60% [4]. Несмотря на определенные успехи медикаментозной терапии, лечение не предотвращает развитие декомпенсации сердечной деятельности [5], что требует поиска новых форм ведения больных. Программы «управления болезнью» («disease management programmes»), мультидисциплинарный подход к ведению больных с определенной нозологической формой, улучшают качество лечения хронических заболеваний и уменьшают его стоимость. Одной из составляющих таких программ является обучение пациентов в формате школ и последующее наблюдение за их состоянием [6]. Однако эффективность программ «управления болезнью» исследовалась в основном на пациентах с сердечной недостаточностью и сниженной систолической функцией.

Целью работы было изучить качество жизни у пациентов с сердечной недостаточностью с сохраненной систолической функцией и оценить его динамику в процессе обучения и последующего наблюдения в условиях общей врачебной практики.

Методы. В исследовании приняло участие 85 пациентов в возрасте 50 лет и старше, находящихся в стабильном состоянии с диагнозом сердечная недостаточность с сохраненной систолической функцией, установленном в соответствии с критериями, изложенными в Российских национальных рекомендациях [2]. Все пациенты дали письменное информированное согласие на участие в исследовании.

Обследование пациентов включало: определение функционального класса сердечной недостаточности (НУНА, 1964 г.) с помощью «Специальной шкалы активности» [7]; измерение толерантности к физическим нагрузкам при помощи теста шестиминутной ходьбы [8]; эхокардиографическое исследование (изучалась диастолическая функция левого желудочка, с нарушениями которой связывают симптомы сердечной недостаточности у пациентов с сохраненной фракцией выброса левого желудочка [9]); исследование психического статуса при помощи Госпитальной шкалы тревоги и депрессии [10].

Качество жизни оценивалось по Миннесотскому опроснику для больных с хронической сердечной недостаточностью [11]. Опросник состоит из 21 вопроса и предназначен для самостоятельного заполнения пациентом. Ответы на вопросы позволяют определить, насколько сердечная недостаточность ограничивала физические (функциональные) возможности, социально-экономи-

ческие аспекты и эмоциональное восприятие жизни пациента в течение последнего месяца. Ответ на каждый вопрос представлен в виде шкалы от 0 до 5 баллов. Баллы подсчитываются по всей шкале (от 0 до 105 баллов) и отдельно по шкалам «физические возможности» (от 0 до 40 баллов) и «эмоциональное восприятие жизни» (от 0 до 25 баллов). Чем больше значение показателя, тем ниже качество жизни. Миннесотский опросник качества жизни считается основным инструментом, рекомендуемым для определения качества жизни у больных с хронической сердечной недостаточностью [12].

Для решения поставленной цели пациенты были рандомизированы в группы контроля ($n = 41$) и вмешательства ($n = 44$). В группе контроля проводилось стандартное лечение и наблюдение в соответствии с Российскими национальными рекомендациями [2]. В группе вмешательства дополнительно проводилось:

1. Групповое обучение пациентов на базе отделения общей врачебной практики поликлиники, включающее четыре еженедельных занятия длительностью 90 мин. Основной целью было информирование пациентов, создание, поддержание и усиление мотивации к активному участию в программе реабилитации. Занятия были посвящены таким темам, как: представления об анатомии и физиологии сердечно-сосудистой системы и изменениях в организме при сердечной недостаточности; информация о факторах риска развития сердечнососудистых заболеваний и осложнений, обучение методам их коррекции; особенности питания при сердечной недостаточности; информация о необходимой физической активности и методике тренировок; обучение навыкам самоконтроля и самопомощи; ознакомление с принципами лечения, побочными действиями лекарств и обоснование необходимости выполнять предписания врача.

2. Физические тренировки длительностью 30 мин, всего четыре, под контролем инструктора по лечебной физкультуре в соответствии с Российскими национальными рекомендациями [2]. Пациентам подбирался уровень нагрузок, соответствующий их ФК, и объем упражнений для самостоятельных дальнейших занятий. Участники обучались принципам контроля эффективности и интенсивности тренировок.

3. Непрерывное наблюдение за пациентами силами медсестер в виде еженедельных консультаций, продолжительностью 15–30 мин, в том числе по телефону с использованием предварительно разработанных протоколов. Во время консультаций медсестра интересовалась успехами и неудачами пациента в изменении образа жизни; контролировала прием медикаментов; выяв-

ляла изменения в состоянии, которые подлежали коррекции в амбулаторных условиях. Все медсестры были подготовлены на специальных курсах в соответствии с программой, разработанной и утвержденной для циклов тематического усовершенствования в ГОУ ДПО Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования Росздрава.

В группе контроля четыре пациента отказались от повторного обследования и два пациента умерли (причины смерти: инсульт и хроническая ишемическая болезнь сердца). В группе вмешательства три пациента отказались от повторного обследования и один пациент умер (причина смерти: хроническая ишемическая болезнь сердца). Таким образом, динамика качества жизни оценивалась у 35 пациентов из группы контроля и у 40 пациентов из группы вмешательства.

Статистическая обработка данных проводилась при помощи пакета STATISTICA 5.5. Использовались непараметрические методы: описание данных — медиана (интерквартильный размах), сравнение групп с использованием критериев Манна — Уитни (U-тест), Вилкоксона (W-тест), «Хи-квадрат». Для анализа связи признаков

применялась ранговая корреляция по Спирмену. Достоверными считали различия при $p < 0,05$.

Результаты. Средний возраст участников был 67 лет (от 59 до 71 года). Доля мужчин 31%. Функциональный статус 17% пациентов был отнесен к I функциональному классу, 35% ко II функциональному классу и 48% к III функциональному классу сердечной недостаточности. Средний балл качества жизни в целом составил 57 (37–72), по шкале «физические возможности» 24 (18–31) балла и 8 (5–16) баллов по шкале «эмоциональное восприятие жизни». Качество жизни не зависело от возраста пациентов. Женщины расценивали свои физические возможности справляться с повседневными нагрузками ниже, чем мужчины: 58 (43–72) баллов против 43 (31–69) баллов у мужчин.

Результаты анализа качества жизни у больных с разными функциональными классами сердечной недостаточности показали (табл. 1), что существуют достоверные различия в целом и по шкале «физические возможности» между I и II функциональным классом, между I и III функциональным классом. При анализе взаимосвязи между функциональным статусом и качеством жизни было выявлено, что ухудшение функцио-

Таблица 1

Качество жизни у пациентов с I–III функциональным классом (ФК) сердечной недостаточности

Шкала опросника	I ФК	II ФК	III ФК
Общий уровень качества жизни	37 баллов (29–54)	57 баллов (42–67)	61 балл (43–80)
Физические возможности	18 баллов (8–24)	24 балла (18–28)	26 баллов (19–35)
Эмоциональное восприятие жизни	5 баллов (3–11)	9 баллов (5–15)	8 баллов (5–17)

нального класса сердечной недостаточности сопровождается ухудшением общего уровня качества жизни ($r = 0,314$) и физических возможностей справляться с обычными повседневными нагрузками ($r = 0,322$).

Влияние обучения пациентов и последующего наблюдения за ними с участием медсестер на качество жизни, клинико-функциональные показатели и психический статус изучалось у пациентов, в группах контроля и вмешательства. Пациенты были сопоставимы по возрасту, полу, функциональному классу сердечной недостаточности, лекарственной терапии и изучаемым показателям, за исключением индекса массы миокарда левого желудочка. В группе вмешательства он был достоверно выше.

По окончании исследования качество жизни достоверно повысилось в группе вмешательства, как в целом, так и отдельно по шкалам «физи-

ческие возможности» и «эмоциональное восприятие жизни» (рис.). В группе вмешательства достоверно снизился уровень тревоги и депрессии с 9,5 баллов (6–11) до 7 (5–10,5) и с 8 баллов (6–10) до 7,5 (5–9), соответственно. Дистанция теста шестиминутной ходьбы увеличилась с 321,2 м (300,1–366,5) до 351,3 (319,1–388). Индекс конечно-диастолического объема левого желудочка уменьшился с 73 мл/м² (66–88) до 68 (56–83). В группе контроля достоверно увеличился индекс массы миокарда левого желудочка с 114 гр/м² (92–135,3) до 120 (103,6–154,8).

Обсуждение. Качество жизни у пациентов с сердечной недостаточностью с сохраненной систолической функцией практически не изучено. В популяционных исследованиях показано, что пациенты с сердечной недостаточностью имеют достоверно худшее качество жизни по всем аспектам физического и душевного здоровья, в срав-



Рисунок. Динамика качества жизни в группах контроля и вмешательства

нении со здоровыми лицами [13]. Однако эти пациенты имели сниженную систолическую функцию. В единственном обнаруженном нами исследовании, сравнивающим пациентов с сердечной недостаточностью со сниженной и сохраненной систолической функцией, было выявлено, что женщины имели худшее качество жизни в обеих группах; и оно не было связано с возрастом больных [14]. Эти данные сопоставимы с результатами нашего исследования: женщины показали худшее качество жизни по шкале «физические возможности» в сравнении с мужчинами, и качество жизни не зависело от возраста пациентов.

В настоящее время установлено [15], что у пациентов со сниженной систолической функцией усиление декомпенсации сердечной деятельности с I по IV функциональный класс сопровождается ступенчатым ухудшением качества жизни. Каждому функциональному классу соответствует определенный средний уровень качества жизни: I функциональный класс — 21 балл, II функциональный класс — 37 баллов, III функциональный класс — 53 балла, IV функциональный класс — 69 баллов. Нам не удалось обнаружить в литературе подобные данные, полученные для пациентов с сердечной недостаточностью с сохраненной систолической функцией. В нашем исследовании ухудшение функционального статуса пациентов сопровождалось ухудшением качества жизни.

Программы «управления болезнью» могут включать различные компоненты: раннее наблюдение после госпитализации, увеличение доступности помощи, оптимизацию лекарственной терапии, обучение или консультирование пациентов, физические тренировки, психологическую поддержку пациента и его семьи. В нескольких

публикациях показана возможность этих программ улучшать качество жизни пациентов [16]. Однако до конца не определено, какие конкретно компоненты помощи должны быть включены в подобные программы. Улучшение качества жизни у пациентов с сердечной недостаточностью, прошедших обучение, связывают с улучшением психосоматического статуса вследствие повышения приверженности к проводимой терапии [17]. В некоторых исследованиях показано улучшение качества жизни под влиянием физических тренировок. Этот эффект объясняют, как улучшением психосоматического статуса, так и действием медикаментозной терапией или социальным взаимодействием участников тренировок [18]. Комплексная программа, предпринятая в нашем исследовании, включала: медикаментозное лечение и физические тренировки в соответствии с национальными рекомендациями, обучение пациентов и непрерывное наблюдение за ними в амбулаторных условиях с участием медсестры. Данная программа привела к улучшению психического статуса пациентов (снижение уровня тревоги и депрессии), переносимости физических нагрузок (увеличение дистанции теста шестиминутной ходьбы) и диастолической функции левого желудочка (снижение индекса конечно-диастолического объема левого желудочка, задержка прогрессирования гипертрофии миокарда). Одновременно с улучшением психического статуса и клинико-функциональных показателей улучшилось и качество жизни пациентов с сердечной недостаточностью с сохраненной систолической функцией.

Заключение. Показано, что качество жизни пациентов с сердечной недостаточностью с сохраненной систолической функцией не связано с возра-

стом, достоверно хуже у женщин и ухудшается по мере усиления декомпенсации сердечной деятельности. Использование комплексной программы лечения, включающей кроме стандартной медикаментозной терапии обучение изменению образа жизни, модификации факторов риска сердеч-

но-сосудистых заболеваний и непрерывное наблюдение в амбулаторных условиях с участием медсестры, улучшает не только психический статус и клинико-функциональные показатели, но и качество жизни у пациентов с сердечной недостаточностью с сохраненной систолической функцией.

Литература

1. Clarke S. P., Frasure-Smith N., Lesperance F. et al. Psychosocial factors as predictors of functional status at 1 year in patients with left ventricular dysfunction // Res. Nurs. Health. — 2000. — Vol. 23. — P. 290–300.
2. Российские национальные рекомендации ВНОК и ОССН по диагностике и лечению ХСН (второй пересмотр). — М.: ООО ОССН, 2007. — 76 с.
3. Мареев В. Ю., Даниелян М. О., Беленков Ю. Н. От имени рабочей группы исследования ЭПОХА-О-ХСН. Сравнительная характеристика больных с ХСН в зависимости от величины ФВ по результатам Российского многоцентрового исследования ЭПОХА-О-ХСН // Журнал Сердечная Недостаточность. — 2006. — Т. 4. — С. 164–171.
4. Tribouilloy Ch., Rusinaru D., Mahjoub H. et al. Prognosis of heart failure with preserved ejection fraction: a 5 year prospective population-based study // Eur. Heart J. — 2008. — Vol. 29. — P. 339–447.
5. Асеева О. А., Беленков Ю. Н., Бологова Т. А., Мареев В. Ю. Как мы лечим сердечную недостаточность в реальной жизни. Программа улучшения (IMPROVEMENT-HF) // РМЖ. — 2000. — Т. 8. — С. 59–63.
6. Rumsfeld J. S., Masoudi F. A. Heart failure disease management works, but will it succeed? // Eur. Heart J. — 2004. — Vol. 18. — P. 1565–1567.
7. Goldman L., Hashimoto B., Cook F. et al. Comparative reproducibility and validity of systems for assessing cardiovascular functional class: advantages of a new specific activity scale // Circulation. — 1981. — Vol. 64. — P. 1227–1234.
8. Crapo R. O., Casaburi R., Coates A. L. et al. ATS Statement: Guidelines for the six-minute walk test // Am. J. Respir. Crit. Care Med. — 2002. — Vol. 166. — P. 1111–1117.
9. Paulus W. J., Tschope C., Sanderson J. E. et al. How to diagnose diastolic heart failure: a consensus statement on the diagnosis of heart failure with normal left ventricular ejection fraction by the Heart Failure and Echocardiography Associations of the European Society of Cardiology // Eur. Heart J. — 2007. — Vol. 28. — P. 2539–2550.
10. Zigmond A. S., Snaith R. P. The Hospital Anxiety and Depression Scale // Acta. Psychiatr. Scand. — 1983. — Vol. 67. — P. 361–370.
11. Rector T. S., Kubo S. H., Cohn J. N. Patients' self-assessment of their congestive heart failure. Part 2: Content, reliability and validity of a new measure, the Minnesota Living with Heart Failure questionnaire // Heart Failure. — 1993. — Vol. 3. — P. 198–209.
12. Беленков Ю. Н. Определение качества жизни у больных с хронической сердечной недостаточностью // Кардиология. — 1993. — № 2. — С. 85–88.
13. Hobbs F. D. R., Kenkre J. E., Roalfe A. K. et al. Impact of heart failure and left ventricular systolic dysfunction on quality of life. A cross-sectional study comparing common chronic cardiac and medical disorders and a representative adult population // Eur. Heart J. — 2002. — Vol. 23. — P. 1867–1876.
14. Rao A., Asadi-Lari M., Walsh J. et al. Quality of life in patients with signs and symptoms of heart failure — does systolic function matter? // J. Card. Fail. — 2006. — Vol. 12. — P. 677–683.
15. Kubo S. H., Schulman S., Starling R. C. et al. Development and validation of a patient questionnaire to determine New York Heart Association classification // J. Cardiac. Failure. — 2004. — Vol. 10. — P. 228–235.
16. Вологодина И. В. Тревожно-депрессивные расстройства и качество жизни у больных старческого возраста с ишемической болезнью сердца, осложненной хронической сердечной недостаточностью, возможности коррекции: Автореф. дисс... докт. мед. наук. — СПб., 2009. — 40 с.
17. Jaarsma T., Stromberg A., De Geest S. et al. Heart failure management programmes in Europe // Eur. J. Cardiovasc. Nurs. — 2006. — № 5. — P. 197–205.
18. Witham M. D., Struthers A. D., McMurdo M. E. T. Exercise Training as a Therapy for Chronic Heart Failure: Can Older People Benefit? // JAGS. — 2003. — Vol. 51. — P. 699–709.

Автор:

Андрюхин Антон Николаевич — врач общей практики, соискатель кафедры семейной медицины СПбМАПО

Адрес для контакта: sulkus_m@mail.ru

УДК 615.03:614.24

ПЕРВЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПРОЕКТА ПО УЛУЧШЕНИЮ ДИАГНОСТИКИ ИНФЕКЦИЙ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ, РАЦИОНАЛЬНОМУ НАЗНАЧЕНИЮ АНТИБИОТИКОВ В ОБЩЕЙ ВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИКЕ И СНИЖЕНИЮ БАКТЕРИАЛЬНОЙ РЕЗИСТЕНТНОСТИ К АНТИБИОТИКАМ

А. А. Реуцкий¹, Е. А. Егорова¹, Л. Бьеррум², А. Манк², Б. Гарн-Хансен², М. П. Хансен², Б. Г. Лопес-Валькарсел³, А. Перес³, Л. Кабалльеро⁴, В. фон дер Хейд⁴, Р. Радзивичиене⁵, А. Юргитис⁵, К. Ллор⁶, Х. М. Котс⁶, С. Ернандес⁶, Е. Л. Страндберг⁷, И. Овхед⁷, С. Мольстад⁷, Р. В. Штихель⁸, Р. Бенко⁸, В. Влаховиц-Пальцевски⁸, Х. Лионис⁹, М. Роннинг¹⁰

¹Ассоциация врачей общей практики, Калининград, Россия;

²Исследовательский союз общей врачебной практики, Университет Южной Дании;

³Университет Лас-Пальмаса, Канарские острова, Испания;

⁴Ассоциация семейной медицины, Аргентина;

⁵Центр семейной медицины, Клайпеда, Литва;

⁶Ассоциация семейной медицины Испании;

⁷Отдел клинических исследований, Лундский университет, Швеция;

⁸Европейская группа по изучению использования лекарств, Бельгия;

⁹Всемирная организация семейных врачей (WONCA);

¹⁰Всемирная организация здравоохранения, Центр Сотрудничества по методологии статистики лекарств, Осло, Норвегия

FIRST RESULTS OF THE PROJECT FOR IMPROVING DIAGNOSIS OF RESPIRATORY TRACT INFECTIONS, THE RATIONAL ANTIBIOTICS PRESCRIBING IN GENERAL PRACTICE AND THE DECREASE OF BACTERIAL RESISTANCE TO ANTIBIOTICS

A. Reutskiy¹, E. Egorova¹, L. Bjerrum², A. Munck², B. Gahrn-Hansen², M. P. Hansen², B. G. López-Valcárcel³, A. Pérez³, L. Caballero⁴, W. von der Heyde⁴, R. Radzeviciene⁵, A. Jurgitis⁵, C. Llor⁶, J. M. Cots⁶, S. Hernández⁶, E. L. Strandberg⁷, I. Ovhed⁷, S. Molstad⁷, R. V. Stichele⁸, R. Benko⁸, V. Vlahovic-Palcevski⁸, Ch. Lionis⁹, M. Ronning¹⁰

¹Association of Family Doctors, Kaliningrad, Russia,

²Research Unit of General Practice, University of Southern Denmark, Odense, Denmark,

³University of Las Palmas de Gran Canarias, Las Palmas, Spain,

⁴Misiones Association of General Family Medicine, Posadas, Argentina,

⁵Family Doctor (FD) Centre, Klaipeda, Lithuania,

⁶Spanish Society of Family Medicine, Barcelona, Spain,

⁷Department of Clinical Sciences, Lund University, Malmoe, Sweden,

⁸European Drug Utilisation Research Group, Ghent, Belgium,

⁹World Organisation of Family Doctors (WONCA), Ljubljana, Slovenia,

¹⁰World Health Organisation, Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology, Oslo, Norway

© Коллектив авторов, 2010 г.

Чрезмерное и нерациональное использование антибиотиков является главной причиной роста резистентных к антибиотикам бактерий. Поскольку резистентные бактерии не признают границ, бактериальная резистентность к антибиотикам — глобальная проблема всех стран.

Цель: изучить методом медицинского АРО-аудита (Аудит-проект из Оденсе, скандинавский метод медицинского аудита) назначение антибиотиков в общей врачебной практике при инфекциях дыхательных путей в начале и конце проекта, в том числе внедрения экспресс-диагностики бактериальных инфекций для уменьшения неадекватного использования антибиотиков и снижения таким образом бактериальной резистентности к антибиотикам.

Материалы и методы: HAPPY AUDIT — финансируемый ЕС проект, ставящий целью помочь врачам общей практики в борьбе с резистентностью к антибиотикам путем повышения качества диагностики и лечения инфекций дыхательных путей. Врачи общей практики (n = 618) в 6 странах регистрировали всех

пациентов с инфекциями дыхательных путей ($n = 33\ 273$) на амбулаторном приеме в течение 3 недель зимы или лета (Аргентина) 2008 года, используя специальную форму медицинского АРО-аудита. После осуществления мероприятий, направленных на снижение чрезмерного и необоснованного применения антибиотиков в лечении инфекций дыхательных путей в общей врачебной практике, включая внедрение экспресс-анализаторов на стрептококк А и С-реактивный белок (СРБ) была проведена повторная аудит-регистрация теми же врачами ($n = 511$) пациентов с инфекциями дыхательных путей ($n = 26\ 262$) в течение 3 недель зимы 2009 года с использованием той же формы АРО-аудита.

Результаты: после осуществления мероприятий, предшествующих проведению повторной аудит-регистрации назначение антибиотиков уменьшилось на 10% (с 40 до 30%) коэффициент корреляции 0,1. Особенно значительное снижение назначения антибиотиков произошло в тех странах, где впервые были использованы экспресс-тесты для уточнения диагноза: в Аргентине на 20%, в Испании на 30%, в Литве в 2 раза, в России (Калининград) в 2 раза.

Заключение: использование АРО-метода медицинского аудита и экспресс-тестов для уточнения диагноза инфекций дыхательных путей позволяет снизить назначение антибиотиков при инфекциях дыхательных путей в общей врачебной практике и снизить бактериальную резистентность к антибиотикам.

Ключевые слова: бактериальная резистентность к антибиотикам; общая врачебная практика; АРО-метод аудита.

Background: Antibiotic resistance is global health problem for all countries leading to additional health care cost. Irrational use of antibiotics is the most important reason for development of bacterial resistance to antibiotics. Infections don't stop at the borders; bacterial resistance to antibiotics may spread across borders.

Aims: To examine the antibiotic prescribing rate for patients with respiratory tract infection (RTIs) in general practice before and after intervention activities targeted professional and patients, including introduction of point of care tests: Strep A antigen test and C-reactive protein test (CRP) for the rational antibiotics prescribing in general practice and the decrease of bacterial resistance to antibiotics.

Materials and methods: HAPPY AUDIT is an EU-financed project with the aim of contributing to the fight against antibiotic resistance through quality improvement of general practitioners' diagnosis and treatment of respiratory tract infections. General practitioners (GPs) in 6 countries ($n=618$) registered all consultation of patients ($n = 33\ 273$) with respiratory tract infections (RTIs) during a 3-week period, in winter or summer (Argentina) 2008 with using a special chart of APO method of audit before the intervention to improve the antibiotic use in general practice. In winter 2009 GPs in 6 countries ($n = 511$) once more registered all consultation of patients ($n = 26\ 262$) with RTIs during a 3-week period after intervention activities targeted professional and patients, including implementation of point of care (POC) tests: Strep A antigen test and C-reactive protein test (CRP) in the GPs' surgeries.

Results: The rate of antibiotic prescribing decrease of 10% after the intervention to improve the antibiotic use in general practice (from about 40% before to about 30% after). The within-practice correlation coefficient is 0,1. In countries where the POC test was been first implemented the results were higher. In Argentina a relative reduction of the total antibiotic prescribing of more than 20% has taken place. In Lithuania the antibiotic prescribing has been nearly halved. In Kaliningrad the prescribing of antibiotics has more than halved. In Spain the doctors' prescribing of antibiotics has been reduced by one third.

Conclusion: The use of APO method of audit and implementing the POC test in general practice may lead to a reduction in antibiotic prescribing to patients with RTIs and may lead to decrease of bacterial resistance to antibiotics.

Keywords: bacterial resistance to antibiotics; general practice; APO method of audit.

Введение. Бактериальная резистентность к антибиотикам является глобальной проблемой для здравоохранения всех стран мира, так как бактерии не признают государственных границ.

Чрезмерное и нерациональное использование антибиотиков считается главной причиной развития устойчивости бактерий к этим препаратам [1–4]. Известно, что участковые врачи и врачи общей практики на амбулаторном приеме в 90% случаев назначают пациентам с инфекциями дыхательных путей антибактериальные препараты [5, 6, 7].

Инфекции, вызванные резистентными бактериями, приводят к росту смертности, удлинению сроков пребывания в больнице и увеличивают затраты на лечение [8–13]. В связи с этим целью исследования было изучение распространенности назначения антибиотиков врачами общей практики, и самостоятельное их использования пациентами [3, 14–18].

Материалы и методы. Проект получил название HAPPY AUDIT (Health Alliance for Prudent Prescribing, Yield And Use of Antimicrobial Drugs In the Treatment of Respiratory Tract Infections)

Оригинальное научное исследование

и был реализован в шести странах с различными культурными традициями и различной организацией первичной медико-санитарной помощи [19]. Финансовая поддержка осуществлялась из средств Европейского Союза.

Для реализации поставленной цели в проекте использован метод медицинского аудита — АРО-метод (Audit Project Odense), разработанный в Оденсе (Дания) [14–18, 21].

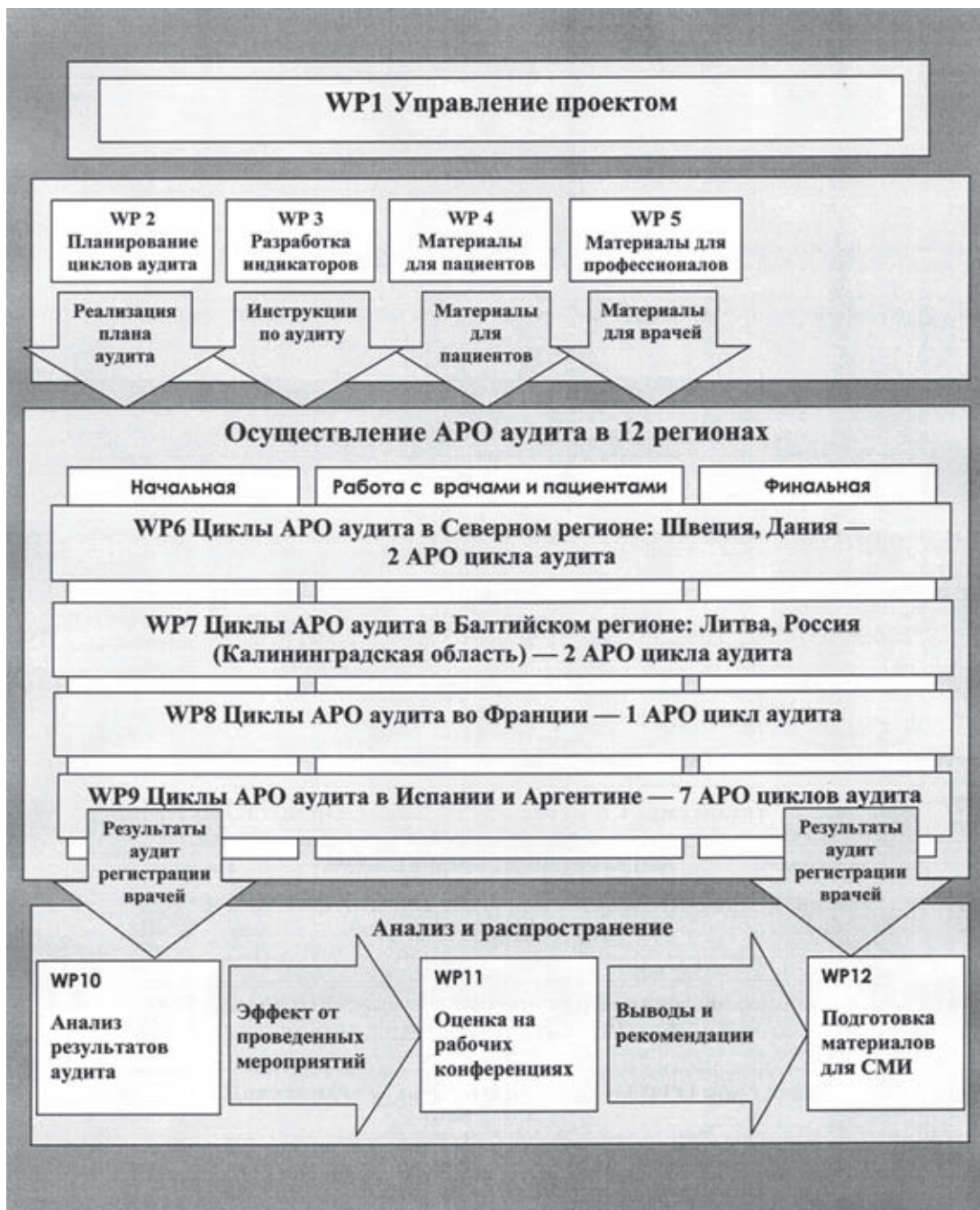
Идея аудита в общей врачебной практике принадлежит англичанину М. G. Sheldon [20], который объединил клинический, медицинский, се-

стринский аудит и разделил его на два самостоятельных: внешний и внутренний. АРО-метод внутреннего медицинского аудита успешно используется в общей врачебной практике в скандинавских странах для улучшения качества медицинской помощи в первичном здравоохранении [15–18, 21].

Реализация проекта планомерно осуществляется с апреля 2007 г. одновременно в пяти европейских странах: Дания, Швеция, Литва, Испания, Россия (Калининград) и в Аргентине. Проект будет завершен в конце 2010 г. [19] (табл. 1).

Таблица 1

Управление проектом EC HAPPY AUDIT



Исследование осуществлялось в соответствии с директивой ЕС о надлежащей клинической практике (EU Directive 2001/20/EC), национальным стандартом РФ о надлежащей клинической практике от 27 сентября 2005 г. № 232 ГОСТ Р 52379-2005 и директивой ЕС о защите персональных данных (EU Directive 95/46/EC). Участие врачей общей практики в проекте ЕС HAPPY AUDIT осуществлялось по согласованию с министерством здравоохранения правительства Калининградской области (письмо от 04.10.2006 г., № 3489/1-9-1). Реализация проекта проходила в строгом соответствии с положениями Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан от 22 июля 1993 г. № 5487-1, в том числе об обеспечении права пациентов на конфиденциальность и о соблюдении требований по неразглашению врачебной тайны.

Пациенты регистрировались по возрасту и полу без указания фамилии и других персональных данных, способствующих идентификации личности.

Все результаты исследований документированы и сохранены в электронном виде. Полученные данные анализировали с помощью компьютерной статистической программы STATA (11-я версия). Для оценки результатов осуществленных мероприятий использован многоуровневый логический регрессивный анализ с доверительным интервалом $p < 0,05$ [19].

Всего в первой аудит-регистрации пациентов с инфекциями дыхательных путей приняли участие 618 врачей общей практики из шести стран,

в том числе 39 врачей из России (Калининградская область). В Калининградской области около 70 врачей, имеющих сертификат по общей врачебной практике, были приглашены участвовать в проекте. Для участия в исследовании планировалось привлечь 30 врачей, специальный отбор врачей не предусматривался. Однако, когда прислали подтверждение и дали письменное согласие на участие в проекте 39 врачей, было принято решение включить всех желающих. Вторая аудит-регистрация в 2009 г. в Калининградской области прошла с участием 37 врачей (2 врача выбыли). В целом, во второй аудит-регистрации приняли участие 511 врачей из 6 стран, участвующих в проекте HAPPY AUDIT.

Экспресс-диагностика возбудителя при инфекции дыхательных путей имеет существенное значение для амбулаторной практики [5, 22]. В связи с этим в данном исследовании использовались экспресс-анализатор на стрептококк А, QuickVue+ + Strep A компании QUIDEL и экспресс-анализатор на быстрофазный С-реактивный белок (СРБ), прибор Nycocard® CRP компании Axis-Shield PoC AS. Необходимо подчеркнуть, что выполнение теста на СРБ в общей врачебной практике может значительно уменьшить необоснованное назначение антибиотиков. СРБ — самый чувствительный тест для выявления пациентов с пневмонией в общей врачебной практике.

Организация исследований проходила в несколько этапов, как это принято при проведении аудита АРО методом. Последовательность этих этапов или циклов представлена на рис. [16, 21].

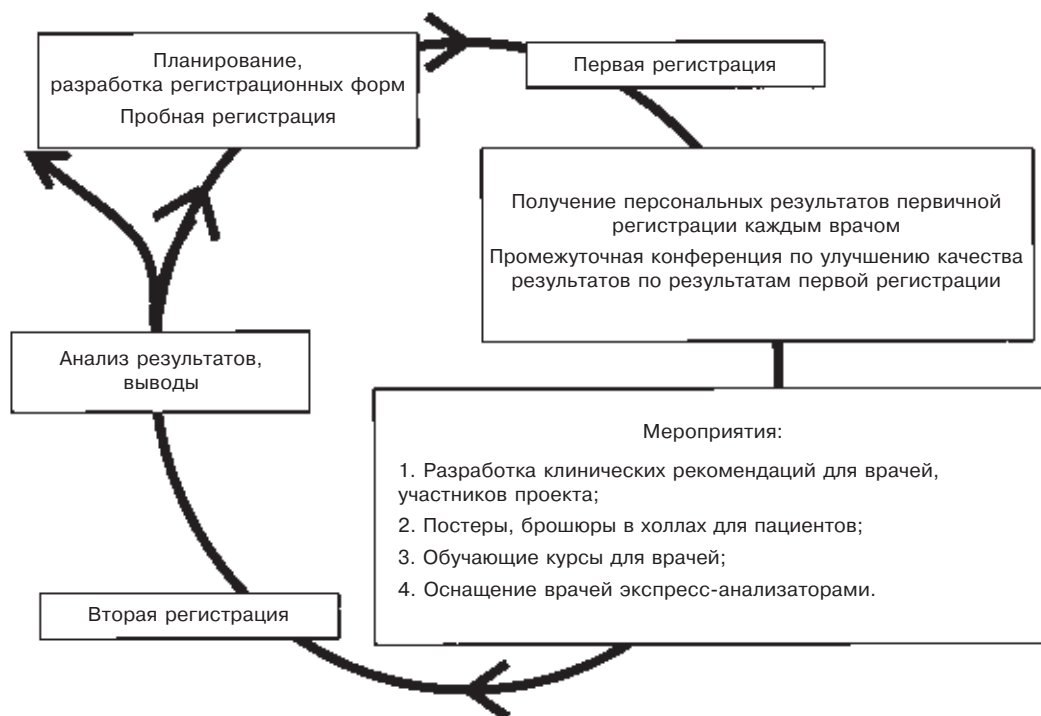


Рисунок. Циклы АРО метода аудита

В соответствии с циклами аудита, после анализа и обсуждения полученных результатов первой аудит-регистрации во всех странах были разработаны и проведены следующие мероприятия.

1) Выработаны рекомендации для врачей по диагностике инфекций дыхательных путей. Однако были учтены особенности лечения в разных странах согласно национальным руководствам и клиническим рекомендациям.

2) Напечатаны и размещены в холле поликлиник плакаты с информацией для пациентов о том, что инфекции дыхательных путей чаще безопасны и излечиваются самостоятельно, поэтому редко необходимо назначение антибиотиков.

3) Изданы брошюры для пациентов с той же, но более подробной информацией по инфекциям дыхательных путей.

4) Врачи в Литве, Калининграде, Испании и Аргентине были дополнительно обеспечены экспресс-анализаторами на стрептококк А-тест и на СРБ, и все были обучены работе с этими тест-системами.

Формы для проведения аудит-регистрации и инструкции по их заполнению были предварительно разработаны, обсуждены и согласованы с координаторами проекта в каждой стране-

участнице. Было решено ограничиться 42 параметрами (табл. 2), которые затем были окончательно утверждены и переведены на национальные языки участников проекта, также как и инструкции по заполнению этих регистрационных форм. Каждому участнику был присвоен персональный регистрационный номер, известный только координатору проекта. Каждый участник получил 15 регистрационных форм, по количеству рабочих дней, одна форма — на один рабочий день и инструкции. Пронумерованные персональные регистрационные формы и инструкции по их заполнению на национальном языке были получены лично каждым участником проекта по почте.

Для проверки эффективности работы разработанной системы аудит регистрации была осуществлена пробная аудит-регистрация пятью врачами в течение 10 дней в каждой стране для выявления возможных проблем, что позволило своевременно устранить некоторые выявленные дефекты до начала основной аудит-регистрации.

Первая аудит-регистрация была проведена в январе – феврале 2008 г. в течение 3 нед (15 рабочих дней) в период роста числа острых респираторных заболеваний и гриппа.

Таблица 2

Регистрационная аудит-форма для пациентов на амбулаторном приеме

Аудит: острые респираторные заболевания в общей врачебной практике



Фамилия врача:		Продолжительность	Симптомы и признаки	Исследование	Этиология	Ваш диагноз	Антибиотики	Другое																																					
Дата регистрации		Минимум 1	Минимум 1	Только 1	Только 1	Минимум 1	Минимум 1	Минимум 1																																					
Возраст	пол	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42		
		Число дней с симптомами болезни	Лихорадка	Рентгенография грудной клетки	Грипп	Острый бронхит	Амоксициллин																																						
		Кашель и/или насморк	Гриппозные выделения из ушей	Увеличение миндалин	Болит горло	Одышка	Усиление мокроты	Гриппозная мокрота	Ничего из вышесказанного	Стрептококк А положительный	Стрептококк А отрицательный	СРБ (тгт)	Рентгенография грудной клетки положительная	Рентгенография грудной клетки отрицательная	Ничего из вышесказанного	Возможно вирусная инфекция	Возможно бактериальная инфекция	Простуда	Острый средний отит	Острый синусит	Острый фарингит	Ангина	Острый бронхит	Плевмония	Обострение ХОБЛ или хронический бронхит	Грипп	Другие инфекции дыхательных путей	Феноксиметиленциллин	Амоксициллин	Амоксициллин	Микрогиды	Хинолоны	Тетрациклины	Цефалоспорины	Другие	Не назначены антибиотики	Аллергия на антибиотики	Аллергия на пенициллин	Проблема пациента назначить антибиотик	Ничего из вышесказанного	Ничего из вышесказанного	Ничего из вышесказанного	Ничего из вышесказанного		

Результаты. Всего в ходе исследования было зарегистрировано 33 273 пациента с инфекциями дыхательных путей, в том числе в Калининградской области — 3685. Каждый врач регистрировал в среднем за 15 дней около 50 пациентов, то есть ежедневно около 3 пациентов.

По Калининградской области аналогичные показатели оказались значительно выше, в среднем: 94 и 6 соответственно. После сбора и обработки результатов первой аудит-регистрации каждый участник получил как свои конфиденциальные данные аудита, так и суммарный результат участников в своей стране, а также общий результат в целом. Каждый врач смог оценить свои результаты в сравнении с результатом своих коллег, с общим результатом и увидеть насколько отличаются его результаты от средних результатов по своей стране, по другим странам, а также в целом. Значительные различия между персональными общими результатами служили основанием для анализа их причин.

Итоги первой аудит-регистрации обсуждались и анализировались на конференциях врачей-участников проекта. Результаты обсуждения и рекомендации по улучшению качества медицинской помощи в общей врачебной практике докладывались на научно-практических конференциях, освещались в средствах массовой информации и в медицинских изданиях.

Были разработаны мероприятия для устранения выявленных недостатков и улучшения медицинской практики. В течение года, предшествовавшего второй аудит-регистрации, врачами-участниками проекта были реализованы разработанные мероприятия, после чего прошла вторая аудит-регистрация теми же участниками, в январе – феврале 2009 г., за такой же промежуток времени (15 рабочих дней).

В тот же период в 2009 г. контрольная группа врачей в Испании также приняла участие в аудите, проведя аудит-регистрацию без перечисленных выше мероприятий (ESP-control).

Всего при проведении второй аудит-регистрации было зарегистрировано 26 262 пациента с инфекциями дыхательных путей, в том числе в Калининградской области — 3284. Каждый врач регистрировал в среднем за 15 дней около 50 пациентов, то есть ежедневно — 3 пациента. По Калининградской области аналогичные показатели оказались выше средних: 88 и около 6 пациентов в среднем, соответственно.

Обработанные данные двух регистраций лично получил каждый участник проекта вместе с общим результатом. Вновь прошли конференции врачей, анализ, обсуждение результатов совместно с ведущими региональными специалистами, клиницистами, микробиологами, эпиде-

миологами, высказаны рекомендации по улучшению врачебной практики и качества медицинской помощи.

Результаты реализации проекта планируется опубликовать и доложить на рабочей конференции, которую организует Всемирная Ассоциация врачей общей практики/семейных врачей (Европейская Ассоциация врачей общей практики) в конце 2010 г.

Таким образом, возможность улучшить диагностику инфекций дыхательных путей получат не только участники проекта, но и остальные врачи, которые не смогли принять участие в исследовании.

Предварительный анализ полученных результатов всех участвующих в проекте стран показал, что доля пациентов, получавших антибиотики в 2008 г. составила 33% (n=10937), а в 2009 г. — 23% (n = 9669), то есть, назначение антибиотиков в целом снизилось на 10%.

В Дании сокращение составило 9%, а назначение макролидов уменьшилось в 2 раза. В Швеции выписка антибиотиков уменьшилась на 10%. Особенно значительное снижение назначения антибиотиков произошло в тех странах, где ранее не использовались диагностические экспресс-тесты: Аргентина, Испания, Литва, Россия (Калининград). В Аргентине сократилась выписка антибиотиков более чем на 20%. в Испании этот показатель уменьшился примерно на одну треть, в Литве — в 2 раза.

Использование экспресс-тестов на стрептококк А и на С-реактивный белок позволило уменьшить назначение антибиотиков в Калининградской области в 2,5 раза (в 2008 г. n = 1215, в 2009 г. n = 481). Особенно значительным сокращением назначения антибиотиков было у пациентов с острым средним отитом, острым фарингитом, ангиной и острым бронхитом. Первая аудит-регистрация, выполненная в 2008 г., показала, что врачи общей практики в Калининграде фактически не использовали экспресс-анализы на СРБ и на стрептококк А у пациентов с инфекциями дыхательных путей. Перед проведением второй аудит-регистрации врачи были обеспечены экспресс-анализаторами на рабочих местах, прошли практическое обучение и были проинструктированы, в каких случаях использовать экспресс-тесты на СРБ и когда — на стрептококк А у пациентов с инфекциями дыхательных путей. В результате использование в Калининградской области теста на стрептококк А возросло с 1% (первая аудит-регистрация) до 18% (вторая аудит-регистрация), а использование теста на СРБ — с 1% до 22%.

В целом, произошло сокращение назначения антибиотиков почти для всех нозологических форм инфекций дыхательных путей.

Заключение. Использование АРО-метода внутреннего медицинского аудита позволяет эффективно влиять на улучшение качества общей врачебной практики. Исследование, проведенное с помощью этого метода, способствовало улучшению диагностики и рациональному назначению антибиотиков врачами общей практики при инфекциях дыхательных путей. Необоснован-

ное назначение антибиотиков уменьшилось при большинстве инфекций дыхательных путей.

Экспресс-диагностика инфекций дыхательных путей: тест на стрептококк А и тест на С-реактивный белок играет важную роль, так как способствует рациональному использованию антибиотиков и снижает риск бактериальной резистентности к этим препаратам.

Литература

1. Bronzwaer S. L., Cars O., Buchholz U. et al. A European study on the relationship between antimicrobial use and antimicrobial resistance // *Emerg Infect Dis.* — 2002. — Vol. 8. — P. 278–282.
2. Magee J. T., Pritchard E. L., Fitzgerald K. A. et al. Antibiotic prescribing and antibiotic resistance in community practice: retrospective study, 1996–8 // *BMJ.* — 1999. — Vol. 319. — P. 1239–1240.
3. Sande-Bruinsma N., Grundmann H., Verloo D. et al. Antimicrobial drug use and resistance in Europe. *Emerg Infect. Dis.* 2008. — Vol. 14. — P. 1722–1730.
4. Vander Stichele R. H., Elseviers M. M., Ferech M. et al. European surveillance of antimicrobial consumption (ESAC): data collection performance and methodological approach // *Br. J. Clin. Pharmacol.* — 2004. — Vol. 58. — P. 419–428.
5. Andre M., Odenholt I., Schwan A. et al. Upper respiratory tract infections in general practice: diagnosis, antibiotic prescribing, duration of symptoms and use of diagnostic tests // *Scand. J. Infect. Dis.* — 2002. — Vol. 34. — P. 880–886.
6. Arnold S. R., Straus S. E. Interventions to improve antibiotic prescribing practices in ambulatory care. — *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005, Issue 4. Art. No.: CD003539. — DOI: 10.1002/14651858.CD003539.pub2.
7. Grimsmo A., Hagman E., Faiko E. et al. Patients, diagnoses and processes in general practice in the Nordic countries. An attempt to make data from computerized medical records available for comparable statistics // *Scand. J. Prim. Health Care.* — 2001. — Vol. 19. — P. 76–82.
8. Garcia-Rey C., Aguilar L., Baquero F. et al. Importance of local variations in antibiotic consumption and geographical differences of erythromycin and penicillin resistance in *Streptococcus pneumoniae* // *J. Clin. Microbiol.* — 2002. — Vol. 40. — P. 159–164.
9. Goossens H., Ferech M., Vander S. R., Elseviers M. Outpatient antibiotic use in Europe and association with resistance: a cross-national database study // *Lancet* 2005. — Vol. 365. — P. 579–587.
10. Feikin D. R., Schuchat A., Kolczak M. et al. Mortality from invasive pneumococcal pneumonia in the era of antibiotic resistance, 1995–1997 // *Am. J. Public Health.* — 2000. — Vol. 90. — P. 223–229.
11. Lervy B., Wareham K., Cheung W. Y. Practice characteristics associated with audit activity: a medical audit advisory group survey // *Br. J. Gen. Pract.* — 1994. — Vol. 44. — P. 311–314.
12. Mölstad S., Cars O. Major change in the use of antibiotics following a national programme: Swedish Strategic Programme for the Rational Use of Antimicrobial Agents and Surveillance of Resistance (STRAMA) // *Scand. J. Infect. Dis.* — 1999. — Vol. 31. — P. 191–195.
13. Mölstad S. Reduction in antibiotic prescribing for respiratory tract infections is needed! // *Scand. J. Prim. Health Care.* — 2003. — Vol. 21. — P. 196–198.
14. Acheson H. W. K. Medical audit and general practice // *Lancet.* — 1975. — Vol. 1. — P. 511–513.
15. Munck A. P., Damsgaard J. J., Hansen D. G. et al. [The APO method — a popular form of quality development in general practice] // *Ugeskr Laeger.* — 2002. — Vol. 164. — P. 5390–5393.
16. Munck A., Damsgaard J., Hansen D. G. et al. The Nordic method for quality improvement in general practice // *Quality in Primary Care.* — 2003. — Vol. 11. — P. 73–78.
17. Munck A., Olesen F., Larsen B., Ladefoged I. Validity of medical audit registrations // *Scand. J. Prim. Health Care.* — 1994. — Vol. 12. — P. 143–144.
18. Munck A. P., Gahrn-Hansen B., Sogaard P., Sogaard J. Long-lasting improvement in general practitioners' prescribing of antibiotics by means of medical audit // *Scand. J. Prim. Health Care.* — 1999. — Vol. 17. — P. 185–190.
19. Bjerrum L., Munck A., Gahrn-Hansen B. et al. Health Alliance for Prudent Prescribing, Yield and Use of Antimicrobial Drugs in the Treatment of Respiratory Tract Infections (HAPPY AUDIT) // *BMC Family Practice.* — 2010. — DOI:10.1186/1471-2296-11-29.

Original data

20. *Sheldon M. G.* Self-audit of prescribing habits and clinical care in general practice // *Journal of the Royal College of General Practitioners.* — 1979. — Vol. 29. — P. 703–711.

21. *Munck A. P., Hansen D. G., Lindman A. et al.* A Nordic collaboration on medical audit. The APO method for quality development and continuous medical education (CME) in primary health care // *Scand. J. Prim. Health Care.* — 1998. — Vol. 16. — P. 2–6.

22. *Bjerrum L., Gahrn-Hansen B., Munck A. P.* C-reactive protein measurement in general practice may lead to lower antibiotic prescribing for sinusitis // *Br. J. Gen. Pract.* — 2004. — Vol. 54. — P. 659–662.

23. *Beyer M., Gerlach F. M., Flies U. et al.* The development of quality circles/peer review groups as a method of quality improvement in Europe. Results of a survey in 26 European countries // *Fam. Pract.* — 2003. — Vol. 20. — P. 443–451.

Автор:

Реуцкий Анатолий — врач общей практики, руководитель регионального отделения Ассоциации врачей общей практики РФ в Калининградской области

Адрес для контакта: a_reutskiy@mail.ru

УДК 616.24

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ИЗУЧЕНИЮ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ

М. А. Похазникова

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

MODERN APPROACHES TO STUDY PREVALENCE OF THE CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASES

M. A. Pokhaznikova

St-Petersburg Medical Academy of Postgraduate Studies, Russia

© М. А. Похазникова, 2010 г.

Статья посвящена оценке распространенности хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) в мире. Освещены причины, влияющие на распространенность заболевания. Описаны факторы, которые могут исказить результаты популяционных исследований на любом этапе.

Ключевые слова: ХОБЛ, распространенность, курение, спирометрия, общая врачебная практика.

The article dedicated to estimation of prevalence of the chronic obstructive pulmonary diseases (COPD) in the world. The causes that influences on the level of the prevalence of disease are illustrated. The factors which can disfigure the results of epidemiological studies at any level are described.

Keywords: COPD, prevalence, smoking, spirometry, general practice.

Увеличение темпов роста распространенности хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) является актуальным для всех стран. В 1990 г. ХОБЛ являлась шестой наиболее распространенной причиной смерти в мире, сегодня занимает четвертое место, а по прогнозам международного исследования «Глобальное бремя болезней» к 2030 г. займет третью позицию [1, 2]. В основных международных документах по проблеме ХОБЛ отмечается отсутствие достоверных эпидемиологических данных. Об этом свидетельствует большой разброс показателей распространенности заболевания в различных популяционных исследованиях: от 0,83% до 46,6% [2–4]. По данным А. Г. Чучалина, в Российской Федерации также существует значительная разница между данными официальной статистики и предположительными расчетными показателями (1 млн и 11 млн больных ХОБЛ соответственно) [5]. Но даже официальные данные свидетельствуют о росте распространенности ХОБЛ. В Санкт-Петербурге за период с 1999 по 2007 гг. зафиксирован рост распространенности ХОБЛ с 1,66‰ до 4,24‰ [6].

В 2006 г. Halbert R. J. et al. представили систематический обзор и метаанализ исследований распространенности ХОБЛ в мире за 1990–2004 гг. [7]. За этот период в международной системе Pubmed было опубликовано 5464 исследования,

из которых были включены в метаанализ только 62. Из российских работ лишь одно исследование соответствовало критериям включения. Показатель распространенности ХОБЛ анализировали в зависимости от возраста, пола, курения и региона проживания. Наибольшая распространенность ХОБЛ отмечена в возрастной группе старше 40 лет (9,9%), в то время как в группе моложе 40 лет была в 3 раза меньше (3,1%). В ряде исследований этот показатель достигал уровня 1% и даже менее [8]. Распространенность ХОБЛ среди лиц старше 65 лет составила 14,2%. Возрастные различия в распространенности ХОБЛ связаны с тем, что клинические симптомы ХОБЛ появляются, как правило, после 40 лет у людей, подверженных воздействию различных патогенных частиц и газов, основными из которых являются продукты возгонки табака при курении. Случаи более раннего появления заболевания ХОБЛ встречаются редко и связаны, чаще всего, с генетическими факторами (наследственный дефицит α_1 -антитрипсина).

В представленном обзоре распространенность ХОБЛ была выше среди мужчин, чем среди женщин (9,8% против 5,1%). Рост числа курящих женщин вносит изменения в половую структуру заболеваемости, и мужской пол, очевидно, уже не является фактором риска ХОБЛ [9]. В России курят 63% мужчин, и это один из

самых высоких показателей в мире. Уровень курения среди женщин постоянно растет. Если в 1992 г. курили 7% женщин, то в 2008 г. уже 19%. По подростковому курению Россия также на одном из первых мест в мире. Две трети (66%) 13–16 летних российских подростков имеют опыт курения и 35% курят регулярно [10, 11]. Согласно статистическим данным информационно-аналитического центра в Санкт-Петербурге в 2008 г., курил каждый второй взрослый житель города (61% мужчин и 29,3% женщин) [12].

Число курящих женщин в крупных городах больше, чем в сельских районах. Однако драматичным является факт трехкратного увеличения распространенности курения среди женщин, живущих в сельской местности [11]. Одной из причин такой динамики является ширококомпабная активная реклама сигарет, проводимая табачными компаниями в России в эти годы.

Более чем в 80% случаев развитие ХОБЛ связано с курением [13]. Это подтверждают данные высокой распространенности заболевания у 15,4% курильщиков и у 10,7% бросивших курить [7]. Однако ХОБЛ развивается не у всех курильщиков. По данным различных исследований, число никогда не куривших больных ХОБЛ составляет от 4,3% до 25–45% их общего количества [7, 11, 14]. Около 3 млрд человек, половина населения мира, используют твердое топливо для обогрева и приготовления пищи, что позволяет предположить, что воздействие дыма может быть крупнейшим фактором риска развития ХОБЛ во всем мире. Кроме того, значимыми могут быть другие факторы риска формирования ХОБЛ: загрязнение атмосферного воздуха, профессиональные аэрополлютанты, респираторные инфекции в детстве, низкий социально-экономический статус. Эти факторы могут усиливать действие табака у отдельных индивидов.

Одна из причин большого разброса данных распространенности ХОБЛ связана с эволюцией представления о заболевании в различные годы. Длительно сохраняющаяся терминологическая неопределенность понятия ХОБЛ привела к невозможности сопоставления данных исследований, проведенных в разные годы. Согласно современным представлениям ХОБЛ — заболевание, характеризующееся ограничением скорости воздушного потока, которое частично обратимо. Ограничение скорости воздушного потока является прогрессирующим и связано с патологическим воспалительным ответом легких на действие ингалируемых патогенных частиц или газов [2]. Единое толкование понятия ХОБЛ исключило из понятия другие заболевания с частично обратимым бронхообструктивным синдромом, такие как бронхоэктатическая

болезнь, муковисцидоз, облитерирующий бронхолит, туберкулез и бронхиальная астма. Однако случаи сочетания БА и ХОБЛ, туберкулеза и ХОБЛ по-прежнему являются спорным вопросом. Объективные трудности разграничения этих заболеваний, оценка вклада отдельного патологического состояния в степень выраженности необратимого компонента ограничения скорости воздушного потока, приводят к искажению оценки распространенности ХОБЛ.

Еще одна причина, искажающая истинную распространенность заболевания, связана с существовавшими в разное время классификационными критериями. В 2001 г. в международном документе «Глобальная стратегия: диагностика, лечение и профилактика хронической обструктивной болезни легких» (Global Initiative for Obstructive Lung Disease, GOLD) было предложено выделять нулевую стадию ХОБЛ — стадию риска развития заболевания. Нулевая стадия характеризовалась наличием факторов риска ХОБЛ, кашля с мокротой при отсутствии функциональных нарушений. Это привело к практическим трудностям разграничения хронического бронхита и ХОБЛ. В пересмотренном документе 2006 г. нулевая стадия была изъята из классификации GOLD, что сделало диагностические критерии ХОБЛ более строгими [2].

Отмечено, что использование различных методов диагностики заболевания приводит к вариациям в оценке распространенности ХОБЛ. Так, при анкетировании пациентов частота выявления ХОБЛ составила 4,9%, при врачебном осмотре — 5,2%. Самая высокая частота выявления заболевания (13,7%) была при сочетании физикального и рентгенологического исследования. Довольно высокая частота выявления ХОБЛ отмечена при проведении спирометрии — 9,2% [7]. Каждый из этих подходов используется в различных целях. Данные, в основе которых лежит медицинский диагноз, применяются для оценки распространенности клинически значимой болезни, степень тяжести которой требует обращения за медицинской помощью. Учитывая полученные данные, сегодня спирометрические критерии ХОБЛ признаны ведущими при проведении популяционных исследований.

На оценку распространенности ХОБЛ влияют различия в значениях диагностических спирометрических критериев бронхиальной обструкции. В различные годы основой критериев служили документы Британского и Американского торакальных обществ, Европейского респираторного общества, исследования экспертов. По данным метаанализа R. J. Halbert et al. (2006), только в 26 исследованиях диагноз ХОБЛ был основан на данных спирометрии, в 10 исследова-

ниях использовались спирометрические критерии GOLD. Причем лишь в одном анализировались постбронходилатационные значения показателей [7]. Современная классификация, предложенная GOLD, предназначена для использования в популяционных исследованиях и основана на постбронходилатационном снижении значе-

ния $ОФВ_1$ (табл.). Для диагностики I стадии заболевания необходимо зафиксировать снижение соотношения $ОФВ_1/ФЖЕЛ$ ниже 70% от должной величины. При этом респираторные симптомы (персистирующий кашель с мокротой, одышка) могут отсутствовать. При прогрессировании заболевания снижаются значения $ОФВ_1$ [2].

Таблица

Классификация степени тяжести хронической обструктивной болезни легких (GOLD, 2006 г.)

Стадия	Признаки
I легкая	$ОФВ_1 / ФЖЕЛ < 70\%$ (должное) $ОФВ_1 \geq 80\%$ (должное) Наличие или отсутствие хронических симптомов (кашель, мокрота)
II средняя	$ОФВ_1 / ФЖЕЛ < 70\%$ (должное) $50\% \leq ОФВ_1 < 80\%$ (должное) Наличие хронических симптомов (кашель, мокрота, одышка)
III тяжелая	$ОФВ_1 / ФЖЕЛ < 70\%$ (должное) $30\% \leq ОФВ_1 < 50\%$ (должное) Наличие хронических симптомов (кашель, мокрота, одышка)
IV крайне тяжелая	$ОФВ_1 / ФЖЕЛ < 70\%$ (должное) $ОФВ_1 < 30\%$ (должное) или $ОФВ_1 < 50\%$ (должное) в сочетании с хронической дыхательной недостаточностью

Обозначения: $ОФВ_1$ — объем форсированного выдоха за 1 сек; $ФЖЕЛ$ — форсированная жизненная емкость легких; дыхательная недостаточность — парциальное давление кислорода в артериальной крови (PaO_2) меньше 8 кПа (60 мм рт. ст.) при дыхании воздухом на уровне моря (при этом парциальное давление углекислого газа в артериальной крови ($PaCO_2$) может и не быть больше 6,7 кПа (50 мм рт. ст.).

Для стандартизации исследований и получения максимально достоверной информации по оценке распространенности ХОБЛ необходимо учитывать общие факторы, которые могут исказить результаты на любом этапе исследования [15]. Наблюдаемые расхождения в данных популяционных исследований связаны с различными критериями отбора участников исследования, различной долей участия, различиями в определении ХОБЛ и использованными спирометрическими критериями.

При формировании критериев включения в исследование важен возраст исследуемой популяции. Включение лиц моложе 40 лет ведет к снижению показателей распространенности ХОБЛ. Напротив, включение в группу исследуемых лиц только старших возрастных групп завышает уровень распространенности заболевания.

Скорость развития патологических изменений находится в прямой зависимости от интенсивности и общего стажа курения. В исследуемую популяцию должны включаться как продолжающие курить или бывшие курильщики, так и никогда не курившие ранее. Включение в исследование только лиц, которые длительно подвергались известным факторам риска, ведет к завышению оценки распространенности ХОБЛ.

Для получения достоверных данных предпочтительнее случайная выборка исследуемых лиц в поперечном исследовании.

Анкетирование дает важные анамнестические данные о длительности и массивности воздействия основного фактора риска — курения и других известных факторов риска развития заболевания (наследственная предрасположенность, условия проживания, профессиональные вредности, социальный статус). Использование опросников, отражающих стаж курения, количество выкуриваемых сигарет в день позволяет рассчитать индекс курящего человека (ИК), выраженный в пачка/лет. ИК (пачка/лет) равен количеству выкуриваемых пачек сигарет в день, умноженному на стаж курения (годы). ИК более 10 пачка/лет является достоверным фактором риска развития ХОБЛ. Существует другая формула расчета ИК — количество сигарет, выкуриваемых за сутки, умноженное на 12. Если индекс превысит 200 единиц, необходимо рассматривать пациента как злостного курильщика.

На этапе планирования исследования необходимо подготовить персонал к выполнению процедуры спирометрии.

На этапе сбора материала важно использовать единую форму опросника, единую модель

сертифицированного спирометра, соблюдать единые требования к выполнению маневра ФЖЕЛ и бронхолитической пробы с β_2 -агонистом короткого действия (прирост ОФВ1 менее 12% или менее 200 мл при проведении пробы с β_2 -агонистом) [2].

Обработку полученного в ходе исследования материала следует проводить централизованно. Наличие у пациентов бронхиальной астмы или других заболеваний, сопровождающихся снижением скорости воздушного потока, служит критерием исключения.

Отделения врачей общей практики (ВОП) во всем мире являются оптимальным местом для популяционных исследований и определения распространенности ХОБЛ [16]. Исследования, проведенные в отделениях первичной медицинской помощи с привлечением врачей общей практики имеют более высокий уровень участия пациентов. Авторы исследований связывают этот факт с тем, что просьба доверенных врачей (а не посторонних исследователей) принять участие в исследовании воспринимается пациентами, как правило, положительно. Кроме этого, в учреждениях первичной помощи обращаются в основном люди старше 40 лет. Например, 90% из посещающих пациентов ВОП в Германии старше 40 лет [16]. Несмотря на это, исследований, проведенных в отделениях общей практики, немного, некоторые сосредоточены только на курильщиках [3, 16–19]. Данные среди курильщиков — пациентов ВОП указывают на расхождение распространенности ХОБЛ от 6,9% до 92,1% в этой категории [16, 20]. Наблюдаемое расхождение связано с вышеперечисленными факторами (различными критериями отбора участников исследования, различной долей участия, различиями в определении ХОБЛ и использованными спирометрическими критериями).

Отмечено, что у курильщиков с впервые выявленной ХОБЛ преобладала легкая и умеренная степень тяжести по классификации GOLD, в то время как пациенты с ранее установленным врачами диагнозом имели более выраженные нарушения бронхиальной проходимости и были значительно старше [16]. Эти данные согласуются с выводами исследований, показавших, что большинство людей на ранних стадиях заболевания считают себя здоровыми и к врачам не обращаются [20]. Ряд исследований, проведенных в общей врачебной практике, обращают внимание на низкую чувствительность респираторных симптомов ХОБЛ по сравнению со спирометрическими критериями. По данным исследования, проведенного в Японии, примерно половина вновь выявленных больных ХОБЛ (52,0%) никогда не жаловалась на одышку при физической нагрузке и кашель с мокротой. Авторы предлагают при постановке диагноза, особенно в ранней стадии, руководствоваться в первую очередь постбронходилатационными значениями скорости воздушного потока, а не наличием респираторных симптомов [17]. В то же время в других исследованиях отмечена недооценка клинических симптомов как пациентами, так и врачами общей практики у длительно курящих и бросивших курить, что приводит к задержке диагностики [18, 19].

По современным представлениям ХОБЛ — это заболевание, которое можно предупредить и лечить. Полученные эпидемиологические данные позволяют разработать более эффективные программы выявления и профилактики заболевания, внедрение которых в учреждения амбулаторной помощи необходимы для уменьшения воздействия факторов риска и, в конечном итоге, снижения заболеваемости населения.

Литература

1. World Health Organization. COPD predicted to be third leading cause of death in 2030. Chronic Obstructive Pulmonary Disease. — <http://www.who.int/respiratory/copd>. — последнее посещение сайта 25.05.2010.
2. Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of COPD. — <http://www.goldcopd.com>. — последнее посещение сайта 25.05.2010.
3. Vandevoorde J., Verbanck S., Gijssels L. et al. Early detection of COPD: A case finding study in general practice // *Respir. Med.* — 2006. — Vol. 101, № 3. — P. 525–530.
4. Von Hertzen L., Reunanen A., Impivaara O. et al. Airway obstruction in relation to symptoms in chronic respiratory disease: a nationally representative population study // *Respir Med.* — 2000. — Vol. 94. — P. 356–363.
5. Чучалин А. Г. (ред.). Хроническая обструктивная болезнь легких. Федеральная программа. — М., 2004.
6. Илькович М. М., Суховская О. А., Илькович Ю. М., Шкляревич Н. А. Болезни органов дыхания в Санкт-Петербурге в 2007 году (анализ состояния и тенденции) // *Болезни органов дыхания.* — 2008. — № 1. — С. 3–11.
7. Halbert R. J., Natoli J. L., Gano A. et al. Global burden of COPD: systematic review and meta-analysis // *Eur. Respir. J.* — 2006. — Vol. 28. — P. 523–532.
8. Murray C. J. L., Lopez A. D., eds. Alternative projections of mortality and disability by cause 1990–2020: Global burden of disease study // *Lancet.* — 1997. — Vol. 349, № 9064. — P. 1498–1504.

9. *Стандарты по диагностике и лечению больных хронической обструктивной болезнью легких (ATS/ERS, пересмотр 2004 г.)* / Пер. с англ. под ред. А. Г. Чучалина. — М.: Атмосфера. — 2005. — 96 с.
10. *Комиссия Общественной палаты Российской Федерации по социальной и демографической политике, Общественный совет Центрального федерального округа. Табачная эпидемия в России. Причины, последствия, пути преодоления.* — М., 2009. — http://www.oodvrs.ru/article/index.php?id_page=18&id_article=1127.
11. *Perlman F., Bobak M., Gilmore A., McKee M.* Trends in the prevalence of smoking in Russia during the transition to a market economy // *Tobacco Control.* — 2007. — Vol. 16, № 5. — P. 299–305.
12. *Санкт-Петербургский информационно-аналитический центр. Рынок табачных изделий и влияние табакокурения на здоровье жителей Санкт-Петербурга.* — СПб., 2008. — <http://gov.spb.ru/day/statistika/stat>.
13. *Wilt T. J., Niewoehner D., Kim C., et al.* Выполнение спирометрии для выявления больных с хронической обструктивной болезнью легких, установления стадии заболевания, определения тактики лечения и оценки его эффективности // *Международный журнал медицинской практики.* — 2006. — № 4. — <http://www.mediasphera.aha.ru>.
14. *Salvi S. S., Barnes P. J.* Chronic obstructive pulmonary disease in non-smokers // *Lancet.* — 2009. — Vol. 374, № 9691. — P. 733–743.
15. *Синопальников А. И., Воробьев А. В.* Эпидемиология ХОБЛ: современное состояние актуальной проблемы // *Пульмонология.* — 2007. — № 6. — С. 78–86.
16. *Gingter Ch., Wilm S., Abholz H.* Is COPD a rare disease? Prevalence and identification rates in smokers aged 40 years and over within general practice in Germany // *Family Practice.* — 2009. — Vol. 26, № 1. — P. 3–9.
17. *Akamatsu K., Yamagata T., Kida Y., Tanaka H., Ueda H., Ichinose M.* Poor sensitivity of symptoms in early detection of COPD // *COPD.* — 2008. — Vol. 5, № 5. — P. 269–273.
18. *Piperno D., Bart F., Serrier P., Zureik M., Finkielstejn L.* General practice patients at risk of chronic obstructive pulmonary disease: epidemiologic survey of 3 411 patients // *Presse Med.* — 2005. — Vol. 34, № 21. — P. 1617–1622.
19. *Albers M., Schermer T., Molema J., Kloek C., Akkermans R., Heijdra Y., van Weel C.* Do family physicians' records fit guideline diagnosed COPD? // *Fam. Pract.* — 2009. — Vol. 26, № 2. — P. 81–87.
20. *Антонов Н. С., Стулова О. Ю., Зайцева О. Ю.* Глава 5. Эпидемиология. Факторы. Риска, профилактика. В кн.: *Хронические обструктивные болезни легких* / Под ред. А. Г. Чучалина. — М.: БИНОМ, СПб.: Невский диалект. — 1998. — С. 66–81.

Автор:

Похазникова Марина Александровна — к. м. н., доцент кафедры семейной медицины СПбМАПО

Адрес для контакта: fammedmapo@yandex.ru

ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНАЯ РЕФЛЮКСНАЯ БОЛЕЗНЬ

В. Н. Петров

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

GASTRO-ESOPHAGEAL REFLUX DISEASE

V. N. Petrov

St.-Petersburg Medical Academy of Postgraduate Studies, Russia

© В. Н. Петров, 2010 г.

В статье изложены причины, принципы диагностики и лечения гастроэзофагеальной рефлюксной болезни. Приведены основные составляющие сестринского ухода при этом заболевании.

Ключевые слова: гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, диагностика, лечение, сестринский уход.

The paper describes the diagnostics and treatment tools of gastro-esophageal reflux disease. The major components of nursing care are given.

Key words: gastro-esophageal reflux disease, diagnostics, treatment, nursing care.

Введение. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) — хроническое рецидивирующее заболевание, обусловленное нарушением моторно-эвакуаторной функции гастроэзофагеальной зоны и забросом в пищевод желудочного и (или) дуоденального содержимого (гастроэзофагеальный рефлюкс). Выделяют две формы этого заболевания: с морфологическими (эндоскопически позитивная) и без морфологических изменений (эндоскопически негативная) слизистой оболочки дистального отдела пищевода. В первом случае при наличии клинических проявлений заболевания обнаруживают морфологические изменения — признаки повреждения слизистой оболочки пищевода — с помощью эзофагогастродуоденоскопии. Эндоскопически негативному варианту свойственна типичная клиническая картина ГЭРБ при отсутствии поражений слизистой оболочки пищевода.

Важность проблемы ГЭРБ определяется ее большой распространенностью, трудностями, возникающими при распознавании и лечении этого заболевания, наличием неблагоприятных клинических симптомов (пищеводных и внепищеводных) и осложнений, способствующих ухудшению качества жизни больных. Клинические признаки заболевания при тщательном опросе выявляют у 20–40%, а эндоскопические (морфологические) изменения — у 6–12% населения.

Этиология и патогенез. ГЭРБ рассматривают как заболевание, основными причинами которого являются нарушения двигательной (моторной) функции пищевода и желудка, защитных (барьерных) свойств пищевода. Гастроэзофагеальный

рефлюкс — обратное забрасывание содержимого желудка в пищевод — развивается в результате первичного снижения тонуса мышц нижней части пищевода, их повторяющихся расслаблений и структурных изменений, а также повышения внутрибрюшного давления. Кроме того, нарушается нейтрализация и эвакуация попавшего в пищевод кислого желудочного содержимого с последующим агрессивным (повреждающим) действием его компонентов (соляной кислоты, желчи, желчных кислот) на слизистую оболочку пищевода и снижением ее защитных свойств. Поражается слизистая оболочка и другие структуры дистальной части пищевода, возникают клинические проявления ГЭРБ.

Способствуют развитию этого заболевания грыжа пищеводного отверстия диафрагмы, беременность, курение и злоупотребление алкоголем, выраженные физические напряжения мышц живота, горизонтальное положение тела, ожирение, запоры, метеоризм, употребление жирной, жареной, мучной пищи, кофе и шоколада, цитрусовых и др. К аналогичному эффекту приводит использование лекарственных средств, снижающих тонус (расслабляющих) гладких мышц, в том числе нижнего сфинктера пищевода (нитраты, холинолитики, блокаторы кальциевых каналов, β_2 -адреноблокаторы, эуфиллин).

Клиника и диагностика. Изжога — наиболее важный клинический признак ГЭРБ. Она возникает через 1–1,5 часа после приема пищи, при горизонтальном положении тела, после физической нагрузки. Ее провоцируют погрешности в диете (жирная, жареная, мучная пища), употребление алкогольных и газированных напитков.

Реже встречается кислая отрыжка, срыгивание, тяжесть и ощущение переполнения в подложечной области, нарушение глотания (дисфагия) жидкой или твердой пищи, сухость и горечь во рту, жжение в горле. Возможны приступообразные боли в загрудинной или подложечной области, иррадиирующие в межлопаточное пространство, шею, плечи и возникающие после приема пищи, физической нагрузки или изменений положения тела, а также тошнота, осиплость голоса, икота, метеоризм, запоры. Больных беспокоят расстройства сна и нарушения общего самочувствия, снижение работоспособности и ухудшение качества жизни.

Течение ГЭРБ осложняют язвы пищевода и кровотечения из них, стриктуры (сужения) пищевода, синдром Баррета (метаплазия — перестройка эпителия слизистой оболочки пищевода), являющийся предраковым состоянием с риском развития аденокарциномы пищевода.

Заподозрить это заболевание можно на основании перечисленных субъективных проявлений (жалоб больного), в то время как объективное исследование, как правило, малоинформативно и не выявляет существенных, диагностически важных симптомов.

Перечень лабораторных исследований включает: клинический анализ крови, определение группы крови и резус-фактора, концентрации железа в сыворотке крови, общий анализ мочи, анализ кала на скрытую кровь.

Наиболее важными в диагностическом плане (верификации заболевания) являются результаты инструментальных исследований, в первую очередь фиброэзофагогастродуоденоскопии (ФЭГДС) с биопсией слизистой оболочки пищевода. К достаточно информативным относятся рентгенологическое исследование пищевода и желудка, внутрипищеводная манометрия, внутрипищеводная рН-метрия (суточное мониторирование рН в пищеводе). По показаниям используют электрокардиографию и УЗИ органов брюшной полости.

ФЭГДС позволяет выявить ГЭРБ с морфологическими изменениями (рефлюкс-эзофагит) и ее осложнения, рентгенологическое исследование пищевода и желудка — грыжу пищеводного отверстия диафрагмы, стриктуры и злокачественные новообразования пищевода. С помощью манометрии оценивают моторную функцию пищевода и его нижнего сфинктера, рН-метрии — частоту и продолжительность гастроэзофагеальных рефлюксов, эффективность лекарственных средств с последующим их индивидуальным подбором.

Сестринский уход. При опросе пациента медицинская сестра выявляет основные его проблемы, касающиеся диспепсического (изжога, отрыж-

ка, нарушение глотания) и болевого синдромов, выясняет время их возникновения, связь с приемом пищи и погрешностями в питании, положением тела и физической нагрузкой. Важна информация об особенностях профессиональной деятельности, занятиях физической культурой и спортом, вредных привычках, применении пациентом лекарственных препаратов. Следует выяснить уровень знаний больного о причинах и принципах диетического и лекарственного лечения заболевания и в доступной форме изложить их сущность.

Перечень мероприятий, осуществляемых медицинской сестрой в процессе ухода за больным:

- информирует пациента о необходимых лабораторных и инструментальных исследованиях, готовит его к их проведению, помогает врачу в осуществлении инструментальных исследований;

- следит за изменениями самочувствия и общего состояния больного, выявляет новые симптомы заболевания и своевременно сообщает об этом врачу;

- сообщает пациенту принципы диетического лечения и следит за их выполнением;

- контролирует прием назначенных врачом лекарственных препаратов и выявляет их побочные (отрицательные) эффекты;

- информирует пациента об основных мероприятиях, касающихся изменений образа жизни.

Лечение ГЭРБ направлено на уменьшение или исчезновение клинических проявлений, предупреждение осложнений и обострений (рецидивов) заболевания, улучшение качества жизни пациента.

В комплексном лечебном процессе с использованием немедикаментозных и медикаментозных средств существенную роль играет правильное, разумно организованное питание. Диета является наиболее естественным, физиологическим и безопасным методом профилактики и лечения ГЭРБ. Лечебное питание создает условия для оптимального пищеварения, предупреждает неблагоприятные реакции на различные лекарственные препараты или уменьшает их выраженность, способствует более быстрому исчезновению болевого и диспепсического синдромов. Пищевой рацион должен содержать достаточное количество белков, углеводов, витаминов, микро- и макроэлементов, ограничивается потребление жиров.

Общие принципы диетотерапии выглядят следующим образом:

- пищу следует употреблять не спеша, малыми порциями, 5–6 раз в сутки, последний ее прием должен быть не менее чем за 3 ч до сна;

- во время еды не разговаривать (для уменьшения или исключения аэрофагии);

- воздержаться от употребления горячей, холодной, острой, жирной и жареной пищи;

— существенно уменьшить или исключить потребление алкогольных, газированных и содержащих кофеин (кофе, какао, пепси-кола и др.) напитков; цитрусовых (апельсины, лимоны и др.), томатов, в том числе приготовленных из них продуктов (соки, пасты и др.). Эти вещества стимулируют выработку соляной кислоты и раздражают слизистую оболочку дистального отдела пищевода и желудка, снижают тонус нижнего сфинктера пищевода;

— ограничить применение специй (чеснок, лук, перец и др.);

— использовать в питании фрукты и овощи, богатые растительной клетчаткой;

— обеспечить достаточное поступление белка (мясо, рыба, птица, молоко, нежирные молочные продукты, вчерашний белый и серый хлеб и др.)

Основными и наиболее эффективными в лечении ГЭРБ являются медикаментозные средства. В первую очередь используют:

— антисекреторные (антикислотные) препараты, уменьшающие выработку соляной кислоты и ее повреждающее действие на слизистую оболочку пищевода и желудка: ингибиторы протонной помпы (омепразол, рабепразол, эзомепразол и др.), блокаторы H_2 -рецепторов гистамина (ранитидин, фамотидин и др.);

— стимуляторы моторно-эвакуаторной функции пищевода и желудка (*прокинетики*) — домперидон, цизаприд и др.;

— лекарственные средства, защищающие слизистую оболочку пищевода от агрессивного действия соляной кислоты, ферментов, желчных кислот (*цитопротекторы*): гевискон-форте и др.

Определенную роль играют *антациды* (*щелочи*), которые нейтрализуют и связывают соляную кислоту в полости желудка (алмагель, фосфалюгель, маалокс и др.).

Хирургическое лечение используют при кровотечениях из эрозий и язв дистального отдела пищевода, его стриктурах (сужениях), пищеводе Баррета, неэффективности медикаментозной терапии.

Предупреждение, раннее распознавание и лечение ГЭРБ способствуют оздоровлению населения. Немаловажную роль играют заинтересованность, активность, информированность пациента, его желание сотрудничать с врачом и медицинской сестры.

Первичная профилактика этого заболевания затруднительна и в определенной степени связана с пропагандой и организацией здорового образа жизни, в том числе правильного (рационального) питания, исключения вредных привычек (курение, злоупотребление алкоголем), тяжелых физических нагрузок с напряжением мышц живота. К этому следует добавить борьбу с запорами и ожирением.

Вторичная профилактика включает использование лечебного питания, предупреждение обострений ГЭРБ (противорецидивная терапия с применением преимущественно антисекреторных препаратов), мероприятия по изменению стиля (образа) жизни пациента. Изменение образа жизни предусматривают:

— избегать отдыха в горизонтальном положении тела в течение 1,5 ч после приема пищи;

— исключить тяжелые физические нагрузки, связанные с напряжением брюшного пресса и повышением внутрибрюшного давления, занятия физической культурой и спортом с наклонами туловища и поднятием ног;

— спать с приподнятым не менее чем на 20 см головным концом кровати;

— прекратить курение и злоупотребление спиртными напитками;

— избегать ношения тесной одежды;

— устранять запоры и ожирение;

— исключить прием лекарственных средств, способствующих возникновению гастроэзофагеального рефлюкса (нитраты — нитроглицерин, нитросорбид и др.; М-холинолитики — атропин, метацин и др.; блокаторы кальциевых каналов — нифедипин, верапамил, амлодипин и др.; миогенные спазмолитики — но-шпа, папаверин и др.).

Литература

1. Маев И. В., Кучерявый Ю. А. Современные стандарты диагностики и лечения гастроэзофагеальной рефлюксной болезни // Клинич. медицина. — 2008. — № 2. — С. 17–21.
2. Решетников О. В., Курилович С. А., Симонова Г. И., и др. Симптомы гастроэзофагеального рефлюкса и качество жизни: популяционное исследование // Тер. архив. — 2008. — № 2. — С. 11–14.
3. Успенский Ю., Пахомова И., Каратеев А. Новые возможности в терапии гастроэзофагеальной рефлюксной болезни // Врач. — 2009. — № 9. — С. 2–6.
4. Циммерман Я. С., Вологжанина Л. Г. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь: патогенез, клиника, диагностика и лечение // Клинич. медицина. — 2005. — № 9. — С. 16–24.
5. Шентулин А. А. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь // Consilium medicum. — 2000. — № 7. — С. 272–274.

Автор:

Петров Валерий Николаевич — д.м.н., профессор кафедры сестринского дела и социальной работы СПбМАПО.

Адрес для контакта: СПб, Заневский пр., д. 1/82, кафедра сестринского дела и социальной работы, тел. (812) 445-31-14.

УДК 616.24-002

ОШИБКИ В ВЕДЕНИИ БОЛЬНЫХ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ

М. А. Похазникова, Г. С. Баласанянц

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

MISTAKES OF THE CLINICAL MANAGEMENT OF COMMUNITY-ACQUIRED PNEUMONIA PATIENTS

M. A. Pokhaznikova, G. S. Balasanyants

St-Petersburg Medical Academy of Postgraduate Studies, Russia

© М. А. Похазникова, Г. С. Баласанянц, 2010 г.

Проблема рационального ведения больных внебольничной пневмонией (ВП) является актуальной для практического здравоохранения. Существующие практические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике внебольничной пневмонии у взрослых подробно освещают типичные ошибки в лечении внебольничной пневмонии [1–4]. Неправильная тактика может явиться причиной не только фатального исхода, но и имеет социальные и экономические последствия, повышает как прямые, так и косвенные затраты на лечение. Традиционно антибактериальная терапия

амбулаторных больных с нетяжелой пневмонией зависит от возраста (до и старше 60 лет) и наличия сопутствующих заболеваний [1, 2]. Сопутствующими заболеваниями, влияющими на этиологию и прогноз внебольничной пневмонии, являются: сахарный диабет, хроническая обструктивная болезнь легких, хроническая сердечная недостаточность, хроническая почечная недостаточность, цирроз печени, алкоголизм, наркомания, общая дистрофия. В табл. 1 и 2 представлены основные сведения об антибактериальной терапии амбулаторных пациентов [2].

Таблица 1

Антибактериальная терапия внебольничной пневмонии у амбулаторных пациентов

Группа	Наиболее частые возбудители	Препараты выбора	Альтернативные препараты
Нетяжелая форма у пациентов в возрасте до 60 лет без сопутствующих заболеваний	<i>S. pneumoniae</i> <i>M. pneumoniae</i> <i>C. pneumoniae</i> <i>H. influenzae</i>	Амоксициллин внутрь или макролиды внутрь ¹	Респираторные фторхинолоны (левофлоксацин, моксифлоксацин) внутрь Доксициклин внутрь ²
Нетяжелая форма у пациентов в возрасте 60 лет и старше и/или с сопутствующими заболеваниями	<i>S. pneumoniae</i> <i>H. influenzae</i> <i>C. pneumoniae</i> <i>S. aureus</i> <i>Enterobacteriaceae</i>	Амоксициллин/ клавуланат внутрь или цефуроксим аксетил внутрь	Респираторные фторхинолоны (левофлоксацин, моксифлоксацин) внутрь

Примечания:

¹Следует отдавать предпочтение макролидным антибиотикам с улучшенными фармакокинетическими свойствами (кларитромицин, рокситромицин, азитромицин, спирамицин). Макролиды являются препаратами выбора при подозрении на атипичную этиологию внебольничной пневмонии (*C. pneumoniae*, *M. pneumoniae*).

²Доксициклин можно назначать при подозрении на атипичную этиологию пневмонии, однако следует учитывать высокий (более 25%) уровень резистентности к нему пневмококков в России.

Таблица 2

Выбор антибактериального препарата при неэффективности стартового режима терапии внебольничной пневмонии в амбулаторных условиях

Препарат выбора	Препарат резерва	Комментарии
Амоксициллин	Макролиды, доксициклин	Возможны атипичные микроорганизмы

Препарат выбора	Препарат резерва	Комментарии
Амоксициллин/клавулановая кислота, цефуроксим аксетил	Макролиды, доксициклин (можно назначать вместо бета-лактамов или в дополнение к ним), респираторные фторхинолоны	Возможны атипичные микроорганизмы
Макролиды	Амоксициллин, амоксициллин/клавулановая кислота, респираторные фторхинолоны	Возможны резистентные пневмококки к макролидам или грам-отрицательные бактерии

На примере нескольких пациентов, перенесших внебольничную пневмонию в Санкт-Петербурге в 2009 г. разбираются наиболее типичные ошибки ведения.

Клинический случай 1

Больная К., 57 лет, пенсионерка. Из анамнеза известно, что страдает хроническими заболеваниями ЖКТ (гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, хронический панкреатит). Заболела внезапно, появилась ломота в суставах, озноб, повышение температуры тела до 39,9 °С. Участковый врач был вызван больной на вторые сутки. При осмотре патологических изменений не выявлено. Была диагностирована ОРВИ. Назначен цифран, который больная принимала 4 дня. Состояние ухудшалось, температура оставалась повышенной до 39 °С. Появились жалобы на боли справа в грудной клетке, кашель с небольшим количеством мокроты. В последующем цифран был заменен врачом на сумамед, который пациентка принимала еще 3 дня. После этого была выполнена флюорография и с диагнозом внебольничная верхнедолевая правосторонняя пневмония больная была госпитализирована в городскую больницу (через 8 дней от начала заболевания).

При анализе амбулаторного этапа ведения больной можно отметить следующие тактические ошибки.

1. Назначение антибактериального препарата при клинической картине ОРВИ на вторые сутки заболевания необоснованно. Респираторные симптомы (боли в грудной клетке, кашель с мокротой) появились на третьи сутки заболевания. Ошибки на этапе принятия решения о необходимости назначения антибактериальных препаратов вызваны неправильной трактовкой симптоматики или стремлением предотвратить бактериальные осложнения вирусной инфекции. Как показывают данные литературы [4] и конкретной ситуации, раннее назначение антибиотиков не предотвращает развитие пневмонии.

2. Выбор в качестве стартового антибактериального препарата ципрофлоксацина (цифран)

считается нерациональным. Ранние фторхинолоны (ципрофлоксацин и др.) имеют низкую активность в отношении основных возбудителей внебольничной пневмонии *Streptococcus pneumoniae*, *Mycoplasma pneumoniae* и не рекомендованы для начальной терапии внебольничной пневмонии у амбулаторных пациентов.

3. Первоначальная оценка эффективности терапии была проведена через 4 дня после начала лечения, что возможно в случае клинического улучшения. В данном случае у пациентки не только сохранялась лихорадка, интоксикация, но и прогрессировала респираторная симптоматика. Пациентка не была осведомлена о более раннем вызове врача в случае ухудшения состояния. Другой возможностью оценить эффективность антибактериальной терапии в сроки 48–72 ч от начала лечения является телефонный контакт врача с пациентом.

4. Задержка с назначением рентгенологического исследования легких и клинического анализа крови также связана с отсутствием контакта с больной (личного или телефонного) в течение четырех дней прогрессирования заболевания.

5. Выбор второго антибактериального препарата из группы макролидов также нерационален. У пациентки старше 50 лет не было клинических признаков атипичной инфекции (микоплазменной, хламидийной). Наиболее обоснован и предпочтителен в данной ситуации выбор β-лактамного антибиотика или респираторного фторхинолона.

При поступлении в больницу пациентка предъявляла жалобы на повышение температуры до 38 °С, резкие боли справа в грудной клетке, слабость, кашель с небольшим количеством мокроты. При аускультации справа спереди под ключицей выслушивалось небольшое количество крепитирующих хрипов. Со стороны других органов и систем патологических изменений не выявлено.

Клинический анализ крови: Нб — 135 г/л, эритроциты — $4,39 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты — $11,4 \times 10^9$ /л, палочкоядерные лейкоциты (п.) — 0%, сегментоядерные лейкоциты (с.) — 59%, лимфоциты (л.) — 27%, моноциты (м.) — 10%, СОЭ —

24 мм/ч. Биохимический анализ крови: повышение активности печеночных трансаминаз (АЛТ 80 ед/л), остальные биохимические показатели в пределах нормальных значений. ЭКГ: ЧСС 80 в 1 мин, нарушение внутрижелудочковой проводимости. Кислотоустойчивые микобактерии в мокроте (КУМ) не выявлены.

Рентгенологическое исследование легких проведено дважды: при поступлении в стационар и через 6 дней после начала лечения. Отмечена инфильтрация в верхней доле правого легкого с реакцией междолевой плевры.

Назначено лечение: амикацин, амброксал.

Через 11 дней стационарного лечения отмечены положительная клиническая динамика, уменьшение интенсивности жалоб. Сохранялась умеренно повышенная температура тела. При контрольном рентгенологическом исследовании динамики не получено. Больная консультирована фтизиатром и переведена в туберкулезную больницу для дальнейшего лечения с диагнозом: инфильтративный туберкулез верхней доли правого легкого (на 19-й день болезни).

При анализе стационарного этапа ведения больной обращают на себя внимание следующие тактические ошибки.

1. Пациентка на амбулаторном этапе получила два курса антибактериальной терапии препаратами без выраженной антипневмококковой активности (ципрофлоксацин, азитромицин). Вероятнее всего, неэффективность терапии связана с этим фактом. Назначение амикацина, антибиотика группы аминогликозидов III поколения с противотуберкулезной активностью, также нерационально. Оптимальным выбором в случае нетяжелого течения внебольничной пневмонии у госпитализированных пациентов является назначение комбинированной терапии — β -лактамного препарата в сочетании с макролидом, либо монотерапия респираторными фторхинолонами, то есть терапия, активная в отношении всех потенциальных возбудителей внебольничной пневмонии, как типичных, так и атипичных.

2. В биохимическом анализе крови отмечено повышение активности печеночных трансаминаз. Не была определена причина такого состояния, связь с предшествующей антибактериальной терапией, либо с патологией печени.

3. У больной отмечена положительная клиническая динамика, уменьшение интенсивности жалоб при сохранении субфебрильной температуры. Однако отсутствие быстрой рентгенологической регрессии определило врачебную тактику — перевод в туберкулезный стационар. Не были проанализированы факторы затяжного течения, которые могли быть причиной замедленного рассасывания пневмонии. Так, напри-

мер, при пневмококковой пневмонии у пациентов моложе 50 лет полное рассасывание очагово-инфильтративных изменений в легких в течение четырех недель наблюдается в 82–93%, а у пациентов старше 50 лет — только в 43–75% случаев [5]. В данном случае присутствуют факторы риска затяжного течения внебольничной пневмонии: возраст старше 50 лет, клиническая неэффективность начальной терапии, вероятная резистентность возбудителей к антибиотикам. Современные руководства по ведению больных внебольничной пневмонией рекомендуют при наличии факторов затяжного течения и стойком клиническом улучшении провести повторное рентгенологическое исследование органов грудной клетки через 4 недели [1, 2].

В туберкулезную больницу пациентка поступила с жалобами на редкий кашель с незначительным количеством мокроты, потливость в ночное время, тянущие боли справа под лопаткой. Ранее больная туберкулезом не болела, контакт с больными отрицает.

При осмотре — состояние удовлетворительное. Кожа и видимые слизистые обычной окраски, периферические лимфоузлы не увеличены. Тоны сердца ясные, чистые. АД 140/80 мм рт. ст. Пульс — 70 ударов в 1 мин.

Грудная клетка нормостенической конфигурации. Частота дыхательных экскурсий — 16 в 1 мин. Пальпация и перкуссия грудной клетки — без отклонений от нормы. Аускультативно — везикулярное дыхание, хрипов нет. Отклонений со стороны других органов и систем не выявлено.

Клинический анализ крови при поступлении: Hb — 135 г/л, эр. — $4,3 \times 10^{12}/л$, ЦП — 0,94, лейкоциты — $5,9 \times 10^9/л$, п. — 0%, с. — 60%, л. — 38%, м. — 2%, СОЭ — 15 мм/ч. Клинический анализ крови при выписке: Hb — 135 г/л, эр. — $5,0 \times 10^{12}/л$, ЦП — 0,94, лейкоциты — $5,0 \times 10^9/л$, п. — 0%, с. — 67%, л. — 20%, м. — 12%, СОЭ — 2 мм/ч. Тест на кислотоустойчивые микобактерии (КУМ) отрицательный трижды, посев мокроты на МБТ — отрицательный. Фибробронхоскопия (ФБС) — посттуберкулезные рубцы в бронхах: V₃ справа, V₆, V₈₋₉ и верхнедолевого бронха слева.

При поступлении на рентгенограммах и томограммах легких — слева поля чистые. Справа в основании верхней доли на уровне II межреберья инфильтрация неоднородной структуры с реакцией междолевой плевры. Корни структурны. Синусы свободные. По сравнению с данными предыдущего стационарного лечения — частичное рассасывание инфильтрации.

Больной был установлен диагноз: инфильтративный туберкулез верхней доли правого легкого через месяц от начала заболевания. Диагноз подтвержден на городской комиссии по малым

формам туберкулеза. Процесс расценивали как ограниченный туберкулез без распада в легочной ткани и бактериовыделения. Начато лечение: изониазид, канамицин, рифампицин, пипразинамид, этамбутол, витамины, эссенциале, симптоматическое лечение. За время лечения больная жаловалась на непостоянные боли в верхней половине живота, связанные с приемом пищи. При пальпации живот мягкий, умеренно болезненный в эпигастрии и правом подреберье. По данным УЗИ органов брюшной полости — гепатоспленомегалия, диффузные изменения печени, УЗИ-признаки панкреатита. ФГДС — рефлюкс-эзофагит, подострый пилоробульбит.

Через один месяц лечения в туберкулезном стационаре проведено контрольное рентгенологическое исследование и отмечено продолжающееся рассасывание инфильтрации справа в основании верхней доли при сохранении реакции междолевой плевры. Еще через 2 месяца пребывания в туберкулезной больнице при рентгенологическом обследовании обнаружено полное рассасывание инфильтрации в основании верхней доли справа, осталась «подчеркнутой» междолевая плевра.

Спустя три месяца противотуберкулезного лечения повторная комиссия по малым формам туберкулеза заключила, что данных за туберкулез легких нет. Больная перенесла правостороннюю верхнедолевую внебольничную пневмонию, затяжное течение. Общая продолжительность заболевания составила 4 месяца.

При анализе стационарного этапа ведения больной в туберкулезной больнице отмечены следующие тактические ошибки.

1. Исходная картина развития заболевания была неправильно оценена как ограниченный туберкулез без распада легочной ткани. Такая форма туберкулеза, как правило, развивается бессимптомно или малосимптомно. Туберкулез может протекать с высокой температурой и ознобом, но это характерно для распространенного процесса, как правило, подтвержденного бактериовыделением. Результаты бронхоскопического исследования выявили множественные посттуберкулезные изменения бронхов, которые также могли привести к затяжному течению пневмонии.

2. На этом этапе нарушена последовательность утверждения диагноза туберкулеза. В случае, если больной поступает не из противотуберкулезного диспансера, а из городского лечебного учреждения (поликлиники или больницы) диагноз обязательно утверждается клинико-экспертной комиссией туберкулезного стационара и только потом выносится на утверждение городской комиссии. У этой больной подобная оче-

редность была нарушена, что исключило дополнительный анализ истории развития патологии, который мог бы изменить тактику ведения пациентки.

Таким образом, выявлены ошибки на всех этапах ведения больной. Нерациональный выбор антибактериальных средств привел к клинической неэффективности начальной антибактериальной терапии. Неправильная интерпретация клинических симптомов связана с неэффективностью терапии и игнорированием факторов затяжного течения внебольничной пневмонии. На заключительном этапе нарушение последовательности диагностики туберкулеза привело к ошибочному проведению длительной противотуберкулезной терапии и пребыванию больной в туберкулезном стационаре.

Клинический случай 2

Больная К., 20 лет заболела остро — повысилась температура тела до 38 °С, появился сухой кашель. На следующий день обратилась к врачу участковой поликлиники, была выполнена флюорограмма и установлен диагноз пневмонии. Врачом был назначен амоксиклав с 5 дня болезни, на фоне приема которого уменьшился кашель, нормализовалась температура тела. Препарат принимала в течение 11 дней. Через 10 дней после первого рентгенологического исследования на фоне клинического улучшения состояния была выполнена контрольная рентгенограмма, на которой выявлен ателектаз в левом легком. По данным компьютерной томографии, в верхней и средней долях правого легкого и нижних отделах левого легкого обнаружена инфильтрация. Пациентку направили на консультацию в противотуберкулезный диспансер, откуда она была госпитализирована с предварительным диагнозом «Инфильтративный туберкулез верхней доли правого легкого? Внебольничная пневмония верхней доли правого легкого?» в городскую туберкулезную больницу.

При поступлении пациентка жаловалась на кашель с небольшим количеством мокроты, слабость, снижение аппетита, повышенную потливость головы, шеи, верхней части грудной клетки. Из анамнеза известно, что у пациентки в детстве была гиперергическая реакция Манту, по поводу которой она получала превентивное лечение.

При осмотре состояние удовлетворительное. При аускультации в легких выслушивалось жесткое дыхание над всей поверхностью легких, хрипов нет. Со стороны других органов и систем без отклонений от нормы.

Клинический анализ крови при поступлении: Нв — 145 г/л, эр. — $4,5 \times 10^{12}/л$, ЦП — 0,94, лей-

коциты — $5,1 \times 10^9$ /л, п. — 4%, с. — 50%, э. — 2%, л. — 36%, м. — 8%, СОЭ — 16 мм/ч. Биохимические показатели крови в пределах нормы. Реакция Манту 10 мм. Фибробронхоскопия — правосторонний верхнедолевой эндобронхит с гипертрофией слизистой. Мокрота на кислотоустойчивые микобактерии отрицательна в пяти анализах.

Описание контрольной рентгенограммы, выполненной в поликлинике: — справа в верхней доле определяется инфильтрация гомогенного характера без распада. На рентгенограмме и томограммах, выполненных через две недели, в легочной ткани без инфильтративных и очаговых изменений, увеличенных лимфоузлов нет.

В противотуберкулезном стационаре проведено антибактериальное и противовоспалительное лечение: цефазолин, эреспал, тиосульфат натрия, феназид был назначен в качестве химиопрофилактики. Самочувствие нормализовалось в течение одной недели.

Через две недели стационарного лечения больная была выписана с диагнозом — внебольничная правосторонняя верхнедолевая пневмония в фазе рассасывания. Клинически и рентгенологически пневмония разрешилась в стандартные сроки — 25 дней.

Данный случай демонстрирует необоснованность госпитализации в туберкулезную больницу пациентки с внебольничной пневмонией. Повторная рентгенограмма была назначена слишком рано, через 10 дней от начала антибактериальной терапии. Контрольное рентгенологическое исследование в случае отсутствия факторов тяжелого течения пневмонии не рекомендуется проводить раньше 14–16 дня от начала лечения.

Возможной причиной госпитализации послужила неверная трактовка рентгенологических данных (ателектаз в левом легком, инфильтрация в верхней и средней долях правого легкого и нижних отделах левого легкого), которые в дальнейшем при анализе рентгенограмм не подтвердились. Этот факт подчеркивает важность квалифицированного рентгенологического исследования, от которого во многом зависит врачебная тактика ведения больного.

Назначение цефазолина после 10-дневного курса амоксициллина, антибиотика с аналогичным спектром действия, но с более низкой антипневмококковой активностью, можно считать нерациональным. При поступлении в стационар у пациентки сохранялись слабость, потливость. Полный регресс всех симптомов астении и кашля с мокротой в течение недели после поступления в стационар связан, вероятнее всего, не с антибактериальной, а с симптоматической терапией и с естественным ходом разрешения пневмонии.

Напрасное назначение дополнительного противотуберкулезного препарата — феназида, необоснованная госпитализация, тем более в туберкулезный стационар, привели к дополнительным затратам на лечение.

Анализ данных случаев внебольничной пневмонии показывает, что для улучшения диагностики пневмонии необходимо следовать клиническим рекомендациям. Кроме этого, информирование участников лечебного процесса о результатах обследования, лечения и исходов предыдущих этапов ведения пациентов позволит предотвратить ошибки и повысит профессиональный уровень практических врачей.

Литература

1. *Внебольничная пневмония у взрослых: практические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике: Пособие для врачей* / Под ред. А. Г. Чучалина, Л. С. Синопальникова, А. И. Страчунского, Р. С. Козлова, С. А. Рачиной, С. В. Яковлева / Современные клинические рекомендации по антимикробной терапии. — Выпуск 2. — Смоленск: МАКМАХ. — 2007. — 608 с.
2. *Руководство по первичной медико-санитарной помощи*. — М.: ГЕОТАР-Медиа, 2007. — 1584 с.
3. *Руководство по рациональному использованию лекарственных средств* / Под ред. А. Г. Чучалина, Ю. Б. Белоусова, Р. У. Хабриева, Я. Е. Зиганшиной. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. — 768 с.
4. Дворецкий Л. И., Яковлев С. В. Ошибки в антибактериальной терапии инфекций дыхательных путей в амбулаторной практике // *Лечащий Врач*. — 2003. — № 8. — С. 1–8.
5. Синопальников А. И. Внебольничная пневмония у лиц старших возрастных групп // *Лечащий врач*. — 2003. — № 8. — С. 16–22.

Авторы:

Похазникова Марина Александровна — к.м.н., доцент кафедры семейной медицины СПбМАПО

Баласаянц Гоар Сисаковна — д. м. н., профессор кафедры семейной медицины СПбМАПО

Адрес для контакта: fammedmapo@yandex.ru

УДК 614.23/.24 (493)

НА ЭКЗАМЕНЕ У БУДУЩИХ ВРАЧЕЙ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ В КАТОЛИЧЕСКОМ УНИВЕРСИТЕТЕ Г. ЛЁВЕНА (БЕЛЬГИЯ)

Н. А. Гурина

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

ON THE EXAM OF FUTURE GENERAL PRACTITIONERS IN THE CATHOLIC UNIVERSITY OF LEUVEN (BELGIUM)

N. A. Gurina

St-Petersburg Medical Academy of Postgraduate Studies, Russia

© Н. А. Гурина, 2010 г.

Небольшая страна Бельгия, размером с озеро Байкал и населением в 10,5 млн человек, известна своими прославленными велогонщиками, теннисистками, комиками типа Тима и Струппи, и регулярно вспыхивающими языковыми конфликтами, благодаря которым очень опытна в поисках компромиссов, но, в то же время, пользуется репутацией скучной чинности. Государство с конституционной монархией, зажатое между Нидерландами, Германией, Люксембургом и Францией, является сердцем Европы, резиденцией важнейших институтов Евросоюза.

Лёвен — город, получивший свое развитие в средневековье благодаря торговле сукном. Но, после кровопролитного восстания цехов и мастеровых против аристократии, ткачи, лишённые права заниматься своим ремеслом, покинули город. А с ними закончилось и былое процветание Лёвена. Лишь основание университета принесло городу новую славу. Он был создан в 1425 г. по инициативе папы Мартина V и по указанию герцога Брабантского Жана IV и считается старейшим в Бельгии. Здесь учился знаменитый гуманист Эразм Роттердамский, основавший в нем Коллегию, или Школу трех языков: иврита, латыни, греческого, по образцу которой был создан Французский колледж в Париже. Во время Великой французской революции университет закрыли, а после обретения Бельгией независимости в 1830 г. открыли вновь. В небольшой Бельгии насчитывается 8 университетов, и все это потому, что высшее образование имеет древние и глубокие традиции. Преподавание в университетах ведется на голландском и/или французском языках. И вот еще один интересный факт, связанный с языковым вопросом Бельгии. Католический университет Лёвена, считающийся не только старейшим, но и самым престиж-

ным в Бельгии, да и во всей Европе, до 1968 г. вел преподавание на двух языках, но из-за участившихся конфликтов между фламандскими и валлонскими студентами был разделен на самостоятельные нидерландско- и франкоязычные отделения. Французское отделение университета Лёвена переехало в новый университетский городок возле Оттиньи, расположенного на «лингвистической границе». Имея одинаковое название, эти два отделения сохраняют административную самостоятельность, хотя, сейчас все больше и больше отмечается «потепление» взаимоотношений и стремление к сотрудничеству.

Сейчас Лёвен — уютный и оживленный городок, настоящий музей под открытым небом, сгруппировавшийся вокруг своего достойного уважения университета. Несмотря на свой более чем тысячелетний возраст, по праву может считаться молодым, так как около 80% его населения составляют студенты. И вся жизнь города пронизана студенческой свежестью, энергией, жаждой жизни, неподдельным интересом ко всему происходящему и, конечно же, романтикой. Это наиболее остро ощущается в солнечные дни, когда Торговая площадь (фото 1), на которой сейчас располагаются только питейные заведения, заполняется молодежью, которая на протяжении уже многих лет облюбовала ее в качестве традиционного места встреч и времяпрепровождения. В ночь с четверга на пятницу перед традиционными еженедельными выходными, когда большинство студентов покидают город, чтобы навестить своих родителей (вот такая есть традиция в Бельгии), невозможно найти свободное место на этой площади, и невольно хочется оказаться в гуще всех событий. А в экзаменационный период город пустеет и тускнеет. Но, конечно же, его величественные фасады, оригиналь-

ные торговые лавочки, спрятавшиеся музеи и тенистые площадки никуда не исчезают и продолжают радовать глаз горожан и гостей. И как-то постепенно понимаешь, что Лёвен создан для того, чтобы наслаждаться жизнью и заниматься совершенствованием собственной души.

Чтобы стать врачом общей практики в Бельгии, нужно долго и упорно учиться, как, впрочем, и в любой другой стране. Медицинский факультет университета — единственный факультет, где существует конкурс, и абитуриенты сдают вступительные экзамены. После 6 лет общего обучения студенты медики выбирают специальность. Узких специалистов стране много не требуется, поэтому отбор очень жесткий и большая часть студентов продолжает свое обучение общей врачебной практике, но есть и такие, кто интересуется этим направлением в медицине с самого начала. Одной из причин некоторой настороженности и опасения специализироваться в области общей врачебной практики является ее сложность, комплексность и объемность. Но отмечено, что если в итоге студент начинает работать врачом общей практики, то он совсем об этом не жалеет. Ведь врач общей практики — весьма обеспеченный и уважаемый человек. Он становится другом своим пациентам, которые

идут к нему не только со своими проблемами, но и за житейским советом, а часто — просто поговорить. Знакома ли вам такая ситуация? В Бельгии стать другом своему пациенту — не роскошь, а насущная необходимость, ведь все они частнопрактикующие врачи и должны сами находить себе пациентов. И от того, насколько он сможет удовлетворить потребности своего клиента и расположить его к себе, зависят его будущая практика и профессиональный рост. Качество оказываемой медицинской помощи в Бельгии признано одним из самых высоких в Европе. Врачу нужно изначально получить качественное образование и продолжать учиться на протяжении всей профессиональной карьеры. Поэтому преподаватели постоянно совершенствуют свои методы обучения, а студенты сдают многочисленные экзамены.

Автору посчастливилось познакомиться с некоторыми формами преподавания. Очень важным в образовании является научить юных студентов-медиков самостоятельной работе, клиническому мышлению и постоянному поиску доказательств или, просто, ответов на вопросы. Поэтому большое внимание уделяется организации и проведению научно-доказательных семинаров. На вступительном занятии преподаватель объясняет цели и задачи семинара и пред-



Фотография 1. Торговая площадь. Утренние минуты затишья

лагают на выбор клиническую тему для разработки. Студенты делятся на группы, и каждая группа начинает работу с обсуждения направления, в котором будут собирать доказательства, решает, как и какую литературу искать. В ходе подготовки студенты могут обращаться за консультацией к преподавателю, который выступает скорее в роли помощника, а не руководителя или эксперта, и всегда поможет советом. К концу 4-й недели студенты собираются для представления своих результатов в виде презентации продолжительностью 10–15 минут, поэтому нужно быть лаконичным, но содержательным. Для стимуляции азарта и духа соревнования преподаватель объявляет приз за лучшую презентацию, который выражается в объемной книге «Научно-доказательная медицина в общей врачебной практике». В этом году студенты освещали следующие 6 тем:

1. Ожирение у детей: что делать и почему?

2. Измерение NO в выдыхаемом воздухе, важно ли его использовать для мониторинга больных бронхиальной астмой в первичной медицинской помощи: стоимость?

3. Гипертония у людей старше 80 лет, лечить или нет?

4. Ночное недержание мочи у школьника (9 лет): вмешиваться или подождать?

5. Головокружение, этиология и диагностика: можно ли на основе анамнеза и клинического обследования определить различия между частыми периферическими и редкими центральными причинами?

6. Недержание мочи у женщин. Насколько эффективны немедикаментозные методы лечения?

Семинар проходил в непринужденной доброжелательной обстановке, несмотря на это студенты волновались, но поддерживали друг друга, не все группы укладывались в отведенное время презентации, не все могли ответить на все вопросы, но всегда старались отстаивать свою точку зрения, высказывать свое мнение и помогать друг другу. Оказалось, что задавать вопросы студенты умеют, дискуссии, порой, разгорались очень жаркие, и это было интересно. Оценивалось не только качество представляемого материала, но и умение держаться, вести дискуссию, отвечать на вопросы, дополнять своих коллег. Победила группа, освещавшая вопрос о детском ожирении.

Еще одно «испытание», которому подверглись студенты-медики накануне пасхальных каникул, — демонстрация навыков общения и консультирования. Для этого был выделен целый день с 9 утра до 6 вечера, были мобилированы все ресурсы кафедры и приглашены актеры. Экзамен организован в форме ОСКЭ (объективный

клинический структурированный экзамен), что требует соблюдения определенных правил. Они включают подготовку сценария клинического случая, организацию станции, где находится симулированный пациент, которого играет приглашенный актер, и наблюдатель, в роли которого выступает преподаватель. Каждый студент должен пройти 10 станций. Время, отведенное на одну станцию, составляет 8 минут, оно строго регламентировано и измеряется от звонка до звонка. За это время студент должен проявить все навыки общения, которые подразумевают установление контакта, благоприятных взаимоотношений с пациентом, разъяснение клинической ситуации, в которой оказался пациент, ответы на все его вопросы, предоставление достаточной информации для принятия решения (фото 2). Интересно, что в приветствие входит обязательное, и достаточно бодрое рукопожатие врача и пациента вне зависимости от пола, возраста, и других факторов. Поскольку экзамен проходит в один день, а студентов более 100 человек, его проводят в четыре смены и два потока. Всем приходится сложно во время такого интенсивного рабочего дня. Организаторам, потому что не должно происходить никаких сбоев; актерам, потому что они повторяют одну и ту же историю как минимум 10 раз за одну смену. И, если актер работает целый день, то свой случай он рассказывает до 40 раз. Остается удивляться такой стойкости. Сложно студенту, поскольку ему нужно побеседовать с 10 разными пациентами и на каждой станции показать все, чему научились на занятиях по консультированию, но при этом быть на высоком уровне и в клиническом смысле, ведь все взаимосвязано, и они старались. Трудно наблюдателю, потому что ему за 8 минут необходимо оценить студента по семи параметрам, заполнить несколько оценочных форм и оставить свои комментарии в структурированной форме. Оцениваются лишь коммуникативные навыки, но только на практике понимаешь, как сложно их отделить от общей картины, случай ведь клинический, и в итоге необходимо добиться определенных результатов. Интересно, что актер, играющий пациента, также оставляет запись своего мнения о том, удалось ли будущему врачу установить с ним доверительные взаимоотношения и убедить сделать то, что действительно необходимо для улучшения его здоровья. Например, удалось наблюдать две ситуации. В первом случае было необходимо провести беседу с пациенткой, желающей прервать беременность, из-за ее страхов и опасений. Женщине больше 40 лет, у нее уже трое детей и она считает, что нынешняя беременность опасна как для ее здоровья, так и для здоровья будущего ребенка. Второй слу-



Фотография 2. Подготовка. Перед тем как зайти к пациенту



Фотография 3. Экзамен. Каждый занят своим делом

чай касался пожилого мужчины с болями в сердце, которому была нужна экстренная госпитализация, а он из-за своего бизнеса отказывался от нее. Главной задачей врача было убедить пациента поехать в госпиталь, объяснив предварительно, что у него состояние, угрожающее жизни. Интересно, что симулированные пациенты в каких-то случаях подыгрывали и помогали студентам, а в других играли роль очень вредного клиента. Конечно же, имел значение человеческий фактор — если доктор сразу располагал к себе пациента, то и результат консультации был благоприятным. Интересно, что студенты узнавали о том, с каким случаем они столкнутся, буквально у самых дверей. Перед тем, как зайти в виртуальный кабинет, на двери они читали описание предстоящей ситуации, так, как изображено на фото 3.

Экзамен завершился общим собранием, на котором студенты высказывали свои впечатления от экзамена, пожелания. А затем, все еще оживленно обсуждая, но уже между собой, свои удачи или промахи, разъезжались домой на велосипедах, чтобы через несколько дней проверить

электронную почту и узнать об оценке сданного экзамена. После недельного отдыха они приступали к подготовке к следующему экзамену, уже клиническому, где должны были проявить свое умение клинически мыслить, проводить дифференциальную диагностику, выбирать правильную тактику ведения пациента. Со слов преподавателей знаю, что этот экзамен сдали все, кроме одного студента, которому предстоит передача, а в случае неуспеха и смена рода деятельности. И это на седьмом году учебы. Вот так все строго и принципиально.

Такой опыт было бы невозможен без гостеприимства кафедры общей врачебной практики Католического университета Лёвена. Отдельная благодарность профессору Яну Дегризу, энтузиасту и приверженцу инновационных методов преподавания общей врачебной практики, профессионалу, специалисту высокого класса, и обладателю редких человеческих качеств, который всегда делает все возможное, чтобы гости в Бельгии чувствовали себя свободно, комфортно и проводили время с пользой.

Автор:

Гурина Наталья Алексеевна — к. м. н., ассистент кафедры семейной медицины СПбМАПО

Адрес для контакта: nataliya.gurina@spbmapo.ru