

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

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

Главный редактор:

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

Заместители главного редактора:

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

Редакционная коллегия:

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

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

Редакционный совет:

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

Ответственный секретарь:

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

ПОДПИСНОЙ ИНДЕКС ПО КАТАЛОГУ «РОСПЕЧАТЬ» 29950

Адрес редакции:

194291, Санкт-Петербург, пр. Просвещения, д. 45
СПбМАПО, кафедра семейной медицины
Телефон: (812) 598-93-20, 598-52-22
E-mail: fammedmapo@yandex.ru

Том 12
1-2008

ВЫПУСКАЕТСЯ
ЕЖЕКВАРТАЛЬНО



**Журнал является
официальным печатным изданием
Всероссийской ассоциации
семейных врачей**

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

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

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

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

Лекция

- СТАБИЛЬНАЯ СТЕНОКАРДИЯ: ПРИНЦИПЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ
Е. В. Фролова 4

Статьи

- ОПЫТ ОРГАНИЗАЦИИ И ПРОВЕДЕНИЯ ДОПОЛНИТЕЛЬНОЙ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ СОТРУДНИКОВ ГОУ ДПО СПБМАПО РОСЗДРАВА
О. Ю. Кузнецова, Ж. В. Плешанова,
Т. А. Дубикайтис 30

- ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ: ВОПРОСОВ БОЛЬШЕ, ЧЕМ ОТВЕТОВ
И. В. Юбрина, О. А. Немышева 35

- МЕДИКО-ТАКТИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ТЕРРОРИСТИЧЕСКИХ АКТОВ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ВЗРЫВООПАСНЫХ ПРЕДМЕТОВ
Н. К. Дзюцов, Ш. Л. Мearago 39

- ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ОБЩЕЙ ВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИКЕ
И. Е. Моисеева, О. Ю. Кузнецова, Е. В. Фролова,
С. Л. Плавинский 44

Оригинальное научное исследование

- ВЛИЯНИЕ КОМОРБИДНОЙ ДЕПРЕССИИ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ЖЕНЩИН В КЛИМАКТЕРИИ, СТРАДАЮЩИХ ОСТЕОАРТРОЗОМ КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ
А. А. Попов, Н. В. Изможерова, Е. И. Гаврилова,
Н. В. Верьякова, Е. В. Софьянник 47

Случай из практики

- БОЛЬ В СПИНЕ КАК ПРОБЛЕМА ВРАЧА И ПРОБЛЕМА ПАЦИЕНТА
Д. Н. Зеленуха 51

Хроника

- О ДЕМОГРАФИИ, ПОЛИТИКЕ И ЖЕНЩИНАХ, МЕНЯЮЩИХ МИР
С. Л. Акимова 54

Lecture

- STABLE ANGINA: PRINCIPLES OF DIAGNOSIS AND TREATMENT
E. V. Frolova 4

Articles

- EXPERIENCE OF ORGANIZATION AND REALIZATION OF ADDITIONAL CLINICAL EXAMINATION THE STAFF OF MAPS
O. Yu. Kuznetsova, J. V. Pleshanova,
T. A. Dubikaytis 30

- ADDITIONAL CLINICAL EXAMINATION: MORE QUESTIONS THAN ANSWERS
I. V. Yubrina, O. A. Nemysheva 35

- THE MEDICO-TACTICAL CHARACTERISTICS OF ACTS OF TERRORISM WITH USE OF EXPLOSIVE SUBJECTS
N. K. Dzutsov, Sh. L. Mearago 39

- ASSESSMENT OF QUALITY OF MEDICAL CARE IN GENERAL PRACTICE
I. E. Moiseeva, O. Yu. Kuznetsova, E. V. Frolova,
S. L. Plavinski 44

Original data

- COMORBID DEPRESSION INFLUENCE ON QUALITY OF LIFE OF PERIMENOPAUSAL WOMEN WITH KNEE OSTEOARTHRITIS
A. A. Popov, N. V. Izmozherova, Ye. I. Gavrilova,
N. V. Veryakova, Ye. V. Sofyannik 47

Clinical case

- BACK PAIN AS THE PROBLEM OF DOCTOR AND THE PROBLEM OF PATIENT
D. N. Zelenucha 51

Chronicle

- ABOUT DEMOGRAPHY, POLITICS AND WOMEN THAT CHANGE THE WORLD
S. L. Akimova 54

СТАБИЛЬНАЯ СТЕНОКАРДИЯ: ПРИНЦИПЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

Е. В. Фролова

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

STABLE ANGINA: PRINCIPLES OF DIAGNOSIS AND TREATMENT

E. V. Frolova

St-Petersburg Medical Academy of Postgraduate Studies, Russia

© Е. В. Фролова, 2008

Цель лекции

Дать современные представления о патогенезе, клинике, диагностике и профилактике ишемической болезни сердца, сосредоточившись на одном из важнейших ее проявлений — стабильной стенокардии.

План лекции

1. Основные представления о дислипидемиях и атеросклерозе.
2. Эпидемиология ИБС.
3. Классификация ИБС.
4. Стенокардия.
5. Диагностика стабильной стенокардии.
6. Классификация преходящей ишемии миокарда (стенокардии).
7. Особенности диагностики стенокардии у пожилых пациентов, женщин, больных АГ.
8. Стенокардия у больных с неизмененными коронарными артериями.
9. Оценка прогноза и стратификация риска у больных со стабильной стенокардией.
10. Лечение.
11. Основные направления немедикаментозной терапии.
12. Фармакологическое лечение стенокардии.
13. Симптоматическая терапия больных стабильной стенокардией.
14. Хирургическое лечение стенокардии.
15. Лечение рефрактерной стенокардии.
16. Основные принципы амбулаторного наблюдения больных ИБС.
17. Ведение больных после реваскуляризации миокарда.
18. Заключение.

Ишемическая болезнь сердца (ИБС) является одним из клинических проявлений атеросклероза. Атеросклероз — патологический процесс, поражающий стенки артерий. В результате накопления липидов в сосудах образуются атероскле-

ротические бляшки, которые проходят несколько стадий развития и в итоге значительно сужают сосудистый просвет. Это вызывает ишемию органа, получающего кровь из соответствующей артерии. ИБС — это результат атеросклеротического поражения коронарных артерий.

Роль холестерина в развитии атеросклероза и ИБС предполагалась давно. Однако истинная связь была доказана только в результате проспективных исследований, проведенных после Второй мировой войны. Избыточное потребление насыщенных жиров и недостаточная физическая активность являются важнейшими предпосылками для развития атеросклероза.

1. Основные представления о дислипидемиях и атеросклерозе

К классу липидов относят собственно жиры — триглицериды (соединение глицерина с жирными кислотами), а также фосфолипиды и стерины. В пищевых продуктах содержатся насыщенные и ненасыщенные жиры, а также холестерин. Степень плотности жира определяют жирные кислоты, входящие в его состав. Чем они насыщеннее, тем плотнее и тверже жир; чем больше ненасыщенных связей, тем более жидкий жир и тем быстрее он окисляется. Холестерин относится к классу липидов, и является стеринном. Он необходим организму: входит в состав клеточных мембран, из него образуются стероидные гормоны и желчные кислоты. Ежедневно в печени синтезируется от 600 до 1000 мг холестерина, еще некоторое количество (250–500 мг) поступает с пищей. Жиры, съеденные человеком в виде пищи, расщепляются в кишке и через лимфу попадают в кровь в виде мельчайших частиц — хиломикронов. Это белково-липидный комплекс, предназначенный для транспортировки жиров в ткани. В процессе транспортировки в капиллярах липопротеинлипаза эндотелия расщепляет хиломикроны до жирных кислот, используемых мышцами и жировой

тканью. В жировой ткани они снова превращаются в триглицериды и откладываются про запас, в мышцах окисляются, выделяя энергию, а остатки хиломикрон используются для синтеза в печени липопротеинов различной плотности. Все липопротеиновые комплексы содержат холестерин. Таким образом, измеряя содержание холестерина в крови, мы определяем весь холестерин, входящий в состав всех белково-липидных комплексов. Больше всего холестерина содержат липопротеиды низкой плотности (ЛПНП), частицы, большие по размеру. Если они накапливаются в крови, то начинают оседать на интиму артерий. Содержание в крови других липопротеидов — очень низкой плотности (ЛПОНП), высокой плотности (ЛПВП) — также можно определить. ЛПВП не задерживаются в интиму сосудов, считается, что повышение концентрации ЛПВП в крови снижает риск развития ИБС [1].

Вслед за накопившимися ЛПНП в интиму артерий с помощью специальных молекул адгезии привлекаются моноциты. Они захватывают уже окислившиеся в гладких мышечных клетках и в эндотелии липиды и поглощают их, образуя большие пенистые (ксантомные) клетки. Скопление ксантомных клеток и является первым видимым признаком атеросклероза — липидным пятном. На этой стадии развития атеросклеротического процесса уже существует эндотелиальная дисфункция. Нарушение функции эндотелия, который является не просто внутренней оболочкой сосудов, а активным секреторирующим органом, одним из регуляторов деятельности системы кровообращения, запускает цепь, каскад реакций системного воспаления. В нем участвуют не только молекулы адгезии различного типа, но и фактор некроза опухоли, и С-реактивный белок, и целый ряд других цитокинов.

Не только эндотелий, но и подлежащий слой миоцитов утрачивает свою функцию. В это же время продолжающееся отложение липидов приводит к росту бляшки, увеличению ее в размерах. Она покрывается фиброзной крышечкой. Дальнейшая судьба атеросклеротической бляшки, или атеромы может развиваться по разным путям. Возможно отложение тромбоцитов и формирование тромба, который снова будет покрыт фиброзной капсулой, и таким образом просвет артерии станет постепенно суживаться, а при изучении этой артерии с помощью визуализирующих методов можно будет разглядеть «слоистую» структуру — жировое содержимое бляшки, фиброзные прослойки, организованные старые тромбы, кальциаты. Возможен и другой вариант. Фиброзная крышка бляшки истончится, лопнет, на поврежденные ткани отложатся тромбоциты, привлеченные молекулами адгезии, и сформируется тромб, который быстро закроет просвет артерии.

Если в первом случае следствием сужения сосуда станет стабильная стенокардия — боли, спровоцированные ишемией, то во втором случае следствием процессов тромбообразования станет острый коронарный синдром.

Для практики важно знать причину дислипидемии. Поэтому выделяют первичные, обусловленные генетическими нарушениями, и вторичные дислипидемии. Вторичные возникают вследствие заболеваний, особенностей образа жизни, применения некоторых лекарственных средств. Самые частые причины вторичных нарушений липидного обмена — сахарный диабет, гипотиреоз, синдром Иценко — Кушинга, липодистрофия, обструкция желчевыводящих путей, цирроз печени, хроническая почечная недостаточность, особенности образа жизни. Лекарственные средства, обладающие атерогенным эффектом, — это β -адреноблокаторы, эстрогены и прогестины, анаболические стероиды, кортикостероидные препараты, иммунодепрессанты, тиазидные диуретики, ретиноиды, ингибиторы протеаз. Для развития атеросклероза наиболее неблагоприятно повышение содержания в крови ЛПНП. Таким образом, нарушение липидного обмена (дислипидемия) является причиной развития атеросклероза. Ишемическая болезнь сердца развивается как клиническое проявление атеросклероза, поразившего коронарные артерии.

2. Эпидемиология ИБС

Оценить распространенность ИБС — сложная задача. Если данные по острым формам ИБС, таким как инфаркт миокарда (ИМ), нестабильная стенокардия доступны из документов стационара, то истинная частота стабильной стенокардии может быть представлена только в одномоментном эпидемиологическом исследовании. По данным 2002 г., распространенность ИБС в США составляла 6,9%, а расходы на лечение этих больных в 2005 г. оценивались в 142 млрд долларов. В Великобритании в настоящее время насчитывается около 2 млн пациентов с ИБС.

В Российской Федерации почти 10 млн трудоспособного населения страдают ИБС, более трети из них имеют стабильную стенокардию. Как показало международное исследование ATP-Survey (Angina Treatment Patterns — способы лечения стенокардии), проведенное в 2002 г. в 9 странах, в том числе в 18 центрах России, среди российских пациентов преобладали больные стенокардией II и III функциональных классов (ФК) [2]. Кроме того, российские пациенты были самыми молодыми. Доля лиц, возраст которых был меньше 60 лет, составила 48%. Наиболее часто именно у российских пациентов течение болезни осложнялось перенесенным ИМ, сопутствующей артериальной гипертензией (АГ).

3. Классификация ИБС

ИБС может иметь разнообразные клинические проявления. Выделяют несколько клинических форм заболевания: стабильная стенокардия напряжения и покоя; острый коронарный синдром (нестабильная стенокардия и инфаркт миокарда); безболевая ишемия миокарда; вариантная стенокардия; стенокардия, обусловленная нарушением или дисфункцией микрососудов (синдром X); нарушения сердечного ритма; сердечная недостаточность; внезапная смерть. Стенокардия как первое проявление ИБС встречается почти у 50% больных.

Основным поводом для обращения к врачу общей практики у пациентов с ИБС является стабильная стенокардия напряжения и покоя. Это означает, что скрининговое выявление доклинических проявлений атеросклероза в условиях России пока еще невыполнимая задача. Чтобы выявить бессимптомно протекающий атеросклероз и как можно раньше начать профилактические мероприятия, надо последовательно и настойчиво оценивать распространенность факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) у всех пациентов врача общей практики.

4. Стенокардия

Стенокардия — это клинический синдром, проявляющийся чувством стеснения или болью в грудной клетке сжимающего или давящего характера, которая локализуется чаще всего за грудиной, может иррадиировать в левую руку, челюсть, плечо; провоцируется физической нагрузкой (ФН), холодом, эмоциями; прекращается в покое, от нитроглицерина. Стенокардия обусловлена преходящей ишемией миокарда и развивается при несоответствии между потребностью в кислороде и его доставкой. Поэтому не только атеросклеротическое поражение — окклюзия или сужение коронарных артерий — приводит к приступу стенокардии, такое же несоответствие может возникать при гипертрофической кардиомиопатии, аортальном стенозе, АГ.

Сегодня уже невозможно говорить о проявлении ишемии только в виде стенокардии или инфаркта миокарда. Расширение диагностических возможностей, появление новых технологий визуализации миокарда, развитие кардиохирургии — все это привело к выделению нескольких синдромов, обусловленных ишемией миокарда — так называемых «новых ишемических синдромов». Они не имеют однозначной клинической картины, но описаны морфологически, и потому необходимо знать о них.

Оглушенность (stunning) миокарда — постишемическая дисфункция миокарда. Это нарушение механической функции миокарда, сохраняющееся после восстановления перфузии.

Короткий период ишемии, проявляющийся приступом стенокардии, от 5 до 15 минут, не приводит к некрозу миокарда. Однако даже если нет необратимых повреждений и кровотоки восстановились полностью, локальная ишемия снижает сократительную способность левого желудочка на протяжении последующих 3 часов. Это происходит в участках, прилегающих к очагу некроза миокарда; после временного повышения потребности в кислороде участков миокарда, которые снабжаются кровью через частично стенозированную артерию; во время чрезмерной физической нагрузки у больного с гипертрофией левого желудочка, когда может развиваться эпизод субэндокардиальной ишемии даже если нет стеноза артерий сердца [3].

«Гибернирующий» («уснувший») миокард — это участок миокарда с нарушением сократимости, обусловленным снижением коронарного кровотока. Его достаточно только для того, чтобы поддерживать жизнеспособность миокардиоцитов, но не хватает на поддержание метаболизма нормального сокращения. Восстановление функции наступает при восстановлении перфузии. Фактически это защитная реакция сердца на снижение коронарного кровотока, результат хронической ишемии. Установлено, что от 30 до 50% участков миокарда левого желудочка со сниженной сократимостью содержат жизнеспособную ткань [4]. Подобное состояние возникает чаще всего при стабильной и нестабильной стенокардии, безболевого ишемии миокарда, при сердечной недостаточности. Для характеристики этой приспособительной реакции существуют такие термины, как «находчивое сердце» (smart heart), «играющее в безжизненность» (playing dead), «самосохраняющееся сердце» (self-preservation).

Прекодиционирование (preconditioning) — это такой механизм адаптации миокарда, который повышает его устойчивость к ишемическому повреждению. В результате часто повторяющихся эпизодов ишемии метаболизм миокарда приспособляется к этим условиям, что клинически проявляется синдромом «разминки» («warm-up phenomenon», или «walk-through-angina»). Известно, что после умеренной физической нагрузки или в течение дня количество приступов стенокардии и их частота и интенсивность понемногу уменьшаются. Основой этого компенсаторного явления считают способность миокарда конкретного индивидуума быстро приспособляться к нагрузке.

Таким образом, в основе приступа стенокардии лежит временно возникшая ишемия миокарда. И хроническая, и остро возникшая ишемия приводят к обратимой дисфункции левого желудочка, исчезающей после восстановления перфузии миокарда.

5. Диагностика стабильной стенокардии

Все действия по выявлению стенокардии должны быть четко последовательными и определенными.

1. Если больной предъявляет жалобы на боль в груди, необходимо исключить или подтвердить ее ангинозный характер. Несмотря на столь четкое классическое описание стенокардии трудности при определении характера болей все еще встречаются, и врачи нередко допускают ошибки. Сложнее всего добиться четкого описания приступа у пожилых пациентов. Игруют роль и проблемы со слухом, и забывчивость, и неумение охарактеризовать свои ощущения. Эталонное описание ангинозных болей, помещенное в учебниках, редко звучит из уст пациентов. К сожалению, иногда врач, особенно молодой, стремится получить полное соответствие жалоб известным ему медицинским штампам. Такое восприятие реальной ситуации может привести к диагностической ошибке.

Основное внимание следует уделить характеру, локализации и связи болей с физической нагрузкой, холодом, эмоциями. Прекращение болей через несколько минут под влиянием отдыха или приема нитроглицерина под язык также является типичной характеристикой. Следует отметить, что иррадиация болей переменна, не только у разных пациентов, но и у одного человека в течение суток или другого периода времени боль может ощущаться не только за грудиной, но и в нижней челюсти, в эпигастрии, в локте, в плече. Типично развитие болей после переедания, у некоторых пациентов приступ развивается утром при пробуждении. *Несоответствие перечисленным критериям делает диагноз стенокардии маловероятным, но не исключает его!*

Собирая сведения о болях, анамнез и жалобы, нужно сразу постараться выделить пациентов с нестабильной стенокардией, поскольку тактика их ведения резко отличается от ведения больных со стабильной стенокардией.

Полезно также сразу определить степень тяжести приступов в соответствии с Канадской

классификацией стенокардии напряжения и покоя, которая предусматривает оценку физической нагрузки, провоцирующей приступ (табл. 1). Можно использовать индекс активности Дюка или другие варианты опросников, например, Сиэттлский опросник по стенокардии.

2. *Выявление состояния, провоцирующего ангинозные боли, то есть возможной причины ишемии миокарда — ИБС, ГКМП, АС. Первый шаг — подтверждение или исключение диагноза ИБС с помощью обычных врачебных действий: изучения анамнеза, физикального обследования, назначения показанных лабораторных и инструментальных процедур.*

Анамнез помогает установить наличие факторов риска ССЗ, то есть определить, насколько вероятно наличие у больного атеросклероза. Кроме широко известных «традиционных» (АГ, дислипидемия, гипергликемия, избыточная масса тела и ожирение, курение, малоподвижный образ жизни) надо помнить и про так называемые «новые» факторы риска. К ним относятся увеличение комплекса «интима-медиа» наружной сонной артерии; повышение содержания С-реактивного белка; безболевая ишемия миокарда, психосоциальные факторы риска.

Доказательства влияния психосоциальных особенностей жизни каждого человека на риск в будущем заболеть сердечно-сосудистым заболеванием ширятся и множатся с каждым днем. Так, установлено, что уровень дохода за 10 лет до выхода на пенсию является мощным показателем, предсказывающим возможность ИБС у пенсионера. Эти связи, а также влияние на смертность и заболеваемость ИБС социальной поддержки показали шведские ученые, изучавшие состояние здоровья 484 мужчин, родившихся в 1914 г. [5]. Для пожилых оказалось также важным иметь помощь и поддержку от соседей, быть в браке.

Хотя очевидно, что психосоциальные факторы, и, в частности, стресс на рабочем месте приводят к увеличению частоты ИБС и риска вероятных осложнений, биологические механизмы этих ассо-

Таблица 1

Классификация стабильной стенокардии (Канадское кардиологическое общество)

Класс стенокардии	Выраженность симптомов
I	Обычная активность не вызывает приступа; он возникает только при продолжительном, или резком напряжении (нагрузке)
II	Незначительное ограничение обычной активности; при быстрой ходьбе или подъеме по лестнице; при подъеме в гору; при пробуждении; во время физической нагрузки после еды; после эмоционального напряжения; при холодной погоде
III	Выраженное ограничение обычной активности; приступ возникает при ходьбе на расстояние 100–200 м горизонтальной поверхности или при подъеме на один пролет лестницы в обычных условиях
IV	Неспособность выполнять какую-либо физическую нагрузку, или стенокардия покоя

циаций не до конца понятны. Не менее интересные результаты были получены американскими учеными, изучавшими черты характера различных людей. Они показали, что такие особенности, как цинизм и недоверчивость, сопровождаются повышенными уровнями маркеров воспалительного процесса — С-реактивного белка, интерлейкина-6 и фибриногена. Анализ проведен у 6814 человек, мужчин и женщин в возрасте от 45 до 84 лет [6].

Физикальное обследование позволяет обнаружить проявления дислипидемии — ксантомы, ксантелазмы на коже, в области прикрепления ахилловых сухожилий, на суставах кисти, в области коленных суставов. Однако это — проявления резко выраженной дислипидемии, чаще всего наследственной. Незначительное повышение содержания холестерина в крови может и не проявляться видимыми изменениями кожи. Признаки стеноза артерий нижних конечностей можно определить, пальпируя пульсацию доступных артерий, а также прослушав шумы в местах проекции сосудов почек, брюшной аорты, подключичной артерии, сонной артерии. Воспользовавшись портативным доплеровским датчиком, можно оценить плече-лодыжечный индекс.

Важную роль играет определение индекса массы тела и объема талии. Увеличение этих параметров может говорить и об ожирении, как факторе риска атеросклероза и ИБС, и о метаболическом синдроме, особенно если велика доля висцерального жира, располагающегося в области передней брюшной стенки, сальника и брыжейки.

Шумы при аускультации сердца могут свидетельствовать о поражении клапанного аппарата, в том числе и атеросклеротическом, о наличии стеноза аорты.

Лабораторные исследования можно разделить на несколько групп. Целью одного такого комплекса исследований будет поиск причин ишемии миокарда; другие потребуются для уточнения сопутствующих заболеваний и выявления факторов риска ССЗ; наконец, третьи — для оценки прогноза.

Стандартное клиническое исследование крови с определением содержания гемоглобина в крови потребует, чтобы исключить или подтвердить возможную анемию как причину вторичной гипоксии миокарда.

Необходима оценка липидного обмена, как возможной причины ИБС и ишемии. С этой целью определяется натошак содержание в крови общего холестерина (ОХ), холестерина липопротеидов высокой плотности (ХС ЛПВП), холестерина липопротеидов низкой плотности (ХС ЛПНП), триглицеридов (ТГ). Оценка содержания глюкозы в крови натошак — это дополнительная информация о факторах риска осложнений ССЗ, тяжести и течения заболевания. В перечень необходимых

исследований включается также определение содержания аланин-трансаминазы (АЛТ), аспартат-трансаминазы (АСТ), креатинина и его клиренса. Липидный профиль и состояние гликемии следует определять у больных с подозрением на стенокардию (и любые проявления атеросклероза) регулярно. Доказательств пользы от определенной периодичности подобных оценок не существует, однако по соглашению между экспертами рекомендуется это делать не реже, чем один раз в год. Больные с высокими показателями холестерина и его фракций в крови, когда может возникнуть потребность в экстренном вмешательстве или диагностической манипуляции, подлежат более частому контролю. Такой же подход целесообразен и к пациентам с сахарным диабетом.

В особых ситуациях по показаниям и, исходя из возможностей лечебного учреждения, можно выполнить и другие исследования — уже упоминавшееся определение С-реактивного белка, гликозилированного гемоглобина, гомоцистеина (дополнительного фактора риска ССЗ). Однако перечисленных выше необходимых и показанных исследований вполне достаточно для подтверждения диагностических гипотез об атеросклерозе.

Если существует подозрение на нестабильность состояния, острый коронарный синдром, следует быстро выполнить оценку маркеров повреждения миокарда, например, сердечного тропонина. Больные с подозрением на острый коронарный синдром подлежат стационарному наблюдению и лечению.

Гораздо более существенным в диагностике является **комплекс инструментальных исследований**. Самое простое и доступное рентгеновское исследование органов грудной клетки не утратило диагностической ценности: и состояние крупных сосудов, и положение и размеры сердца, и органы средостения, и картина легких — все эти сведения могут дать массу аргументов в решении дифференциально-диагностических проблем.

Большинству врачей представляется важной оценка ЭКГ. К сожалению, зарегистрированная в состоянии покоя картина деятельности сердца мало информативна. Однако зафиксировать ЭКГ во время болевого приступа удается крайне редко. Тем не менее, описание сердечного ритма, проводимости; морфология комплекса QRS; размеры сердца могут свидетельствовать о патологии. Важно определить ее связь с жалобами на боли в груди и понять, эти аргументы говорят в пользу ИБС или скорее ее исключают. Оценка гипертрофии левого желудочка проводится с помощью критериев Соколова — Лайона. Желательно отметить наличие или отсутствие признаков ишемии миокарда, перенесенного ИМ.

Поскольку ЭКГ в покое не позволяет дать диагностическое заключение о наличии ИБС, необхо-

димо провести пробу с физической нагрузкой (или другой нагрузкой, стресс-тест по современной терминологии). Цель любой пробы с нагрузкой — спровоцировать дефицит кислорода в миокарде и документально зафиксировать ишемию. Во время тахикардии повышается потребность миокарда в кислороде, и, если в покое состояние кровоснабжения компенсировано, то в данной ситуации возникает ишемия. Поэтому нагрузка может быть использована как физическая (упражнения на беговой дорожке (тредмиле), или попросту ходьба с определенной скоростью, упражнения на велотренажере), так и лекарственная — провокация тахикардии с помощью препаратов. Метод регистрации ишемии также в принципе может быть любой, доступный в условиях учреждения, и показанный в конкретном случае: ЭКГ, эхокардиограмма, другие способы визуализации миокарда.

Показания к ЭКГ с физической нагрузкой: дифференциальный диагноз ИБС; определение толерантности к нагрузке; оценка эффективности лечения и реабилитации; экспертиза трудоспособности; оценка прогноза; оценка эффективности препаратов. Противопоказания к проведению пробы с велоэргометром или на тредмиле могут быть абсолютными (острый ИМ давностью от 2 до 7 дней, инсульт, ОНМК, острый тромбоз, ТЭЛА, СН 3–4 ФК, дыхательная недостаточность, лихорадка, тахи- и брадиаритмии) и относительными (детренированность, ожирение, заболевания нижних конечностей, гипотония). Больные с ожирением и нетренированные субъекты, как правило, не могут выполнить нагрузку такой интенсивности, чтобы частота сердечных сокращений возросла до требуемых величин, поэтому чаще всего выполненный ими тест остается неинформативным.

Во время пробы регистрируют ЭКГ, АД, частоту сердечных сокращений. Однако наиболее достоверную информацию удастся получить, если одновременно регистрируется потребление пациентом кислорода. Приборы для этой пробы, спирометры, пока еще не везде доступны. Нагрузка дозируется, ее увеличивают либо по стадиям, либо постепенно. Измеряют нагрузку либо в ваттах (w), если используется велотренажер, либо в единицах, эквивалентных потреблению кислорода, так называемых метаболических единицах, или MET. Проводить пробу может специально подготовленный персонал, в помещении должен быть работающий дефибриллятор. Хотя внезапная смерть или инфаркт миокарда встречаются крайне редко (1 случай на 2500 исследований) [7], тем не менее, не следует направлять на ЭКГ с нагрузкой нестабильного больного, или тех, у кого есть стеноз аорты или гипертрофическая миокардиопатия. Процедуру прекращают в следующих случаях:

— типичный приступ стенокардии;

- жизнеугрожающие аритмии или нарушения проводимости;
- одышка или удушье;
- ишемическое смещение сегмента ST;
- неврологическая симптоматика;
- систолическое АД повысилось более 220 мм рт. ст. и/или диастолическое АД — более 120 мм рт. ст.;
- достигнута целевая ЧСС или величина ЧСС, равная 75% максимальной возрастной;
- интенсивная боль в ногах;
- пациент устал или отказывается продолжать испытание.

ЭКГ-проба с нагрузкой считается положительной, если появилась типичная ангинозная боль или ишемические изменения сегмента ST на ЭКГ, или и то и другое. Поскольку β -блокаторы не допускают увеличения частоты сердечных сокращений при нагрузке выше 110 уд. в мин, за 24–48 ч перед пробой эти препараты отменяют. Чувствительность пробы с физической нагрузкой при стенозе 50% составляет 68%. Это означает, что только у 68 человек из 100, имеющих сужение сосуда более, чем наполовину, удастся его выявить с помощью данного теста. Специфичность исследования составляет 77%, то есть у 23 человек из 100 будет ложноположительный результат. Он чаще встречается у женщин, и зависит от особенностей интерпретации положения сегмента ST, и, что самое опасное, — чреват проведением дальнейших ненужных исследований, в том числе и инвазивных. Кроме того, описать и интерпретировать изменения на ЭКГ невозможно, если есть полная блокада левой ножки пучка Гиса, ритм электрокардиостимулятора, синдром Вольфа–Паркинсона–Уайта. Таким образом, недостаточная диагностическая мощность пробы с физической нагрузкой и большой перечень противопоказаний требуют других методов для диагностики ишемии миокарда.

Суточное мониторирование ЭКГ проводят для того, чтобы в условиях стандартных бытовых нагрузок в течение суток зафиксировать ишемические изменения сегмента ST, их длительность, характер, связь с физическим напряжением, с болевыми приступами. Таким образом можно установить во-первых, безболевою ишемию, во-вторых уточнить природу болей в груди. В течение суток пациент ведет дневник, в котором отмечает события своей повседневной жизни, сон, прием пищи, бытовые действия, эмоциональные колебания и время и длительность болей. Это помогает врачу, описывающему данную кардиограмму, подтвердить или опровергнуть ангинозный характер болей.

Следующий диагностический шаг — **эхокардиография**. Эхокардиография в покое дает немаловажную диагностическую информацию о размерах сердца, величине фракции выброса, наличии

систолической и/или диастолической дисфункции, состоянии клапанов и сосудов. Однако, так же, как и ЭКГ, может быть выполнена во время физической или другой нагрузки, позволяющей спровоцировать ишемию.

Стресс-эхокардиография — это регистрация нарушений локальной сократимости миокарда левого желудочка с помощью эхокардиографии при нагрузке, ее выполняют для выявления скрытой ишемии миокарда. Эта методика в сравнении с радионуклидными методами требует меньших затрат, не связана с действием ионизирующей радиации.

Исследования с визуализацией миокарда.

Наиболее обоснованы для практического использования такие исследования, позволяющие «увидеть» состояние миокарда, или визуализирующие исследования, такие как эхокардиография и перфузионная сцинтиграфия. И то и другое может быть использовано как в комбинации с физическими упражнениями и с лекарственной пробой. При магнитно-резонансной томографии миокарда чаще используют лекарственную нагрузку. Визуализирующие пробы с нагрузкой обладают более высокими диагностическими возможностями для установления ишемии, ее локализации и количественной оценки поражения миокарда. Для больных, которым выполнена реваскуляризация миокарда, предпочтительнее визуализирующие методики, так как они более информативны. Если по данным коронароангиографии стеноз не достигает значимых степеней, желательно оценить выраженность ишемии, чтобы уточнить прогноз и фактический риск развития осложнений ИБС.

Сцинтиграфия миокарда — метод визуализации сердечной мышцы, основанный на способности интактного или, наоборот, некротизированного миокарда накапливать некоторые радионуклидные соединения. В клинической практике наиболее широко применяют два метода сцинтиграфии миокарда: перфузионную сцинтиграфию с ^{201}Tl (таллием) и сцинтиграфию с $^{99\text{mTc}}$ (технецием).

Перфузионная сцинтиграфия является общепризнанным «золотым стандартом» оценки микроциркуляции миокарда, диагностики ишемий, рубцовых изменений и жизнеспособности кардиомиоцитов, гибернирующего или оглушенного миокарда.

Использование фармакологических препаратов для диагностики ишемии. Фармакологические препараты помогают воссоздать условия, близкие к физической нагрузке. Для этой цели используется: 1) капельная инфузия добутамина; 2) введение дипиридамола; 3) введение аденозина. Добутамин как коротко действующий симпатомиметик имитирует физическую нагрузку; дипиридамола и аденозин являются коронарными вазодилататорами, их инфузия способствует уве-

личению кровоснабжения, если данный участок обеспечивается нормальными сосудами. Если же артерия сужена в значительной степени, то кровоток в данной зоне не увеличивается, а может даже уменьшиться.

Существует еще целый ряд неинвазивных методов обследования, как, например, компьютерная спиральная томография, многослойная, высокоскоростная; магнитно-резонансная томография миокарда. Во время этих исследований можно не только оценить состояние коронарных сосудов, но и подсчитать с помощью особой программы степень кальцификации коронарных артерий по специальной шкале (шкала Агатстона), что позволяет уточнить обширность атеросклеротического поражения. Высокая специфичность методов, достигающая 95–99%, информативность и диагностические возможности, позволяющие не только локализовать участки ишемии, но даже увидеть бляшки, оценить их размер — все это делает перспективным использование визуализации в кардиологии. Однако пока эти исследования малодоступны и дороги. Магнитно-резонансная томография противопоказана больным с искусственными клапанами, с искусственным водителем ритма, с металлическими стентами. Показаниями к визуализирующим нагрузочным исследованиям являются:

1) Изменения на ЭКГ, не позволяющие определенно заключить об ишемии: полная блокада левой ножки пучка Гиса (ЛНПГ), ритм электрокардиостимулятора (ЭКС), синдром Вольфа — Паркинсона — Уайта (WPW).

2) Снижение сегмента ST на ЭКГ в покое, обусловленное гипертрофией левого желудочка (ГЛЖ) или приемом сердечных гликозидов.

3) Неспособность больного выполнить интенсивную физическую нагрузку.

4) Приступы стенокардии после коронарной реваскуляризации.

5) Необходимость определения жизнеспособности миокарда (гибернирующий миокард, оглушенный миокард, некроз миокарда).

Коронароангиография — золотой стандарт инвазивной диагностики стеноза коронарных артерий. Катетер вводят в коронарное русло, а контрастное вещество во время рентгеновского исследования позволяет достоверно оценить характер атеросклеротического поражения сосудов. Цель коронароангиографии (КАГ) — уточнение диагноза стенокардии, определение возможности реваскуляризации, а также выбор способа вмешательства — коронарное шунтирование или коронароангиопластика. Во время коронароангиографии оценивают также состояние коронарного русла, локализацию и характер поражения (стеноз, тромб, надрыв). Современные технологии позволяют с помощью специальных компьютерных

программ рассчитать площадь поражения артерии. При оценке существенным считается стеноз свыше 50%.

Показания 1 класса к КАГ у больного со стабильной стенокардией — тяжелая стенокардия 3 ФК по Канадской классификации в случае неэффективности фармакологической терапии (уровень доказательности В); состояние остановки кровообращения в анамнезе (уровень доказательности В); выраженная ишемия миокарда, выявленная при неинвазивных тестах (уровень доказательности С); опасные желудочковые аритмии (уровень доказательности С); прогрессирование заболевания по данным неинвазивных тестов; возобновление стенокардии после оперативной реваскуляризации. Класс 2А показаний — высокий риск рестеноза после реваскуляризации, выполненной в важной анатомической локализации поражения. Абсолютных противопоказаний к выполнению этой процедуры нет, но есть относительные — хроническая почечная недостаточность (ХПН), аллергия на контраст и йод, коагулопатии, анемия, неконтролируемая гипертензия, гликозидная интоксикация, гипокалиемия, лихорадка и острые инфекции, эндокардит, тяжелые основные некардиологические заболевания, декомпенсированная СН. После компенсации этих состояний и при внимательном рассмотрении отношения «риск-польза» решают вопрос о возможности коронароангиографии.

Внутрисосудистое ультразвуковое исследование — новая технология, позволяет непосредственно визуализировать коронарную анатомию во время катетеризации сосудов. С ее помощью можно получить томографическое изображение поперечного среза сосуда. Это позволяет непосредственно измерить размеры просвета, включая минимальный, максимальный размер и площадь поперечного сечения. Самое ценное — возможность ультразвука визуализировать мягкие ткани, то есть оценить состояние бляшки, ее строение и опасность разрыва, отложения кальция, а значит — прогнозировать течение ИБС. Эта техника, конечно, широко не применяется, и больше используется в исследовательских целях. Однако именно внутрисосудистое ультразвуковое исследование привнесло много нового в наше понимание развития атеросклеротических процессов.

Таким образом, для диагностики ИБС, стенокардии необходимы:

1) Лабораторные исследования: клинический анализ крови, глюкоза крови натощак, липидный профиль натощак, креатинин.

2) Электрокардиография в покое и во время болевого приступа и с физической нагрузкой.

3) Суточное мониторирование ЭКГ, если подозревается аритмия, вазоспастическая стенокардия или высока вероятность безболевой ишемии.

4) Рентгенологическое исследование грудной клетки, если подозревается сердечная недостаточность или тяжелая легочная патология, если выслушиваются сердечные шумы.

5) Эхокардиография, если подозревается сердечная недостаточность, есть изменения при аускультации сердца, у пациентов с блокадами ножек пучка Гиса, при наличии зубца Q на ЭКГ, выраженными изменениями на ЭКГ, сопутствующей гипертензией или сахарным диабетом.

6) Визуализирующие методики в покое или с нагрузкой — в случае, когда по ЭКГ невозможно дать определенное заключение или когда невозможно дать определенное заключение по ЭКГ-пробе с нагрузкой, а толерантность к нагрузке сохранена.

7) Визуализирующие методики с фармакологической нагрузкой — в тех случаях, когда невозможно физическая нагрузка, а ЭКГ невозможно оценить определенно.

6. Классификация преходящей ишемии миокарда (стенокардии)

Преходящая ишемия миокарда, проявляющаяся ангинозным приступом, может вызвать три клинических варианта стенокардии: стабильную стенокардию, вазоспастическую стенокардию, безболевою ишемию миокарда.

У части больных ИБС возникает типичный болевой приступ вследствие локального спазма коронарных артерий при отсутствии явных атеросклеротических поражений; это так называемая *вариантная стенокардия*, или *стенокардия Принцметала*. Полагают, что многие из таких больных имеют начальный атеросклероз, проявляющийся только дисфункцией эндотелия. Вариантная стенокардия часто развивается в покое, в ночное время. Ангинозные приступы сопровождаются преходящим подъемом (а не снижением) сегмента ST на ЭКГ; иногда могут появиться на фоне выполнения такой нагрузки, которая в другое время хорошо переносится (так называемый *вариабельный порог возникновения стенокардии*). Ангинозные приступы можно предупредить и купировать блокаторами кальциевых каналов и нитратами. Отмечается также, что многие пациенты с вазоспастической стенокардией являются курильщиками.

Безболевая ишемия миокарда возникает не так редко, это стало понятно после широкого распространения суточного мониторирования ЭКГ. Если у пациента есть несколько факторов риска ССЗ, а при суточном мониторировании обнаружены эпизоды безболевой ишемии, ему рекомендуется углубленное обследование вплоть до коронароангиографии. Выделяют два типа этого варианта ИБС: только безболевая ишемия и ее сочетание с болевыми приступами. Сочетание безболевой

ишемии с приступами типичной стенокардии более распространено, особенно у больных сахарным диабетом, вследствие нейропатии с нарушением поверхностной и глубокой чувствительности. Подобное течение заболевания ИБС — неблагоприятный прогностический признак. Повреждающее действие ишемии на миокард определяется не наличием боли, а выраженностью и продолжительностью нарушения его перфузии, то есть важно учитывать не только клиническое проявление ишемии в виде ангинозной боли, но и длительность, и частоту ее возникновения.

7. Особенности диагностики стенокардии у пожилых пациентов, женщин, больных АГ

Особенности диагностики стенокардии у пожилых пациентов. Распространенность ИБС резко увеличивается с возрастом. В пожилом возрасте развиваются общие физиологические изменения, которые могут изменить и течение ИБС, и характер ангинозных приступов, и, таким образом, задержать своевременное выявление болезни. Это снижение общего содержания воды в организме, уменьшение мышечной и костной массы, замедление метаболической активности в печени, снижение сердечного выброса, снижение максимальной частоты сердечных сокращений при физической нагрузке, замедление почечного кровотока и объема внутрисосудистой жидкости. Наличие у пожилых пациентов когнитивных нарушений, снижения памяти, ухудшения слуха и других физических расстройств затрудняет оценку жалоб и выяснение анамнеза. Классические признаки стенокардии могут не проявляться, поскольку в этом возрасте пациенты физически неактивны, а болевая чувствительность, как правило, снижена. Вот почему с возрастом повышается частота случаев безболевой ишемии миокарда и атипичной стенокардии. Клиническую картину могут существенно изменить сопутствующие заболевания. Некоторые состояния, как например, стеноз аортальных клапанов или анемия, могут спровоцировать болевой приступ в отсутствие ИБС. Существенной особенностью течения ИБС и стенокардии у пожилых является частое сочетание поражений нескольких стволоч коронарной артерии, чаще поражен ствол левой коронарной артерии. Снижение сократительной активности миокарда быстрее приводит к сердечной недостаточности.

Назначая диагностическое обследование, следует помнить, что у пожилых людей существенно снижена переносимость физических нагрузок, сопутствующие заболевания (например, артрит) могут ограничить или сделать невозможным выполнение пробы. Нередко при проведении пробы не удается достичь субмаксимальной ЧСС, в силу исходных изменений сегмента ST трудно интерпретировать результаты, а в ряде случаев, даже

при четкой клинической картине, может быть зарегистрирован отрицательный результат.

Особенности диагностики стенокардии у женщин. Женщины чаще, чем мужчины, имеют избыточную массу тела. У них выше распространенность артериальной гипертензии и сахарного диабета. Это означает, что прогноз в плане развития осложнений у них хуже. Как правило, исходная толерантность к физической нагрузке у них также снижена. Пробы с нагрузкой могут быть неинформативными. Вследствие диабета изменена болевая чувствительность. Таким образом, им чаще, чем мужчинам, присуща безболевая ишемия миокарда. Диагностические же процедуры должны быть более тщательными.

Особенности диагностики стенокардии у больных АГ. Гипотензивные препараты часто обладают антиангинальным эффектом. Клиническая картина стенокардии из-за этого может быть нетипичной. Кроме того, высокое АД может препятствовать выполнению нагрузочных проб. Все это следует учитывать, проводя диагностический поиск у больного с АГ при появлении болей в груди.

8. Стенокардия у больных с неизмененными коронарными артериями

Значительная доля пациентов, особенно женщин, подвергнутых коронароангиографии вследствие болевых приступов в груди, не имеет поражения коронарных артерий. В этих случаях возможны три варианта болевого синдрома.

1. Боль в груди провоцируется не физической нагрузкой, а может быть вызвана пальпацией; длится несколько дней или часов и не купируется нитроглицерином. Скорее всего, это боль костно-мышечного происхождения.

2. Боль в груди имеет типичную ангинозную характеристику и локализацию, но возникает в покое. Это, скорее всего, — вазоспастическая стенокардия.

3. Боль в груди имеет типичный ангинозный характер, хотя и длится несколько дольше, чем обычный приступ стенокардии; связь с нагрузкой не постоянна, но нагрузочные тесты нельзя назвать нормальными. В этом случае речь идет о синдроме X.

Таким образом, коронарный синдром X имеет триаду признаков: типичный ангинозный характер болей, положительный нагрузочный тест, отсутствие изменений в артериях сердца во время коронарографии. Данное заболевание также называют стенокардией микроциркуляторного происхождения, и исследования обнаруживают у этих больных выраженную дисфункцию эндотелия. Поражены в основном мелкие сосуды, возникает выраженная вазоконстрикция в ответ на повышенную потребность миокарда в кислороде. Патогенез этого состояния до конца не изучен.

Следует заметить, что оно встречается главным образом у женщин, как правило, страдающих гипертонией или здоровых. Неблагоприятные исходы маловероятны, однако качество жизни может быть значительно снижено, поскольку болевые атаки возникают несколько раз в неделю, иногда по тяжести не отличаясь от острого коронарного синдрома, требуют госпитализации. Поэтому дифференциальный диагноз следует проводить очень тщательно, вплоть до коронароангиографии, и даже пробы с ацетилхолином (инвазивное исследование) во время этой манипуляции. Следует разъяснить больному доброкачественный характер заболевания. Однако необходимо помнить, что первоначальное проявление синдрома Х может замаскировать последующее атеросклеротическое поражение артерий. Чтобы не пропустить такое развитие процесса, необходимо регулярное наблюдение за этими пациентами.

9. Оценка прогноза и стратификация риска у больных со стабильной стенокардией

Для выбора лечения, стратегии и тактики ведения больного со стенокардией необходимо представлять, каков прогноз у каждого пациента, основываясь на стратификации риска. Существующие возможности лечения разнообразны, однако в условиях ограниченных ресурсов важно четко определять не только показания, но экономическую эффективность каждого метода. Кроме того, оценка прогноза необходима для разъяснения больному его перспектив, для взаимодействия с другими членами команды, осуществляющей наблюдение, для тех ситуаций, когда будут привлекаться другие специалисты некардиологического профиля, для урегулирования отношений со страховыми компаниями. Все эти действия врач общей практики выполняет как менеджер, управляющий болезнью, эта компетенция сформулирована в определении врача общей практики: умение прогнозировать течение заболевания, привлекать ресурсы сообщества, взаимодействовать с другими членами команды. Так, интенсивное фармакологическое лечение или реваскуляризация дадут преимущества только пациентам из группы высокого риска. Больным же с низким риском осложнений или смерти будет достаточно стандартного терапевтического объема мероприятий.

Стратификация риска проводится с помощью клинической оценки, результата пробы с нагрузкой, оценки функции желудочка и анатомии коронарных сосудов. Однако инвазивное вмешательство требуется не всем пациентам. Иерархия оценок должна соблюдаться, но не всегда эта последовательность будет линейной. Так, больной с высоким риском по клиническим данным и выраженной сердечной недостаточностью может быть сразу направлен на коронарографию.

Основой стратификации риска является доступная абсолютно всем врачам клиническая картина, включающая жалобы и анамнез, данные объективного исследования и ЭКГ, выявление сопутствующих заболеваний — диабета и артериальной гипертонии, курения, избыточной массы тела. Учитываются также симптомы сердечной недостаточности, эффект терапии. Как показали проспективные исследования по оценке смертности и частоты ИМ в популяции, стратификация риска по клинической картине должна обязательно включать следующие параметры: четкий структурированный анамнез; четкое описание болевого синдрома с указанием частоты приступов; сопутствующие заболевания; физикальный осмотр с определением ИМТ, объема талии (ОТ); факторы риска ССЗ и ЭКГ в покое всем пациентам.

Следующий этап — нагрузочные пробы, либо с физической нагрузкой, либо фармакологические, либо, при показаниях, визуализирующие. Необходимо не просто получить ответ на вопрос, есть ишемия или нет. Важно представлять степень функциональных возможностей, толерантность к физической нагрузке, выраженность и размеры ишемии при визуализирующих пробах. Сам по себе стресс-тест не дает ответа на вопрос о возможности ИМ или смерти у пациента. Он важен в комплексе с клиническими данными, полученными на первом этапе. Важными факторами, ухудшающими прогноз, являются: старший возраст; наличие диабета; гипертония; курение; высокий уровень холестерина до лечения или несмотря на лечение; частота приступов стенокардии (чем чаще, тем хуже прогноз); симптомы сердечной недостаточности; ухудшение функции левого желудочка; перенесенный в прошлом ИМ; изменения на ЭКГ — нарушения ритма и проводимости, фибрилляция предсердий, блокады ножек пучка Гиса; низкая толерантность к физической нагрузке по результатам стресс-тестов. При использовании для оценки прогноза стресс-эхокардиографии играет роль количество выявленных участков гипо- и акинезии, а также количество таких зон, индуцированных нагрузкой или фармакологическими пробами. Простейшая и широко используемая классификация находок при коронарографии включает: 1) поражение одного сосуда; 2) поражение двух сосудов; 3) поражение трех сосудов; 4) поражение основного ствола левой коронарной артерии. Предвестниками неблагоприятного исхода считаются поражение трех и более сосудов, поражение основного ствола левой коронарной артерии, вовлечение проксимальных отделов левой нисходящей артерии в патологический процесс.

Таким образом, последовательно оценив прогностические факторы и суммируя полученную

информацию, можно предположить вероятность развития инфаркта миокарда или смертельного исхода у пациента при первичной оценке.

10. Лечение

Современный подход к лечению сердечно-сосудистых заболеваний предусматривает *стратегический и тактический аспекты*. Стратегия — это улучшение прогноза, профилактика возникновения инфаркта миокарда или внезапной смерти, увеличение продолжительности жизни. Для достижения этих целей нужно с помощью немедикаментозных и фармакологических средств 1) остановить прогрессирование атеромы; 2) стабилизировать бляшку, уменьшив ее воспаление и улучшив функцию эндотелия; 3) предупредить тромбообразование, если возникнет дисфункция эндотелия или разрыв бляшки. В некоторых случаях, когда поврежденная артерия снабжает большой участок миокарда, реваскуляризация также будет мероприятием, улучшающим прогноз.

Такие меры как уменьшение частоты и интенсивности приступов улучшают качество жизни пациентов. Этой цели в равной степени служат и немедикаментозные, и фармакологические, и хирургические мероприятия. При равной симптоматической эффективности приоритет отдается средствам, снижающим риск осложнений и смерти.

11. Основные направления немедикаментозной терапии

Информирование и обучение пациента и его родственников или ближайшего окружения о природе заболевания, о прогнозе, о тех осложнениях, которые возможны и, самое главное, способах их предупреждения составляет основу курации больного со стенокардией. Обязательными являются рекомендации избегать тех видов физической нагрузки или любой другой деятельности, которая провоцирует приступ. Больному разъясняют необходимость профилактического приема нитропрепаратов, а также принципы купирования болевого приступа. Информировуют о побочных эффектах этих лекарственных средств, чтобы он мог принять горизонтальное положение или присесть после того, как воспользуется ими, во избежание гипотензии. Обязательной является информация о симптомах острого коронарного синдрома, длительности болей, требующей немедленного обращения за медицинской помощью, чтобы сократить время до госпитализации в случае ИМ.

Желательно снабдить больного индивидуальными рекомендациями по физической активности, по питанию, предложить помощь и рекомендации по отвыканию от курения, если он курит. Все этапы консультирования по изменению образа жизни

ни неоднократно описывались ранее в наших пособиях [8].

Интенсивные изменения в рационе способствуют нормализации липидного профиля: большое количество свежих фруктов и овощей, цельные зерна, хлеб грубого помола, рыба, в том числе и жирная, индейка и кура; сокращается употребление мяса, жира, жирных молочных продуктов. Алкоголь ограничивается преимущественным употреблением небольших количеств красного вина. Тем, у кого повышено артериальное давление, рекомендуется полное воздержание от алкоголя. Употребление рыбьего жира благоприятствует снижению содержания триглицеридов в крови. Всем пациентам, страдающим ИБС, полезно хотя бы один раз в неделю есть рыбу. Что касается других витаминов или пищевых добавок, содержащих антиоксиданты, то огромное количество исследований, проведенных в последние годы, показали, что они не уменьшают риск развития осложнений, не предотвращают смертельные исходы. Поэтому прием их бесполезен. Учитывая большое количество лекарств, которые принимают люди, больные сердечно-сосудистыми заболеваниями, не стоит рекомендовать им прием ненужных медикаментов.

Рекомендации по физическим упражнениям и режиму тренировок должны носить индивидуальный характер и базироваться на пробе толерантности к нагрузке. Польза тренировок показана в многочисленных исследованиях, разработаны специальные режимы реабилитации для больных ИБС и другими ССЗ. Поэтому надо приучать пациентов к постепенному увеличению физических нагрузок, мотивируя их и объясняя преимущества таких занятий. Нужно отметить, что регулярность и систематичность — залог успеха, но терпение бывает необходимо не только больному. Врач и сам должен поверить в эффективность физических тренировок, их пользу и безопасность. Гарантией безопасности служит постепенность, ориентация на самочувствие и обучение больного способам самоконтроля.

Полезны и специальные методики, способствующие расслаблению, умение справляться со стрессом и преодолевать вредное воздействие эмоциональных перегрузок. Известно, что психологические факторы могут спровоцировать приступ стенокардии, поэтому пациент должен быть предупрежден об этом и обучен способам профилактики приступа в сложной психоэмоциональной ситуации.

12. Фармакологическое лечение стенокардии

В случае доброкачественного течения заболевания достаточно медикаментозной терапии. Если качество жизни больного снижается из-за приступов стенокардии, или есть высокий риск

развития осложнений, ему может быть показано хирургическое лечение.

Лечение, улучшающее прогноз — это антитромбоцитарные препараты, β -адреноблокаторы, гиполипидемические средства.

Антитромботические препараты

Эти препараты показаны практически всем пациентам со стабильной стенокардией, так как доказано, что прием их снижает риск развития тромбоза на 30%. К ним относятся три группы препаратов: ацетилсалициловая кислота (АСК), тиенопиридины и ингибиторы IIb/IIIa-гликопротеиновых рецепторов.

Ацетилсалициловая кислота (аспирин) остается препаратом выбора. Механизм действия АСК в процессе образования тромба заключается в ингибировании фермента циклооксигеназы и блокировании образования тромбосана A_2 . Это проявляется удлинением времени кровотечения. В долговременной терапии АСК применяют в дозе 75–150 мг ежедневно. Эти дозы столь же эффективны, как и очень высокие. Установлено, что воздействие на тромбоциты продолжается в течение 24 ч, что позволяет применять препарат ежедневно однократно. Основная проблема при назначении АСК — возможные кровотечения. Чаще всего это желудочно-кишечные кровотечения и внутричерепные кровоизлияния. Побочные эффекты обусловлены ингибированием тромбоцитов, развивающейся уже в дозе 30 мг в день, и ингибированием циклооксигеназы-1, защищающей слизистую оболочку желудочно-кишечного тракта, и проявляющейся в больших дозах.

Анализ результатов многочисленных исследований антитромботической терапии, в частности, исследования CURE [7], показал, что относительный риск осложнений остается самым низким, если она назначается в пределах не более 200 мг и не менее 100 мг. Однако доза 75 мг также приемлема. Противопоказания к назначению АСК — острая или кровоточащая язва, кровотечение, геморрагический диатез, тяжелое заболевание печени, аллергия, аспириновая астма (возможна провокация бронхоспазма).

Как предупредить побочные эффекты? Существует ошибочное мнение, что назначение кишечнорастворимых форм аспирина, может защитить верхние отделы ЖКТ от кровотечений. На самом деле это не так. Ведь побочный эффект обусловлен не местным воздействием на слизистую желудка, а системным действием, блокирующим циклооксигеназу. Как быть, если у больного «когда-то была язва»? Мы рекомендуем следующий подход. 1 — назначить фиброгастроскопию и уточнить, есть ли острый процесс в настоящее время. 2 — если установлено наличие острой язвы желудка или двенадцатиперстной кишки, отложить назначение АСК (или отменить уже назначенную)

и рекомендовать лечение язвенной болезни в соответствии с принятыми методиками (антибактериальная терапия и ингибиторы протонной помпы или блокаторы H_2 -гистаминовых рецепторов). 3 — когда заживление язвы будет подтверждено фиброгастроскопией, назначить АСК и противоревматическую терапию либо блокаторами гистаминовых рецепторов, либо ингибиторами протонной помпы на 2–3 месяца. Хотя антагонисты H_2 -гистаминовых рецепторов или ингибиторы протонной помпы могут и не уменьшить вероятность кровотечений, возникающую при приеме АСК, их необходимо назначать. Когда больной жалуется на боли в желудке или эпигастрии и связывает их с приемом АСК, нельзя сразу без подтверждения и обследования отменять антитромбоцитарные препараты, потому что риск развития инсульта или инфаркта у таких пациентов остается высоким. Отмена АСК или других антиагрегантных лекарственных средств оправдана только в тех случаях, когда риск кровотечения превышает риск нежелательных сердечно-сосудистых осложнений.

Ацетилсалициловая кислота рекомендуется всем пациентам с подозрением на острый коронарный синдром (ОКС) в отсутствие противопоказаний. В случае ОКС эффект нужен незамедлительный, поэтому применяются обычные формы препарата, более того, рекомендуется таблетку разжевать для ускорения действия. Прием АСК в острой фазе снижает риск смертельного и несмертельного ИМ на 71%, в последующие 3 месяца — на 60%, в последующие 2 года — на 52%.

Тиенопиридины — это антитромбоцитарные препараты, блокирующие действие аденозиндифосфата (АДФ) в процессе образования тромба, являясь антагонистами рецепторов к АДФ. По тем или иным причинам (например, из-за аллергии) некоторые люди не могут принимать АСК. Кроме того, у лиц, ее принимающих, неблагоприятные последствия (инфаркт миокарда, инсульт) все же происходят. Соответственно, существует потребность как в альтернативе АСК для случаев, когда она противопоказана, так и в усилении ее эффекта на тромбоциты для достижения более полной защиты от внутрисосудистых тромбозов. Тот факт, что АСК действует только на один путь активации тромбоцита — образование тромбосана A_2 — делает целесообразным ее комбинирование со средствами, влияющими на другие механизмы возбуждения тромбоцитов. Среди таких средств (для приема внутрь) наиболее эффективным, безопасным и удобным для длительного применения оказался представитель группы тиенопиридинов — клопидогрель. Другой препарат этой группы — тиклопидин — из-за выраженных побочных явлений, наиболее серьезным из которых является нейтропения, постепенно уходит из клинической практики. Клопидогрель («Пла-

викс») в дозе 75 мг может быть хорошей заменой АСК у пациентов с ИБС, имеющих высокую вероятность развития осложнений. Наиболее известные исследования, посвященные клопидогрелю, показали его безопасность. Комбинация его с АСК более эффективна, чем только АСК, но и частота кровотечений у больных, принимавших комбинацию препаратов, была выше. Таким образом, были выработаны рекомендации к назначению клопидогреля: в случае непереносимости АСК больным, которым необходима профилактика инфаркта миокарда и ишемического инсульта; для профилактики тромбоза, в том числе и подострого, больным с имплантированным стентом клопидогрель назначают на срок не менее 9 месяцев. В исследовании CURE была показана эффективность назначения клопидогреля при развитии ОКС без подъема сегмента *ST*. В этом случае дают нагрузочную дозу 300 мг, а затем продолжают прием 75 мг ежедневно.

К группе ингибиторов *IIb/IIIa-гликопротеиновых рецепторов* относятся абциксимаб, тирофибан и эптифибатид. Эти средства назначают парентерально только во время манипуляций, при приеме внутрь они неэффективны.

Следует упомянуть о *дипиридамоле*. С появлением его пролонгированной формы (200 мг дважды в день), обладающей более высокой биодоступностью, можно встретить рекомендации назначать дипиридамол вместе с АСК. Эффективность его ничуть не выше, чем у АСК, а антиагрегантный механизм обеспечивается не за счет антитромбоцитарного действия, а благодаря расширению микроциркуляторного русла. Показанием к применению является необходимость предупреждения инсульта некардиоэмболического происхождения. У больных ИБС его применение не обосновано. Нужно помнить, что этот препарат обладает вазодилатирующим эффектом, повышает потребность миокарда в кислороде и может спровоцировать ангинозный приступ.

В последнее время появились сообщения о существовании «аспиринрезистентных» больных, у которых, несмотря на прием АСК в надлежащем режиме, развиваются тромботические осложнения, и этот феномен подтверждается лабораторными исследованиями. К сожалению, пока нет определенных рекомендаций для выявления таких лиц. Мало того, появились сообщения о таком же феномене в отношении клопидогреля. Тактика в этом случае пока не выработана, и однозначных рекомендаций не существует.

Липидмодифицирующая терапия

Следующий важный комплекс мероприятий, направленных на повышение шансов выживаемости больных ИБС, — изменение липидного обмена. Эти меры направлены на патогенез заболевания, на дислипидемию. Они включают три компонента:

специальную диету, физические тренировки и лекарственную терапию.

Традиционная диета для снижения содержания холестерина в крови имеет две стадии. Первая стадия предусматривает питание продуктами, содержащими менее 300 мг холестерина, а насыщенные жиры обеспечивают 30% энергетической плотности рациона. Такое питание незначительно отличается от рекомендуемого всем взрослым людям здорового питания. Выполнять эти рекомендации нетрудно, нужно только разъяснить больным, что такое холестерин, где он содержится, какие продукты являются источниками насыщенных жиров и, самое главное, что нужно добавить зерновые, сырые овощи, свежие фрукты, рыбу к привычным блюдам, чтобы добиться цели.

Современные исследования показали особенно высокую эффективность рыбьего жира, и не только в виде капсул, но и составе рыбных блюд. К сожалению, даже самым последовательным приверженцам такого питания редко удается добиться значимого снижения содержания холестерина в крови. Поэтому предложена более жесткая стадия ограничений, которую рекомендуют применять через 1–2 месяца соблюдения рекомендаций первой ступени, если они неэффективны. Вторая стадия гиполипидемической диеты предусматривает, что в продуктах и блюдах содержится не более 200 мг холестерина, а из насыщенных жиров поступает менее 7% энергии. Соблюдать такие ограничения значительно труднее. И хотя они полезны не только для больных ИБС, потому что способствуют снижению массы тела, нормализации уровня АД, и улучшению самочувствия, тем не менее, большинству пациентов потребуется лекарственная терапия. Как правило, необходимо назначать медикаментозные препараты уже через два месяца неэффективной диетотерапии. Однако не следует забывать, что и они будут эффективны только на фоне соблюдения маложирной и низкохолестериновой диеты.

Следующий компонент липидснижающей терапии — физические тренировки. Их действие обеспечивает снижение содержания не только общего холестерина, но и триглицеридов, а также снижение массы тела, и повышение уровня ХС ЛПВП. Как уже было отмечено, тренировки назначают индивидуально, в зависимости от результатов теста на толерантность к физической нагрузке.

Целью медикаментозной терапии дислипидемий является снижение содержания холестерина липопротеинов низкой плотности, триглицеридов, и повышение содержания холестерина липопротеинов высокой плотности. Согласно последним рекомендациям Европейского кардиологического общества, с которым согласно и Российское кардиологическое общество, содержание

общего холестерина в крови у больных с диагнозом ИБС не должно превышать 4,5 ммоль/л, а ЛПНП — 2,5 ммоль/л. Препараты для коррекции дислипотеинемий — это статины (ингибиторы ГМГ-КоА редуктазы), производные фиброевой кислоты, никотиновая кислота в современной пролонгированной форме, секвестранты желчных кислот или смолы, полиненасыщенные жирные кислоты и эзитимиб (эзетрол). Недавно созданный и находящийся в процессе испытаний торцетрапиб, предназначенный для повышения содержания ЛПВП, еще не рекомендован к применению в связи с противоречивыми данными последних исследований.

Статины являются наиболее эффективной группой препаратов для снижения содержания холестерина в крови. Их можно применять как средство первичной и вторичной профилактики, они безопасны, удобны в применении. Снижение смертности от ССЗ благодаря применению статинов, как показано в самых разнообразных исследованиях, в том числе и рандомизированных двойных слепых с применением плацебо, достигает 40–30%.

Показания к назначению статинов — первичная и вторичная профилактика атеросклероза любой локализации: коронарный (ИБС), церебральный, атеросклероз сонных артерий, периферических артерий, артерий почек, дислипотеинемия. Они блокируют синтез холестерина, воздействуя на фермент 3-гидрокси-3-метилглутарил-коэнзим А редуктазу. Первые статины (ловастатин, симвастатин и правастатин) были выделены из культуры пенициллиновых грибов и грибов *Aspergillus terreus*, флувастатин и аторвастатин — синтетические препараты. В 2001 г. был выпущен новый препарат розувастатин. Статины различаются по физико-химическим и фармакологическим свойствам: симвастатин и ловастатин более липофильны, в то время как аторвастатин и правастатин более гидрофильны, а флувастатин относительно гидрофилен. Эти свойства обеспечивают различную проходимость препаратов через клеточные мембраны, в частности печеночных клеток. В настоящее время в России используют следующие препараты группы статинов: ловастатин (Mevacor®), симвастатин (Zocor®), правастатин (Lipostat®), аторвастатин (Liprimar®), флувастатин (Lescol®), розувастатин (Crestor®).

Ни в одном исследовании специально не оценивался результат применения статинов только у пациентов со стабильной стенокардией, но такие больные составляли большую долю участников других испытаний. Влияние различных препаратов данного класса на липидный профиль различно. Эти особенности надо принимать во внимание, назначая лекарство больному. Терапия статинами должна быть основана не только на абсолютных

значениях липидограммы, но и на оценке общего риска, то есть учитывать и уровень АД, и содержание глюкозы в крови, и другие значимые факторы. Лечение назначают постоянно, начиная с небольшой дозы (10 мг), с постепенным повышением до эффективных доз, интервал для повышения составляет 1 месяц. Эффективная доза правастатина и симвастатина равна 40 мг, аторвастатина — 10 мг, розувастатина — 5–10 мг. Повышение дозы аторвастатина до 80 мг, как показано недавно, значительно улучшает результат, снижение общего холестерина и ХС ЛПНП достигается быстрее, однако при этом резко вырастает активность печеночных ферментов. Флувастатин выпускается только в дозе 80 мг и называется Лэскол XL. Свойства этой формы препарата значительно отличаются от тех, что выпускались в меньшей дозе. Так, Лэскол XL значительно интенсивнее снижает содержание ОХ и ХС ЛПНП, чем его предшественники, но в то же время по сравнению с остальными препаратами статинов повышает содержание ХС ЛПВП гораздо больше. Следовательно, для пациентов, которым необходимо повысить эту фракцию холестерина, предпочтителен именно Лэскол в дозе 80 мг.

Часто новое поколение лекарственного средства отличается более высокой эффективностью, чем предыдущее. Это справедливо в отношении розувастатина. Даже в дозе 5 мг он значительно эффективнее других препаратов. Это показали многочисленные клинические испытания, где розувастатин сравнивали с аторвастатином и правастатином. Следовательно, его применение выгоднее у пациентов с высокими уровнями общего холестерина и ХС ЛПНП, поскольку результат будет достигнут быстрее.

Эффективность статинов в первичной и вторичной профилактике ИБС основана не только на уменьшении содержания ХС ЛПНП и ЛПОНП в сыворотке крови, но и на прямом противовоспалительном действии, позволяющем стабилизировать атеросклеротическую бляшку. Это делает целесообразным раннее применение статинов *при острых коронарных синдромах*. Нелипидные, или так называемые плеiotропные (множественные) воздействия этих медикаментов заключаются в стабилизации атеросклеротической бляшки, улучшении эндотелиальной функции, общем противовоспалительном и антитромботическом действии. Способность статинов стимулировать рост новых сосудов также вносит положительный вклад в лечение больных ИБС. Кроме того, за счет улучшения функции эндотелия и противовоспалительного действия они имеют антиаритмические свойства, в частности, у больных с фибрилляцией предсердий. Статины оказались полезными участниками в новой технологии — лечении с участием стволовых клеток, так как способству-

ют более быстрой дифференциации их в клетки миокарда.

Прием препарата рекомендуют на ночь, объясняя это тем, что холестерин синтезируется в большей степени ночью. Если не удастся достичь целевого уровня ХС ЛПНП с помощью стандартных доз, рекомендуется увеличить дозу до максимально переносимой. Если возникают побочные эффекты, следует вновь вернуться к максимально переносимой дозировке и добавить другой препарат из группы гиполипидемических средств (не статины).

Противопоказания к назначению статинов — индивидуальная непереносимость, повышенная чувствительность к препарату, активное (острое или хроническое) заболевание печени, повышение активности трансаминаз в 3 раза и более. Не назначают статины беременным и женщинам детородного возраста, которые не предохраняются от возможной беременности.

Основные побочные эффекты — реакция со стороны ЖКТ в виде запоров, тошноты, которая встречается редко. Чаще встречается повышение содержания печеночных ферментов в крови, что свидетельствует о повреждении печени. Еще одно опасное побочное действие — рабдомиолиз, или поражение мышечных волокон. Миопатии возникают, когда статины назначают совместно с другими лекарственными средствами, метаболизирующимися через систему цитохрома P450 (антибиотики — макролиды, цитостатики, фибраты, большие количества грейпфрутового сока). Чтобы не пропустить возникновение побочных эффектов, следует сразу после начала курса гиполипидемической терапии регулярно (1 раз в 3 мес) проверять содержание в крови трансаминаз, креатинфосфокиназы, липидограмму, спрашивать о болях в мышцах и мышечной слабости; через год от начала терапии можно проверять эти параметры один раз в 6 мес.

К липидснижающим препаратам относятся также *фибраты, или производные фибровой кислоты*. Хотя применяются они давно, механизм их действия расшифрован только в последние годы, — это модификация рецепторов, участвующих в гидролизе хиломикронов, ЛПНП и ЛПОНП. Содержание же ЛПВП в крови повышается. К фибратам относятся клофибрат (Atromid, из-за большого количества побочных эффектов уже не употребляется), гемфиброзил, безафибрат (безалип, безамидин), ципрофибрат (Липанор) и фенофибрат (Липантил 200 М). Стандартные дозы этих препаратов: гемфиброзил 600 мг 2 раза в день, безафибрат 200 мг 2–3 раза в день, ципрофибрат 100 мг и фенофибрат М 200 мг 1 раз в день [9]. Фибраты назначают за утренним приемом пищи, так как синтез липопротеинов, богатых триглицеридами, происходит более ин-

тенсивно в утренние часы. Препараты хорошо переносятся, однако у 5–10% больных возможны побочные эффекты в виде болей в животе, запоров, диареи, метеоризма, а также сыпи, зуда, головной боли, бессонницы. Эти явления, как правило, не требуют прекращения терапии. Однако при длительном приеме фибраты могут повышать литогенность желчи, поэтому их не следует назначать больным с желчнокаменной болезнью. Возможно повышение печеночных ферментов, при сочетании со статинами возрастает частота развития миалгии и миопатии. В случае комбинированного назначения необходимо тщательно наблюдать за больным, контролировать показатели трансаминаз и креатинфосфокиназы не реже 1 раза в месяц. Преимущества гемфиброзила были показаны в первую очередь у мужчин, больных сахарным диабетом.

Никотиновая кислота применялась для лечения атеросклероза еще в прошлом веке. Однако ее прием часто сопровождается побочными явлениями в виде резкой гиперемии лица и верхней половины туловища с чувством жара и приливов, что обусловлено активным высвобождением простагландинов. Эндурацин — форма никотиновой кислоты с медленным высвобождением, обладающая менее выраженными побочными эффектами. Из других побочных явлений возможны боли в животе, на которые жалуются до 5% больных и которые могут быть связаны с обострением гастрита. Однако наиболее грозным, но редким осложнением, является развитие печеночной недостаточности. Печеночная недостаточность проявляется внезапным падением уровня холестерина, выраженным повышением содержания печеночных ферментов и клиникой печеночной комы. Лучшая профилактика печеночной недостаточности — периодический контроль ферментов АЛТ, АСТ и γ -ГТП. Не рекомендуется без перерыва переходить с приема обычной формы никотиновой кислоты на эндурацин и наоборот. Следует соблюдать особую осторожность при сочетании никотиновой кислоты со статинами или фибратами. У 5–10% больных подагрой возможно ее обострение, поэтому им не следует рекомендовать прием любых форм никотиновой кислоты. Также никотиновая кислота противопоказана больным сахарным диабетом. Рекомендуемые стандартные дозы 2–4 г в день в 2–3 приема; эндурацин применяют в дозе 1,5 г в день в три приема. Основное показание для назначения никотиновой кислоты — комбинированная гиперлипотеинемия (фенотип IIb), а также гипертриглицеридемия в сочетании с низким содержанием ХС ЛПВП.

Секвестранты желчных кислот (ионообменные смолы) применяют в качестве гиполипидемических средств более 30 лет. Наиболее распространены холестирамин и колестипол. Побочных

эффектов при приеме этих средств практически не встречается, так как они не всасываются в кишке, а наоборот, адсорбируют и выводят желчные кислоты.

Более современный препарат из группы ингибиторов абсорбции холестерина — эзитимиб (торговое название Эзетрол). Он может быть добавлен к статинам в случае плохой их переносимости, чтобы усилить снижение содержания холестерина в крови, не повышая дозу статинов. Сейчас известны комбинированные препараты, в которых содержатся и симвастатин, и эзитимиб.

Таким образом, *принципы гиполипидемической терапии у больных ИБС могут быть кратко сформулированы следующим образом.*

1) Всем пациентам рекомендуют снизить потребление насыщенных жиров так, чтобы доля энергии, обеспечиваемая ими, составляла не более 7% от общей энергетической ценности рациона; уменьшить потребление холестерина с пищей до величины менее 200 мг в день, увеличить содержание пищевых волокон (клетчатки) до 10 г в день и более. Это дополнительно снижает уровень ХС ЛПНП.

2) Всем пациентам рекомендуют регулярные систематические физические тренировки в соответствии с пробой на толерантность к нагрузке, а также повышение повседневной бытовой и рабочей физической активности.

3) Всем пациентам рекомендуют следить за массой тела, не допуская ее повышения над нормальными показателями ИМТ (18–24 кг/м²).

4) Предложить пациентам увеличить потребление ω -3 жирных кислот в виде блюд из рыбы или капсул (1 г/сут) для снижения риска. При лечении гипертриглицеридемии требуются более высокие дозы.

5) Гиполипидемическую терапию назначают, если исходный уровень ХС ЛПНП более 2,6 ммоль/л. Если, кроме ИБС, есть другие проявления атеросклероза, необходимо снизить уровень ХС ЛПНП ниже 1,8 ммоль/л.

6) Если на фоне гиполипидемической терапии ХС ЛПНП продолжает оставаться выше 2,6 ммоль/л — необходимо интенсифицировать терапию, добавить второй препарат.

7) При высоком уровне триглицеридов (2,26–5,6 ммоль/л), желательное снижение не-ЛПВП холестерина ниже 2,6 ммоль/л путем добавления никотиновой кислоты или фибратов.

8) Если уровень триглицеридов выше 5,65 ммоль/л, средство первого выбора для предотвращения острого панкреатита — фибрат или никотиновая кислота до назначения ЛПНП-снижающего препарата; последний назначают только после снижения уровня триглицеридов. По возможности рекомендуется достичь целевого уровня не-ЛПВП холестерина ниже 2,6 ммоль/л [10].

β -адреноблокаторы в комплексе стратегических мероприятий

Применение β -адреноблокаторов в лечении больных ИБС, перенесших ИМ, позволило снизить вероятность внезапной смерти и повторного ИМ на 30%. Этот вывод был экстраполирован и на больных со стабильным течением болезни, со стабильной стенокардией. Крупных исследований влияния β -адреноблокаторов на прогноз пациентов со стабильной стенокардией в сравнении с плацебо не было. Поэтому, включая в комплекс стратегических мероприятий эти препараты, следует подчеркнуть, что их назначают на неопределенно долгий срок всем пациентам с ИБС, перенесшим инфаркт миокарда, острый коронарный синдром или при нарушении функции левого желудочка, то есть с систолической дисфункцией, независимо от наличия клиники сердечной недостаточности (если нет противопоказаний). Необходимо также рассмотреть возможность пожизненной терапии β -адреноблокаторами всех больных с проявлениями атеросклероза артерий или с сахарным диабетом, если нет противопоказаний. Патогенетическое обоснование назначения этой группы препаратов больным ИБС — снижение адренергического влияния на сердце, а значит — ЧСС, уровня АД, потребления миокардом кислорода и ликвидация дисбаланса между потребностью в кислороде и его доставкой. Эти механизмы обосновывают антиангинальное действие β -адреноблокаторов. Снижение влияния катехоламинов предотвращает также возникновение опасных аритмических осложнений, а это и есть профилактика внезапной смерти.

Предпочтительнее назначать кардиоселективные препараты (табл. 2) без собственной симпатомиметической активности, с долгим периодом полувыведения. К таким относятся, прежде всего, метопролол, бисопролол и карведилол. Принцип дозирования — ЧСС до 60 ударов в 1 мин. Это снижение ЧСС является результатом действия препаратов, то есть блокады β -адренергических рецепторов. Иногда врачи пугаются снижения ЧСС и поспешно отменяют назначенное лекарство. Оптимальной частотой при применении β -адреноблокаторов, как указано в большинстве руководств, является ЧСС 55–60 в 1 мин. Подбирая дозу для больного стенокардией, нужно ориентироваться, во-первых, на проявившие эффективность в исследованиях, во-вторых, помнить, что у каждого пациента могут быть индивидуальные колебания выраженности блокады рецепторов. Не все хорошо переносят брадикардию, иногда, несмотря на отсутствие объективных признаков ухудшения, больные жалуются на головокружение, слабость. Такие симптомы чаще наблюдаются у пациентов с избыточной массой тела. В этих случаях можно уменьшить дозу препарата. Однако не следует от-

**Препараты группы β -адреноблокаторов, используемые
в лечении больных со стабильной стенокардией**

Действующее вещество	Селективность	ВСА	Препарат	Обычная доза
Метопролол	β_1	нет	Беталок-ЗОК, Эгилок, Эмзок, Метокард, Корвитол	50–200 мг* 2 раза в сут
Атенолол	β_1	нет	Тенормин, Атенолол, Хайпотен, Атенолан	50–200 мг* 1–2 раза в сут
Бисопролол	β_1	нет	Конкор, Конкор Кор, Бисогамма	10 мг/сут
Бетаксоллол	β_1	нет	Локрен, Бетоптик, Бетак	10–20 мг/сут
Тимолол	нет	нет	Блокарден, Тимакор	10 мг* 2 раза в сут
Надоллол	нет	нет	Коргард, Бетадол	40–80 мг/сут
β-адреноблокаторы с дополнительными вазодилатирующими свойствами				
Небиволол	β_1	нет	Небилет	2,5–5 мг/сут
Карведилол	β_1	нет	Дилатренд Акридиллол, Кардивас, Карведилол	25–50 мг* 2 раза в сут

Примечание. β_1 -селективный препарат; ВСА — внутренняя симпатомиметическая активность; * — разовая доза.

менять их резко, так как возникает синдром отмены: усиление ангинозных болей, нарушения сердечного ритма. Еще одна важная деталь касается ЧСС при физической нагрузке: β -адреноблокаторы не позволяют развить высокую ЧСС во время физических тренировок или нагрузок, поэтому перед пробой на толерантность к физической нагрузке их отменяют. Это не мешает тренировкам, просто максимальная частота пульса будет не более 110 уд. в мин.

Абсолютным противопоказанием к назначению является бронхиальная астма. При хронической обструктивной болезни легких следует выбирать препарат более тщательно, отдавая предпочтение селективным. Сахарный диабет I типа также требует осторожного подхода, но сахарный диабет II типа не является противопоказанием для применения β -адреноблокаторов.

Ингибиторы АПФ

Влияние ингибиторов АПФ на прогноз доказано у больных с АГ и СН на основании многочисленных рандомизированных сравнительных, в том числе и с плацебо, испытаний. Результаты исследования HOPE (Heart Outcomes Prevention Evaluation — «Оценка результатов предотвращения сердечных осложнений») [7] к настоящему времени подтвердили, что использование ингибитора АПФ рамиприла в дозе 10 мг/сут снижает количество случаев сердечно-сосудистой смерти, ИМ и инсультов у больных, имевших высокий риск перечисленных событий или страдавших заболеванием сосудов при отсутствии сердечной недостаточности. Вторым препаратом, показавшим эффективность при применении по этим показаниям, — периндоприл в дозе 8 мг (исследование EUROPA). Показания к назначению ингибиторов

АПФ больным со стабильной стенокардией: ИБС, осложненная сердечной недостаточностью; перенесенный инфаркт миокарда; ИБС в сочетании с артериальной гипертензией и ИБС в сочетании с сахарным диабетом. Во всех этих случаях ингибиторы АПФ будут более эффективно предотвращать осложнения и неблагоприятные исходы.

Противопоказания к назначению ингибиторов АПФ — стеноз обеих почечных артерий, почечная недостаточность с повышением содержания креатинина более 300 мкмоль/л, выраженная гиперкалиемия; беременность и кормление грудью; детский возраст; тяжелые гематологические нарушения (тяжелая анемия, лейкопения).

Блокаторы рецепторов к ангиотензину

Защитная роль и влияние на смертность блокаторов рецепторов к ангиотензину у больных ИБС изучено гораздо меньше, чем ингибиторов АПФ. Однако исследование VALIANT [7], («Валсартан в исследовании лечения инфаркта миокарда»), в котором сравнивалась эффективность валсартана и каптоприла у больных, перенесших ИМ и имеющих сердечную недостаточность, показало, что способность предотвращать осложнения у обоих препаратов примерно одинакова. В этом исследовании принимали участие и российские центры, что повышает ценность рекомендаций для нашей практики. С другой стороны, у больных с сохраненной функцией левого желудочка отчетливого преимущества в отношении прогноза у другого препарата, кандесартана, по сравнению с плацебо, не было. Таким образом, на основании результатов исследования VALIANT, можно рекомендовать валсартан больным ИБС при наличии сердечной недостаточности или систолической дисфункции, или перенесенного ИМ. Показаниями к назначе-

нию блокаторов рецепторов к ангиотензину большим ИБС или стабильной стенокардией, остаются сопутствующая АГ, сопутствующая диабетическая нефропатия, сердечная недостаточность, осложняющая ИБС, ИМ в анамнезе у больного ИБС в случае непереносимости ингибиторов АПФ.

13. Симптоматическая терапия больных стабильной стенокардией

Симптоматическая, или антиангинальная терапия направлена на ликвидацию дисбаланса между потребностью в кислороде и его доставкой к миокарду. Для этого используют три группы препаратов: β -адреноблокаторы, блокаторы кальциевых каналов и нитраты.

Нитраты

Механизм действия нитратов заключается в венозной дилатации и снижении внутрисердечного давления. Диастолическое расслабление усиливает субэндокардиальную перфузию и ликвидирует ишемию. Кроме того, за счет расширения более мелких артерий и артериол нитраты могут улучшать кровоток по коллатералям и уменьшить ишемию миокарда, не связанную со стенозированием эпикардиальных коронарных артерий. В итоге происходит перераспределение кровотока к участкам ишемизированного миокарда. Действующим веществом является окись азота NO, образующаяся в результате метаболизма этих лекарственных средств.

Нитраты выпускают в разнообразных лекарственных формах, что позволяет эффективно использовать их в разнообразных клинических ситуациях (табл. 3). Нитраты короткого действия применяются для мгновенного купирования ангинозных болей. Быстро и коротко действующие препараты изосорбид тринитрата (нитроглицерин) в виде таблеток под язык или аэрозоля просты в использовании, не требуют врачебного присутствия и незаменимы при необходимости срочно устранить приступ стенокардии и острые проявления сердечной недостаточности. В этих ситуациях можно также использовать аэрозоль изосорбид динитрата. Пациентов необходимо инструктировать по поводу правильного употребления препаратов нитроглицерина короткого действия. 1) Хранить тубик с таблетками не более трех месяцев, так как при частом открывании действующее вещество разрушается кислородом воздуха. Это особенно относится к пожилым пациентам, которые покупают лекарство впрок по несколько упаковок. Тубики с таблетками лежат в самых разных местах, нередко больные забывают, когда они куплены, как часто использовались. Спрей сохраняется дольше. 2) После приема под язык одной таблетки боль за грудиной исчезает очень быстро, в течение не более 10 минут. Если за это время приступ не прошел, надо немедленно

обратиться за медицинской помощью, лучше вызвать скорую помощь, так как подобный приступ подозрителен на острый коронарный синдром. 3) Побочный эффект венозной дилатации — резкая головная боль, особенно часто возникающая при первом приеме нитроглицерина. Несколько таблеток, принятых за короткое время, могут привести к снижению АД, постуральной гипотензии. В этом случае принимать нитроглицерин нужно в таком месте, где можно сесть или лечь. 4) Тем, кто страдает стенокардией, желательно всегда носить с собой нитроглицерин. Прием таблеток во время болевого приступа или для его профилактики — очень хорошая и простая мера.

Эпизодическое профилактическое применение нитратов перед физической нагрузкой предупреждает возникновение стенокардии. При этом необходимо выждать время до начала действия препарата (с учетом особенностей действия выбранной лекарственной формы этот интервал составляет от нескольких минут при использовании сублингвальных таблеток, аэрозоля, таблеток или пластинок для наклеивания на слизистую оболочку щеки или десны до десятков минут после приема внутрь).

Нитраты длительного действия. Для предупреждения частых приступов стенокардии используют препараты более длительного действия (изосорбид динитрат, изосорбид мононитрат; таблетки для приема внутрь, таблетки или пластины для наклеивания на слизистую оболочку полости рта или десну, накожные пластыри и мази). Лекарственные формы изосорбид динитрата и особенно нитроглицерин для приема внутрь отличаются низкой биодоступностью из-за интенсивного метаболизма при первом прохождении через печень. Поэтому для получения антиангинального и гемодинамического эффекта могут потребоваться достаточно высокие дозы препаратов. Изосорбид мононитрат не подвергается метаболизму при первом прохождении через печень и действует дольше. Однако его выпускают в виде лекарственных форм для приема внутрь и его действие наступает не столь быстро, поэтому он не подходит для неотложного устранения симптомов. Мази в настоящее время признаны недостаточно эффективными: их трудно дозировать, трудно обеспечить равномерное всасывание. Пластыри также применяются все реже, так как создают предпосылки для развития толерантности к препаратам.

Основные проблемы при применении нитратов — развитие привыкания и головной боли. Как указывалось выше, головная боль чаще встречается при первом приеме препарата, а затем она становится менее выраженной и исчезает. Однако некоторые пациенты, например, имевшие травмы головы, контузии, ранения, бывают вынуждены отказаться от приема нитратов, так как у них го-

ловная боль со временем не исчезает.

Нитраты противопоказаны при выраженной сократительной дисфункции правого желудочка, при систолическом АД ниже 90 мм рт. ст., при ЧСС менее 50 уд./мин или выраженной тахикардии. С осторожностью надо рекомендовать эти средства при гипертрофической обструктивной кардиомиопатии, поскольку возможно усугубление обструкции и митральной регургитации. У больных с тяжелым аортальным стенозом возможно резкое снижение АД и потеря сознания.

Привыкание к нитратам может развиваться быстро, в течение суток, если дозы препарата велики. До конца остается неясным механизм развития привыкания. Чтобы избежать этой проблемы, рекомендуется назначать эти лекарственные средства таким образом, чтобы в течение дня был свободный от нитратов промежуток времени, равный 8–12 часам. Для этого требуется знать, когда у больного чаще всего вероятен приступ стенокардии, например, ночью, или утром при пробуждении, или в течение рабочего дня, и назначать прием лекарства перед ожидаемым приступом. Пластины для наклеивания на десну, накожные пластыри и мази нужно удалять на несколько часов в течение каждых суток. Препараты изосорбида мононитрата следует принимать не чаще 2 раз, а их пролонгированные формы — не чаще 1 раза в сутки.

Согласно современным рекомендациям, нитраты применяют для предупреждения приступов

стенокардии в том случае, если эти приступы действительно возникают часто, беспокоят больного, снижают качество его жизни. Самое же главное — в случаях, когда противопоказаны β-адреноблокаторы или при неэффективности монотерапии β-адреноблокаторами.

При стенокардии напряжения I ФК нитраты назначают только прерывисто, в лекарственных формах короткого действия, обеспечивающих быстрый и выраженный эффект — аэрозоли нитроглицерина и изосорбида динитрата за 5–10 мин до предполагаемой нагрузки, вызывающей обычно приступ стенокардии. При стенокардии напряжения II ФК нитраты также назначают прерывисто, перед предполагаемой физической нагрузкой. Наряду с формами короткого действия можно применять формы умеренно пролонгированного действия. При стенокардии III ФК нитраты принимают постоянно в течение дня — асимметричный прием с безнитратным периодом в 8–12 ч. Для этого используют современные пролонгированные мононитраты. При стенокардии IV ФК, когда приступы стенокардии могут возникать и в ночное время, нитраты следует назначать так, чтобы обеспечить их круглосуточное действие.

β-адреноблокаторы как антиангинальные средства

Способность препаратов этого класса ликвидировать ишемию обусловлена, во-первых, их способностью снижать ЧСС, во-вторых, сократимость, в-третьих, артериальное давление. Пред-

Таблица 3

Нитропрепараты для лечения больных ИБС, наиболее часто использующиеся (Российские рекомендации по диагностике и лечению стабильной стенокардии) [2]

Действующее вещество	Длительность действия	Препарат	Обычная дозировка
Нитроглицерин (глицерил тринитрат)	короткая	«Нитроминт», «Нитрокор», «Нитроспрей»	0,3–1,5 мг под язык при приступах стенокардии
	длительная	«Нитронг форте»	6,5–13 мг* 2–4 раза в сут
Изосорбида динитрат	короткая	«Изокет-спрей»	1,25–3,75 мг под язык
	умеренная	«Изолонг», «Кардикет 20», «Изо-мак 20», «Нитросорбид»	20–80 мг/сут
	длительная	«Кардикет 40», «Кардикет 60», «Кардикет 120», «Изо-мак ретард»	40–120 мг/сут
Изосорбида мононитрат	умеренная	«Мононит» «Моносан», «Моночинкве»	40–120 мг/сут
	длительная	«Оликард ретард», «Моночинкве ретард», «Пектрол», «Эфокс лонг»	40–240 мг/сут
Молсидомин	короткая	«Корватон», «Сиднофарм»	4–12 мг/сут
	умеренная	«Диласидом»	2–4 мг* 2–3 раза в сут
	длительная	«Диласидом-ретард»	8 мг* 1–2 раза в сут

* — разовая доза.

почтительнее использование селективных препаратов. Наиболее часто во всем мире назначают метопролол, бисопролол, атенолол. Степень антиангинального эффекта соответствует выраженности блокады β -рецепторов. Оптимальные дозы метопролола — 200 мг, бисопролола — 10 мг, атенолола — 100 мг (или 50 мг дважды) в день. Прием этих лекарственных средств позволяет уменьшить дозу нитратов или вообще отказаться от них, повышает толерантность к физической нагрузке. Не следует забывать, что эти препараты назначают и для профилактики неблагоприятных исходов.

Побочные эффекты, наиболее часто вызываемые β -адреноблокаторами, это похолодание конечностей и брадикардия. Депрессия и половая дисфункция, которой так часто боятся больные, на самом деле встречались только у 5 из 1000 пациентов в год, и только 2 из 1000 вынуждены были прервать лечение по этим причинам. Таким образом, препараты класса β -адреноблокаторов достаточно безопасны и эффективны, их следует назначать как антиангинальные и предупреждающее осложнения средства всем пациентам с ИБС при отсутствии противопоказаний.

Антагонисты кальция (блокаторы кальциевых каналов)

Антиангинальный эффект препаратов этого класса давно известен и доказан, он развивается благодаря уменьшению работы сердца, вазодилатации и снижению возврата. Предпочтение следует отдавать длительно действующим и медленно высвобождающимся формам, чтобы избежать опасных колебаний содержания действующего вещества в крови. Побочные эффекты антагонистов кальция не слишком опасны, но снижают качество жизни пациентов: это приливы, чувство жара и покраснение лица, отеки лодыжек и голеней. Эти явления дозозависимы, и при уменьшении концентрации снижаются. Кроме того, побочным эффектом этой группы препаратов являются запоры. Препараты группы верапамила требуют контроля за ЧСС и сердечной проводимостью.

Антагонисты кальция (дигидропиридиновые производные) можно выгодно комбинировать с β -адреноблокаторами, которые будут уменьшать симпатомиметический эффект и вызванную им тахикардию. Однако комбинация β -адреноблокаторов с препаратами группы верапамила может оказаться опасной, так как и те, и другие лекарственные средства снижают сократимость миокарда.

Антагонисты кальция не следует назначать больным с сердечной недостаточностью, поскольку периферическая вазодилатация усугубляет гипотонию, а снижение сократимости миокарда усиливает проявления СН.

Препараты нового класса — открывающие калиевые каналы

К сожалению, пока главный представитель

этого класса — никорандил — на российском рынке, равно как и на американском, не представлен. Никорандил имеет двойной механизм действия: он активирует калиевые каналы (механизм, подобный действию аденозинтрифосфата) и обеспечивает артериальную и венозную дилатацию, действуя подобно нитратам. АТФ-подобный эффект обеспечивает «прекондиционирование» — описанный выше феномен, развивающийся в ишемизированном миокарде, подготавливающий его к физической нагрузке с помощью активации метаболизма. Благодаря такому уникальному механизму действия препарат обладает антиангинальным свойством, увеличивает переносимость физической нагрузки, улучшает перфузию миокарда в покое и во время физических упражнений. Назначают его в дозе 20 мг дважды в день.

Другие препараты для лечения ИБС, стенокардии

Недавно разрешен к применению в России препарат ивабрадин (коммерческое название кораксан). Механизм его действия — селективная блокада так называемых I каналов ионного тока, обеспечивающих работу водителя ритма первичного порядка — синусового узла и синоатриального проведения. Говоря упрощенно, он замедляет частоту сердечных сокращений. Этот эффект снижает потребность миокарда в кислороде. Так обеспечивается антиангинальное действие препарата. Однако при изучении переносимости препарата было установлено, что ивабрадин может воздействовать и на аналогичные структуры сетчатки, что вызывает нарушения зрения примерно у 2% больных. Можно также было ожидать других последствий действия препарата — изменений АД или нарушений проводимости других отделов сердца, но таких побочных эффектов не было обнаружено. Применение ивабрадина показано тем больным, кто не может получать β -адреноблокаторы. Рекомендованные дозы ивабрадина — 5 или 7,5 мг дважды в день.

Другой препарат, давно известный в России и пользующийся популярностью у больных, это триметазидин. Он относится к группе метаболических антиангинальных средств. Еще один представитель этого класса — ранолазин — разрешен к применению в США, но не известен в России. Оба препарата влияют на окисление жирных кислот, уменьшая таким образом ишемию. Триметазидин изучен уже в течение многих лет, а ранолазин продолжает быть объектом активного изучения. Это позволило недавно установить, что важным аспектом его действия является ингибция тока натрия в клетках миокарда, что, в свою очередь, предотвращает перегрузку кальцием. Возможно, дальнейшее изучение ранолазина откроет дополнительные его преимущества. Рекомендованные для приема дозы ранолазина составляют 500–

1500 мг, триметазида — 35 мг дважды в день.

Таким образом, комплекс препаратов для антиангинальной терапии включает: 1) короткодействующие нитраты для купирования приступа и его предупреждения в ситуации, провоцирующей болевой синдром; 2) селективные β -адреноблокаторы, дозу которых медленно доводят до целевой; 3) в случае непереносимости β -адреноблокаторов назначают монотерапию блокаторами кальциевых каналов (уровень доказательности А) либо к нитратам длительного действия (уровень доказательности С); 4) при недостаточной эффективности монотерапии β -адреноблокаторами добавление антагонистов кальция (уровень доказательности В).

Если больной не переносит β -адреноблокаторы, то класс рекомендаций II говорит о возможности назначения ивабрадина; в рекомендациях упоминаются также и метаболические препараты как добавочные к основному комплексу лекарственных средств.

14. Хирургическое лечение стенокардии

Хирургическое лечение стенокардии включает два вида реваскуляризации: коронарное шунтирование (КШ) и чрескожную коронароангиопластику (транслюминальную коронароангиопластику — ТКА).

Коронароангиопластика — это, фактически, удаление атеромы и восстановление тока крови по пораженной артерии. Наиболее известна и распространена баллонная ангиопластика (БАП), которую можно сочетать с другими воздействиями на атеросклеротически измененную коронарную артерию: установкой металлического каркаса — эндопротеза (стента), выжиганием бляшки лазером, разрушением бляшки быстро вращающимся буром и срезанием бляшки специальным атеротомическим катетером. Стент — трубчатый каркас достаточно небольшого диаметра, эндопротез, раскрывающийся внутри сосуда и поддерживающий изнутри сосудистую стенку, не давая ей спадаться и обеспечивая полноценный кровоток. Чаще стент выполняется из нержавеющей стали, тантала, нитинола. Используются также стенты, покрытые препаратами с антипролиферативной активностью.

Согласно европейским рекомендациям, показания к ТКА определяются прогнозом, анатомическим строением коронарных артерий, распространенностью поражения, уточняются во время коронарографии и доходчиво и подробно разъясняются пациентам. Согласно российским рекомендациям, показаниями к ангиопластике являются стенокардия I–IV ФК при поражении одной и более артерий, когда неинвазивные тесты указывают на неблагоприятный прогноз, а стеноз доступен для вмешательства. Давность окклюзии

должна составлять не более 3 мес. Кроме этих плановых вмешательств, имплантацию стента успешно применяют при остром инфаркте миокарда.

Отдаленные осложнения ТКА — рестеноз и подострый тромбоз стента. Наибольшая вероятность тромбоза возникает в период от 1 до 3 месяцев после процедуры, поэтому для его профилактики в течение 9–12 месяцев всем пациентам рекомендуют принимать клопидогрель. Рестеноз предупреждают с помощью цитостатических препаратов, которые наносят на внутреннюю поверхность стента. Сейчас для этой цели используются три препарата: паклитаксел, сиролимус и эверолимус.

С 1999 по 2004 г. в 50 американских и канадских центрах наблюдалось около 2000 пациентов со стабильной стенокардией. Это исследование было названо COURAGE («клинические результаты использования ангиопластики и агрессивной медикаментозной терапии») и проводилось для определения, действительно ли ТКА необходима при стабильном течении заболевания. Одна группа больных подверглась процедуре ТКА, другая получала интенсивную медикаментозную терапию. По окончании наблюдения количество смертей в группах было практически одинаково. Не наблюдалось статистически достоверных различий ни по количеству ИМ, инсультов, ни в госпитализации по поводу ОКС. Таким образом, коронароангиопластика обладает таким же действием на выживаемость стабильных больных ИБС, как и правильно подобранное лекарственное лечение [11].

Операция коронарного шунтирования по сравнению с ТКА более эффективна в предупреждении смертельных исходов и в улучшении качества жизни больного. Показания к шунтированию: стеноз ствола левой коронарной артерии, поражение трех артерий, низкая фракция выброса — показание для улучшения прогноза, стенокардия III–IV ФК при множественном поражении артерий, низкая толерантность к нагрузке по данным нагрузочных тестов (антиангинальное действие). Преимущества в улучшении прогноза, повышении выживаемости выявлены именно у пациентов групп высокого риска. Несмотря на выраженное симптоматическое улучшение, наступающее после операции, и улучшение прогноза, основной проблемой остается смертность во время операции, а также послеоперационные когнитивные расстройства, послеоперационная депрессия, связанные с длительным искусственным кровообращением во время процедуры шунтирования, венозные тромбоэмболии. Через 5 лет после операции венозный протез подвергается атероматозу более чем в половине случаев. Атеросклероз сосуда, использованного для шунтирования, остается пока еще нерешенной проблемой, хотя лучшие

результаты достигаются в случае использования внутренней грудной артерии. Учитывая все сказанное, следует предоставлять пациентам достоверную правдивую информацию о возможных последствиях, особенно в тех случаях, когда показания к операции преследуют цель симптоматического улучшения.

Сравнительная оценка результатов КШ и ТКА говорит о том, что в группе пациентов с плохим прогнозом и высоким риском развития смертельных исходов шунтирование будет безусловно более выигрышной и эффективной процедурой. У остальных пациентов и та, и другая процедуры прогностически одинаково эффективны. Но, высокую смертность во время операции КШ и риск осложнений, о которых говорилось выше, следует сопоставить с необходимостью повторной реваскуляризации, возникающей после стентирования чаще, чем после КШ. Решение следует принимать индивидуально, совместно с пациентом, с учетом всех клинических и ангиографических характеристик.

15. Лечение рефрактерной стенокардии

Термин «рефрактерная стенокардия» используют для характеристики состояния пациентов, у которых несмотря на оптимальную терапию сохраняются ангинозные приступы, наличие ишемии подтверждено с помощью объективных исследований, но реваскуляризации по каким-то причинам эти больные не подлежат. Эти больные имеют крайне низкое качество жизни, так как они постоянно живут в предчувствии болевого приступа, боятся этих приступов, и ограничивают свою активность, стремясь предотвратить боль. Часто больного госпитализируют из-за невозможности добиться компенсации или улучшения в амбулаторных условиях. Чаще это мужчины молодого возраста с длительностью заболевания не менее 10 лет, нередко уже перенесшие ИМ, у них повышено содержание фибриногена в крови, свидетельствующее о постоянном активном воспалении [12]. Когда у пациента с ИБС, несмотря на назначенную терапию, продолжаются приступы стенокардии, следует, в первую очередь, проверить, соблюдает ли он полученные ранее рекомендации: прекращение курения, правильное питание, физические тренировки. Еще раз нужно проверить параметры факторов риска ССЗ, содержание глюкозы в крови, АД, липидный профиль, состояние почек. Если пациент выполняет все советы врача, правильно принимает лекарственные препараты, необходимо убедиться в правильном режиме и дозировке препаратов: есть ли безнитратный промежуток; если назначены нитраты; достигнута ли блокада β -адреноблокаторов, судя по частоте сердечных сокращений; достаточна ли доза гипотензивных препаратов и достигнуто ли целевое АД. Некото-

рые гипотензивные препараты и блокаторы кальциевых каналов могут рефлекторно вызывать тахикардию, приводящую к усилению ишемии и ангинозным болям. Нарушения сердечного ритма также могут провоцировать приступы стенокардии, поэтому следует убедиться, что у пациента нормосистолия и нет никаких новых нарушений ритма и проводимости. Наконец, если больной страдает сердечной недостаточностью, ее прогрессирование тоже может быть причиной незатихающих ангинозных болей.

Если же причин для сохранения ангинозного статуса нет и все рекомендации даны грамотно, выполняются пациентом ответственно, необходимо последовательно дополнить объем мероприятий следующими мерами. К комплексу уже назначенных препаратов можно добавить средства с метаболическим эффектом — например, триметазидин. Можно использовать упоминавшиеся выше ивабрадин, никорандил.

Существует ряд неинвазивных манипуляций, направленных на ликвидацию ангинозных приступов. Это, в первую очередь, усиленная наружная контрпульсация. Процедуру проводят путем наложения трех пневматических манжеток на голени, нижней и верхней части бедер. Используя цикл ЭКГ, выполняющий процедуру последовательно надувает манжетки в начале диастолы и выпускает из них воздух во время систолы. Курс состоит из 35 процедур, каждая длительностью 1 час, в течение 7 недель. Механизм действия, с помощью которого достигается антиангинальный эффект, до конца не ясен. Считают, что он включает как гемодинамический фактор, так и компонент плацебо-эффекта. Эффективность такого способа лечения изучалась в рандомизированных клинических исследованиях, где роль плацебо выполняли манжеты без соответствующего раздувания [13].

Другой вид терапии устойчивой стенокардии — нейроэлектростимуляция, идея которой восходит к концепции иглоукалывания. Чрескожная стимуляция предполагает наложение специального электрода в область дерматома, отвечающего за болевой приступ, а другой электрод размещают в зоне противоположного дерматома. Во время процедуры больной испытывает жжение на коже, болезненность. Проведенные небольшие исследования показали, что после 5 недель лечения, когда процедура выполняется трижды в день по часу, болевой синдром значительно облегчается. Кроме чрескожной, используется инвазивная электростимуляция с размещением электрода в спинномозговом пространстве в области грудного отдела. Автоматический генератор импульсов имплантируют под кожу живота слева. Больной может вручную активировать прибор, если возникает боль, но в течение дня генератор сам проводит три часовых сеанса нейростимуляции.

Процедура трансмиокардиальной ревазуляризации, проводимая с помощью лазера, и операция генетической коррекции ишемии путем переноса фактора роста сосудов в миокард и стимуляции ангиогенеза, остаются пока в стадии эксперимента.

16. Основные принципы амбулаторного наблюдения больных ИБС

Регулярное амбулаторное наблюдение за больными ИБС подразумевает более частый график посещений во время подбора терапии, при необходимости стабилизации состояния, после госпитализации, после хирургической ревазуляризации. После стабилизации состояния и подбора терапии количество визитов при отсутствии жалоб может быть сокращено до 1 в год. Основная цель наблюдения — предупредить смерть, ИМ или острый коронарный синдром, развитие инсульта, тромбозов и СН. Основной принцип — мотивация к выполнению рекомендаций по немедикаментозному и фармакологическому лечению на основе обучения пациентов и семьи, активный образ жизни. Всем пациентам с ИБС необходим прием антитромботических, липид-модифицирующих препаратов, по показаниям — β -адреноблокаторов и ингибиторов АПФ. Антиангинальное лечение подбирается индивидуально. В составе мероприятий необходимо предусмотреть психологическую оценку состояния, выявление симптомов депрессии и тревоги.

Необходимо выделить группу высокого риска — больные, перенесшие ИМ, имеющие нарушения ритма, частые приступы стенокардии или ее рефрактерную форму, осложнение в виде СН, сопутствующий сахарный диабет, перенесенный инсульт. Частота их визитов к врачу составляет в начале наблюдения не реже 1 раза в месяц, а после стабилизации состояния 1 раз в 3–6 мес. При отсутствии жалоб можно приглашать больного 1–2 раза в год.

Данные, которые следует обязательно контролировать, это АД, ИМТ, ЭхоКГ ежегодно с оценкой систолической и диастолической функции левого желудочка; проба с нагрузкой ежегодно для определения толерантности, переносимости, времени появления депрессии или изменения сегмента ST. Если есть указания на нарушения сердечного ритма, желателен суточное мониторирование ЭКГ. У всех больных регулярно проверяют липидный профиль (ежегодно), а также содержание трансаминаз, КФК, если они принимают статины; калий и креатинин, если назначены ингибиторы АПФ или блокаторы рецепторов к ангиотензину; наконец, содержание глюкозы в крови, независимо от наличия сахарного диабета всем больным ИБС. Исследовать сосуды глазного дна для выявления или оценки прогрессирования ретинопатии можно по необходимости у больных с АГ и сахарным диабетом.

Следует также с осторожностью относиться к назначению других лекарственных средств, показанных при сопутствующих заболеваниях. Так, в последние годы установлено, что прием нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП) значительно повышает риск осложнений у больных ССЗ. В большей степени это касается селективных ингибиторов циклооксигеназы-2 (ЦОГ-2), но и остальные также рекомендуются с осторожностью, на короткое время. Американская кардиологическая ассоциация вообще не рекомендует назначать пациентам с ИБС или высоким риском ИБС ингибиторы ЦОГ-2 или традиционные НПВП для уменьшения хронического болевого синдрома. Как считают эксперты Американской кардиологической ассоциации, купирование хронического болевого синдрома у кардиологических больных необходимо начинать с немедикаментозных вмешательств (физиотерапия, физические упражнения, снижение массы тела для уменьшения нагрузки на суставы и т. д.). Лишь при неэффективности этих мер, можно осторожно назначать НПВП, с постепенным повышением доз. Препаратами первого ряда теперь считаются ацетаминофен, АСК и даже короткодействующие наркотические анальгетики. Препараты второго ряда — ингибиторы ЦОГ-2 с минимальной селективностью. Замыкают список высокоселективные ингибиторы ЦОГ-2, которые назначают лишь при крайней необходимости. Подобные меры предосторожности связаны с тем, что препараты, избирательно ингибирующие циклооксигеназу, способны повышать риск развития ИМ. Это происходит вследствие нарушения баланса между тромбоксаном и простагландином, что усиливает тромбоз.

17. Ведение больных после ревазуляризации миокарда

Основная цель ведения больных после процедуры ревазуляризации — раннее возвращение к активному образу жизни. Для этого необходимо обучать больных, мотивировать их к постоянному приему лекарственных средств (статины, β -адреноблокаторы, ингибиторы АПФ; при необходимости антитромботические препараты — клопидогрель и АСК после стентирования, или АСК после шунтирования).

Что контролировать при регулярном наблюдении? Наличие болей, функциональную активность, АД, индекс массы тела и массу тела — первое на предмет ожирения, второй показатель важен для ранней диагностики отеков при сердечной недостаточности. Ежегодно выполняют ЭхоКГ, оценивают липидный профиль, МНО при приеме антикоагулянтов; СРБ, трансаминазы, КФК. Очень важно грамотно оценить толерантность к физической нагрузке с помощью проб — ЭКГ с физической нагрузкой, ЭхоКГ с физической

нагрузкой. Следует очень внимательно, особенно в ранние сроки после манипуляции, относиться к признакам сердечной недостаточности, так как она может быть связана с нарастанием рестеноза, неудовлетворительным результатом операции или состоянием миокарда — гибернирующий или станнирующий миокард. Если после эхокардиографии остаются сомнения в причинах неудовлетворительного состояния пациента, следует рекомендовать позитронно-эмиссионную томографию, которая позволяет с большей степенью надежности выявить зоны ишемии или некроза.

Диетические рекомендации пациентам — есть как можно больше овощей, фруктов, пищевых волокон в виде клетчатки и оболочек зерна, кожуры фруктов и овощей; нежирное мясо и рыбу, причем рыбу — не менее 4 раз в день; молочные постные продукты. При хорошей переносимости нагрузки можно рекомендовать аэробные тренировки на уровне 60–75% возрастного пульса (максимальный возрастной пульс определяют по формуле: 220 минус возраст). При неудовлетворительной толерантности тренировки тоже необходимы, но их назначают по специальной программе, как для больных с СН. Не возбраняется возвращение к труду, при условии, что это не тяжелый физический труд. В противном случае возможно трудоустройство через специальную комиссию МСЭК.

Пациентов часто интересует сексуальный аспект реабилитации. Ограничение сексуальной активности приводит к невротизации и усугублению болезни. Слишком активная сексуальная жизнь может привести к возникновению ангинозного приступа. Поэтому врач должен объяснить, что сексуальная активность не запрещена, но ее необходимо разумно дозировать. Этот вопрос может дать дополнительную мотивацию к физическим тренировкам, поскольку они повышают переносимость не только атлетических нагрузок. Если от-

мечено снижение эректильной функции, что вполне объяснимо — побочные эффекты препаратов, страх осложнений и развития приступа — можно назначить силденафил. Информировать больных, что одновременный прием препаратов, усиливающих эрекцию, и нитропрепаратов может привести к коллапсу и потере сознания.

18. Заключение

1. Эпидемиологическая ситуация в России, рост числа больных, страдающих ИБС, требуют от врача общей практики соблюдения современных рекомендаций по диагностике стенокардии и наблюдению таких больных.

2. Ведущую роль в установлении диагноза играют инструментальные методы обследования.

3. Немедикаментозные методы лечения (диета, физические тренировки, отказ от курения) обеспечивают высокую эффективность всего комплекса терапевтических мероприятий.

4. Стратегический подход к лечению больных стабильной стенокардией — назначение антитромботических, липидмодифицирующих препаратов, ингибиторов АПФ и β-адреноблокаторов. Tактический подход — антиангинальная терапия.

5. Своевременное направление на хирургическое лечение клинически и экономически оправдано у больных высокого риска.

6. Грамотная медикаментозная терапия не уступает по влиянию на выживаемость оперативному лечению больных со стабильным течением болезни.

7. Ведение больных после перенесенного ИМ, операций реваскуляризации включает регулярное наблюдение, реабилитацию с использованием физических тренировок, диетических мер, психологического воздействия, лекарственной терапии.

Литература

1. *Castelli W. P. et al.* Incidence of coronary heart disease and lipoprotein cholesterol levels: the Framingham study // *JAMA*. — 1986. — № 256. — P. 2835–2838.
2. *Российские* рекомендации по диагностике и лечению стабильной стенокардии (Разработаны Комитетом экспертов Всероссийского научного общества кардиологов) // *Сердце*. — Т. 5. — № 2. — С. 86–99.
3. *Braunwald E.* Stunning of the myocardium: an update // *Cardiovasc Drugs Ther.* — 1991. — Vol. 5. — № 5. — P. 849–851.
4. *Амроценко Е. С.* Новые ишемические синдромы — новая цель для кардиолога // *Сердце*. — 2005. — Т. 5. — № 2. — С. 73–78.
5. *Chaix B., Isacsson S. O., Råstam L., Lindström M., Merlo J.* Income change at retirement, neighbourhood-based social support, and ischemic heart disease: Results from the prospective cohort study «Men born in 1914» // *Social Science & Medicine*. — 2007. Vol. 64. — Issue 4. — P. 818–829.
6. *Ranjit N. et al.* Psychosocial Factors and Inflammation in the Multi-Ethnic Study of Atherosclerosis // *Arch Intern Med*. — 2007. — Vol. 167. — P. 174–181.
7. *Fox K. et al.* Guidelines on the management of the stable angina pectoris: full text. Task force on the management of stable angina pectoris of European society of cardiology // *European heart journal*. — 2006. — 27. — P. 1341–1381.

8. Фролова Е. В. Обучение пациента — современная технология амбулаторной медицины. — СПб.: СПбМАПО. — 2005. — 140 с.
9. Диагностика и коррекция нарушений липидного обмена с целью профилактики и лечения атеросклероза. Российские рекомендации. Разработаны Комитетом экспертов Всероссийского научного общества кардиологов. Секция атеросклероза ВНОК Москва // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. — 2004. — № 2. — Приложение. — С. 32–44.
10. Smith S. C. et al. AHA/ACC Scientific Statement: AHA/ACC guidelines for preventing heart attack and death in patients with atherosclerotic cardiovascular disease: a statement for healthcare professionals from the American Heart Association and the American College of Cardiology. 2006 update // Circulation. — 2006. — Vol. 113. — P. 2363–2372.
11. Boden W. E. Optimal Medical Therapy with or without PCI for Stable Coronary Disease // NEJM. — 2007. — Vol. 356. — № 15. — P. 1503–1516.
12. DeJongste M., Tio R., Foreman R. Chronic therapeutically refractory angina pectoris // Heart. — 2004. — Vol. 90. — P. 225–230.
13. Yang E. et al. Current and Future Treatment Strategies for Refractory Angina // Mayo Clin Proc. — 2004. — Vol. 79. — P. 1284–1292.

Задания для самопроверки

1. *Какая информация в отношении факторов риска ИБС и их коррекции правильна?*
 - А. Высокое АД повышает риск инсульта, но не инфаркта миокарда
 - Б. Прекращение курения улучшает прогноз течения ССЗ только при стаже курения менее 10 лет
 - В. Изменять характер питания необходимо для вторичной профилактики ССЗ
 - Г. Для первичной, вторичной и третичной профилактики ССЗ и неблагоприятных исходов физическую нагрузку подбирают в разных режимах
 - Д. Для первичной профилактики ССЗ необходим контроль содержания холестерина в крови у всего населения.
2. *Какое утверждение в отношении развития атеросклеротического процесса Вы считаете правильным?*
 - А. Процесс развития атеросклеротической бляшки протекает в течение нескольких недель или месяцев.
 - Б. Для формирования атеромы необходимо вначале сужение просвета артерии вследствие спазма
 - В. Атеросклеротическая бляшка формируется с участием макрофагов
 - Г. Макрофаги участвуют только в процессе разрыва атеромы
 - Д. Жировые полоски возникают только в сосудах лиц старше 30 лет
3. *Атеросклероз как системный процесс*
 1. Может поражать любые сосуды независимо от величины просвета.
 2. Может быть выявлен только с помощью липидограммы.
 3. Является проявлением системного воспалительного процесса.
 4. Приводит чаще к развитию ИБС, чем инсульта или болезни периферических артерий.
 - А. 1, 2 3
 - Б. 2, 3, 4
 - В. 1, 3
 - Г. 1, 2, 4
 - Д. 1, 2, 3, 4
4. *Выберите правильное утверждение, касающееся стабильной стенокардии*
 - А. Стенокардия развивается после физической нагрузки, если ее интенсивность превышает порог толерантности пациента.
 - Б. Лихорадка и повышение температуры тела не могут вызвать у пациента с ИБС ангинозный приступ, если он соблюдает постельный режим.
 - В. Стабильная стенокардия является результатом нарушения баланса между потребностью в кислороде и его доставкой.

- Г. Стабильная стенокардия возникает в результате нарушения целостности атеросклеротической бляшки.
- Д. Стабильная стенокардия возникает если левая коронарная артерия вовлечена в патологический процесс.
5. *Что означает термин «гибернация миокарда»?*
- А. Подготовка сердца к трансплантации с помощью частичного замораживания.
- Б. Подготовка миокарда к аортокоронарному шунтированию с помощью аппарата искусственного кровообращения.
- В. Ишемия миокарда в результате резкого снижения кровотока и неспособность обеспечить сократимость.
- Г. Состояние восстановления миокарда после тромболитической терапии.
- Д. Современное название процесса развития нестабильной стенокардии.
6. *Диагноз «стабильная стенокардия» может быть установлен, только если*
1. у больного есть типичная ангинозная боль;
 2. тест с физической нагрузкой положителен;
 3. есть изменения на ЭКГ, зарегистрированной в покое;
 4. у больного есть факторы риска ССЗ
- А. 1, 2
- Б. 1, 3
- В. 1, 4
- Г. 1, 3, 4
- Д. 2, 3, 4
7. *Выберите правильное утверждение в отношении обследования больного с подозрением на стабильную стенокардию.*
- А. Если выполнить пробы с физической нагрузкой невозможно по каким-либо причинам, их можно заменить пробами с фармакологической нагрузкой
- Б. Наиболее важным тестом для постановки диагноза является липидограмма
- В. ЭКГ в покое не нужна, так как стенокардия не приводит к ее изменениям.
- Г. Если больной отказывается от пробы с нагрузкой, ее можно заменить эхокардиографией.
- Д. Если выполнить пробы с физической нагрузкой невозможно, их можно заменить суточным мониторингом ЭКГ.
8. *Выберите правильное утверждение в отношении коронароангиографии*
- А. Коронароангиография — золотой стандарт инвазивной диагностики стеноза коронарных артерий.
- Б. Коронароангиография более дешевый метод для здравоохранения, чем пробы с фармакологической нагрузкой.
- В. Коронароангиография не может считаться золотым стандартом, так как имеет низкую специфичность.
- Г. Коронароангиография не может считаться золотым стандартом, так как она очень опасна.
- Д. Коронароангиография не может считаться золотым стандартом, так как она имеет низкую чувствительность.
9. *Стресс-эхокардиография*
- А. Это регистрация эхокардиограммы у больного в состоянии психоэмоционального стресса.
- Б. Это регистрация нарушений локальной сократимости миокарда левого желудочка с помощью эхокардиографии при нагрузке.
- В. Опасное исследование, так как может вызвать внезапную смерть более чем в 2% случаев.
- Г. Показана только при подозрении на сердечную недостаточность.
- Д. Показана только если больной перенес инфаркт миокарда.

**ОПЫТ ОРГАНИЗАЦИИ И ПРОВЕДЕНИЯ ДОПОЛНИТЕЛЬНОЙ
ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ СОТРУДНИКОВ ГОУ ДПО СПбМАПО РОСЗДРАВА****О. Ю. Кузнецова, Ж. В. Плешанова, Т. А. Дубикайтис**ГОУ ДПО Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования Росздрава,
Россия**EXPERIENCE OF ORGANIZATION AND REALIZATION OF ADDITIONAL CLINICAL
EXAMINATION THE STAFF OF MAPS****O. Yu. Kuznetsova, J. V. Pleshanova, T. A. Dubikaytis**

St-Petersburg Medical Academy of Postgraduate Studies, Russia

© Коллектив авторов, 2008

В рамках реализации Национального приоритетного проекта в сфере здравоохранения дополнительная диспансеризация сотрудников бюджетной сферы, в основном, осуществлялось амбулаторно-поликлиническими учреждениями, работающими в системе обязательного медицинского страхования, так как для финансирования этого мероприятия были выделены средства обязательного медицинского страхования (ОМС). В связи с этим многие НИИ и медицинские вузы были лишены возможности проведения диспансеризации сотрудников своими силами даже при наличии всех специалистов, обозначенных в приказе Министерства здравоохранения и социального развития № 47.

Иная ситуация сложилась в СПбМАПО, где в течение 10 лет функционирует Центр семейной медицины. Под наблюдением врачей Центра находится 6000 пациентов, которые получают амбулаторную помощь в рамках ОМС. Опыт профилактической работы, владение методологией учета и выставления счетов по принципу оплаты за посещение пациента с использованием стандартных компьютерных программ во многом способствовали проведению диспансеризации и оформлению необходимых документов без каких-либо серьезных сбоев. Все мероприятия, связанные с диспансеризацией, необходимо было провести в очень короткие сроки, практически в течение 2,5 месяцев, так как решение о передаче полномочий Академии по их проведению было принято Городским комитетом по здравоохранению только в сентябре 2006 года. Учитывая, что приказ Министерства здравоохранения и социального обеспечения был подписан в январе, все городские амбулаторные учреждения приступили к этой работе еще до летнего периода времени.

Несмотря на дополнительное финансирование, средств, выделенных на диспансеризацию, оста-

валось явно недостаточно. По нашим расчетам, при оплате всех исследований, даже исходя из расценок амбулаторных учреждений, работающих в системе ОМС, оплата труда врача-специалиста по проведению осмотра одного пациента не могла превысить 40 руб. (за вычетом налогов и начислений на зарплату). В связи с этим руководство СПбМАПО приняло решение финансировать необходимые расходные материалы для проведения лабораторных исследований из бюджета Академии.

Работа по проведению диспансеризации была начата с формирования базы данных, в которую были включены сотрудники Академии в возрасте от 35 до 55 лет. Эта возрастная группа составила 1050 из 2000 лиц, постоянно работающих в СПбМАПО. Учитывая, что подразделения Академии базируются, помимо основных зданий в центре города, в двух учебно-клинических комплексах, расположенных в других районах города, а большинство кафедр имеют клинические базы в 100 лечебных учреждениях в различных районах города, было необходимо организовать такую систему проведения диспансеризации, которая обеспечила бы минимальные временные затраты сотрудников.

Для повышения доступности диспансеризации было организовано и оснащено 4 центра и сформированы 4 команды специалистов. Порядок подготовки к проведению диспансеризации, все организационные мероприятия, а также состав врачей-специалистов и руководителей центров были определены в специальном приказе ректора СПбМАПО. Один из центров был организован на основной базе в главном здании Академии, находящемся в центре города. Два центра были организованы в Выборгском районе города на базе НИИ микологии им. П. Н. Кашкина и в Центре семейной

медицины. Оба подразделения имели необходимое оснащение для комплексного обследования пациентов, включая лучевую диагностику. Еще один центр был размещен на территории учебно-клинического комплекса № 1, расположенного в Красногвардейском районе Санкт-Петербурга, где несколько лет назад было открыто хорошо оснащенное современное поликлиническое отделение, что позволило осуществлять осмотр сотрудников с привлечением врачей-специалистов, работающих в данном подразделении. Большое значение для четкой организации диспансеризации имело информационное обеспечение на всех уровнях. В связи с этим сообщением об участии Академии в проведении дополнительной диспансеризации в рамках Национального приоритетного проекта «Здоровье» было включено в повестку заседания Ученого совета Академии. Была представлена информация о законодательной базе для проведения этого мероприятия, принципы его финансирования, изложена схема проведения осмотров

сотрудников. Заведующие кафедрами были оповещены о месте и времени проведения обследования, были названы все руководители, ответственные за проведение обследования. Кроме того, было проведено несколько организационных совещаний с непосредственными исполнителями этого мероприятия.

Несмотря на проведенную организационную работу, обеспечить достаточный отклик было очень сложно, так как далеко не все сотрудники были мотивированы к участию в диспансеризации. Сказывались частые командировки, занятость в учебном процессе и клинической работе. Многие из наших коллег постоянно наблюдались у определенных специалистов и не хотели пользоваться услугами других врачей. Нельзя исключить опасения проходить диспансеризацию по месту работы, что, по мнению некоторых сотрудников, может способствовать утрате конфиденциальности. Однако для получения более точной информации о причинах, ограничивающих участие

Таблица 1

Распределение лиц, прошедших диспансеризацию по группам заболеваний в зависимости от возраста и пола

Возраст (годы)	35–44				45–55			
	женщины		мужчины		женщины		мужчины	
Пол	n	%	n	%	n	%	n	%
Заболевания	n	%	n	%	n	%	n	%
Не выявлено	45	18	38	45,2	34	9,2	24	22,4
Некоторые инфекционные заболевания	0	0	1	1,2	1	0,3	0	0
Злокачественные новообразования	0	0	0	0	1	0,3	0	0
Доброкачественные новообразования	4	1,6	1	1,2	4	1,1	1	0,9
Болезни крови и кроветворных органов	7	2,8	2	2,4	6	1,6	3	2,8
Эндокринные нарушения	18	7,2	1	1,2	29	7,9	11	10,3
Болезни нервной системы	4	1,6	1	1,2	10	2,7	4	3,7
Болезни глаза	18	7,2	12	14,3	14	3,8	15	14,0
ЛОР заболевания	0	0	0	0	1	0,3	0	0
Болезни системы кровообращения	40	16	10	11,9	120	32,5	23	21,5
Болезни органов дыхания	7	2,8	1	1,2	6	1,6	2	1,9
Болезни органов пищеварения	23	9,2	3	3,6	52	14,1	9	8,4
Болезни кожи и подкожной клетчатки	0	0	1	1,2	1	0,3	0	0
Болезни костно-мышечной и соединительной ткани	27	10,8	5	6,0	35	9,5	5	4,7
Болезни мочеполовой системы	51	20,4	7	8,3	55	14,9	9	8,4
Врожденные аномалии системы кровообращения	0	0	0	0	0	0	1	0,9
Отклонения, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях	2	0,8	1	1,2	0	0	0	0
Травмы	1	0,4	0	0	0	0	0	0
Социальные и прочие факторы обращения за медицинской помощью	3	1,2	0	0	0	0	0	0
Число обследованных	250	100	84	100	369	100	107	100

в диспансеризации, можно получить только после проведения специального исследования, основанного на анонимном анкетировании. Всего удалось привлечь к прохождению диспансеризации 815 человек из 1050, что составило почти 80%.

Введение данных обследования и обработка результатов проводились сотрудниками Центра семейной медицины. К сожалению, программа, предоставленная территориальным фондом ОМС в соответствии с требованиями Министерства здравоохранения и социального развития, была ориентирована, в основном, на получение показателей о заболеваемости. О распространенности факторов риска развития ведущих сердечно-сосудистых и онкологических заболеваний можно было судить в целом по числу лиц, отнесенных ко второй группе здоровья. К сожалению, программа не предусматривала отдельного учета уровня холестерина, АД, ИМТ, наличия поведенческих

факторов риска. Вероятно, подразумевалось, что эти данные будут отмечены в амбулаторных картах, но при отсутствии формализации этих сведений их достаточно сложно извлечь из записей врачей, участвовавших в проведении диспансеризации. В связи с этим статистический анализ, который позволил бы сделать какие-либо выводы о преобладании тех или иных факторов риска у обследованных сотрудников, еще впереди.

Для анализа представленных результатов использовали программу SPSS 13, данные представлены в виде частотных таблиц.

Результаты диспансеризации. Всего обследовано 815 человек, из них женщин было 619, мужчин — 191. В табл. 1 приведены данные о выявленных заболеваниях, сгруппированные в соответствии с требованиями предоставленной программы, в зависимости от пола и возраста. Учитывая особенности программы, сведения

Таблица 2

Распространенность выявленных заболеваний в зависимости от пола и возраста

Возраст (годы)	35–44				45–55			
	женщины		мужчины		женщины		мужчины	
Пол	n	%	n	%	n	%	n	%
Заболевания	n	%	n	%	n	%	n	%
Некоторые инфекционные заболевания	4	1,6	3	3,6	6	1,6	1	0,9
Злокачественные новообразования	1	0,4	0	0,0	2	0,5	0	0,0
Доброкачественные новообразования	8	3,2	1	1,2	25	6,8	1	0,9
Болезни крови и кроветворных органов	9	3,6	2	2,4	8	2,2	3	2,8
Эндокринные нарушения	67	26,8	3	3,6	131	35,5	23	21,5
Болезни нервной системы	17	6,8	2	2,4	44	11,9	5	4,7
Болезни глаза	114	45,6	32	38,1	228	61,8	62	57,9
ЛОР заболевания	0	0	0	0,0	1	0,3	0	0,0
Болезни системы кровообращения	59	23,6	14	16,7	165	44,7	33	30,8
Болезни органов дыхания	7	2,8	2	2,4	10	2,7	3	2,8
Болезни органов пищеварения	40	16	5	6,0	80	21,7	20	18,7
Болезни кожи и подкожной клетчатки	1	0,4	1	1,2	1	0,3	1	0,9
Болезни костно-мышечной и соединительной ткани	59	23,6	9	10,7	125	33,9	15	14,0
Болезни мочеполовой системы	87	34,8	12	14,3	138	37,4	26	24,3
Врожденные аномалии системы кровообращения	0	0	0	0,0	0	0,0	2	1,9
Отклонения, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях	4	1,6	2	2,4	5	1,4	2	1,9
Травмы	1	0,4	0	0,0	2	0,5	0	0,0
Социальные и прочие факторы обращения за медицинской помощью	4	1,6	0	0,0	2	0,5	0	0,0
Число обследованных лиц	250		84		369		107	

Примечание. Количество выявленных заболеваний в группе может превышать ее численность, так как у одного обследованного могли обнаружить несколько заболеваний.

Распределение сотрудников, прошедших диспансеризацию, по группам здоровья в зависимости от возраста и пола

Возраст (годы)	35–44				45–55			
	женщины		мужчины		женщины		мужчины	
Распределение по группам здоровья (I–V)	n	%	n	%	n	%	n	%
Практически здоровые	62	24,8	48	57,1	49	13,3	34	31,8
Риск развития заболевания	27	10,8	5	6,0	41	11,1	10	9,3
Нуждаются в дополнительном обследовании в амбулаторных условиях	137	54,8	24	28,6	238	64,5	49	45,8
Нуждаются в дополнительном обследовании в стационаре	24	9,6	7	8,3	40	10,8	14	13,1
Нуждаются в ДВМП	0	0	0	0	1	0,3	0	0
Численность групп	250	100	84	100	369	100	107	100

сгруппированы в две таблицы. В табл. 1 приведены данные об основных заболеваниях, выявленных в процессе осмотра. В табл. 2 сгруппированы все заболевания, которые были обозначены в записях, включая сопутствующие, поэтому количество заболеваний превышает число лиц, участвовавших в диспансеризации.

Как видно из табл. 2, несмотря на молодой возраст обследованных, лидируют заболевания сердечно-сосудистой системы, как показал более детальный анализ, ведущим заболеванием является артериальная гипертензия. Распространенность этой группы заболеваний достаточно велика у молодых женщин в возрасте до 45 лет. Она составляет 16%, а у мужчин того же возраста — 11,9%. С возрастом распространенность этой группы заболеваний нарастает и составляет 32% у женщин и 21,5% у мужчин. На первый взгляд, учитывая данные о более высокой продолжительности жизни у женщин, превышающей среднюю продолжительность жизни у мужчин на 11,5 лет, эти данные могут показаться странными. Однако они полностью соответствуют результатам международных исследований, опубликованных в ряде журналов, в частности в Британском медицинском журнале [1]. По данным M. Vobak с соавторами, у российских женщин количество лет, прожитых без заболеваний, достоверно меньше, чем у женщин Швеции. Это свидетельствует о том, что российские женщины живут дольше в сравнении с мужчинами, но начинают болеть раньше. Невысокий уровень здоровья, раннее развитие артериальной гипертензии и других хронических заболеваний, были выявлены и в исследованиях, выполненных ранее на кафедре семейной медицины в 90-е годы [2].

В табл. 2 представлено общее количество заболеваний, выявленных у обследованных сотрудни-

ков Академии в зависимости от возраста и пола. Как видно из таблицы, в данном случае превалирует патология зрения, что неудивительно, так как в эту группу вошли различные состояния, включая возрастное снижение зрения. Обращает на себя внимание высокая распространенность эндокринных заболеваний и болезней мочеполовой системы, особенно у женщин молодого возраста.

Проведение диспансеризации было направлено не только на констатацию наличия тех или иных заболеваний. Это мероприятие планировалось как своеобразный скрининг, поэтому представляло интерес, какое количество заболеваний будет выявлено впервые.

Как видно из таблицы, впервые было выявлено всего 14 заболеваний у 815 сотрудников Академии. Вероятно, этот показатель будет откорректирован после углубленного обследования, которое предстоит пройти достаточно большому числу лиц. С другой стороны это может свидетельствовать и о других фактах. Среди них доступность медицинской помощи для сотрудников Академии, которая им предоставляется бесплатно в любом из подразделений. Вероятно, также можно косвенно судить о достаточном внимании к своему здоровью, по крайней мере, на стадии появления симптомов заболеваний.

Итоговые данные, полученные в ходе диспансеризации, были оформлены в виде распределения всех обследованных в группы здоровья, которые отображены в табл. 3.

Как видно из таблицы, в группе 1 — практически здоровые, в возрасте от 35 до 44 лет преобладают мужчины. Эта пропорция меняется с возрастом. Настораживают данные, полученные в группе 2 — лица, имеющие факторы риска заболеваний. На наш взгляд, в эту группу должно было войти большее число обследованных лиц. Вероятно, причиной этих результатов стали особенности ис-

пользованной формы учета, которая не включала формализованную оценку наличия факторов риска заболеваний. Велика доля лиц, нуждающихся в дополнительном обследовании в амбулаторных условиях. Это свидетельствует о том, что количество вновь выявленных заболеваний в ходе обследования может резко увеличиться. Число лиц, которым показаны высокотехнологичные методы обследования и лечения невелико, что, скорее всего, можно объяснить молодым возрастом обследованных сотрудников.

Заключение

Анализ результатов диспансеризации сотрудников Академии показал, что, по сравнению с общероссийскими данными, доля лиц, которых можно было отнести к практически здоровым, несколько выше. Так, по данным Министерства здравоохранения и социального развития, к этой группе было отнесено лишь 17,8% граждан. Ве-

роятно, определенное значение имеет как доступность медицинской помощи для сотрудников Академии, так и большее внимание к своему здоровью у людей, которые работают в системе здравоохранения. Однако для подтверждения этого тезиса требуется дополнительное исследование зависимости показателей здоровья от профессиональной принадлежности и уровня образования.

Обращает на себя внимание тот факт, что по общероссийским данным также велико число лиц, подлежащих дальнейшему обследованию в амбулаторных условиях [3]. Об этом свидетельствует высокая доля — 53,6%, от числа обследованных лиц, отнесенных к 3-ей группе здоровья. Это обосновывает необходимость тщательного мониторинга состояния здоровья граждан, включая сотрудников нашей Академии, на уровне учреждений первичной медико-санитарной помощи, куда переданы данные, полученные в ходе дополнительной диспансеризации.

Литература

1. Bobak M., Kristenson M., Pikhart H., Marmot M. Life span and disability; a cross sectional comparison of Russian and Swedish community based data // *BMJ*. — 2004. — Vol. 329. — P. 767.
2. Фролова Е. В. Профилактика сердечно-сосудистых заболеваний в общей врачебной практике: Автореф. Дисс. ... д-ра мед. наук. — СПб, 2003.
3. Хальфин Р. А. Итоги реализации в 2006 году приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения и его особенности в 2007 году // <http://www.mzsrrf.ru> (последний просмотр сайта: 24.06.2007 г.).

Адрес для контакта: oukuznetsova@mail.ru

УДК 355.511.512

**ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ: ВОПРОСОВ БОЛЬШЕ,
ЧЕМ ОТВЕТОВ**

И. В. Юбрина, О. А. Немышева

Государственное учреждение здравоохранения «Городская поликлиника № 54» Калининского района Санкт-Петербурга, Россия

ADDITIONAL CLINICAL EXAMINATION: MORE QUESTIONS THAN ANSWERS

I. V. Yubrina, O. A. Nemysheva

Municipal polyclinic № 54 of Kalininski district of St-Petersburg, Russia

© И. В. Юбрина, О. А. Немышева, 2008

В соответствии с приказом № 47 Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 17 января 2007 года «О проведении дополнительной диспансеризации граждан, работающих в государственных и муниципальных учреждениях сферы образования, здравоохранения, социальной защиты, культур, физической культуры и спорта и в научно-исследовательских учреждениях», в течение двух лет осуществляются задачи, поставленные правительством в рамках национального проекта «Здоровье». На период 2006–2007 гг. одним из мероприятий данного проекта являлась диспансеризация населения, работающего в бюджетной сфере.

В 1925 г. Н. А. Семашко писал: «Профилактика — это путь, которым мы идем, диспансеризация — метод решения профилактических задач».

Практически во всех литературных и нормативных источниках, посвященных общей врачебной практике (семейной медицине) мы встречаемся с информацией о профилактической работе как одной из важных частей деятельности врача данной специальности. Однако сегодня в первичной медицинской помощи утрачена приоритетность профилактической работы. Еще в 1997 г. А. В. Шабров и соавт. отмечали, что в Санкт-Петербурге на выполнение профилактических мероприятий идет не более 10% от всех расходов на медицинскую помощь. Лишь 5% посещений участкового терапевта и 10% — участкового педиатра связаны с профилактическими мероприятиями [1]. В работе К. А. Похис указывается, что, несмотря на наличие очевидных статистических данных и клинических критериев, убеждающих в необходимости профилактики, врачи часто не следуют этим рекомендациям [2]. К сожалению, и в настоящее время мало что изменилось в участковой службе, как во «взрослой», так и в «детской». Одну из причин этому обозначил Ю. М. Губачев: «Возможность и легкость направления или спонтанного обращения пациента к узким специалистам нарушила основной принцип

функционирования первичной медицинской помощи — непрерывность наблюдения; а зависимость от рекомендаций и диагностических суждений, высказанных консультантами, освободила участковых врачей от необходимости иметь самостоятельное понимание патологии, видеть ее связь с общим состоянием человека, его личностными особенностями и обстоятельствами жизни» [3].

Утрата профилактического потенциала также связана с той хорошо известной ситуацией, когда укомплектованность кадрами участковой службы составляла 40–50%, из которых половина участковых врачей терапевтов и педиатров достигла пред- и пенсионного возраста. Таким образом, физически осуществить профилактические мероприятия врачам, обслуживающим 2–3 участка, не представлялось возможным. Ежегодно увеличивающееся количество бумаг, с которыми работает врач участковой службы, занимает у него все больше драгоценного времени, которое он мог бы уделить профилактической работе. Большинство этой макулатуры складывается бесполезно, заполняя пространства офисной мебели. И. Н. Денисов в своем докладе на II съезде врачей общей практики (семейных врачей) в Чебоксарах отмечал: «Несмотря на положительную динамику по внедрению общей врачебной практики в стране (создание Ассоциации ВОП, Федерального Центра, издание МЗ РФ приказов № 350, 229, 402 и др.), подавляющее большинство поликлиник продолжают оказывать первичную медицинскую помощь силами участкового терапевта и многочисленных специалистов амбулаторного звена.

Национальный проект «Здоровье», а именно, диспансерная работа, без сомнения, направлены на оздоровление населения. Но еще И. Гете писал: «Можно признавать полезность идеи, но не суметь воспользоваться ею».

В отчете департамента развития медицинской помощи и курортного дела Министерства здра-

воохранения и социального развития Российской Федерации о дополнительной диспансеризации работающих граждан в бюджетной сфере в 2006 г. сказано:

— у медицинских работников сформировалась мотивация высокой заинтересованности в результатах своего труда при оплате за объемы оказанной медицинской помощи по конечному результату;

— определение потребностей в медицинской помощи;

— мониторинг здоровья работающего населения;

— повышение заработной платы;

— у врачей-специалистов, участвовавших в дополнительной диспансеризации, заработная плата увеличилась в 1,8–2,2 раза, а у отдельных врачей-специалистов (эндокринологи, урологи) достигла 35–40 тыс. руб. в месяц.

Так ли это? Несомненно, одним из мотивирующих факторов к работе врача любой специальности должна быть его заработная плата. Прибавление денежного вознаграждения за дополнительную работу (!) медперсоналу, занятому в участковой службе, в 2006 г. действительно увеличило приток кадров в первичную медицинскую помощь. Однако быстро стало понятно, что ежемесячная прибавка к заработной плате врачам — 10 тысяч рублей и медицинским сестрам — 5 тысяч рублей (за минусом 13% подоходного налога), увеличили нагрузку настолько, что реально выполнить ее качественно невозможно. Определение этому вознаграждению «за дополнительный объем работы», говорит само за себя, и будет оно выплачено в случае выполнения дополнительного соглашения между работодателем и работником. А на случай неполного выполнения или не выполнения дополнительного объема работы приказ № 65 Росздрава от 26 января 2007 г. рекомендует: «В случае неисполнения или ненадлежащего исполнения Работником по его вине возложенных на него настоящим дополнительным соглашением должностных обязанностей, Работодатель вправе применить к Работнику дисциплинарное взыскание в порядке, установленном трудовым законодательством, с решением вопроса о приостановлении выплаты надбавки стимулирующего характера на определенный срок». На сегодняшний день заработная плата, включая вознаграждение за дополнительный объем работы, в размере 18–22 тыс. рублей (в зависимости от коэффициента спецификации) мало отвечает потребностям жителя Санкт-Петербурга среднего уровня. Не удивительно, что в 2007 г. вновь отмечен отток кадров из участковой службы. Вероятно, более правильно было бы говорить, что увеличилась не заработная плата, а оплачиваемый объем дополнительной работы.

Как и во всех поликлиниках Санкт-Петербурга, согласно вышеуказанному приказу о проведении диспансеризации, с 2006 г. отделение врачей общей практики поликлиники № 54 Калининского района участвовало в выполнении этой работы в рамках национального проекта.

Мы попытались проанализировать положительные и отрицательные стороны дополнительной диспансеризации и дать информацию к размышлению, насколько это мероприятие было бы эффективнее при использовании потенциала врача общей практики (семейного врача), обозначенного в уставе Европейского регионального бюро ВОЗ «Общая практика/семейная медицина в Европе».

Итак, в течение 2006 и 2007 гг. участковые терапевты и врачи общей практики проводили диспансеризацию «бюджетников», работающих в сфере образования, здравоохранения, социальной защиты, культуры, физической культуры и спорта и в научно-исследовательских учреждениях (табл. 1). Необходимо отметить, что в 2006 г. возраст диспансеризуемых был 35–55 лет, а в 2007 г. — от 18 до 35 лет и старше 55 лет. Принцип распределения по поликлиникам — территориально-производственный, то есть руководство предприятий, находящихся на территории обслуживания поликлиники, по предварительной договоренности направляет своих сотрудников для диспансерного осмотра.

Таблица 1

Распределение участников диспансеризации по сфере деятельности и по годам, %

Сфера деятельности	2006 г.	2007 г.
Образование	43	52
Здравоохранение	34	31
Социальная	13	10
Наука	3	2
Культура и спорт	7	5

Был проведен опрос работников бюджетной сферы, принявших участие в диспансеризации, об их отношении к проводимому мероприятию (табл. 2).

Таблица 2

Отношение к диспансеризации работников бюджетной сферы по годам, %

Отношение	2006 г.	2007 г.
Положительное	18	12
Отрицательное	22	27
Сомнение в успехе	58	56
Безразличное	2	5

Таблица 4

**Результаты диспансерного обследования
женской половой сферы по годам, %**

Заболевания	2006 г.	2007 г.
Гинекологические, из них выявлено впервые	79 26	77 37
Рак шейки матки	3 женщины из 547	7 женщин из 986
Рак молочной железы	4 женщины из 547	5 женщин из 986

Если данные, полученные в 2006 г., мы связывали с тем, что информированность населения о предстоящем медицинском обследовании была крайне низкой, люди конкретно не знали сути проводимого мероприятия и, печально, что многие работники приходили «под угрозой увольнения с работы», то в 2007 г., к нашему удивлению, показатели оказались близкими к первым, и даже имелась тенденция к снижению положительной оценки и увеличению отрицательной.

Анализ этих данных показал, что работники от 18 до 35 лет в своем большинстве считают себя вполне здоровыми, поэтому проходить диспансеризацию — «зря отрывать их от работы», а те, кому за 55 лет, опасаются, что информация о возможных заболеваниях станет причиной потери работы.

Мы опросили участников диспансеризации, сколько времени они не обращались к врачу, при этом мы суммировали данные за 2006 и 2007 годы.

Период не обращения к врачу:

- до 10 лет к терапевту;
- до 10 лет к хирургу;
- до 7 лет к окулисту;
- до 12 лет к неврологу;
- до 17 лет к гинекологу/урологу;
- от 1 года до «никогда» — к эндокринологу.

Несложно представить в целом отношение населения к своему здоровью.

Что же было выявлено в результате обследования (табл. 3)?

Таблица 3

**Результаты диспансерного обследования
по заболеваниям и годам, %**

Заболевания	2006 г.	2007 г.
Анемии, в том числе выявлено впервые	31 6	22 8
Заболевания позвоночника, в том числе выявлено впервые	42 3	54 12
Заболевания сердца и артериальная гипертензия, в том числе выявлено впервые	49 11	52 9
Избыточная масса тела, в том числе ожирение	62 36	69 29
Гиперхолестеринемия, в том числе выявлено впервые	34 52	39 58

Несмотря на разный возраст обследованных, показатели выявляемости заболеваний, в том числе впервые, достаточно близки в 2006 и 2007 гг.

Гинекологические (включая миому матки) и онкологические заболевания женской половой сферы представлены в следующей таблице (табл. 4).

Если принять во внимание, что наши женщины не обращаются к гинекологу до 17 лет, то неудивительно показатели, приведенные в табл. 4.

К сожалению, национальный проект не принимает во внимание возможности врача общей практики в проведении диспансеризации, и, даже с учетом данных, приведенных в таблицах, около 50% диспансеризируемых не нуждались в осмотрах узких специалистов. В то же время врач общей практики владеет достаточным набором узкоспециализированных навыков, чтобы выполнить первоначальную оценку здоровья пациента, провести обследование больного по установленной схеме, определить необходимый медицинский маршрут пациента, при необходимости направить к узким специалистам и на обследование более высокого уровня.

Мы не раз обращали внимание на возможность проведения диспансерных осмотров с минимальным участием узких специалистов, и максимально используя потенциал семейных врачей. Однако мы понимаем, что сделанный расчет на участкового терапевта в настоящее время оправдан, так как на сегодняшний день в Санкт-Петербурге работают всего лишь около 200 врачей общей практики. Мы попытались сделать несложные расчеты, чтобы показать экономию финансовых средств при использовании навыков врача общей практики.

В табл. 5 показана возможная доля направления диспансерного пациента на осмотр к узкому специалисту от врача общей практики и участкового терапевта (расчет по врачу общей практики сделан на основании данных, полученных от узких специалистов и 10-летнего опыта работы врачей общей практики со «своими» диспансерными больными).

Несложно представить экономию средств, если бы каждый врач общей практики проводил диспансеризацию самостоятельно, и только в необходимых случаях направлял пациента к узким специалистам. Если на диспансеризацию одного пациента идет суммарно (федеральный бюджет и фонд ОМС) около 1000 рублей, то, включая лабораторные исследования и необходимые консультации узких специалистов, врач общей практики мог бы справиться с задачей, используя в среднем

Таблица 5

Доля направления пациентов к узким специалистам врачом общей практики и участковым терапевтом, %

Категории врачей	ЭКГ	Осмотры узких специалистов			
		Хирург	Невролог	Окулист	Эндокринолог
Врачи общей практики	5,0 (сложные случаи)	4,3	7,9	34,2	17,9
Участковые терапевты	100	100	100	100	100

Примечание. В расчет не взяты гинекологические исследования, т. к. данная услуга в общей врачебной практике пока освоена недостаточно.

около 600 рублей, учитывая современные тарифы. Таким образом, на каждую 1000 диспансерных пациентов могло бы быть затрачено около 600 тыс. рублей у врача общей практики против 1 млн рублей, затрачиваемых при нынешнем механизме организации данного мероприятия.

Если учесть, что в 2007 г. в России было необходимо провести диспансеризацию 7,4 млн работников бюджетной сферы, реальная экономия могла бы составить не менее 2960 млн рублей — это реальные деньги, которые могли бы быть затрачены на подготовку врачей общей практики, на организацию рабочих мест и повышение заработной платы всех категорий медицинских работников, на улучшение материально-технического обеспечения. Конечно, окончательные расчеты должны сделать профессиональные экономисты.

В ходе диспансеризации выявлены ее основные проблемы:

1) Отсутствие заинтересованности работодателя в организации и проведении диспансеризации своих работников.

2) Авральная нагрузка на врача делает его самого больным.

3) Гонка за количеством, излишние отчетные документы сводят на нет первоначальные идеи.

4) Нет заинтересованности в диспансеризируемых, особенно у узких специалистов, так как это «не свои» пациенты.

5) Сомнительна преемственность по результатам диспансеризации. Пациент не доходит до поликлиники по месту жительства, где, по идее, его должны наблюдать по выявленным на диспансеризации заболеваниям. Из 100 прошедших диспансеризацию в 2006 г. для повторного осмотра были

вызваны 11 человек. Из 100 пациентов, которым по результатам диспансеризации было рекомендовано обратиться к врачу по месту жительства, выполнили такую рекомендацию 16 человек.

6) Дорогостоящее мероприятие.

7) Не используется потенциал врача общей практики, который мог бы значительно снизить стоимость проводимого мероприятия.

В заключение мы хотели бы дать следующие предложения:

1) Необходимо принять окончательное решение о реформировании первичной медицинской помощи по принципу общей врачебной практики.

2) Диспансеризацию могут проводить врачи общей практики.

3) Привлекать узких специалистов к диспансеризации следует только в необходимых случаях.

4) Должен быть разработан четкий план проведения диспансеризации и каждый врач общей практики занимается диспансеризацией своих больных, прикрепленных по территориальному принципу, а не по производственно-территориальному, как сейчас.

5) Диспансеризация по территориальному принципу позволит повысить заинтересованность врача в ее качестве, а также заинтересованность пациента, который не будет уходить «в никуда».

6) Диспансерная работа, как метод решения профилактических задач, должна быть не проектом, а повседневной работой врача, тогда сохранение здоровья пациентом станет его первоочередной задачей.

Литература

1. Шабров А. В., Маймулов В. Г. Руководство по профилактической деятельности врача общей практики (семейного врача). — СПб.: СПбГМА им. И. И. Мечникова. — 1997. — С. 17.
2. Похис К. А. Первичная профилактика в работе семейного врача / Российский семейный врач. — 1997. — № 1. — С. 46–48.
3. Губачев Ю. М. Семейная медицина. — СПб, 1998. — С. 20–30.

Адрес для контакта: yubrina@gmail.com

УДК 343.3/7:61

МЕДИКО-ТАКТИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ТЕРРОРИСТИЧЕСКИХ АКТОВ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ВЗРЫВООПАСНЫХ ПРЕДМЕТОВ

Н. К. Дзюцов, Ш. Л. Мearago

ГОУ ДПО Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования Росздрава,
Россия**THE MEDICO-TACTICAL CHARACTERISTICS OF ACTS OF TERRORISM WITH USE OF EXPLOSIVE SUBJECTS**

N. K. Dzutsov, Sh. L. Mearago

St-Petersburg medical Academy of Postgraduate Studies, Russia

© Н. К. Дзюцов, Ш. Л. Мearago, 2008

В террористических актах наиболее часто используются взрывоопасные предметы. Величина и структура санитарных потерь при этом зависит от многих факторов. Поражения носят множественный, сочетанный и комбинированный характер. Оказание помощи на догоспитальном этапе во многом определяет исход лечения.

Ключевые слова: террористические акты, взрывоопасные предметы, санитарные потери.

In acts of terrorism explosive subjects most are frequently used. The size and structure of sanitary losses thus depends on many factors. Defeats in these cases carry plural, and the combined character. Rendering assistance at a pre-hospital stage in many respects defines (determines) an outcome of treatment.

Keywords: acts of terrorism, explosive subjects, sanitary losses.

Терроризм — опаснейшее преступление современности, угрожающее стать одним из главных препятствий на пути решения общечеловеческих и государственных задач. Понятие «терроризм» произошло от латинского «terror» — страх, ужас. Терроризм за последнее столетие превратился в глобальную проблему, стал наиболее опасным вызовом международной безопасности и сотрудничеству, а по преследуемым целям и видам проявления — многоликим монстром, социально крайне опасным для общества, использующим в своих преступных целях достижения науки и техники.

Современный терроризм характеризуется разнообразием террористических приемов и методов. Это захваты воздушного транспорта, взрывы в местах массового скопления людей, похищения, убийства, угрозы, отравления и другие акции, жертвами которых нередко становятся совершенно невинные люди. Но именно бессмысленная по общечеловеческим понятиям жестокость и гарантирует широкую рекламу в средствах массовой информации требований, выдвигаемых террористами.

За последние десять лет Россия превратилась из страны, не входящей в первую десятку в списке государств, наиболее пострадавших от террора, в страну, занимающую в этом трагическом списке второе место (табл. 1).

На первом месте — Соединенные Штаты, в основном за счет событий 11 сентября 2001 г. За три года после этой даты на территории США от рук террористов не погиб ни один человек.

На втором месте — Россия, которая до середины августа 2004 г. занимала третье место по числу жертв терроризма. Однако взрывы двух самолетов 24 августа, подрыв смертницы у метро «Рижская» 31 августа и захват школы в Беслане 1–3 сентября добавили к этому списку еще 432 человека. Характеристика терактов, происшедших в России, представлена в табл. 2.

Как видно из табл. 2, при проведении террористических актов в большинстве случаев применяются устройства, получившие название взрывоопасных предметов.

По данным Э. М. Лукьянчука с соавторами [1], с 1994 по 1998 гг. только в Москве произошло 200 взрывов, при которых погибло 306 человек. Летальность на месте взрыва составляла 18%, что в 2,7 раза выше, чем при техногенных взрывах. Основная причина смерти — травма, несовместимая с жизнью. При взрывах в закрытых помещениях (метро, офисы и др.), на 1-м месте в структуре травм стоит черепно-мозговая травма, на 2-м — травма опорно-двигательного аппарата, на 3-м — ожоги, на 4-м — травмы груди и живота. Дети составляют 9% от общего числа пострадавших.

Страны, наиболее пострадавшие от терроризма в 1994–2004 годах

Место в рейтинге	Страна	Число погибших в терактах на территории страны в 1994–2004 гг.	Число погибших в терактах (на 1 млн жителей)
1	США	3238	11,05
2	Россия	2279	15,71
3	Индия	1928	1,81
4	Израиль	1274	219,28*
5	Колумбия	1135	26,82
6	Ирак	1122	44,22
7	Алжир	869	27,05
8	Пакистан	783	4,92
9	Уганда	471	17,84
10	Шри-Ланка	409	20,55

* Без учета населения Западного берега реки Иордан и сектора Газа.

О характере, сложности, тяжести и разнообразии полученных населением разных стран в результате терактов взрывных повреждений можно судить по многочисленным публикациям [1–4]. В обзоре В. М. Шаповалова, А. И. Грицанова с соавт. [5] приведен анализ зарубежного клинического материала о последствиях взрывов более 5000 бомб, совершенных террористами в Северной Ирландии в 1969–1977 гг. В результате терактов погибли 500 человек и более 5000 получили ранения. Кроме того, анализу подверглись сведения о 511 пострадавших, доставленных в госпитали Иерусалима в течение 1975–1979 гг., а также данные о 291 раненом, лечившемся в 1980 г. в госпитале в Болонье (Италия).

Полученные совокупные сведения позволили авторам заключить, что безвозвратные потери населения вследствие взрывов бомб составили 10–20%. Основными причинами летальных исходов у 25% пострадавших (305 наблюдений) были одиночные и множественные проникающие ранения груди с повреждением крупных сосудов (18%), сердца (14%), легких (41%) и верхних дыхательных путей, у 26% — проникающие ранения живота с повреждением внутренних органов и у 49% — ранения черепа и шеи. Из общего числа доставленных в госпитали только 15–25% нуждались в стационарном лечении, из них около 10% — в интенсивной терапии.

За 17 дней августа и сентября 1999 г. на территории Российской Федерации было совершено 5 крупных террористических актов, из которых 3 в Москве и по одному в Дагестане (г. Буйнакск) и Ростовской области (г. Волгодонск). Сравнение некоторых данных по этим трагическим событиям, а также террористическим актам в г. Моздоке (2003 г.) и г. Беслане (2004 г.) представлено в табл. 3 [5–7].

Медицинские последствия взрывов при террористических актах зависят от многих факторов,

в том числе и от условий, при которых они произошли. На основе опыта ликвидации медицинских последствий взрывов террористического характера определена структура санитарных потерь при взрыве большой мощности на открытой местности: ранения головы и шеи — 19,3%, груди — 10,5%, живота и таза — 4,7%, конечностей — 39,6%. При взрыве на открытой местности отношение погибших к раненым составляет, как правило, 1:10, а в замкнутом пространстве — 1:5. Отмечены следующие особенности структуры санитарных потерь, оказывающие существенное влияние на организацию медицинской помощи при терактах: большое количество повреждений легкой и средней степени тяжести, наносимых вторичными ранящими снарядами; высокий уровень психосоматических нарушений у пострадавших [8].

Повреждения, которые наносятся взрывоопасными предметами, обозначаются, как *взрывная травма и осколочные ранения*.

Взрывными травмами называются открытые и закрытые травмы, возникшие в результате метательного действия взрывоопасных предметов и воздействия окружающих предметов [9, 10].

Осколочные ранения возникают в результате воздействия взрывоопасных предметов в зоне поражения осколками.

Взрыв — это химическое превращение взрывчатого вещества во взрывные газы, характеризующееся выделением значительного количества энергии в течение очень короткого времени и в ограниченном пространстве. Взрывчатое вещество практически мгновенно превращается во взрывные газы с очень высоким давлением и температурой. Быстро расширяющиеся взрывные части вытесняют окружающий воздух в стороны, сжимая его, и образуя воздушную ударную волну. Передняя граница зоны сжатия называется фронтом ударной волны и характеризуется высоким из-

Статистика терактов в России (1994–2004 гг.)

Способ проведения терактов	Количество терактов	Число погибших	Число раненых
Атаки госучреждений смертниками на автомашинах, начиненных взрывчаткой	3	66	156
Взрывы			
в метро	8	93	275
в жилых домах (гостиницах)	17	625	920
в поездах	8	65	230
на автобусных остановках	11	14	73
во время массовых мероприятий	5	51	303
на ж/д и автовокзалах	1	24	138
на улицах	10	84	387
в магазинах, кафе, торгцентрах	5	5	67
на рынках	11	116	450
в подземных переходах	3	33	318
в самолетах с пассажирами	2	90	-
в зданиях органов госвласти (или возле них)	9	215	305
Захваты			
автобусов с заложниками	15	35	74
вертолетов с заложниками	2	5	9
медучреждений с заложниками	4	289	160
самолетов с заложниками	2	2	7
культурных центров с заложниками	1	129	138
учебных учреждений с заложниками	1	338	385
ВСЕГО	128	2279	4395

быточным давлением, которое способно вызвать травмы различной тяжести. В непосредственной близости к месту взрыва может произойти полное разрушение тела, несколько дальше — разрывы тканей, отрыв конечностей и повреждение внутренних органов.

Все повреждения, возникшие в результате взрыва делятся на первичные, вторичные и третичные.

Первичные повреждения являются результатом непосредственного воздействия взрывной ударной волны на организм. *Вторичные и третичные повреждения* возникают в результате воздействия на организм предметов, приведенных в действие воздушной волной или ударов тела пострадавшего (метательный эффект) о расположенные рядом предметы.

Помимо ударной волны при взрывах поражающими факторами являются осколки и части взрывоопасного предмета, а также дополнительно включаемые куски проволоки, гвозди, шарики и т.п. Осколки имеют массу от 3,5 до 8,0 г, а их начальная скорость от 50 до 400 м/с. Они быстро теряют кинетическую энергию, поэтому наибольшее клиническое значение имеют ранения полостей тела, кровеносных сосудов и жизненно важных органов.

Исходя из вышеописанного, повреждающими факторами при взрыве являются: взрывные газы, обладающие высоким давлением и тем-

пературой, воздушная ударная волна, осколки взрывоопасных предметов и вторичные ранящие предметы.

Термическое воздействие ограничено по площади и локализуется ожогами в зоне взрыва. Наиболее опасны ожоги лица и верхних дыхательных путей.

При взрывах в плохо вентилируемых помещениях образующиеся газы (CO₂, CO, NO и др.) могут дополнительно вызывать отравление. В таких случаях токсическое действие окиси углерода и окиси азота на организм может быть тяжелым.

Воздействие факторов взрыва на организм вызывает разнообразные повреждения. В большинстве случаев это множественная, сочетанная и комбинированная травма.

Морфологические изменения в зоне действия ударной волны характеризуются тремя зонами. Первая — зона разрушения или отрыва, выглядит в виде зияющей раны разнообразной формы с кожными лоскутками, массивным повреждением мышц, оголенных костей, сосудов, сухожилий, обильно загрязненных тканей, закопчений и ожогов. Вторая — зона первичного некроза. Ее составляют ткани, прилегающие к первой зоне и полностью утратившие жизнеспособность. Она характеризуется очаговыми кровоизлияниями, некрозами, тромбозом магистральных сосудов, ожогами. Третья — зона вторичного некроза — характеризуется паравазальными, параневральными, межмышечными кровоизлияниями, участ-

ками с пониженной кровоточивостью и яркостью тканей.

Раневой процесс при взрывных повреждениях имеет ряд особенностей:

1) *Острая массивная кровопотеря* — в результате наружного или внутреннего кровотечения, а также вследствие выключения из кровотока разрушенных либо оторванных сегментов конечностей.

2) *Ушиб сердца* — результат распространенного действия взрыва либо воздействия окружающих предметов. Встречается у каждого пятого пострадавшего и характеризуется очаговыми кровоизлияниями в миокард и эпикард, очаговыми нарушениями кровообращения с последующим форсированием очагов некроза и дистрофических нарушений. Клиническими проявлениями являются тахикардия, аритмия, лабильность артериального давления с тенденцией к гипотонии и рефрактерность к инфузионно-трансфузионной терапии. На ЭКГ выявляются экстрасистолы, нарушение внутрижелудочковой проводимости (блокады), инверсия зубца *T* или смещение сегмента *ST* выше изолинии. В соответствии с электрокардиографическими изменениями выделяют инфарктоподобные и стенокардические формы ушиба сердца. Последние значительно утяжеляют течение раневого процесса.

3) *Ушибы легких*. Механизм аналогичен ушибу сердца. Они встречаются в 18% случаев, и характеризуются разрывом висцеральной плеврой и легочной ткани, очаговыми кровоизлияниями и ателектазами. Клинически проявляются одышкой, цианозом, иногда кашлем, кровохарканием. Рентгенологически отмечается усиление легочного рисунка и на ограниченных участках снижение пневматизации.

4) *Сочетанный характер повреждений* — результат действия ударной волны, окружающих предметов и воздействия осколков первичного и вторичного происхождения.

Наиболее часто наблюдаются повреждения головы, затем груди и живота в сочетании с повреждением конечностей.

Комбинированные повреждения при воздействии взрывоопасных предметов на организм результат механического, термического и химического повреждения. Особо следует отметить ожоги лица и верхних дыхательных путей, поскольку они приводят к острой дыхательной недостаточности. Респираторные отравления наблюдаются при взрывах в замкнутых помещениях.

Существенное влияние на механогенез оказывает ранний травматический эндотоксикоз, который развивается в результате поступления в циркулирующую кровь продуктов распада тканей, ферментов, биологически активных веществ, крупнодисперсного жира и т. п., которые, проходя

легочные капилляры, воздействуют на альвеолярные мембраны, способствуя развитию респираторного дистресс-синдрома, жировой эмболии и т. п.

Основными патогенетическими факторами минно-взрывных повреждений являются множественные очаги повреждений, острая кровопотеря, ушибы внутренних органов, ранний травматический эндотоксикоз.

Исходя из тяжести взрывных ранений (множественность, сочетанность и комбинированность повреждений), одним из главных условий сохранения жизни пострадавших является своевременное и правильное оказание медицинской помощи на догоспитальном этапе.

Догоспитальная помощь включает доврачебную (фельдшерскую) и первую врачебную помощь, которую оказывает на месте происшествия персонал прибывших фельдшерских или врачебных бригад скорой помощи.

Однако пострадавшие от взрывоопасных предметов могут оказаться и в зоне влияния семейных врачей, в этих случаях объем медицинской помощи включает следующие мероприятия.

1) Устранение асфиксии — тройной прием Сафара, ингаляция кислорода, выполнение коникотомии или трахеостомии, проведение искусственной вентиляции легких с помощью ручного дыхательного аппарата.

2) Временная остановка наружного кровотечения и контроль ранее наложенного жгута. Для этого на кровоточащий сосуд в ране накладывают кровоостанавливающий зажим с последующим прошиванием и перевязкой сосуда, либо проводят тугую тампонаду раны. Контроль жгута проводится с целью снятия его, наложенного без показаний или временной рециркуляции крови в конечности при необходимости повторного наложения жгута.

3) Восполнение кровопотери внутривенным введением плазмозамещающих растворов в количестве 800–1200 мл (соотношение кристаллоидных и коллоидных растворов 1:1, 2:1).

4) Борьба с острой дыхательной недостаточностью ингаляцией кислорода, выполнением новокаиновой блокады на стороне повреждения органов груди; сегментарная паравертебральная новокаиновая блокада при множественных переломах ребер; при неэффективности этих мероприятий — искусственная вентиляция легких.

5) Устранение открытого пневмоторакса наложением окклюзионной повязки по методу С. И. Банайтиса.

6) Устранение напряженного пневмоторакса пункцией или дренированием плевральной полости во II межреберье по срединноключичной линии.

7) Капиллярная пункция мочевого пузыря при повреждении уретры и катетеризация мочевого пузыря при задержке мочи.

Сводные данные о пострадавших в результате террористических актов

Города	Москва, Манежная пл., ул. Гурьянова	Буйнакск	Волгодонск	Моздок	Беслан
Общие потери	1529	274	710	110	1015
Безвозвратные	211 (15,6%)	62 (25,6%)	18 (3,1%)	46 (41,8%)	305 (30,0%)
Санитарные	1318 (84,4%)	211 (74,4%)	692 (96,9%)	64 (58,2%)	710 (70,0%)
Госпитализировано:					
тяжелая степень	6,3	12,8	16,7	14,0	36,5
средняя степень	18,2	24,4	25,0	50,0	56,0
легкая степень	75,5	62,8	58,3	36,0	27,5

8) Новокаиновые блокады (проводниковые, футлярные, в область перелома).

9) Транспортная иммобилизация табельными средствами при переломах костей, ранениях суставов, повреждениях магистральных сосудов и нервов, обширных ожогах и повреждениях мягких тканей, угрожающих развитием травматического шока.

10) Отсечение сегмента конечности, висящего на мягкотканном лоскуте.

11) Внутримышечное введение антибиотиков.

12) Подкожное введение столбнячного анатоксина 0,5 мл.

13) Внутримышечное введение анальгетиков.

Все перечисленные мероприятия являются неотложными мероприятиями первой врачебной

помощи и выполняются по показаниям при задержке эвакуации.

При возможности эвакуации после устранения асфиксии, временной остановки наружного кровотечения, введения сердечных средств, дыхательных аналептиков и анальгетиков и транспортной иммобилизации пострадавшие подлежат транспортировке в лечебные учреждения (при массовой кровопотере — инфузионная терапия).

Поражения от взрывоопасных предметов, как правило, приводит к политравме, имеющей специфические механизмы патогенеза. Исходя из практического опыта, можно сказать, что успешное лечение этой категории пострадавших во многом определяется проведением комплекса лечебно-профилактических мероприятий на догоспитальном этапе.

Литература

1. Лукьянчук Э. М., Стажадзе Л. Л., Адамов В. Р., Крутиков В. Л. Некоторые вопросы медицинского обслуживания пострадавших при криминальных взрывах // Военно-медицинский журнал. — 1999. — № 4. — С. 11–14.
2. Owen-Smith M. S. Explosive blast injury // Rev. Intern. Serv. Sante Armees. — 1979. — Vol. 52. — № 6. — P. 515–520.
3. Грицанов А. И., Мусса М., Миннулин И. П., Рахман М. Взрывная травма. — Кабул: из-во МО РА, 1987. — 165 с.
4. Owen-Smith M. S. High velocity missile wound. — London, 1981. — 182 p.
5. Шаповалов В. М., Грицанов А. И., Сорокин А. А., Большаков О. В. Взрывные поражения при техногенных катастрофах и террористических актах. — СПб.: МОРСАР АВ, 2001. — 224 с.
6. Гончаров С. Ф., Крюков А. П., Крюков В. И., Шабанов В. Э. Организация медицинского обеспечения пораженных при террористическом акте в г. Беслан 3 сентября 2004 г. // Медицина катастроф. — 2004. — № 3–4. — С. 1–3.
7. Шабанов В. Э., Щукин В. М., Чепляев А. А. Работа полевого многопрофильного госпиталя ВЦМК «Защита» по ликвидации последствий террористического акта в городе Моздоке // Медицина катастроф. — 2003. — № 3–4. — С. 62–64.
8. Касаткин Н. Н., Феоктистов Н. Г. Структура санитарных потерь и вопросы организации медицинского обеспечения при террористических актах. // Труды Астраханской государственной медицинской академии. — 2003. — № 26. — С. 160–164.
9. Гуманенко Е. К., Костюк Г. А., Цыбуляк Г. Н. и др. Военно-полевая хирургия. — СПб.: Фолиант, 2005. — 464 с.
10. Нечаев Э. А., Грицанов А. И., Минкуллин И. Н., Рузляда Н. В. и др. Взрывные поражения. — СПб.: Фолиант, 2002. — 656 с.

Адрес для контакта: Санкт-Петербург, Заневский проспект, 1/82, кафедра военной и экстремальной медицины МАПО, тел.(факс) (812) 445-16-08, e-mail: voenmed@maps.spb.ru

**ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ОБЩЕЙ
ВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИКЕ**

И. Е. Моисеева, О. Ю. Кузнецова, Е. В. Фролова, С. Л. Плавинский
ГОУ ДПО Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования Росздрава

ASSESSMENT OF QUALITY OF MEDICAL CARE IN GENERAL PRACTICE

I. E. Moiseeva, O. Yu. Kuznetsova, E. V. Frolova, S. L. Plavinski
St-Petersburg Medical Academy of Postgraduate Studies, Russia

© Коллектив авторов, 2008

В настоящее время во всем мире большое внимание уделяется оценке качества оказания медицинской помощи. В России в условиях перехода первичной медико-санитарной помощи к системе общей врачебной практики эта проблема очень актуальна. Оценка качества медицинской помощи, оказываемой врачами общей практики (семейными врачами), может, с одной стороны, помочь убедиться в эффективности новой модели оказания помощи, а с другой — выявить специфические проблемы, возникающие в общей практике в период реформирования. Это, в свою очередь, позволит разработать и провести мероприятия, направленные на совершенствование системы первичной медико-санитарной помощи.

Для оценки качества оказания медицинской помощи можно использовать различные критерии в зависимости от условий, целей и задач проводимой оценки, а также от длительности наблюдения. Такие критерии, как, например, достижение целевого уровня АД у пациентов с артериальной гипертензией, частота госпитализации по поводу этого заболевания могут быть использованы в краткосрочных исследованиях. В то же время, чтобы выявить динамику смертности и заболеваемости населения, требуется достаточно длительный период наблюдения.

В 2007 г. Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации изданы приказы № 325 и № 326, определяющие критерии оценки эффективности деятельности врача общей практики (семейного врача) и медицинской сестры врача общей практики. Основной целью введения этих критериев было проведение анализа работы врача общей практики, направленной на улучшение качества оказания первичной медико-санитарной помощи и мониторинга состояния здоровья прикрепленного населения.

К критериям эффективности, в соответствии с данными приказами, относятся, например, стабилизация или снижение уровня госпитализации прикрепленного населения, снижение частоты вызовов скорой медицинской помощи, снижение смертности прикрепленного населения от инфаркта миокарда и инсульта, снижение количества осложнений сахарного диабета [1, 2].

В условиях первичного звена здравоохранения, в частности — в общей врачебной практике, оценка качества медицинской помощи имеет свои особенности. Для проведения такой оценки необходимо использовать индикаторы качества, связанные с показателями, наиболее чувствительными к изменению качества амбулаторно-поликлинической помощи. Эти показатели определяются как состояния, для которых известно, что адекватная амбулаторно-поликлиническая помощь может предотвратить необходимость госпитализации, или для которых раннее вмешательство может предотвратить развитие осложнений или более тяжелых заболеваний. Такими индикаторами могут быть данные о госпитализации пациентов с заболеваниями, которые при правильном ведении в амбулаторных условиях, основанном на наблюдении врачами научно-обоснованных клинических рекомендаций, не требуют стационарного лечения. К критериям, определяющим в какой-то степени исходы ведения пациентов на амбулаторном уровне, относятся, например, данные о госпитализации больных с артериальной гипертензией, бронхиальной астмой и обструктивными заболеваниями легких, неконтролируемым сахарным диабетом и его осложнениями, с хронической сердечной недостаточностью [3].

В настоящее время кафедра семейной медицины ГОУ ДПО СПбМАПО Росздрава и Институт общественного здравоохранения совместно с Национальным центром развития и исследова-

Госпитализация по поводу состояний, являющихся индикаторами качества профилактической работы

Индикаторы	Частота госпитализации на 100 тыс. населения за 9 мес 2006 г.		
	ОВП-1	ОВП-2	ОВП-3
Госпитализация при острых осложнениях сахарного диабета	0,0	0,0	10,4
Госпитализация при длительно существующих осложнениях сахарного диабета	33,3	170,0	94,4
Госпитализация в связи с обструктивными заболеваниями легких	33,3	80,0	68,0
Госпитализация пациентов с артериальной гипертензией	50,0	40,0	91,2
Госпитализация пациентов с хронической сердечной недостаточностью	0,0	30,0	48,8
Госпитализация при стенокардии (не для выполнения кардиохирургических манипуляций)	66,7	940,0	858,4
Госпитализация пациентов в связи с неконтролируемым сахарным диабетом	0,0	30,0	8,8
Госпитализация взрослых пациентов с бронхиальной астмой	0,0	20,0	2,4

ний в области здравоохранения и соцобеспечения STAKES (Финляндия) при поддержке Комитета по здравоохранению Правительства Санкт-Петербурга проводит проект, посвященный разработке и внедрению модели системы контроля качества первичной медико-санитарной помощи на региональном уровне. Основной целью проекта является повышение доступности, эффективности и качества первичной медицинской помощи в Санкт-Петербурге и Северо-Западном регионе.

В рамках проекта был проведен предварительный анализ данных по госпитализации взрослого населения в трех амбулаторно-поликлинических учреждениях. Включенные в исследование учреждения оказывают медицинскую помощь по принципу общей врачебной практики. Одно из них изначально было организовано как самостоятельное отделение общей врачебной практики (ОВП-1), второе (ОВП-2) — поликлиника, полностью перешедшая на работу по принципу общей врачебной практики. В третьем учреждении (ОВП-3) в настоящее время работают как врачи общей практики, так и участковые терапевты.

При оценке уровня общей госпитализации за девять месяцев 2006 г., рассчитанного на 100 тыс. населения, выявлены значимые различия между медицинскими учреждениями, включенными в исследование: в ОВП-1 госпитализация была почти в три раза меньше, чем в ОВП-2 и ОВП-3.

Среди причин госпитализации (по Международной классификации болезней МКБ-Х) в ОВП-2 и ОВП-3 преобладали болезни системы кровообращения (класс IX — 29,4% и 37,6% соответственно), а в ОВП-1 — некоторые инфекционные и паразитарные болезни (класс I — 31,2%). Болезни системы кровообращения в ОВП-1 зани-

мали второе место среди причин госпитализации (14,6%). В ОВП-2 на втором месте были новообразования (класс II — 12,8%), а в ОВП-3 — болезни органов пищеварения (класс XI — 14%).

Более подробный анализ данных показал, что наиболее частой причиной госпитализации в ОВП-2 и ОВП-3 была стенокардия напряжения (940 и 934 на 100 тыс. населения соответственно), в то время как в ОВП-1 частота госпитализации пациентов с этим диагнозом составляла 67 на 100 тыс. населения. На основании этих данных можно сделать предположение о недостаточно эффективной медицинской помощи пациентам со стенокардией напряжения в ОВП-2 и ОВП-3, что требует проведения мероприятий, направленных на повышение качества лечения этого заболевания в данных ЛПУ.

Для более подробной оценки качества оказания амбулаторной помощи был выполнен анализ данных, позволивший косвенно судить о качестве профилактической работы. Наиболее демонстративны с этой точки зрения показатели, представленные в таблице.

Как видно из представленных данных, наилучшие (наименьшие) показатели по большинству параметров были отмечены в ОВП-1, что может говорить о правильной организации оказания медицинской помощи в данном лечебном учреждении, максимально соответствующей клиническим рекомендациям.

Наиболее значимые различия между ОВП-1 и двумя другими учреждениями получены по таким параметрам, как госпитализация при наличии стенокардии, госпитализация пациентов с хронической сердечной недостаточностью и с длительно существующими осложнениями сахарного диабе-

та. Госпитализация при обструктивных заболеваниях легких также была выше в ОВП-2 и ОВП-3 по сравнению с ОВП-1. Кроме того, в ОВП-2 получены достаточно высокие показатели госпитализации с неконтролируемым сахарным диабетом и с бронхиальной астмой.

На основании полученных данных можно говорить о необходимости улучшения качества оказания медицинской помощи пациентам с сердечно-сосудистыми заболеваниями, болезнями органов дыхания и сахарным диабетом в ОВП-2 и ОВП-3.

Безусловно, для окончательных выводов о качестве медицинской помощи в общей врачебной практике необходим тщательный анализ амбулаторных карт всех госпитализированных пациентов. Необходимо уточнить, что препятствовало эффективной профилактике и лечению. При проведении аудита деятельности амбулаторных подразделений целесообразно обратить внимание на такие показатели как приверженность пациентов врачебным рекомендациям, использование врачами современных клинических рекомендаций, доступность пациенту лекарственных средств, назначенных врачом, удовлетворенность пациентов медицинской помощью и ряд других, касающихся организации первичной медико-санитарной помощи.

Целесообразно привлекать к аудиту самих врачей общей практики. В процессе оценки своей работы совместно с руководителем медицинского учреждения могут быть определены как причины недостаточно эффективной работы, так и план их устранения. Этот процесс должен проходить на постоянной основе, поэтому в специальной литературе он получил название цикла качества (рис.).

Цикл (петля) качества начинается с выделения проблемы для анализа, то есть с отбора тем, и определения соответствующих стандартов помощи. Следующим этапом является сбор и анализ данных по оказанию помощи. На основе результатов



Рис. Цикл качества

оценки помощи планируют изменения в практике и их внедрение с последующей оценкой эффективности этих изменений.

Цикл качества — часть динамического процесса, и в идеале он должен стать частью повседневной работы с регулярным анализом ситуации в практике [4]. Результаты работы по оценке качества оказания помощи учреждений, работающих по типу общей практики в сравнении с обычными поликлиниками, могут быть полезны органам управления здравоохранением, особенно на этапе реформирования первичной медицинской помощи. Как показал наш опыт, качественная подготовка врачей общей практики, наличие необходимого оборудования, постоянная работа над повышением уровня оказания помощи, позволяют добиться хороших показателей, что является неоспоримым доказательством преимуществ общей врачебной практики перед традиционной амбулаторной помощью, организованной на основе участковой терапевтической службы.

Литература

1. *Министерство здравоохранения и социального развития РФ. Приказ № 325 от 11 мая 2007 г. «Об утверждении критериев оценки эффективности деятельности врача общей практики (семейного врача)».*
2. *Министерство здравоохранения и социального развития РФ. Приказ № 326 от 11 мая 2007 г. «Об утверждении критериев оценки эффективности деятельности медицинской сестры врача общей практики (семейного врача)».*
3. *McClellan M., Geppert G., McDonald K. M. et al. Guide for prevention quality indicators. — Agency for healthcare research and quality, 2004. — 133 p.*
4. *Boerma W. G. W., Fleming D. M. Роль общей практики в первичной медико-санитарной помощи. — Всемирная организация здравоохранения, 2001. — 182 с.*

Адрес для контакта: dr-moiseeva@yandex.ru

УДК 618.173:615.72-002

**ВЛИЯНИЕ КОМОРБИДНОЙ ДЕПРЕССИИ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ЖЕНЩИН
В КЛИМАКТЕРИИ, СТРАДАЮЩИХ ОСТЕОАРТРОЗОМ КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ**

А. А. Попов, Н. В. Изможерова, Е. И. Гаврилова, Н. В. Верьякова, Е. В. Софьянник
ГОУ ВПО Уральская государственная медицинская академия Росздрава, Россия

**COMORBID DEPRESSION INFLUENCE ON QUALITY OF LIFE
OF PERIMENOPAUSAL WOMEN WITH KNEE OSTEOARTHRITIS**

A. A. Popov, N. V. Izmozherova, Ye. I. Gavrilova, N. V. Veryakova, Ye. V. Sofyannik
Ural State Medical Academy, Russia

© Коллектив авторов, 2008

В одномоментное исследование включены 666 женщин с клиническими проявлениями климактерического синдрома. Остеоартроз (ОА) диагностировали по клиническим и рентгенологическим критериям Американской ревматологической ассоциации, депрессию — по критериям Международной классификации болезней 10 пересмотра. Качество жизни (качество жизни) оценивали с помощью русской версии SF-36.

Частота гонартроза составила 15,8%, сочетания гонартроза с коксартрозом — 5,9%, с поражением суставов кистей — 8,4%. Качество жизни больных ОА было значительно снижено по семи шкалам оценки из восьми. После исключения из анализа страдавших депрессией, различия качества жизни сохранялись только по шкалам физического функционирования, физического ролевого функционирования и боли.

Таким образом, гонартроз обуславливает снижение качества жизни по шкалам физического функционирования и боли. Ограничения социального и эмоционального функционирования, общего и психического здоровья у больных ОА ассоциируются с коморбидной депрессией.

Ключевые слова: остеоартроз, менопауза, депрессия, качество жизни.

A cross-sectional study included 666 symptomatic perimenopausal women. OA was diagnosed according to the ARA criteria, depression was diagnosed according to ICD X criteria. «SF-36» was used to assess quality of life (QOL).

Frequency of the knee OA was 15.8%, knee and hip OA was found in 5.9%, knee and hands OA was diagnosed in 8.4% patients. QOL in OA patients was significantly lower in 7 of 8 scales. After exclusion the data of depressive patients, significant decrease of QOL remained in Physical Functioning, Role Physical Functioning and Bodily Pain scales.

Thus, knee OA causes significant decrease of QOL in PF, RPF and BP scales. Restrictions of Social and Emotional Functioning, General and Emotional Health scales are associated with comorbid depression.

Keywords: osteoarthritis, menopause, depression, quality of life.

В настоящее время менее половины жительниц крупных городов переносят наступление менопаузы без существенного снижения качества жизни [1, 2]. В этот период значительно возрастают распространенность жалоб на боли в суставах и частота выявления рентгенологических критериев остеоартроза (ОА) [3, 4]. Социальное бремя ОА обусловлено его широкой распространенностью и негативным влиянием на качество жизни больных, поэтому изучение этих аспектов заболевания представляется актуальным, в первую очередь, для врачей первого контакта, на которых сегодня возложены задачи ведения больных ОА [4, 5].

Целью исследования явилась оценка влияния коморбидной депрессии на качество жизни женщин в климактерии, страдающих ОА коленных суставов.

Материалы и методы

В одномоментное исследование включены 666 жительниц Екатеринбурга, обратившихся на специализированный прием по проблемам менопаузы, отобранных по номерам регистрационных карт с помощью генератора случайных чисел.

Проводили унифицированный сбор анамнеза, осмотр ревматолога. Рассчитывали индекс массы тела (ИМТ, кг/м²), отношение окружностей талии и бедер.

Диагностику ОА проводили в соответствии с клиническими и рентгенологическими критериями Американской коллегии ревматологов [4]. Интенсивность боли оценивали с помощью визуальной аналоговой шкалы (ВАШ), функциональные

ограничения — по индексу Лекена. Нейровегетативные, обменно-эндокринные и психоэмоциональные симптомы, ассоциированные с дефицитом эстрогенов, оценивали с помощью модифицированного менопаузального индекса (ММИ) [2].

Наличие депрессии верифицировали согласно диагностическим критериям Международной Классификации Болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) [6]. Тяжесть депрессии оценивали с помощью опросника Бека [7]. Качество жизни анализировали при помощи русской версии опросника SF-36 [8].

Статистическую обработку проводили с помощью пакета «Statistica for Windows 5.0» (Statsoft Inc.). Использовали Т-критерий Стьюдента для независимых выборок для оценки различий количественных признаков с нормальным распределением, U-критерий Манна — Уитни — для сравнения выборок с ненормальным характером распределения, χ^2 — для сравнения качественных признаков. Данные представлены в виде средних и 95% доверительных интервалов (ДИ) или медиан, 25% и 75%.

Исследование одобрено этическим комитетом центральной городской больницы № 6 г. Екатеринбурга.

Результаты

В исследование включены женщины в возрасте от 44 до 57 лет (медиана 51,0; 25 и 75% 48–54 года). Продолжительность постменопаузы составила от 0 до 5 лет (медиана 2 года). Медиана ИМТ равнялась 27,2 кг/м² (25 и 75%: 24,5–30,9 кг/м²). Соотношение окружностей талии и бедер колебалось от 0,66 до 1,04 (медиана: 0,81; 25 и 75%: 0,77–0,85). Все включенные в исследование имели клинические проявления менопаузального синдрома (медиана ММИ: 29 баллов; 25 и 75%: 22–38 баллов).

Жалобы на боли в суставах предъявляли 486 женщин (73%). Не имели критериев ОА 372 женщины (55,9%). Гонартроз диагностирован у 105 (15,8%); сочетанное поражение коленных и тазобедренных суставов — у 39 (5,9%), гонартроз и ОА суставов кистей — у 56 (8,4%).

В дальнейшем исследовании приняли участие 232 женщины, имевшие изолированное или сочетанное поражение коленных суставов. Группу сравнения составили 372 женщины, не имевшие клинических проявлений ОА.

Наступление менопаузы значительно повышало шансы развития клинических проявлений ОА коленных суставов: ОШ=1,45 (95% ДИ от 1,03 до 2,03).

Больные ОА в большинстве своем имели избыточную массу тела (85 чел., 36,6%) или ожирение (90 чел., 38,8%). Страдавшие ожирением имели существенно более высокие шансы развития гонартроза (ОШ = 2,07; 95% ДИ от 1,37 до 3,15), как и в ранее проведенных исследованиях факторов риска ОА

[9]. В группе ОА была значимо более выраженная боль в покое (более 50 мм ВАШ), усиливавшаяся при нагрузке (см. табл.). Умеренные функциональные нарушения (более 10 баллов шкалы Лекена) значимо превышали таковые в контрольной группе и ассоциировались с проявлениями депрессии, тревоги и значимо более тяжелым течением менопаузального синдрома (см. табл.). В связи с этим возникла необходимость дополнительного учета эмоционально-аффективных нарушений при оценке качества жизни [1, 10].

Качество жизни больных ОА было статистически значимо снижено по семи шкалам оценки из восьми по сравнению с жительницами Екатеринбурга, не имевшими ОА за исключением шкалы психического здоровья (см. диаграмму). После исключения из анализа данных женщин с клинически выраженной депрессией, существенные различия качества жизни ($P < 0,001$) сохранялись только по шкалам физического функционирования, физического ролевого функционирования и боли (см. диаграмму).

Обсуждение

Женщины с осложненным течением климактерия занимают значительную часть рабочего времени врача общей практики вследствие обилия жалоб, частых повторных обращений за медицинской помощью и низкой эффективностью лечебных мероприятий [1, 2, 6, 10]. В представленной выборке жалобы на боли в суставах и ОА коленных суставов встречались существенно чаще, чем в общей популяции [3].

Опросник MOS SF36 относится к инструментам оценки качества жизни, не обладающим нозологической специфичностью, но он позволяет сравнить влияние различных по природе заболеваний на качество жизни [6]. Опросник состоит из 36 вопросов, составляющих 8 шкал (диаграмма). Ответы на вопросы оценивают в баллах от 0 до 100. Высокие значения шкал отражают высокое качество жизни. В то же время ММИ позволяет оценить комплекс симптомов, специфичных для дефицита эстрогенов [2].

Большая выраженность обменно-эндокринных и психоэмоциональных проявлений менопаузального синдрома у больных ОА была ожидаема, поскольку эти разделы ММИ включают в себя артралгии, ряд симптомов депрессии, тревоги, навязчивых состояний [2]. Однако больные ОА имели значимо большую выраженность и типичных вазомоторных проявлений менопаузального синдрома, таких как приливы жара, ночная потливость, ознобы, нестабильность артериального давления и пр.

Хотя различий в частоте депрессии между группами имевших и не имевших ОА, не выяв-

Таблица

Характеристика эмоционального состояния, менопаузального и суставного синдрома у женщин в климактерии, страдающих остеоартрозом коленных суставов (средние и стандартные отклонения)

Параметр	ОА (232 чел.)	Нет ОА (373 чел.)	P
Возраст, лет	51,6 (5,5)	50,4 (5,7)	0,011
Длительность постменопаузы, лет	4,6 (4,2)	3,1 (2,4)	0,0003
Масса тела, кг	71,8 (14,4)	70,6 (12,7)	0,0001
ИМТ, кг/м ²	29,2 (5,3)	27,3 (5,2)	<0,0001
Талия, см	90,2 (11,9)	85,6 (11,5)	<0,0001
Бедра, см	109,1 (10,9)	105,4 (9,6)	<0,0001
Отношение талия/бедра	0,83 (0,08)	0,81 (0,07)	0,039
Частота ожирения, случаи (%)	90 (38,8%)	108 (29%)	<0,0001
Депрессия, шкала Бека, баллы	18,6 (6,9)	14,7 (8,5)	0,007
Частота депрессии, случаи (%)	38 (16,4 %)	71 (19%)	0,9
Нейровегетативные симптомы, баллы	16,7 (6,6)	14,4 (6,1)	0,01
Обменно-эндокринные симптомы, баллы	5,5 (2,6)	3,9 (2,3)	0,0001
Психоэмоциональные симптомы, баллы	12,0 (5,4)	9,4 (5,4)	<0,0001
ММИ, баллы	34,3 (11,6)	27,8 (11,0)	<0,0001
Боль в коленных суставах в покое, мм ВАШ	55 (29)	30 (26)	<0,0001
Боль в коленных суставах при нагрузке, мм ВАШ	72 (28)	38 (28)	<0,0001
Индекс Лекена для коленных суставов, баллы	11,4 (6,9)	1,8 (1,6)	<0,0001

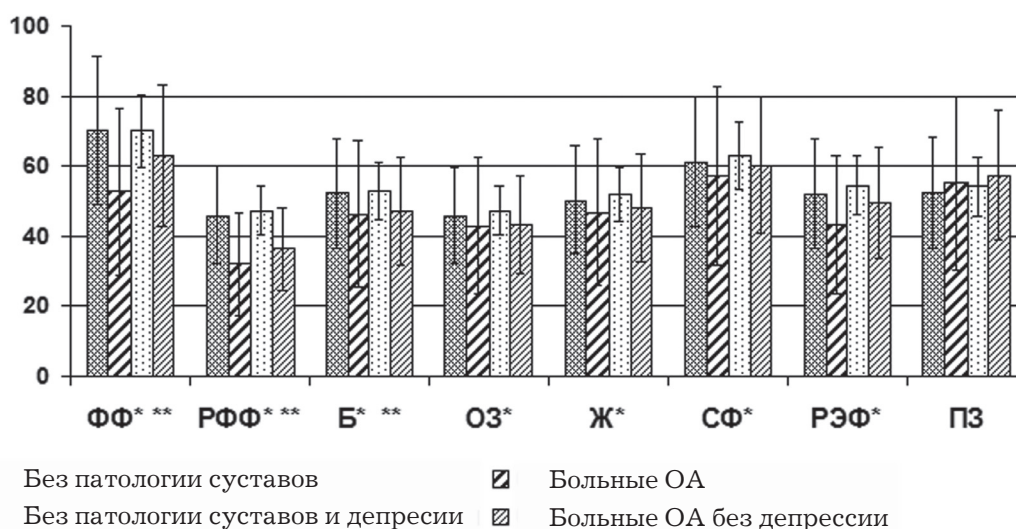


Диаграмма. Оценка качества жизни женщин в климактерии, страдающих ОА коленных суставов, примечание: * — статистически значимые различия ($P < 0,05$) между исходными группами, ** — статистически значимые различия ($P < 0,001$) после исключения данных пациенток с депрессией.

ФФ — физическое функционирование;
 РФФ — ролевое физическое функционирование;
 Б — боль;
 ОЗ — общее здоровье;
 Ж — жизнеспособность;
 СФ — социальное функционирование;
 РЭФ — ролевое эмоциональное функционирование;
 ПЗ — психическое здоровье.

лено (см. табл.), при оценке качества жизни учет возможного влияния эмоционального фона на восприятие жизни был необходим, поскольку выраженность депрессии у больных ОА по шкале Бека была значимо выше ($P = 0,007$) [10, 11].

Болевой синдром и обусловленные им потребность в анальгетиках и нестероидных про-

тивовоспалительных препаратах, ограничение возможностей для работы, отдыха, хобби, общения, личной жизни (выраженные в снижении баллов по шкалам физического и ролевого физического функционирования, также боли) тесно связаны с депрессией и тревогой. С одной стороны, вышеприведенные ограничения обу-

словливали низкий эмоциональный фон [10]. С другой, развитие эмоционально-аффективных нарушений ассоциируется со снижением болевого порога и более упорным течением болевого синдрома [1, 11]. Финансовые затраты и потери незаработанных из-за болезни денег также в значительной мере могут обуславливать наблюдаемое сужение жизненного пространства женщин, страдающих ОА. Вероятно, главной причиной наблюдаемых ограничений является нарушение социального функционирования, наблюдаемое при патологическом течении климактерия [1, 2]. После исключения из анализа данных пациенток с клинически выраженной депрессией, ограничения по шкалам социального, эмоционального функционирования и жизнеспособности оказались статистически незначимыми. Таким образом, болевой синдром и нарушение функции, наблюдаемые при ОА коленных суставов, закономерно обуславливают сужение жизненного пространства пациенток именно в сфере физических ограничений [1, 10]. Коморбидная депрессия сопровождается нарушением адаптации пациенток и в социальной и эмоциональной сферах [2, 6, 10].

Наступление менопаузы является фактором риска развития ОА [4]. С другой стороны, ОА, очевидно, может служить прогностическим маркером более тяжелого течения климактерия и определяет группу пациенток, в наибольшей степени нуждающихся в квалифицированной помощи врача общей практики, осуществляющего координацию рекомендаций специалистов различных специальностей (ревматологи, гинекологи-эндокринологи, неврологи, психиатры, терапевты и др.), а также психологов, специалистов по лечебной физкультуре и социальных работников.

Выводы

1. Частота клинически манифестного остеоартроза коленных суставов среди женщин, обратившихся за специализированной врачебной помощью, превышает популяционную.
2. Остеоартроз коленных суставов обуславливает снижение качества жизни больных по шкалам физического функционирования и боли.
3. Ограничения по шкалам социального и эмоционального функционирования, общего и психического здоровья у больных остеоартрозом ассоциируются с наличием коморбидной депрессии.

Литература

1. Дюкова Г. М. Качество жизни женщины в период климактерия // Лечащий врач. — 2003. — № 1. — С. 48–50.
2. Сметник В. П., Кулаков В. И. Руководство по климактерию. — М.: Медицинское информационное агентство, 2001. — 685 с.
3. Варахсин А. Н., Андреев А. Н., Изможерова Н. В. и др. Анализ распространенности остеоартроза среди сельского населения Среднего Урала // Тезисы докладов: II Всероссийский съезд ревматологов. — Тула, 1997. — С. 21.
4. Клинические рекомендации. Остеоартрит. Диагностика и ведение больных остеоартритом коленных и тазобедренных суставов / Под ред. О.М. Лесняк. — М.: ГЭОТАР-МЕД, 2006. — 176 с.
5. Fautrel B., Hilliquin P., Rozenberg S. et al. Impact of osteoarthritis: results of a nationwide survey of 10,000 patients consulting for OA Joint Bone Spine // Current opinion in Rheumatology. — 2005. — Vol. 72. — № 3. — P. 235–240.
6. Депрессивные расстройства при соматических заболеваниях / Пер. с англ. Под общ. ред. Н. А. Корнетова. — Киев: Сфера, 2002. — 69 с.
7. Beck A. T., Beamesderfer A. Assessment of depression: the depression inventory // Mod. Probl. Pharmacopsychiatry. — 1974. — Vol. 7. — P. 151–169.
8. Новик А. А., Ионова Т. И. Руководство по исследованию качества жизни в медицине. — СПб.: Издательский Дом «Нева»; М.: «ОЛМА-ПРЕСС Звездный мир», 2002. — 320 с.
9. Felson D. T. Relation of obesity and of vocational and avocational risk factors to osteoarthritis // J Rheumatol. — 2005. — Vol. 32. — № 6. — P. 1133–1135.
10. Якушин С. С., Якушина Е. Ф. Депрессивные расстройства в практике ревматолога // Научно-практическая ревматология. — 2004. — № 1. — С. 55–59.
11. Амирджанова В. Н., Койлубаева Г. М. Методология оценки качества жизни в практике ревматолога // Научно-практическая ревматология. — 2003. — № 2. — С. 23–27.
12. Hormone replacement therapy and quality of life / Ed. By P.R. Schneider. — Parthenon Publishing group, 2002. — 144.

Адрес для контакта: art_popov@mail.ru

УДК 617.546-009.7

БОЛЬ В СПИНЕ КАК ПРОБЛЕМА ВРАЧА И ПРОБЛЕМА ПАЦИЕНТА

Д. Н. Зеленуха

ГОУ ДПО Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования Росздрава,
Россия**BACK PAIN AS THE PROBLEM OF DOCTOR AND THE PROBLEM OF PATIENT**

D. N. Zelenucha

St-Petersburg Medical Academy of Postgraduate Studies, Russia

© Д. Н. Зеленуха, 2008

Всякий раз, когда задается вопрос, нужна ли семейная медицина, и зачем она в таком городе, как Санкт-Петербург, я вспоминаю множество примеров из своей пока еще недолгой, но уже такой насыщенной практики. И вспоминая, уверенно отвечаю: да, семейная медицина нужна. Нужна людям, нашим пациентам, их семьям, независимо от того, где они живут — в большом городе или в далекой деревушке. Каждый визит больного, каждый вызов на дом — это вопросы. Почему пациент обратился за помощью? Почему он пришел именно сейчас? Как определить, чего именно он хочет и в чем нуждается? Как мы сможем вместе с ним принять решение? Как сохранить профессионализм? Как я смогу обеспечить непрерывность наблюдения в данном случае? Любая проблема, любой синдром могут продемонстрировать важность именно целостного подхода к пациенту, умения его поддержать, быть его защитником, мобилизовать ресурсы своего отделения, вовлечь команду общей практики.

Но мне хотелось бы привести примеры разного подхода к решению проблемы боли в спине, рассказав о своих двух разных пациентках.

В семье давних пациентов Центра семейной медицины (ЦСМ) случилось несчастье — заболела очень пожилая женщина. Ей 92 года, и прежде она никогда не болела. Но, как это часто бывает, обращение за медицинской помощью по поводу впервые возникшей проблемы (перелом шейки бедра), повлекло за собой назначение лечения, необходимость перевязок, инъекций. Возникла пневмония, аллергия на препараты, и семья оказалась вовлечена в тяжелую ситуацию ухода за хроническим больным.

Известно, что и сами ухаживающие в таких случаях бывают подвержены заболеваниям, так как находятся в состоянии дистресса, уязвимо-

сти, небывалого физического и психологического напряжения. Навещая на дому пожилую пациентку — мать семейства, я услышал от ее 70-летней дочери жалобу на боль в спине — дескать, перевозрачивала маму, меняла постельное белье и «сорвала» спину — наверное, радикулит. Осмотрев дочь, и внимательно проанализировав характер болей, я задумался. Описание болевого синдрома не походило на то, что свойственно остеоартрозу позвоночника: боль носила острый, опоясывающий характер, усиливалась при кашле, натуживании, а, когда больная ложилась в постель, принимала нестерпимую интенсивность. Физикальное исследование подтвердило локальный характер болезненности. Возникло подозрение, что при подъеме тяжести и физическом напряжении у пациентки развился компрессионный перелом позвонка вследствие остеопороза.

Ведущим клиническим проявлением остеопороза позвоночника является боль, вызванная компрессией позвонка или так называемой «ползучей деформацией». Наиболее частым диагнозом при боли в спине является «остеохондроз позвоночника». Однако лечение при остеопорозе существенно отличается от того, что рекомендуется при остеохондрозе. Наиболее частая локализация боли — нижнегрудной отдел позвоночника (пациент указывает на область между лопатками). Боль при компрессионном переломе позвонка обычно продолжается 2–4 недели и постепенно проходит. Она усиливается при перемене положения тела (особенно из горизонтального положения в вертикальное и наоборот), кашле, чихании, натуживании [1]. Обычно первые деформации и переломы при остеопорозе развиваются в X–XII грудных и в I–II поясничных позвонках. Это связано с тем, что на стыке грудного и поясничного отделов позвоночника образует угол. Сила тяжести, направ-

ленная в вертикальном направлении, в первую очередь, именно в этом отделе способствует «сминанию» тел позвонков. Со временем, если костная ткань позвонков не укрепляется, а условия, способствующие деформации, сохраняются, переломы продолжают. При этом обычно добавляются переломы вышележащих позвонков [1]. Рентгеновское исследование подтвердило диагноз компрессионного перелома I поясничного позвонка. Пациентка была госпитализирована и получает лечение.

Этот случай наглядно подтверждает необходимость более внимательного отношения к членам семьи хронического больного, у которых имеется повышенный риск развития заболеваний. Кроме того, важность дифференциальной диагностики при болях в спине обусловлена еще и возможностью назначить эффективное лечение: ведь лечение при остеоартрозе позвоночника (остеохондроз, в медицинском просторечии) значительно отличается от лечения при остеопорозе. И, если при остеоартрозе можно только облегчить проявления и симптомы, то при остеопорозе боль ликвидируется, причем совершенно другими препаратами. В дальнейшем наша пациентка будет нуждаться в постоянном наблюдении, она будет обучена специальным упражнениям, медсестра научит ее правильно питаться и безопасно двигаться. Вместе с ней мы внимательно осмотрим обстановку в квартире, чтобы предотвратить возможность падения и переломов. Знание природы заболевания поможет задержать, приостановить ту самую «ползучую деформацию» позвонков, о которой говорилось выше, и улучшить качество жизни человека.

Другой случай — болезнь молодой девушки. Пациентка К., 24 лет, обратилась за помощью в ЦСМ СПбМАПО с жалобами на боли в области пояснично-крестцового отдела позвоночника с иррадиацией по задней поверхности левого бедра. Поскольку ранее она проживала в другом городе, данное обращение в наше учреждение было первичным. Из анамнеза известно, что пациентка с первого года жизни наблюдается с диагнозом «несовершенный остеогенез», в течение первых 10 лет жизни она перенесла 25 переломов костей нижних конечностей, по поводу которых ей выполнено 7 оперативных вмешательств, в том числе металлоостеосинтез и корригирующая остеотомия. Как осложнение ранее перенесенных переломов прекратился рост нижних конечностей и развился анкилоз коленных и голеностопных суставов. В связи с этим пациентка имеет инвалидность I группы.

При осмотре выявлено: болезненность остистых отростков позвонков $L_{III}-L_{V}$, напряжение паравертебральных мышц, положительный симптом Ласега слева. Глубокие рефлексy с нижних

конечностей низкие. Нижние конечности укорочены до 50 см, отмечается анкилоз коленных и голеностопных суставов.

На основании характерной клинической картины был поставлен предварительный диагноз: дегенеративно-дистрофическое заболевание позвоночника. На основании анамнеза течения основного заболевания был заподозрен остеопороз.

Назначено обследование: рентгенография пояснично-крестцового отдела позвоночника, денситометрия.

Полученные данные обследования подтвердили предварительный диагноз.

1. Рентгенография пояснично-крестцового отдела: «Левосторонний сколиоз, гиперлордоз поясничного отдела. Отмечается деформация замыкательных пластин тел $Th_{XI}-L_{V}$ по типу центральных грыж, с выраженными изменениями у межпозвоночных дисков $L_{IV}-L_{V}$ и $L_{V}-S_1$ ».

2. Денситометрия: T критерий менее $-2,5 SD$. Дефицит костной ткани L_1-L_{IV} составляет 44%. Заключение: тяжелый остеопороз осевого скелета.

3. Данные клинического и биохимического исследования крови, ионизированного и общего кальция в пределах нормы. Общий анализ мочи без патологии.

Окончательный диагноз: дегенеративно-дистрофическое заболевание позвоночника; несовершенный остеогенез; вторичный остеопороз.

Назначенная терапия: на основании предварительного диагноза для купирования болевого синдрома были назначены нестероидные противовоспалительные средства — мелоксикам 15 мг в/м 1 раз в день в течение 3 дней с последующим переходом на пероральные формы.

После подтверждения диагноза вторичного остеопороза пациентке были назначены фосамакс (препарат алендроновой кислоты из группы бифосфонатов) — 75 мг внутрь 1 раз в неделю постоянно, препараты кальция и витамина D_3 .

На фоне лечения НПВС болевой синдром уменьшился в течение недели, но полностью его купировать не удалось. Добавив к терапии препараты для лечения остеопороза, удалось добиться полного исчезновения болей на длительное время.

Важным дополнением к лечению была психологическая реабилитация, которая регулярно проводилась семейной медсестрой на дому, что было немаловажным компонентом лечения. Пациентка отметила значительное улучшение общего самочувствия, стала работать на дому, чаще общаться со сверстниками, ее больше не беспокоили боли.

Находясь под постоянным наблюдением медицинского персонала Центра семейной медицины, пациентка четко следовала рекомендациям врача и медицинской сестры. Через год лечения было проведено контрольное обследование. Результа-

ты денситометрии показали положительную динамику: дефицит костной ткани L_I-L_{IV} составил уже 40%.

Несовершенный остеогенез (osteogenesis imperfecta), или «болезнь стеклянных костей» — группа генетических заболеваний, сопровождающихся изменением костной ткани, встречается с частотой 6–7 случаев на 100 тыс. населения [2]. Термин «несовершенный остеогенез» означает недостаточное формирование костной ткани, ее хрупкость. Как следствие, такой больной может иметь несколько сотен переломов в течение короткого периода жизни без очевидной на то причины. Дефект в одном из двух генов, кодирующих синтез

коллагена I типа, является причиной 90% случаев этой болезни [2]. Дальнейшее прогрессирование заболевания ведет к развитию вторичного остеопороза, который и стал, вероятно, причиной болей в спине.

Синдром боли в спине — один из частых поводов обращения не только к семейному врачу. Часто больные ищут помощи у тех, кто не имеет права ее оказывать, прибегая к самым разнообразным «чудодейственным» и шарлатанским методикам. Но только правильный диагноз, умение оценить и лечить не симптом, а пациента, приведут к успеху в терапии болевого синдрома при дорсопатиях.

Литература

1. *Клинические рекомендации по остеопорозу Российской ассоциации по остеопорозу* / под ред. Л. И. Беневоленской и О. М. Лесняк. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2005. — 176 с.
2. *Руководство по остеопорозу* / Под ред. Л. И. Беневоленской. — М.: БИНОМ. Лаборатория знаний, 2003. — 524 с.

Адрес для контакта: rytmy@mail.ru

О ДЕМОГРАФИИ, ПОЛИТИКЕ И ЖЕНЩИНАХ, МЕНЯЮЩИХ МИР**С. Л. Акимова**ГОУ ДПО Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования Росздрава,
Россия**ABOUT DEMOGRAPHY, POLITICS AND WOMEN THAT CHANGE THE WORLD****S. L. Akimova**

St-Petersburg Medical Academy of Postgraduate Studies, Russia

© С. Л. Акимова, 2008

С 16 по 17 ноября 2007 г. в Санкт-Петербурге, в гостинице «Прибалтийская», состоялась XIV международная конференция «Женщины, меняющие мир», собравшая делегатов из России и разных стран мира. Целями ее явились продвижение женщин во все сферы общественной жизни и выработка путей решения ключевых социально-экономических проблем, касающихся женщин.

В первый день работы конференции прошла панельная дискуссия на тему «Женщины и общество: традиции и вызовы современности». Сильные, уверенные в себе женщины-лидеры, успешные и в жизни, и в бизнесе, и в политике, и в семье, поделились собственным опытом — рассказали о том, какие устремления вели их к достигнутым вершинам. Потенциал женщин огромен и еще полностью не раскрыт. Бизнес помогает женщине быть успешной не только на работе, но и в семье. Идея заняться бизнесом должна зародиться еще на школьной скамье.

Женщины составляют более 50% населения планеты, они выполняют 2/3 всей работы, при этом занимают только 1% в руководящих постах и имеют 0,01% доходов по сравнению с мужчинами. Женщинам есть куда расти!

В России 70% женщин работают чиновниками — то есть в структуре, где им приходится выполнять принятые решения. А женщина хочет принимать решения сама! Терпение и выносливость — особые достоинства представитель «слабого» пола. В России у них, в отличие от «сильной половины», нет больших заводов или нефтяных скважин. Когда в 90-е годы XX века мужчины делили богатство страны, женщины спасали Россию... Они меняли свою судьбу ради своих детей, потому что женщины не могут не отвечать за этот мир, в который они отправляют своих детей.

На секции «Имидж профессионально активной женщины и средства массовой информации» обсуждался животрепещущий вопрос: как содействовать укреплению общественного мнения в том,

что негативные стереотипные образы женщин являются по своему характеру дискриминационными и унижающими достоинство женщин и не соответствуют концепции политики равных прав и возможностей.

На секции «45+» (те, кто старше 45 лет) обсуждались проблемы, связанные со здоровьем. Рассматривались такие вопросы, как социальное благосостояние и здоровье женщин; политика и законодательство относительно положения женщин предпенсионного и пенсионного возраста на рынке труда; нарушение их трудовых прав; качество жизни женщин после 45 лет; приоритетные направления профилактики неинфекционных заболеваний.

Интересные данные представили преподаватели СПбМАПО — участницы конференции. Сегодня старение рассматривается как продолжающееся становление человека. И пока человек жив, сохраняется тенденция к его личностному развитию. Есть множество мифов по поводу лиц пожилого и старческого возраста. Например, что при старении человека наблюдается неизбежное снижение умственных способностей. На самом же деле большинство людей сохраняет свои когнитивные способности до 75 лет и старше.

Современная нейрофизиология и психология приходят к выводу, что мозг пожилых людей обладает поразительными возможностями, далекими от усредненных показателей в соответствующей возрастной группе. Исследования показали, что важную роль в этих случаях играют генетические факторы и, в меньшей степени, — окружающая среда. К основным факторам, способствующим сохранению интеллекта в пожилом возрасте, относят: высокий уровень образования; стиль жизни, отличающийся разнообразием и стимулирующий умственную деятельность; гибкость ума и готовность к импровизации; брак с интеллектуально развитым партнером. Люди, профессия которых связана со словом, реже подвержены тем проблемам, с

которыми сталкиваются пожилые люди и старики. Чувство юмора тоже предохраняет от угасания умственных способностей.

Преждевременному угасанию интеллекта способствуют резкое снижение или ограничение социальных контактов, стрессовые состояния, в том числе и неудовлетворенность жизнью (поскольку умственные способности человека часто определяются эмоциональным комфортом личности, например, когнитивные способности ухудшаются у людей тревожных, недовольных складывающимися обстоятельствами).

Далеко не во всех культурах старость связывается со слабоумием. Так, на Востоке с древних времен к старикам относились с почтением, считая их мудрецами. Если рассматривать мудрость как умение анализировать, то есть воспринимать потоки информации, дифференцировать их по степени важности, отличать главное от второстепенного, эффективно использовать полученные сведения и определять верную стратегию для решения конкретной проблемы, то мудрый человек должен обладать такими качествами личности, как проницательность, здравость суждений, умение видеть перспективу, способность взвешенно подходить к проблемным вопросам и предлагать правильные решения. Пожилые люди чаще, чем молодые, принимают верное решение, хотя времени для принятия решения первым требуется больше, чем вторым. У пожилых людей мозг работает медленнее, однако конечный результат аналитической деятельности свидетельствует об эффективности работы мозга стареющего человека. Тем не менее, в современной России приходится говорить о профессиональной дискриминации людей предпенсионного и пенсионного возраста именно в связи с мифом о возрастном угасании когнитивных способностей.

Во второй день работы конференции значительный интерес вызвала секция «Охрана здоровья женщин и проблемы демографии». На секции выступила советник губернатора Санкт-Петербурга главный инфекционист города профессор СПбМАПО А.Г. Рахманова. Она остановилась на проблеме ВИЧ-инфекции. Это особая социально значимая и политическая ситуация, которая угрожает существованию человечества. В группе риска по ВИЧ-инфекции находятся все! В Санкт-Петербурге 1% беременных поражены ВИЧ-инфекцией. Из всех лиц с ВИЧ/СПИД у 77% ВИЧ впервые был выявлен в возрасте 19–30 лет. Увеличивается число ВИЧ-инфицированных детей, рожденных от ВИЧ-позитивных матерей, и число нуждающихся в антиретровирусной терапии и проведении профилактики

вертикальной передачи ВИЧ-инфекции. Защитить ребенка от ВИЧ — это приоритетная задача общества. Решение ее позволит сберечь здоровье нации, и перед этим приоритетом отступают все возможные экономические расходы.

Демографический фактор оказывает серьезное влияние на все сферы жизнедеятельности Санкт-Петербурга. В Санкт-Петербурге принята Концепция демографического развития Санкт-Петербурга на период до 2015 года. На протяжении последних десятилетий численность населения Санкт-Петербурга постоянно уменьшается. За 2006 год — снизилась на 9,4 тыс. человек, составив на начало 2007 года 4 млн 571 тыс.

К позитивным моментам демографической характеристики города можно отнести устойчивое снижение младенческой смертности. В 2006 году этот показатель составил 4,7 на одну тысячу родившихся живыми, что в 2 с лишним раза меньше, чем в целом по России (11,0). В 2007 году эта тенденция сохраняется. Так, за 8 месяцев 2007 года показатель младенческой смертности составил 3,8 на одну тысячу родившихся. Уровень рождаемости в Санкт-Петербурге по-прежнему почти вдвое ниже необходимого для простого воспроизводства населения, хотя в последние годы наметилась тенденция к росту рождаемости. За 8 месяцев 2007 года уже родилось на 1729 детей больше, чем за тот же период 2006 года.

На секции обсуждались и недостатки системы нашего здравоохранения, которая, как, впрочем, и во всем мире, недостаточно гендерно ориентирована. Заболеваемость женского населения Санкт-Петербурга, например, злокачественными новообразованиями по стандартизованным показателям на 30% выше, чем заболеваемость мужчин.

Женщины живут дольше, но качество их жизни хуже! При этом качество жизни женщин не рассматривается государством как приоритетная задача.

Преодоление демографического кризиса возможно только на основе комплексного решения вопросов семьи и рождаемости, здоровья и продолжительности жизни, миграции и расселения. Необходимо объединение усилий органов государственной власти, местного самоуправления, представителей профсоюзов, общественных объединений, религиозных конфессий.

Участники конференции приняли обращение к правительству города. Есть надежда, что к мнению тех, кто в России составляет гражданское общество, политики в итоге прислушаются.

Конференция «Женщины, меняющие мир» имела большой успех. Она убедила всех: женщины могут все!

ПРАВИЛА ОФОРМЛЕНИЯ СТАТЕЙ В ЖУРНАЛ «РОССИЙСКИЙ СЕМЕЙНЫЙ ВРАЧ»

Уважаемые авторы!

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

Рукопись представляют в редакцию на электронных и бумажных носителях. Статью также можно прислать только в электронном виде на адрес редакции fammedmaro@yandex.ru и guri_nat@mail.ru.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Примеры оформления списка литературы:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Редакция организует рецензирование, научное и литературное редактирование рукописей статей.

«Российский семейный врач»

Свидетельство о регистрации № 017794 от 22.06.98

Подписной индекс по каталогу «Роспечать» 29950

По вопросам приобретения журнала обращаться по тел. (812) 598-52-22

Редактор В. П. Медведев

Санкт-Петербург издательство Санкт-Петербургской медицинской академии последипломного образования.

Подписано в печать 15.03.2008 г. Формат 60 × 90 1/8. Бумага офсетная, Гарнитура Journal. Печать офсетная.

Усл. печ. л. 00. Тираж 1000 экз. Заказ № 000. Цена договорная.

193015, Санкт-Петербург, ул. Кирочная, д. 41.

Отпечатано в типографии