

СРОССИЙСКИЙ СЕМЕЙНЫЙ ВРАЧ

МЕДИЦИНСКИЙ НАУЧНО-
ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

Учредитель

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

Журнал выпускается при поддержке:
Королевского колледжа врачей общей практики (Великобритания)
Университета штата Айова (США)

Президенты:

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

Главный редактор:

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

Заместители главного редактора:

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

Редакционная коллегия:

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

Редакционный совет:

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

Ответственный секретарь:

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

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

Адрес редакции:

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

Подписной индекс по каталогу «Роспечать» 29950

Том 13
1-2009

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 дождала до открытия Института. Дело ее рук продолжила дочь Екатерина Михайловна, по инициативе которой Институту было присвоено имя матери.

На портрете Елена Павловна изображена с дочерью Марией. 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 Maria. We believe that this beautiful picture captures the essence of our journal and should also remind our readers of a wonderful episode from our national history.

Колонка главного редактора 4	Editorial 4
Статьи	Articles
ОТ ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ К НЕПРЕРЫВНОМУ ПРОФЕССИОНАЛЬНОМУ РАЗВИТИЮ <i>Е. В. Фролова</i> 5	FROM THE POSTGRADUATE STUDIES TO THE CONTINUAL MEDICAL EDUCATION <i>E. V. Frolova</i> 5
ПРЕПОДАВАНИЕ ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ В ОБЩЕЙ ВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИКЕ. ПРОБЛЕМЫ И ВОЗМОЖНЫЕ ПУТИ ИХ ПРЕОДОЛЕНИЯ <i>О. Ю. Кузнецова</i> 11	TRAINING OF MANUAL SKILLS IN GENERAL PRACTICE. PROBLEMS AND POSSIBLE WAYS OF THEIR OVERCOMING <i>O. Yu. Kuznetsova</i> 11
Оригинальное научное исследование	Original data
МЕРЦАТЕЛЬНАЯ АРИТМИЯ У БОЛЬНЫХ ИШЕ- МИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА: ВЛИЯНИЕ ТАКТИКИ АМБУЛАТОРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ НА ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К ТЕРАПИИ И ИСХОДЫ ЛЕЧЕНИЯ <i>С. И. Гетман, А. Н. Куликов</i> 16	ATRIAL FIBRILLATION IN PATIENTS WITH THE CORONARY HEART DISEASE: THE INFLUENCE OF AMBULATORY OBSERVATION TACTIC ON THE PATIENTS COMPLIANCE AND CLINICAL OUTCOMES <i>S. I. Getman, A. N. Kulikov</i> 16
КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЛЕТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ ОТ КРУПОЗНОЙ (ЛОБАРНОЙ) ПНЕВМОНИИ <i>В. В. Свистунов, В. А. Цинзерлинг, Д. В. Комарова</i> 20	CLINICAL AND EPIDEMIOLOGICAL CHARACTERISTICS OF THE LETHAL OUTCOMES FROM THE LOBAR PNEUMONIA <i>V. V. Svistunov, V. A. Zinserling, D. V. Komarova</i> 20
ИНФЕКЦИИ, ПЕРЕДАВАЕМЫЕ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ (ИППП) И ВИЧ-ИНФЕКЦИЯ В ГРУППАХ РИСКА. РАСПРОСТРАНЯЮТСЯ ЛИ ВОЗБУДИТЕЛИ ПО ОДНИМ И ТЕМ ЖЕ СЕТЯМ? <i>С. Л. Плавинский, А. Н. Барина, К. М. Ерошина, А. В. Бобрин, А. В. Новожилов</i> 26	SEXUALLY TRANSMITTED DISEASES (STD) AND HIV INFECTION IN HIGH RISK GROUPS. DO PATHOGENS SPREAD THROUGH THE SAME NETWORK? <i>C. L. Plavinski, A. N. Barinova, K. M. Eroshina, A. V. Bobrik, A. V. Novojilov</i> 26
ВЛИЯНИЕ ОБУЧАЮЩИХ ПРОГРАММ НА ПРИВЕРЖЕННОСТЬ ПАЦИЕНТОВ РЕКОМЕН- ДАЦИЯМ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ ОСТЕОПОРОЗА <i>Ю. А. Сафонова, И. И. Зубкова, Е. Г. Зоткин</i> 32	THE INFLUENCE OF THE TRAINING PROGRAMS ON THE PATIENT'S ADHERENCE TO THE PREVENTION AND TREATMENT OF OSTEOPOROSIS <i>Yu. A. Safonova, I. I. Zubkova, E. G. Zotkin</i> 32
Случай из практики	Clinical case
ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ МИКОПЛАЗМЕННОЙ ПНЕВМОНИИ В ОБЩЕЙ ВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИКЕ <i>Н. В. Федорова</i> 36	DIFFICULTIES OF DIAGNOSIS OF MICOPLASMAL PNEUMONIA IN GENERAL PRACTICE <i>N. V. Fedorova</i> 36
Хроника	Chronicle
РЕЗОЛЮЦИЯ ТРЕТЬЕГО ВСЕРОССИЙСКОГО СЪЕЗДА ВРАЧЕЙ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ (СЕМЕЙНЫХ ВРАЧЕЙ) 38	RESOLUTION OF THIRD ALL-RUSSIAN CONGRESS OF GENERAL PRACTITIONERS (FAMILY DOCTORS) 38
ДВИЖЕНИЕ ПРОТИВ РАКА УЖЕ РЕАЛИЗУЕТ ПРОГРАММУ МИНЗДРАВА РФ 2009 ГОДА <i>А. В. Александрова</i> 40	MOVEMENT AGAINST CANCER IS ALREADY REALIZING THE PROGRAM 2009 OF THE MINISTRY OF HEALTH OF RF <i>A. V. Alexandrova</i> 40

Уважаемые читатели, этот номер журнала содержит ряд статей, посвященных методологии обучения врачей общей практики. Статья Е. В. Фроловой содержит данные о современных подходах к обучению врачей, сформировавшихся в последние десятилетия за рубежом. Отсутствие системы последипломной подготовки, характерной для нашей страны, явилось стимулом для многих профессиональных ассоциаций, в том числе, международного уровня, для разработки новых подходов к обучению врачей, в том числе, врачей общей практики. В основу этой методологии положен подход, основанный на индивидуальных образовательных потребностях врача как обучаемого. В статье освещаются различные способы выявления слабых звеньев в профессиональной подготовке доктора и методы получения знаний и навыков, которые могут способствовать устранению этих пробелов. В статье, О. Ю. Кузнецовой, посвященной освоению практических навыков в общей практике, отражаются особенности специфики работы семейного врача, требующие изменения подходов к обучению. Отмечается необходимость комплексного подхода при оценке полученных навыков, в том числе, роль структурированного клинического экзамена при оценке уровня освоения практических навыков практикующими врачами. Данный номер содержит материалы различных оригинальных исследований, причем две статьи также косвенно связаны с проблемами образования, но уже пациентов. В статье С. И. Гетман и А. Н. Куликова, посвященной влиянию тактики амбулаторного наблюдения за пациентами с мерцательной аритмией на их приверженность к терапии, а соответственно и исходы лечения, подчеркивается значимость индивидуальной работы с каждым пациентом и повышения уровня его информированности. Статья Ю. А. Сафоновой, И. И. Зубковой, Е. Г. Зоткина посвящена изучению влияния обучающих программ на приверженность пациентов рекомендациям по профилактике и лечению остеопороза. В ней отражены особенности работы медицинской сестры с пациентами, страдающими остеопорозом. Авторы убедительно демонстрируют, что многие проблемы обучения пациентов могут быть делегированы сестринскому персоналу. Две другие статьи из раздела оригинальных научных исследований объединены тем, что посвящены заболеваниям, связанным с инфекционным поражением. В статье В. В. Свистунова, В. А. Цинзерлинга и Д. В. Комаровой внимание практических врачей обращается на проблему тяжелых форм внебольничной пневмонии, которые авторы позиционируют как крупозную. Несмотря на то, что этот термин в МКБ-10 отсутствует, авторы считают правомочным его использование, учитывая тяжесть поражения легких и быстрое развитие летальных исходов (в статье дается анализ секционного материала крупных стационаров г. Иркутска и Санкт-Петербурга). Материалы статьи представляют большой интерес для врачей первичного звена здравоохранения, так как печальный исход у большинства погибших пациентов был связан с поздней госпитализацией, а значит недооценкой их состояния на догоспитальном этапе. Статья С. Л. Плавинского, А. Н. Бариновой, К. М. Ерошиной, А. В. Бобрика и А. В. Новожилова содержит данные исследований, направленных на выявление взаимосвязи между ИППП и ВИЧ-инфекции среди потребителей наркотиков и работниц коммерческого секса. Результаты исследования демонстрируют, что наличие хотя бы одного заболевания из группы ИППП повышает риск ВИЧ-инфекции. Это обуславливает необходимость расширения программы обследования пациентов, которые могут быть отнесены к группе риска. Кроме того, возможность сочетанного инфицирования указывает на необходимость полного излечения пациентов от ИППП, учитывая роль этих инфекций в распространении ВИЧ-инфекции.

В традиционной рубрике нашего журнала «Хроника», читатель найдет резолюцию 3-го Всероссийского съезда врачей общей практики, который состоялся в г. Белгород в октябре 2008 г и другие не менее интересные материалы.

*Главный редактор журнала Российский семейный врач
Вице-президент Всероссийской ассоциации врачей общей практики
Заведующая кафедрой семейной медицины ГОУ ДПО СПБМАПО
Профессор Ольга Юрьевна Кузнецова*

Если у вас возникнут какие-либо вопросы, обращайтесь к ответственному секретарю журнала Наталии Алексеевне Гуриной по телефону: 812 598 52 22 или по электронной почте: guri_nat@mail.ru.

УДК 378.046

ОТ ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ К НЕПРЕРЫВНОМУ ПРОФЕССИОНАЛЬНОМУ РАЗВИТИЮ

Е. В. Фролова

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

FROM THE POSTGRADUATE STUDIES TO THE CONTINUAL MEDICAL EDUCATION

E. V. Frolova

St-Petersburg Medical Academy of Postgraduate Studies, Russia

© Е. В. Фролова, 2009 г.

Статья посвящена вопросам медицинского образования. Принципы непрерывного профессионального развития, описанные в статье, применимы для общей врачебной практики (семейной медицины) и становятся особенно актуальными в свете разработки стандартов оказания помощи и борьбы за качество первичной медицинской помощи.

Ключевые слова: непрерывное профессиональное образование, улучшение качества, общая врачебная практика.

Continual medical education is the basis of quality improvement. The author describes how to plan CME and what tools and method are effective for it.

Keywords: continual medical education, quality improvement, general practice.

*Кто не знает, в какую гавань он плывет,
для того нет попутного ветра.*

Сенека, древнеримский философ

В нашей стране, в отличие от многих европейских стран, существует хорошо развитая, обеспеченная законодательно на государственном уровне система последипломного медицинского образования. Это означает, что после получения диплома и квалификации специалист может получить дополнительную квалификацию, приобрести более глубокие знания и совершенные навыки, воспользовавшись правом на обучение в клинической ординатуре, интернатуре. Кроме того, система сертификации требует от специалиста подтверждения права на получение сертификата каждые пять лет. Существуют специальные курсы, которые позволяют, обучившись на них в течение месяца, сдать экзамен и подтвердить право на обладание сертификатом [1].

Как организована система последипломного образования за границей? Не останавливаясь на деталях, так как это не является целью нашей статьи, подчеркнем, что, кроме Восточной Европы и бывших советских республик, подобной системы нет нигде. В большинстве стран право определять квалификацию врача, специалиста или подтверждать ее принадлежит профессиональным ассоциациям. Вместе с тем, существует система подготовки врачей для ресертификации, ответственность за которую несут либо те же профессиональные ассоциации, либо университеты, либо другие организации. Таким образом, медицинское

обучение после получения диплома является в большой степени одной из обязанностей зарубежных врачей общей практики [1, 2].

Что же такое «непрерывное профессиональное развитие (continuing professional development)» — это обучение на протяжении всей профессиональной жизни специалиста, в нашем конкретном случае — врача. У нас, кстати, об этом говорит даже народная мудрость: «учиться никогда не поздно», что означает примерно то же самое, что английское «life long learning» — «всю жизнь учиться».

С точки зрения медицинской этики, в условиях растущего потока медицинской информации и меняющихся требований к уровню знаний непрерывное профессиональное развитие обязательно для всех врачей. В настоящее время издается около 40 тыс. биомедицинских журналов, примерно 2 миллиона статей публикуется ежегодно. Как врачу сориентироваться в этом потоке и выполнить требования общества, сохранив профессионализм?

Для врача общей практики оставаться в русле потока медицинской информации трудно, но необходимо и ответственно. Традиционное последипломное образование уже не устраивает ни самих врачей, ни преподавателей. Обучение должно быть непрерывным продолжительным процессом, а не серией спорадических попыток. Цель непрерывного профессионального развития — улучшение качества оказания помощи. Непрерывное профессиональное развитие является обязательным с этической точки зрения и включает повышение не только медицинской компетенции, но и, напри-

мер, лидерских, социальных навыков [3]. Концепция непрерывного профессионального развития, или совершенствования, ставшая очень популярной в последнее время в различных странах, пока еще не реализуется в нашей стране. Возможно, это следствие существования сильной государственной системы последиplomного образования. Однако наличие подобной системы, выгодно отличающей Россию от других стран, отнюдь не исключает непрерывного профессионального совершенствования.

Почему нам тоже необходимо непрерывное развитие каждого врача общей практики?

Реформирование отечественного здравоохранения происходит в сложных условиях и имеет целый ряд особенностей. Социальная обстановка неблагоприятна для медицинских работников, особенно для врачей общей практики: последствия закона № 122 и негативные эмоции населения в отношении медицины, продолжающееся расслоение в обществе с увеличившейся доступностью помощи для богатых и снижением ее для бедных, традиционно низкий общественный престиж медицинского работника, которого сегодня называют «бюджетник». Экономические особенности реформирования — это, прежде всего, непродуманные способы расчетов страховых компаний с первичным звеном здравоохранения, когда врачу невыгодно наблюдать здоровых людей; антагонизм между специалистами и врачами первичной сети, вызванный дифференциацией оплаты труда. Наконец, существуют особенности, связанные с состоянием системы высшего образования — идущий параллельно процесс реформирования этой системы; заметно снизившийся уровень качества подготовки выпускников медицинских вузов из-за распространенности платной формы обучения; режущее глаз и ухо отсутствие общей образованности и эрудиции выпускников вузов. В этой ситуации врачу необходимы совершенно иные подходы к сохранению и повышению своего профессионального престижа, который зиждется на профессиональном обучении и развитии, умении приложить и выполнить на практике полученные знания. От качества же работы врача зависит и его экономическое положение, и общественное. Традиционно установленные сроки «один раз в пять лет усовершенствование» абсолютно неприемлемы в современных условиях лавины постоянно обновляющейся информации. Кроме того, непрерывное профессиональное развитие может успешно осуществляться на рабочем месте каждого врача, что очень важно в ситуации постоянного кадрового дефицита и нежелания руководителей учреждений здравоохранения «отпускать» врачей и медсестер на курсы.

Непрерывное профессиональное развитие — это процесс постоянного самообучения. Основой непрерывного профессионального обучения является ежедневная практическая деятельность обучающегося. Цели обучения устанавливаются врачом общей практики и/или отделением, где он работает, однако учитываются не только

потребности врача, но и приоритеты пациента и общества. Если традиционное повышение квалификации происходит на основе государственных учебных программ, то запланировать процесс своего развития может каждый врач на основе самооценки собственной работы. Сам же процесс обучения происходит во время посещения лекций, семинаров, конференций, заседаний ассоциаций, изучения литературы. Участие в конференциях и семинарах — не единственный путь обучения. Врач общей практики может учиться, работая с пациентами, в повседневной практике, обсуждая с коллегами те или иные случаи и клинические ситуации, получая советы и мнение специалистов о больных, направленных на консультацию, узнавая мнение медсестер, пациентов и их родственников, читая, изучая клинические рекомендации и медицинские публикации. Кажется непривычной не только форма обучения, но и отсутствие жесткой программы, как это предусмотрено традиционным последиplomным обучением. Есть и другие различия: в последиplomном обучении учатся в группе; в основном, процесс происходит в аудитории; центром обучения является преподаватель.

Методы планирования непрерывного профессионального развития

Для составления персонального плана совершенствования надо изучать собственную практику, использовать внутренний и внешний аудит, клинические рекомендации (guidelines). Один из важнейших методов — анализ собственных контактов с пациентами на основании обзоров историй болезни и дневника наблюдений [4]. На практике это выглядит следующим образом. В один из дней месяца, который устанавливается самим врачом, например, третий понедельник месяца, обучающийся записывает последовательно в дневник десять консультаций, выполненных им во время приема, без всякого отбора. Затем анализирует, все ли ему удалось сделать во время этих консультаций, и записывает конкретно, что НЕ удалось. Например:

«Женщина 20 лет с периодически повторяющимися головными болями — не смог оценить данные неврологического осмотра, отправил на консультацию к неврологу».

Из этой записи можно легко вывести, что нужно повторить доктору, чтобы не направлять на консультацию без показаний. Такая таблица может выглядеть следующим образом: (табл.)

Предлагаем читателям для тренировки заполнить эту таблицу и оценить собственные потребности в повышении квалификации. Если вести такой дневник регулярно, то очень скоро определятся основные пробелы в знаниях и навыках. Тогда следует очередной этап: составить календарный план ликвидации этих пробелов.

В чем преимущества такого подхода? Во-первых, это очень конкретный план. Во-вторых, это собственный, личный план, и те недостатки, ко-

торые сам обучающийся констатирует, не обязательно должны быть известны администрации. Устранив эти недостатки, человек значительно повышает самооценку, сохраняя независимость и самоуважение. Важно при этом соблюсти конкретность в сроках — не сдаваться обыденным заботам, а стараться целенаправленно выполнять намеченные задания.

Еще один способ планирования обучения — анализ значительных событий в жизни как врача, так и всего отделения [4]. Именно этот метод позволяет соотнести нужды всего коллектива и отдельного сотрудника. Всем знакомы ситуации, в которых приходится участвовать сразу нескольким, а то и всем сотрудникам отделения общей практики: сложный пациент, который перебивал у всех врачей; жалоба от пациента или родственников; серьезные замечания со стороны других медицинских учреждений, например, стационара, или от экспертов страховой компании.

В таких случаях необходимо проводить анализ и буквально докапываться до истинной причины происшествия. Существует специальная методика подобных разборов, она называется «рыбья кость» (fishbone) (рис.). Во время обсуждения постепенно заполняются свободные «косточки», возникают новые ответвления. Приведем для примера гипотетическую ситуацию.

Во время отоскопического осмотра пациентки начинающий доктор выявила инородное тело в слуховом проходе — ватный тампон. Пытаясь его извлечь, она случайно поранила кожу наружного слухового прохода. Пациентка пожаловалась на боль, кровотечение, и обратилась к заведующей отделением.

Во время разбора было установлено следующее. 1. В наружном слуховом проходе пациентки действительно находился ватный шарик, оставленный больной после гигиенической процедуры, который необходимо было извлечь. 2. Доктор

Таблица

Оценка собственных потребностей

Детали консультации	Не удовлетворенные потребности пациента	Что нужно изучить врачу	Как это сделать
<p>Пример: Родители 15-летнего мальчика консультируются по поводу неуправляемого поведения сына. Они интересуются, как выяснить, не употребляет ли сын наркотики</p> <p>1. По телефону: мать интересуют возможные адреса лечения синдрома гиперактивности у ее 12-летнего сына 2. Женщина, 20 лет, постоянные головные боли неустановленного генеза 3. По телефону: женщина 54 лет, сомнительные результаты маммографии 4. Мужчина, 63 года, первый визит после выписки из стационара после резекции толстой кишки 5. Мужчина, 44 года, воспаленная мошонка, проблемы с мочеиспусканием 6. Женщина, 82 года, фибрилляция предсердий, спрашивает об уменьшении дозы препаратов 7. Женщина, 76 лет, получает антикоагулянты, плохо контролируется МНО 8. Женщина, 49 лет, кровотечение в менопаузе 9. Женщина, 52 года, неконтролируемая гипертензия 10. Мальчик, 4 года, высыпания, температура</p>	<p>Я не знал симптомы наркотической зависимости и способы ее диагностики, не знал, как обеспечить контакт с подростком, поэтому не смог успокоить родителей.</p> <p>Не смог убедить пациентку соблюдать низкосолевою диету Не знал, как отличить высыпания при кори от краснухи; не знал, как зарегистрировать краснуху</p>	<p>Мне необходимо больше знаний о специфических симптомах употребления наркотиков. Мне нужна информация о местных организациях, оказывающих соответствующую помощь, чтобы я мог дать необходимые правильные рекомендации</p> <p>Проблемы соблюдения врачебных рекомендаций</p> <p>Дифференциальная диагностика высыпаний; нормативные документы по детским инфекциям</p>	<p>Проконсультироваться с руководством местных поддерживающих организаций; связаться с ними; или найти нужную литературу.</p> <p>Записаться на цикл «Обучение пациентов» Спросить у зав. отделением нормативные документы</p>

взяла для извлечения шарика пинцет из подготовленного набора стерильных инструментов в манипуляционной. 3. Пинцет не предназначен для извлечения инородного тела, так как имеет острые бранши. 4. Медицинская сестра, готовившая кабинет и инструменты для приема, опоздала на работу и не успела простерилизовать необходимые инструменты.

Вся эта информация записывается на доске во время разбора «на костях скелета», с обозначением лиц, ответственных за ситуацию. Важные для планирования непрерывного развития сведения, выяснившиеся во время разбора, заключаются в том, что врач не знала, какими инструментами можно пользоваться для ЛОР-осмотра. Нужно запланировать занятие с консультантом по ЛОР-болезням, работающим в отделении, и повторить порядок использования и способы выполнения манипуляций в отоларингологии.

Организация работы в отделении Организация здравоохранения в районе

В план обучения можно включить и те сведения, которых, по мнению коллег, недостаточно у обучающегося. Например, врач во время дежурства принимал пациента, которого ведет другой его коллега. Назначения, сделанные дежурным врачом, не соответствовали плану ведения пациента, разработанному лечащим врачом, так как неправильно был оценен риск артериальной гипертензии. Это повод не для обиды друг на друга, а для конкретных действий: запланировать повторение Национальных рекомендаций по артериальной гипертензии и потренироваться в оценке риска развития осложнений у пациентов.

Видеозаписи консультаций являются незаметным методом оценки и самооценки. Использование видеозаписей требует определенного навыка, наличия хорошего оборудования, получения согласия пациента. Существуют специальные рекомендации по созданию и оценке видеозаписей консультаций. Они будут предметом следующих публикаций. Необходимо только упомянуть, что данный метод позволяет проводить изучение и

консультативных навыков, и поведения врача, и его знаний и практических умений. Безусловно, это предоставляет широкие возможности для планирования профессионального развития врача.

Периодически в процессе работы приходится сдавать различные экзамены, в том числе и на категорию, проходить аттестацию. В целях промежуточной оценки нередко используются тесты, как множественного, так и расширенного выбора. Для планирования своего развития можно использовать и подобные проверки.

Как уже упоминалось, цели обучения устанавливаются не только самим врачом, но и коллективом отделения. Руководитель отделения периодически в соответствии с обязанностями анализирует работу коллектива. Так, анализ исследований, назначенных врачами, направлений на консультацию к специалистам, госпитализаций дает немало информации для планирования повышения квалификации врачей. Например, неоправданные назначения лекарственных препаратов, таких, как пираретам или милдронат; редко назначаемые исследования содержания аминотрансфераз у больных с ишемической болезнью сердца могут свидетельствовать о недостаточном знании клинических рекомендаций по инсульту, атеросклерозу. Частые вызовы неотложной помощи к больным с артериальной гипертензией — о неудовлетворительном диспансерном наблюдении. Все эти аналитические заметки помогут спланировать соответствующее обучение [5].

Наконец, очень важная техника анализа качества — аудит. Это слово широко употребляется сегодня, но, как правило, нет единого представления о том, что такое аудит. Слово аудит в разных переводах означает «он слышит» или «слушающий». Возникновение аудита связано с разделением интересов тех, кто непосредственно занимается управлением предприятием (администрация, менеджеры), и тех, кто вкладывает деньги в его деятельность (собственники, акционеры, инвесторы). Акционеры хотели быть уверены в том, что их не обманывают, что отчетность, представленная администрацией, полностью отражает действительное финансовое положение предприятия. Для проверки приглашались люди, которым, по мнению акционеров, можно было доверять. Главным требованием, предъявляемым к аудитору, были его безупречная честность и независимость. Таким образом, обыкновенный контроль со стороны внешних проверяющих (администрация здравоохранения, вышестоящие властные органы) нам знаком давно. А вот что такое внутренний аудит и как он используется для обучения врачей? Так называемый клинический аудит — это процесс, который осуществляется не внешними проверяющими, а сотрудниками учреждения, в целях повышения качества помощи, использующий отрицательные результаты деятельности в целях совершенствования, позволяющий найти новые возможности и пути решения проблем, стоящих перед учреждением. Поскольку за результатами

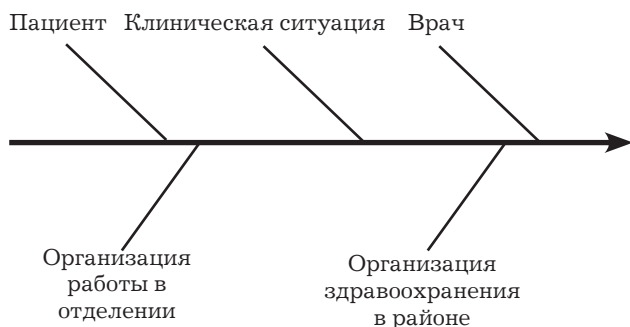


Рисунок «Рыбий скелет» (заполните)

не последует никаких наказаний, то атмосфера проверок благожелательная, а результаты обсуждаются конфиденциально, или изучаются самим врачом [6].

Уже несколько лет в Дании развивается проект, в котором участвуют врачи общей практики. Цель его — улучшение качества помощи. Начался проект с анализа лечения респираторных инфекций и отита у детей. В ходе процесса врачи общей практики собирают данные о качестве оказания помощи больным с различными заболеваниями по специальным схемам. После того как данные собраны, они анализируются в специальных группах врачей, в соответствии со стандартами оказания помощи. Затем планируются и проводятся мероприятия по обучению, с учетом конкретных недостатков, отмеченных во время анализа результатов. Наконец, третья стадия — повторная оценка. Такие систематические оценки проводятся регулярно. Сравнение результатов позволяет увидеть прогресс в оказании помощи, либо снижение ее качества. Важный этап проекта — разработка форм аудита, тех самых карт, которые позволяют собрать данные и провести анализ. Карта аудита включает все необходимые детали обследования, требования к диспансерному наблюдению, назначению исследований и лечения. Так, для больного артериальной гипертензией в ней необходимо отметить, указаны ли в амбулаторной карте факторы риска, особенности образа жизни, посещал ли больной школу для пациентов с гипертензией и т.д. Можно использовать компьютерную версию такого сбора данных. Проект называется «АПО-аудит Оденсе» [7]. Теперь он превратился в настоящий центр непрерывного профессионального развития, и его опыт используют многие европейские страны, в особенности северные. Методология становится все более популярной и в России, в частности, области, сотрудничающие со странами Северной Европы, такие, как Вологда, Мурманск, Калининград, Ленинградская область, также начали применять методику аудита при артериальной гипертензии. Систематический сбор данных требует дополнительных усилий от врачей общей практики, и эта дополнительная нагрузка не оплачивается, а выполняется добровольно. Конечно, можно заметить некоторые недостатки метода: например, некоторые случаи могут быть пропущены, карты останутся незаполненными или будут заполнены некачественно. Но если сотрудники сознательно стремятся к улучшению качества помощи, то, безусловно, такие ситуации не могут возникнуть. Возможность планирования самообразования и развития врачей появляется при сравнительном анализе работы сотрудников внутри отделения, или отделений между собой, или одного и того же отделения в разные годы. Методика аудита возможна при наличии клинических рекомендаций, или стандартов оказания помощи. В то же время она позволяет подобные стандарты совершенствовать [8].

Способы обучения в процессе непрерывного профессионального развития

После составления плана своего обучения врач выбирает способы, с помощью которых он будет устранять пробелы в образовании. Наиболее распространенный — это посещение конференций, конгрессов, лекций, семинаров, которые проводятся в огромном количестве в любом городе. Однако здесь есть препятствие: темы этих мероприятий выбираются организаторами, и могут не отвечать индивидуальным потребностям обучающегося.

Другой путь — посещение курсов, организованных учреждением последиplomного образования. Этот путь также не очень хорош. Курсы, как правило, охватывают большой объем материала, и также не приспособлены к индивидуальным потребностям. Как уже упоминалось выше, они проводятся по государственным унифицированным программам и не меняются для индивидуальных потребностей курсантов.

Использование дистанционного обучения — отличная возможность гибкого, индивидуализированного обучения. Можно изучить какой-нибудь модуль из программы большого курса; можно общаться с преподавателем и куратором; можно делать это в удобное для обучающегося время. Однако пока еще дистанционное обучение малодоступно, оно только начало развиваться [9].

Использование Интернета и литературы для обучения остается актуальным и полезным способом непрерывного развития. Оказать помощь в выборе источников могут коллеги, старшие врачи, преподаватели кафедр.

Обсуждения в группах с коллегами различных образовательных тем также является одним из полезных методов образования. В этой связи нельзя не упомянуть работу Ассоциации врачей общей практики. Члены Ассоциации могут проявить значительно большую активность в выборе тем заседаний, учитывая планы персонального развития врачей. Пользу таких обсуждений на ассоциациях невозможно переоценить, это опыт коллег, беспристрастное суждение равных по образованию, положению. Атмосфера дискуссий всегда дружеская, без обвинений и осуждений. В Норвегии последиplomное обучение врачей общей практики возникло именно на основе групповых дискуссий и бесед в отдельных практиках [10].

Говоря о непрерывном профессиональном развитии, нельзя не упомянуть, что в нем играет роль и чтение художественной литературы, и музыка, и живопись, и другие виды искусства. На занятиях с клиническими ординаторами кафедры семейной медицины мы разбирали и анализировали умение врача сообщать «плохие новости», используя фильм «Пока не сыграл в ящик», замечательное произведение гуманистического характера, с юмором излагающее историю дружбы двух неизлечимо больных приятелей. Обсуждая историю болезни пожилой пациентки по циклу гериатрии, смотрели настоящий шедевр российского киноискусства, фильм «Девочка и смерть» режиссера

Киры Муратовой. Многие произведения описывают яркие истории болезни, и могут служить красочными иллюстрациями к учебным программам. Истории болезни великих людей, композиторов, писателей также могут служить прекрасным учебным материалом, как, например, история болезни композитора Малера.

Основные инструменты обучения — личный план развития и портфолио обучающегося. Во время процесса обучения данные собираются и анализируются с помощью методов доказательной медицины. Самооценка каждого человека может быть ошибочной, вот почему так важна коллегиальность и принципы аудита. Между тем, обучение не всегда гарантирует правильное выполнение на практике того, что было изучено. Знания должны иметь практическое приложение, а для этого необходимы дополнительные усилия и разнообразные меры [9].

Традиционное последипломное обучение подразумевает систему аттестации врачей. Кроме того, медицинские учреждения регулярно аккредитуются, в этом процессе также необходимо продемонстрировать компетенцию и официальную категорию сотрудников. Если будет необходимо демонстрировать реальную компетентность, умение применять полученные знания на практике, аттестационная система должна будет адаптироваться к новым требованиям. Это будет кардинальное изменение — от подсчетов кредитов и регистрации посещений

к оценке персонального плана профессионального развития, что приведет к повышению качества. Необходим новый набор инструментов, позволяющий уточнить и понять потребности обучающегося, и то, как они должны быть удовлетворены. Очевидно, что системе аттестации необходима гибкость. Очевидно также, что оценка компетентности — это ресертификация, аттестация; аккредитация же — это и есть оценка «performance» из Миллеровской пирамиды, то есть процесса выполнения на практике тех навыков и знаний, которые были получены во время обучения.

Поскольку непрерывное профессиональное развитие — это обучение взрослых, то и принципы его осуществления должны основываться на андрагогике. Нужна мотивация к обучению, учет иерархии потребностей обучающегося, его личного и профессионального опыта. Чтобы сделать процесс обучения длительным и непрерывным, следует использовать стратегии поддержки обучающихся.

Нужен ли в такой ситуации педагог, преподаватель? Безусловно, так как остается необходимость координировать обучение, обеспечивать его методически, поддерживать обучающегося, мотивировать к обучению. Непрерывное профессиональное развитие может базироваться на профессиональных сообществах, медицинских Ассоциациях, с участием опытных педагогов-координаторов, врачей наставников.

Литература

1. Медицинское последипломное образование. Т. II. Управление и экономика / Под ред. Н. А. Белякова и С. Л. Плавинского. — СПб.: Издательский дом СПбМАПО, 2006. — 432 с.
2. Развитие первичной медико-санитарной помощи в России. Методические рекомендации / Под ред. ак. И. Н. Денисова, Е. И. Черниенко, В. П. Чуднова, Т. В. Елмановой. — М., 2008. — 513 с.
3. Allen J. The development of general practice education in Europe. In: Back to the Future. Reflection on General Practice in a Changing World. Ed.: J. de Lepeleire. Antwerpen-Appeldoorn. Garant. 2008. — P. 17–28.
4. Rughani A. The GP's guide to personal development plans.— Radcliff Medical Press Ltd. 2000.— 143 с.
5. Мякеля М., Бут Б., Робертс Р. Путешествие в страну качественной медицинской помощи. — СПб, 2008.— 170 с.
6. Bentzen N. Medical Audit. The APO Method in General Practice // Scand J Prim Health Care. — 1993. — Vol. 11. — P. 13–18.
7. Hansen C. N., Hansen D.G., Kragstrup J., Busch O., Munck A. The role of the APO method in improving diabetes care in general practice: the results of a Danish prospective multipractice audit circle // Qual Prim Care. — 2003. — Vol. 1. — P. 225–232.
8. Полубенцева Е. И., Улумбекова Г. Э., Сайтжулов К. И. Клинические рекомендации и индикаторы качества в системе управления качеством медицинской помощи / Методические рекомендации. — М.: ГЭОТАР Медиа, 2006.— 60 с.
9. Shoenmakers B., et al. From «Good Clinical Practice» to a «Good Practice Clinic». In: Back to the Future. Reflection on General Practice in a Changing World. Ed.: J. de Lepeleire. Antwerpen-Appeldoorn. Garant. — 2008.— P. 67–75.
10. Гей Л., Вестин С. Руководство для преподавателей и врачей общей практики / Перевод с норвежского под ред. проф. О. Ю. Кузнецовой. — СПб.: Принтлайн. — 2005. — 516 с.

Автор: Е. В. Фролова, д.м.н. профессор кафедры семейной медицины СПбМАПО

Адрес для контакта: efrolovamd@yandex.ru

УДК 614.254:371.3

ПРЕПОДАВАНИЕ ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ В ОБЩЕЙ ВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИКЕ. ПРОБЛЕМЫ И ВОЗМОЖНЫЕ ПУТИ ИХ ПРЕОДОЛЕНИЯ

О. Ю. Кузнецова

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

TRAINING OF MANUAL SKILLS IN GENERAL PRACTICE. PROBLEMS AND POSSIBLE WAYS OF THEIR OVERCOMING

O. Yu. Kuznetsova

St-Petersburg Medical Academy of Postgraduate Studies,
Russia

© О. Ю. Кузнецова, 2009 г.

В статье описываются методические аспекты обучения врачей общей практики практическим навыкам. Приводятся данные об опыте этой подготовке, накопленном на кафедре семейной медицины СПбМАПО. Освещаются проблемы, которые могут возникнуть при обучении врачей и возможные пути их решения.

Ключевые слова: преподавание, практические навыки, общая врачебная практика.

The methodological aspects of the training of the manual skills of general practitioners are described in the article. The data about experience of that training, cumulated at the department of family medicine of MAPS are presented. The problems that could arise during training of the doctors and possible ways of their solving are discussed.

Keywords: training, manual skills, general practice.

Введение. Прежде, чем заняться рассуждениями об обучении врача общей практики практическим навыкам, попробуем определиться в терминологии. Для того, чтобы осуществлять профессиональную деятельность, любой врач должен обладать знаниями. Заглянув в словарь русского языка С. И. Ожегова [1], находим, что *знания* — это постижение действительности сознанием или, иными словами, совокупность сведений, познаний в какой-нибудь области, в нашем случае, это медицина. Однако одних знаний для практической деятельности явно недостаточно, поэтому в том же источнике находим определение еще одного термина — умение. *Умение* — это способность делать что-либо, приобретенная знанием. Перенося эти определения в область медицины, можно сказать, что врач, прослушавший лекцию о гипертонической болезни, в частности, узнал о новых методах ее лечения, и теперь он сможет продемонстрировать свое умение при лечении пациентов. Однако, так ли это на самом деле? Вероятно, нет, поскольку каждый больной индивидуален и при приложении своих знаний и умений в каждом конкретном случае, врач может столкнуться с рядом проблем, поиск решения которых будет обеспечен настолько быстро, насколько часто он с ними сталкивается и находит правильное решение. Вновь заглянув в

словарь С. И. Ожегова, мы найдем объяснение еще одного термина, который носит название навык. *Навык* — это умение, созданное упражнениями. Таким образом, само определение навыка подразумевает необходимость отработки, тренировки, то есть многократного повторения. Попробуем теперь связать упомянутые термины с процессом обучения и оценкой его качества.

В 1990 г. психолог Джордж Миллер предложил определенную схему для оценки клинической компетенции врача, в литературе она получила название пирамиды Миллера [2]. В основе этой пирамиды лежат *знания* (knowledge). Вновь используя пример овладения современными подходами к лечению гипертонической болезни врачом общей практики, отметим, что это означает, что врач имеет *представления* о гипертонической болезни. Затем следует *компетенция* (competence), то есть врач знает, как он будет лечить больного гипертонической болезнью. Для оценки уровня усвоения знаний используются письменное тестирование, причем для оценки компетенции необходимы тестовые задания, в основе которых лежат клинические примеры. К вершине пирамиды приближается следующий этап — *исполнение* (performance), то есть врач может продемонстрировать при клиническом разборе пациента, что он действительно знает, как лечить больного, у которого повышен

уровень АД. Методы контроля правильности исполнения данной задачи могут быть различными. В последнее время все более популярными становятся видеозаписи консультации врача, привлечение пациентов-симулянтов, в роли которых могут выступить подготовленные сотрудники кафедры. Вершиной же пирамиды является реальное *действие* (action), которое означает, что в своей клинической практике врач действительно будет действовать именно так, как он этому научился и продемонстрировал в учебном классе, решая ситуационную задачу или участвуя в клиническом разборе. Джордж Миллер намеренно выделяет этот последний завершающий этап овладения знаниями и навыками как вершину пирамиды и подчеркивает, что оценить качество подготовки врача окончательно можно только путем наблюдения за его действиями в реальной практике. Необходимо отметить, что именно на этой концепции строится сегодня система профессионального развития, которая включает самооценку деятельности врача и оценку равными (коллегами). Именно этот подход используется при подготовке врачей общей практики, в частности, в Норвегии. Он подробно описан в книге Линн Гец и Стейнара Вестина [3], переведенной на русский язык, поэтому мы не будем на нем подробно останавливаться в данной публикации.

Продолжая размышления о различных терминах, следует отметить, что не всегда практический навык означает выполнение каких-либо рукодействий. В этом случае мы вносим понятие мануальный навык (manual в переводе с английского означает ручной). Трактровка этого термина в словаре русского языка С. И. Ожегова отсутствует, так как появление этого термина является символом внедрения в нашу речь в последние десятилетия значительного количества английских слов, которые в 60-е годы прошлого века (год шестого стереотипного переиздания словаря русского языка) были не столь распространены. Однако нельзя не заметить, что клиническая практика настолько многообразна, что отделить мануальные навыки от практических достаточно сложно. Лечение больного гипертонической болезнью включает и его клиническое обследование (мануальный навык — аускультация), измерение уровня артериального давления (мануальный навык — измерение АД), определение степени поражения сосудов глазного дна (мануальный навык — офтальмоскопия). Можно лишь отметить, что понятие практический навык является более широким и соотносится с той частью пирамиды Миллера, которая означает исполнение. Вершина же пирамиды, то есть реальное внедрение в практику, пока для нас остается в определенной мере той частью айсберга, которая нам не видна в существующих условиях организации последипломного образования.

Какими практическими навыками должен владеть врач общей практики. Учитывая ряд обстоятельств, формирование подготовки врача общей практики отличалось от подобной работы в области других специальностей. Стоит только вспомнить, что приказ Минздрава № 237 от 1992 г. включал в качестве приложения и квалификационные характеристики врача общей практики, и подробно изложенные программы подготовки в ординатуре и профессиональной переподготовки. Статус образовательного стандарта программы получили в 2001 г.. Последний пересмотр был осуществлен в 2004 г. В коррекции программ последипломного обучения принимали участие большинство заведующих кафедрами общей практики и семейной медицины медицинских вузов и учреждений дополнительного профессионального образования. Кроме того, были приглашены эксперты из Великобритании, поскольку данная работа была важным компонентом программы гранта Европейского союза, посвященной развитию обучения врачей общей практики в Российской Федерации. Данный стандарт согласован с директором департамента фармацевтической деятельности, обеспечения благополучия науки и образования МЗ СР РФ академиком РАМН Н. Н. Володиным и утвержден председателем Учебно-методического отдела по медицинскому и фармацевтическому образованию вузов РФ академиком РАМН М. А. Пальцевым в 2005 г. [4]. Важным обстоятельством является также и то, что к моменту пересмотра стандарта вышел документ, посвященный новым требованиям к подготовке врачей общей практики Европы, подготовленный Европейской академией преподавателей семейной медицины (EURACT) в 2002 г. В 2003 г. Всемирной федерацией медицинского образования (WFME) были сформированы стандарты по повышению качества последипломного медицинского образования. В связи с этим в российском стандарте подготовки врачей общей практики, в частности в разделе 3.3, касающемся обучения практическим навыком, в определенной мере были учтены и международные требования, предъявляемые к подготовке данных специалистов. Был пересмотрен перечень практических навыков, причем в соответствии с требованиями Всемирной федерации медицинского образования были выделены два уровня практической подготовки. *Базовый* (минимальный объем), подразумевающий, что весь перечень практических навыков этого уровня является обязательным и должен быть оценен после завершения подготовки. *Продвинутый* (расширенный объем) является не строго обязательным, но желательным, так как соответствует международной практике последипломного медицинского образования в области общей практики. Выполнение этого уровня навыков зависит от местных

условий и имеющихся ресурсов. Инициатива по овладению практическими навыками, отнесенными к этому перечню, проявляется обучающимся лично и в дальнейшем является подтверждением высокого качества его работы. Эти навыки можно приобрести в процессе дополнительной подготовки, они документируются сертификатом или удостоверением после ее завершения.

Все практические навыки сгруппированы в 18 модулей в соответствии с разделами образовательной программы. Перечень базовых практических навыков состоит из 112 наименований. Количество навыков в каждом модуле определяется объемом первой врачебной помощи, которую должен выполнять врач общей практики в амбулаторных условиях. Так, например, минимальный объем практических навыков модуля «Болезни глаз» включает следующие: клиническое исследование глаз (пальпация конъюнктивы нижнего и верхнего века у взрослых и детей, слезной железы, определение подвижности глазных яблок), осмотр переднего отдела глаза методом бокового освещения, осмотр глубоких сред методом проходящего света, офтальмоскопия, определение остроты зрения, определение цветового зрения, оптическая коррекция зрения с помощью пробных очковых линз при миопии, гиперметропии, пресбиопии, измерение внутриглазного давления, периметрия, местное применение лекарственных средств, удаление из глаза поверхностно расположенных инородных тел, не повреждающих роговицу. Продвинутый объем предполагает владение дополнительно навыком зондирования слезных канальцев.

В перечень модулей также включены определенные разделы общественного здравоохранения, в том числе экспертиза временной нетрудоспособности, психология, профилактика, которые на первый взгляд не относятся к проблемам, связанным с освоением практических навыков. Тем не менее, выделение этих модулей крайне важно для врача общей практики. Вспомним пирамиду Миллера. Врачу может казаться, что он усвоил лекционный материал, посвященный, допустим, методологии консультирования пациентов. Однако убедиться в том, что он может реально определить проблему пациента, получить всю информацию не только о его медицинских проблемах, но и его ожиданиях и чаяниях, которые в данный момент его тревожат, свести воедино свои представления о пациенте, как о личности, имеющей проблемы со здоровьем, а не о наборе определенных симптомов и синдромов, возможно только тогда, когда врач будет иметь возможность продемонстрировать свои умения. Не случайно аналогичные «теоретические» модули входят в состав норвежского руководства «Практические навыки семейного врача», переведенного на русский язык в 2007 г. [5].

Этапы освоения практических навыков. Обучение клинической практике имеет свои особенности. В первую очередь они связаны с тем, что в процесс обучения вовлекается человек, который может быть в этом совершенно не заинтересован — это пациент. Во-первых, потому, что присутствие посторонних лиц на приеме может нарушить конфиденциальность его беседы с врачом. Кроме того, врач общей практики испытывает жесткий дефицит времени, поскольку работает в амбулаторных условиях и имеет определенную норму записи пациентов. От этого зависит его заработная плата. Поэтому даже консультация пациента, проведение которой планируется с участием обучающихся врачей, должна быть хорошо продумана с учетом этих особенностей. Вот почему за рубежом для отработки навыков консультирования так широко используется метод симулированных пациентов. В своей практике на кафедре семейной медицины мы привлекаем для выполнения данных функций сотрудников, которые неплохо справляются с ролью различных пациентов. Другой метод отработки навыков консультирования, который доступен на нашей кафедре — это разбор видеозаписи различных консультаций, в которых допущены ошибки. Этот банк данных был нами получен от наших британских партнеров. Есть и собственные видеозаписи, сделанные на приеме пациентов. Непосредственная работа с пациентами должна проводиться совместно с лечащим врачом. Это может быть совместный прием, наблюдение за работой опытного врача, затем наблюдение за работой клинического ординатора, за чем должен обязательно следовать разбор тех пациентов, прием которых ему было поручено провести. Освоение практических навыков, которые включают элементы мануальных или таковыми являются, например, отоскопия, также имеет определенную этапность. Учитывая, что этот навык предполагает использование оборудования, первым этапом является знакомство с самим устройством. Затем навык отрабатывают в парах. После этого ординатор или врач-слушатель наблюдает за действиями врача-наставника. Наконец ему доверяют самостоятельно выполнить манипуляцию при согласии пациента.

Освоение ряда мануальных навыков невозможно без использования манекенов. Сегодня есть манекены и симуляторы, позволяющие отработать большинство мануальных навыков. Для обучения той же отоскопии существуют фантомы, имитирующие различные заболевания уха. Однако такие симуляторы недешевы, поэтому мы ограничились приобретением тех, без которых невозможно обойтись, поскольку отработка таких мануальных навыков в парах исключена. В первую очередь это относится к навыкам сердечно-легочной реанимации, а также влагалищному и ректальному осмот-

ру. Отработка этих навыков всегда начинается с использованием фантомов. При достаточном потоке больных и их согласии на дополнительный осмотр обучающимся врачом, врач-слушатель или клинический ординатор имеет возможность освоить технику осмотра за период обучения.

Контроль усвоения мануальных навыков происходит в течение всего цикла обучения и обязательно включен в схему заключительного экзамена, он уже более 10 лет на кафедре проводится по типу объективного структурированного клинического экзамена (OSKE), который сегодня на Западе является эталоном оценки умений и навыков врача общей практики. Это трудоемкое занятие, требующее вовлечения всех преподавателей кафедры, занимает обычно не менее 12 часов. Этапность обучения мануальным навыкам и их оценка путем проведения такого экзамена детально описаны во второй главе нашего академического издания «Практические навыки» и в учебном пособии, выпущенном коллективом кафедры в 2005 г. и посвященном аналогичной теме [6, 7].

Практические навыки врача общей практики и безопасность. Казалось бы, эта проблема не столь актуально при подготовке врачей общей практики в сравнении с такими специальностями, как хирургия или анестезиология. Но и в нашем случае она может возникнуть. Рассмотрим ее с точки зрения юридической правомерности привлечения обучающегося врача к процессу оказания помощи пациентам. В соответствии со статьей 58 Основ законодательства о здравоохранении мы это не имеем права делать, так как любой обучающийся, будь то клинический ординатор или врач-слушатель, уже обладающий сертификатом, в соответствии с этим документов не может быть лечащим врачом. Что это означает? Только одно — мы допускаем к процессу лечения постороннего человека, делать это должны исключительно с согласия пациента, всегда присутствовать при процессе лечения и нести за него полную ответственность. Всегда ли так бывает на практике? Ответ на вопрос заранее ясен. За рубежом ситуация складывается иначе. Студентов действительно не допускают к самостоятельной работе с больными, вот почему так популярно использование симулированных пациентов. А молодой специалист, получивший диплом врача, по закону может оказывать помощь, мало того, он защищен профессиональной страховкой, мало того, он уже работает в статусе врача, получая меньшую, чем его старшие коллеги, зарплату. При этом юридическая ответственность за пациента ложится на него в полной мере. Естественно, он согласовывает свои действия со своим наставником, но работает самостоятельно. В связи с этим, перенося процесс обучения из учебного класса в кабинет семейного врача, в первую очередь преподаватели подвергают себя определен-

ной опасности с точки зрения юридической защищенности. В чем заключается опасность учебного процесса для пациента? На первый взгляд создается впечатление, что нашим пациентам ничего не угрожает. В крайнем случае, клинический ординатор не увидит глазное дно или неправильно расшифрует ЭКГ, на что ему будет указано преподавателем. Однако на деле самая большая проблема заключается не в том, что будет неправильно сделано и от этого пострадает пациент, а в том, что молодой врач не сможет в достаточной степени освоить тот или иной навык в процессе обучения и не будет его применять на практике (пирамида Миллера будет лишена своей вершины). Допустим, нет на какой-то кафедре видеокамеры, не фиксируются ошибки при консультировании пациентов, не получил врач навыка осмотра стоп у больного сахарным диабетом. А итогом будет госпитализация его пациентов с этим серьезным заболеванием в стационар с ранними осложнениями, чего можно было бы избежать, если бы подготовка этого врача была организована методически правильно и с использованием современных образовательных технологий.

А теперь настало время попытаться ответить на вопрос, обозначенный в названии данной публикации. Можно ли достичь совершенства при обучении практическим навыкам? На наш взгляд, существует ряд преград, которые, в первую очередь заложены в самой системе додипломного и последипломного образования, которая на сегодняшний день существует в нашей стране. К сожалению, на студенческом уровне будущие врачи не осваивают те навыки, которые обозначены образовательным стандартом вузовской подготовки. Если бы на самом деле выпускники вузов владели таким навыками как регистрация и расшифровка ЭКГ, базисная сердечно-легочная реанимация, офтальмоскопия и др., то большой список практических навыков врача общей практики можно было сократить в 3–4 раза, оставив на освоение на последипломном уровне перечень практических навыков расширенного объема. К сожалению, как показывает базисный контроль навыков у клинических ординаторов первого года обучения, уровень владения большинством из них неуклонно стремится к нулевому. Одна из существенных причин, породивших такую ситуацию, ясна — высокое качество подготовки в медицинском вузе невозможно обеспечить без значительных материальных вложений.

Если рассматривать проблемы подготовки на последипломном уровне, то существует ряд объективных причин, существенно ограничивающих повышение качества обучения, которые не связаны с уровнем преподавательского мастерства сотрудников кафедры. Самая главная из них, на наш взгляд, — это число обучающихся врачей в

группе. Бюджетную преподавательскую ставку обеспечивает 5 врачей-слушателей или такое же число клинических ординаторов. Это означает, что для освоения большинства манипуляций необходимо иметь набор из 5 фантомов, 5 приборов или приспособлений, использующихся в общей практике, как минимум, учитывая длинный перечень практических навыков и необходимость работать с группой слушателей. Даже при сравнительно хорошем наборе манекенов на нашей кафедре обеспечить такой уровень оснащенности пока невозможно. Очень трудно обеспечить клиническую часть подготовки на амбулаторном уровне. В небольшом кабинете врача общей практики не могут присутствовать сразу 5 клинических ординаторов. Приходится выходить из положения, организуя клинические разборы преподавателя с группой слушателей, но при этом слушатели лишены возможности самостоятельно работы с пациентом.

При подготовке клинических ординаторов широко используются возможности учебно-клинического центра семейной медицины СПбМАПО, в котором работают в качестве врачей-наставников бывшие клинические ординаторы (имеется в виду, что они обучены преподаванию), а также другие отделения общей практики. Однако обеспечить должный контроль подготовки врачей на других базах чрезвычайно трудно, так как один ответственный врач или преподаватель кафедры не может проконтролировать прием пациентов у пяти ординаторов одновременно. Решению проблемы частично помогают еженедельные семинары с клиническими ординаторами, на которых они могут обсудить с преподавателем возникшие вопросы.

Наконец, еще одна проблема обучения практическим навыкам, связанная с длительностью подготовки. В соответствии с требованиями Европейского союза, врач общей практики должен обучаться в ординатуре не менее 3 лет. Это правило жестко контролируется, как и сами программы

подготовки, что связано с большой миграцией врачей из стран Восточной Европы, где существовала годами сложившаяся система обучения, сходная с российской, в страны Западной Европы. Перед правительствами этих стран встала проблема качества оказания первичной медицинской помощи и, соответственно, уровня подготовки врачей общей практики. В начале данной публикации уже упоминался документ Всемирной федерации медицинского образования, в преамбуле которого указывается необходимость стандартизации последипломного образования во всех странах Европейского союза. Наша страна не входит в сообщество европейских стран, но нашим правительством подписана Болонская конвенция, а интеграция с другими странами Европы, это дело времени. В связи с этим необходимо стремиться к сближению стандартов подготовки и, в первую очередь, увеличивать длительность обучения, по крайней мере, в клинической ординатуре по общей практике до трех лет. Известно, что официально нам это не запрещено, но и финансировать третий год обучения ординаторов, обучающихся на бюджетной основе, пока никто не собирается. Возложить же расходы по оплате третьего года обучения на контрактных ординаторов по понятным причинам невозможно, так как пока удлинение обучения носит рекомендательный характер.

В целом, проблема обучения практическим навыкам, представляется чрезвычайно актуальной. Вероятно, мы будем возвращаться к ней еще не раз. Опыт преподавателей нашей кафедры, участвующих в различных мероприятиях всероссийского уровня, показывает, что нашим мнением интересуются коллеги из других образовательных учреждений и к нам прислушиваются. Так, в программу 3-го Всероссийского съезда врачей общей практики, проходившего в Белгороде 29–31 октября 2008 г., вошли по нашему предложению сессии, посвященные современным интерактивным методам преподавания, которые были проведены преподавателями нашей кафедры.

Литература

1. Ожегов С. И. Словарь русского языка. Изд. 6-е стереотипное.— М.: Советская энциклопедия. — 1964. — 900 с.
2. Miller G. E. The assessment of clinical skills/competence/performance // Acad. Med. 1990. — Vol. 65. — S. 63–67.
3. Руководство для преподавателей и врачей общей практики / Перевод с норвежского под ред. проф. О. Ю. Кузнецовой.— СПб.: СПбМАПО, 2005.— 352 с.
4. <http://www.familymedicine.ru/> (последнее посещение 09.11.08).
5. Практические навыки семейного врача / Перевод с норвежского под ред. О. Ю. Кузнецовой. — СПб.: СПбМАПО, 2007. — 156 с.
6. Преподавание практических навыков и подготовка амбулаторных врачей.— Т. III / Под ред. Н. А. Белякова, О. Ю. Кузнецовой.— СПбМАПО, 2006. — 400 с.
7. Методология обучения практическим навыкам в семейной медицине (общей врачебной практике) / Под ред. О. Ю. Кузнецовой.— СПбМАПО, 2005. — 112 с.

Автор: О. Ю. Кузнецова, д.м.н., профессор, заведующая кафедрой семейной медицины СПбМАПО

Адрес для контакта: oukuznetsova@mail.ru

МЕРЦАТЕЛЬНАЯ АРИТМИЯ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА: ВЛИЯНИЕ ТАКТИКИ АМБУЛАТОРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ НА ПРИВЕРЖЕННОСТЬ ТЕРАПИИ И ИСХОДЫ ЛЕЧЕНИЯ

С. И. Гетман, А. Н. Куликов
Санкт-Петербургская Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, Россия

ATRIAL FIBRILLATION IN PATIENTS WITH THE CORONARY HEART DISEASE: THE INFLUENCE OF AMBULATORY OBSERVATION TACTIC ON THE PATIENTS COMPLIANCE AND CLINICAL OUTCOMES

S. I. Getman, A. N. Kulikov
Military Medical Academy, Saint Petersburg,
Russia

© С. И. Гетман, А. Н. Куликов, 2009 г.

Представлены результаты влияния тактики амбулаторного наблюдения на приверженность терапии и исходы лечения у больных ишемической болезнью сердца с мерцательной аритмией.

Ключевые слова: мерцательная аритмия, приверженность терапии.

The results of the influence of active ambulatory observation on compliance and clinical outcomes of patients with the coronari heart disease and atrial fibrillation are presented.

Keywords: atrial fibrillation, compliance.

Актуальность. Проблема нарушений сердечного ритма остается актуальной. Аритмии повседневно встречаются во врачебной практике. Нарушения сердечного ритма являются частыми и значимыми осложнениями различных заболеваний, и, в свою очередь, могут вызывать тяжелые осложнения, зачастую определяющие прогноз для труда и жизни больных. Мерцательная аритмия (МА) наиболее часто встречающееся в клинической практике нарушение ритма, распространение которого в настоящее время приобрело характер эпидемического. В соответствии с рекомендациями, разработанными совместно экспертами Американского общества кардиологов, Европейского общества кардиологов и Северо-Американского общества электрофизиологов, фибрилляцию предсердий разделяют на следующие формы: пароксизмальная форма (самостоятельно купирующаяся); персистирующая форма (самостоятельно не купирующаяся); перманентная (постоянная) форма [1].

Пароксизмальная фибрилляция предсердий — наиболее распространенная тахикардия, требующая лечения, одна из основных причин обращения за медицинской помощью по поводу нарушений ритма сердца [2, 3]. В результате постарения населения мерцательная аритмия (МА) встречается все чаще, становится проблемой для здравоохранения в развитых странах [4]. Так, ус-

тановлено, что мерцательная аритмия выявляется у 0,4% популяции в целом и более чем у 5% людей старше 69 лет [5, 6]. Высокая частота осложнений, таких как сердечная недостаточность, тромбоэмболии, аритмогенная кардиомиопатия, остановка сердца и связанный с ними высокий (17–21%) риск летального исхода ставят проблему лечения МА в ряд наиболее актуальных задач медицины [7, 8]. По данным ряда авторов, смертность пациентов с хронической МА в два раза выше, чем у лиц контрольной группы такого же возраста и пола, но с синусовым ритмом (СР) [9, 10]. Проблема оптимизации терапии больных МА до конца не решена и представляет чрезвычайный интерес для практических врачей [11]. Почти не разработаны вопросы амбулаторного наблюдения, мало изучена приверженность больных МА к медикаментозной терапии, опубликованы лишь единичные сообщения [12].

Материалы и методы исследования. В исследование был включен 131 больной ишемической болезнью сердца, из числа обратившихся в поликлинику за медицинской помощью в связи с возникшим приступом МА. Все пациенты методом рандомизации были разделены на две группы: исследуемая группа — 73 пациента (средний возраст — $71,1 \pm 1,2$ лет); контрольная группа — 58 пациентов (средний возраст — $71,1 \pm 1,1$ лет). Пациенты обеих групп были сопоставимы по воз-

расту, выраженности проявлений ИБС и характеру течения МА. За пациентами исследуемой группы вели активное наблюдение с ежемесячным вызовом к врачу поликлиники. При неявке пациента в срок повторяли вызов по телефону. Пациентов группы контроля наблюдали обычным порядком, то есть больные обращались в поликлинику самостоятельно. Длительность наблюдения составила 12 месяцев для каждого из включенных в исследование пациентов. Контрольное обследование больных обеих групп выполняли исходно (при обращении за медицинской помощью в связи с пароксизмом МА), через 6 мес и через 12 мес после рандомизации.

Объем обследования в каждой контрольной точке включал: врачебный осмотр пациентов с заполнением формализованной истории болезни; лабораторные исследования (клинический анализ крови, биохимическое исследование крови — калий, натрий, магний, хлор, глюкоза, липидный спектр, креатинин, общий белок, коагулограмма); инструментальные исследования (рентгенография грудной клетки, ЭКГ, суточное мониторирование ЭКГ, эхокардиография); исследование приверженности назначенному лечению (опросник Мориски — Грина, анкета для исследования приверженности терапии, подсчет упаковок из-под лекарств). Вопросник Мориски — Грина содержит 4 вопроса:

1. Забывали ли Вы когда-нибудь принять препараты?
2. Не относитесь ли Вы иногда невнимательно к времени приема лекарств?
3. Не пропускаете ли Вы прием препаратов, если чувствуете себя хорошо?
4. Если Вы чувствуете себя плохо после приема лекарства, не пропускаете ли Вы его следующий прием?

Пациенты с высокой приверженностью назначенному лечению согласно данному тесту набирают 3–4 балла, с низкой — менее 3 баллов [13].

В процессе наблюдения за больными обеих групп учитывали: количество внеплановых обращений «по требованию»; количество госпитализаций в связи с обострением течения аритмии и сердечно-сосудистых заболеваний; характер сердечно-сосудистых осложнений (инфаркт миокарда, инсульт, эмболии); количество летальных исходов, в том числе, связанных с болезнями сердечно-сосудистой системы (конечная точка). В качестве комбинированной конечной точки рассматривали: госпитализации по поводу обострений сердечно-сосудистых заболеваний, осложнения и летальные исходы, обусловленные сердечно-сосудистыми заболеваниями.

Результаты исследования

Динамика клинического статуса у больных.
До начала исследования все изучаемые парамет-

ры у пациентов обеих групп были сопоставимыми. К завершению наблюдения количество пароксизмов МА у активно и традиционно наблюдаемых пациентов уменьшилось, хотя достоверных различий выявлено не было. При анализе средней длительности пароксизмов МА у больных исследуемой группы к 12-му месяцу наблюдения отмечено значимое уменьшение данного показателя по отношению к исходному, однако при сравнении с пациентами группы контроля различия оказались недостоверными. Эволюция МА, характеризующаяся ее переходом в постоянную форму, к 12-му месяцу наблюдения отмечена у 33% больных исследуемой группы и у 41% пациентов контрольной группы. На фоне лечения у пациентов наблюдаемых групп отмечено достоверное снижение функционального класса хронической сердечной недостаточности (ФК), однако у пациентов исследуемой группы к 12-му месяцу наблюдения этот показатель оказался более низким, чем у пациентов контрольной группы. Уровень систолического артериального давления (САД) у пациентов обеих групп к завершению исследования также достоверно снизился по сравнению с исходным. При сравнении наблюдаемых групп САД оказалось значимо ниже у пациентов исследуемой группы. Динамика уровня диастолического артериального давления (ДАД) у больных обеих групп была аналогичной и через 12 месяцев наблюдения ДАД оказалось достоверно ниже у больных исследуемой группы. ЧСС у активно наблюдаемых пациентов к завершению исследования также была достоверно ниже, чем в группе контроля (табл. 1).

Приверженность лечению у больных мерцательной аритмией

Приверженность к назначенному лечению исследовали у пациентов обеих групп исходно, через 6 и 12 месяцев наблюдения. Учитывали количество баллов по опроснику Мориски — Грина и коэффициент приверженности терапии, который определяли при подсчете упаковок использованных лекарств. Кроме того, оценивали исполнительность пациентов, которую рассматривали как высокую (1 балл), если пациент собирал упаковки использованных лекарств и приносил их врачу при очередном посещении. Если больной не выполнял эти рекомендации, исполнительность оценивали как низкую (0 баллов). В итоге к завершению исследования у пациентов исследуемой группы количество баллов по опроснику Мориски — Грина, коэффициент приверженности терапии и исполнительность оказались достоверно более высокими, чем в группе контроля (табл. 2).

Прогноз у больных мерцательной аритмией в зависимости от тактики амбулаторного наблюдения. Больные МА, наблюдавшиеся активно и ежемесячно, значимо реже госпитализировались по неотложным показаниям (4 против 11 гос-

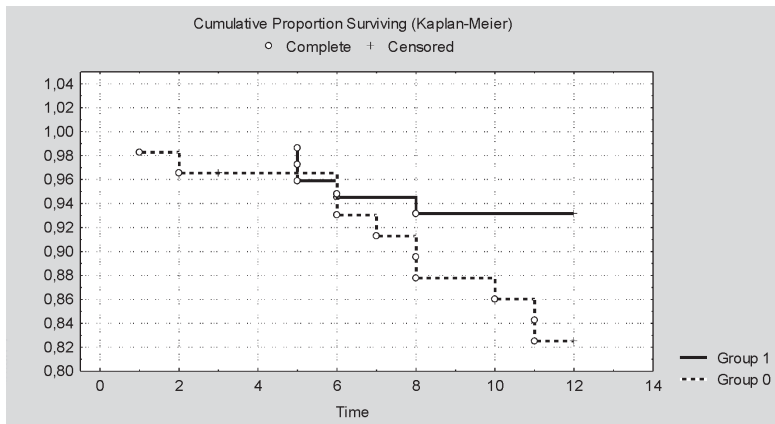


Рисунок. Выживаемость больных ИБС с пароксизмами МА в зависимости от избранной тактики наблюдения (Group 1 — исследуемая группа с активным ежемесячным наблюдением, Group 0 — контрольная группы с обычным режимом наблюдения).

питализаций, $p < 0,05$), кроме того, у них не было летальных исходов, тогда как в группе контроля 2 пациента погибли от инфаркта миокарда и один от инсульта ($p < 0,05$). Количество несмертельных осложнений достоверно не различалось, но в исследуемой группе зарегистрировано 1 осложнение (инсульт), а в контрольной группе — 3 (инсульт,

инфаркт миокарда, тромбоэмболия мелких ветвей легочной артерии). При оценке выживаемости с использованием комбинированной конечной точки выяснилось, что по критерию Кокса различие в сердечно-сосудистом прогнозе между двумя группами достоверно (Cox's F-Test: $T_1 = 9,06$; $T_2 = 6,94$; $F(10, 20) = 2,61$; $p = 0,03$). Вероятность

Таблица 1.

Динамика основных показателей клинического статуса у больных с пароксизмами фибрилляции предсердий в зависимости от характера амбулаторного наблюдения (M±S)

Показатель	Группы обследуемых	Исходно (точка 1)	Через 12 мес (точка 3)
Количество пароксизмов МА за 6 мес	Исследуемая	3,4 ± 1,6	0,92 ± 0,52*
	Контрольная	2,8 ± 2,2	0,87 ± 0,37*
Средняя длительность ПМА, часы	Исследуемая	52,0 ± 7,1	41,6 ± 5,8*
	Контрольная	62,8 ± 12,8	38,0 ± 5,1
Доля больных с постоянной МА, %	Исследуемая	0	33
	Контрольная	0	41
ФК сердечной недостаточности, ед	Исследуемая	1,56	1,09*#&
	Контрольная	1,7	1,51*
Систолическое АД, мм рт. ст.	Исследуемая	160 ± 2,3	120 ± 0,8*#&
	Контрольная	160 ± 2,5	134 ± 2,3*#
Диастолическое АД, мм рт. ст.	Исследуемая	83 ± 1,1	77 ± 0,5*#&
	Контрольная	86 ± 1,1	81 ± 1,01*
ЧСС, уд/мин	Исследуемая	101 ± 3	68 ± 0,7*#&
	Контрольная	105 ± 3	70 ± 0,8*

Примечания:

* — различие с исходными данными достоверно ($p < 0,05$);

— различие данных в группе при сравнении между второй (6 мес) и третьей (12 мес) точками наблюдения достоверно ($p < 0,05$);

& — различие данных между пациентами сравниваемых групп достоверно.

Таблица 2

Изменения показателей приверженности терапии у больных с МА в сравниваемых группах в течение 12-месячного наблюдения (M±S)

Параметры комплайенса	Группы больных	Исходно	12 мес наблюдения
Количество баллов по Мориски — Грину	Исследуемая	2,1 ± 1,4	3,0 ± 0,75*#&
	Контрольная	1,9 ± 1,3	2,1 ± 1,5
Коэффициент комплайенса, ед	Исследуемая	0,89 ± 0,10	0,96 ± 0,07*#&
	Контрольная	0,88 ± 0,11	0,91 ± 0,10*
Исполнительность, % больных	Исследуемая	76,7	98,5*#&
	Контрольная	74,1	72,2

Примечание:

* — различие данных по сравнению с исходными данными достоверно ($p < 0,05$)

— различие данных в группе при сравнении между второй (6 мес) и третьей (12 мес) точками наблюдения ($p < 0,05$)

& — различие данных между пациентами сравниваемых групп достоверно.

благоприятного исхода — отсутствия осложнений в исследуемой группе составила $0,93 \pm 0,03$ (риск неблагоприятных событий — 6,9%), у больных контрольной группы — $0,825 \pm 0,05$ (риск неблагоприятных событий — 17,5%). Таким образом, совокупная вероятность неблагоприятных событий снизилась в среднем на 60%.

Наглядное представление о различиях в прогнозе между пациентами наблюдавшихся групп дает моделирование выживаемости с помощью кривой Каплана — Мейера (рисунок).

Из рисунка следует, что, начиная с 6-го месяца наблюдения, частота неблагоприятных событий у больных контрольной группы становится существенно выше, чем у исследуемой группы (кривая «выживаемости» опускается ниже).

Заключение

Результаты работы свидетельствуют о том, что активное ежемесячное амбулаторное наблюдение за больными ИБС с пароксизмами МА не оказывает достоверного влияния на течение самой аритмии, однако способствует существенному улучшению клинико-функциональных показателей обследуемых пациентов: значимо снижается функциональный класс хронической сердечной недостаточности, улучшается контроль частоты сердечных сокращений и АД. Перечисленные эффекты сделали сердечно-сосудистый прогноз у больных МА более благоприятным. Одним из основных механизмов реализации положительных эффектов активного наблюдения за больными является повышение приверженности пациентов к проводимому лечению.

Литература

1. Fuster V., Ryden L. E., Cannom D. S. et al. ACC/AHA/ESC 2006 guidelines for the management of patients with atrial fibrillation; a report of the American College of Cardiology/American Heart Association task force on practice guidelines and the European Society of Cardiology Committee for practice guidelines (writing committee to revise the 2001 guidelines for the management of patients with atrial fibrillation) // JACC. — 2006. — Vol. 48, № 4. — P. e149–e246.
2. Bialy D., Lehmann M. H., Schumacher D. N. et al. Hospitalization for arrhythmias in the United States: importance of atrial fibrillation // J. Am Coll. Cardiol.— 1992. — Vol. 19, suppl. 1. — P. 41A.
3. Capucci A., Aschieri D., Villani G. Q. Epidemiologia e trattamento della fibrillazione atriale // Ann Ital Med. Int.— 1996. — Vol. 11, № 2. — P. 5S–10S.
4. Gilligan D. M., Ellenbogen K. A., Epstein A. E. The management of atrial fibrillation // Am. J. Med.— 1996. — Vol. 101, № 4. — P. 413–421.
5. Кушаковский М. С. Фибрилляция предсердий: (причины, механизмы, клинические формы, лечение и профилактика).— СПб.: Фолиант, 1999. — 173 с.
6. Braunwald E. Acute myocardial infarction — the value of being prepared // N. Engl. J. Med. — 1996. — Vol. 334, № 1. — P. 51–52.
7. Regino M. R., Malanyaon O. Q., Ortiz E. E. Clinical profile of atrial fibrillation in children // The Second World Congress of Pediatric Cardiology and Cardiac Surgery.— Honolulu, 1997.— P. 220.
8. Кушаковский М. С. Фибрилляция и трепетание предсердий. Лечение фармакологическими и электрофизиологическими (не-хирургическими) методами // Вестн. аритмологии.— 1998. — Т. 7. — С. 56–64.
9. Brand F.N., Abbott R.D., Kannel W.B., Wolf P.A. Characteristics and prognosis of lone atrial fibrillation — 30-year follow-up in the Framingham study // JAMA. — 1985.— Vol. 254, № 24. — P. 3449–3453.
10. Lauracis A., Cuddy T.E. Prognosis of individuals with atrial fibrillation // Can. J. Cardiol. — 1996. — Vol. 12, suppl. A. — P. 14A–16A.
11. Канорский С.Г., Скибицкий В.В., Федоров А.В. Динамика ремоделирования левых отделов сердца у больных, получавших эффективное противорецидивное лечение пароксизмальной фибрилляции предсердий // Кардиология.— 1998. — Т. 38, № 2. — С. 37–42.
12. Mariscalco G., Cederlund B., Engstrom K.G. The clinical noncompliance of oral sotalol / magnesium for prophylactic treatment of atrial fibrillation after coronary artery bypass grafting // J. Card. Surg. — 2007. — Vol. 22, № 4. P. 281–286.
13. Morisky D.E., Green L.W., Levine D.M. Concurrent and predictive validity of self-reported measure of medical adherence // Med. Care. — 1986. — № 24. — P. 67–73.

Авторы:

С. И. Гетман, к.м.н., врач-терапевт центральной консультативно-диагностической поликлиники ВМА им. С. М. Кирова

А. Н. Куликов, д.м.н., доцент кафедры пропедевтики внутренних болезней ВМА им. С. М. Кирова

Адрес для контакта: ankulikov2005@yandex.ru

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЛЕТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ КРУПОЗНОЙ (ЛОБАРНОЙ) ПНЕВМОНИИ

В. В. Свистунов, В. А. Цинзерлинг, Д. В. Комарова
МУЗ клиническая больница № 1 г. Иркутска, Институт медицинской микологии СПбМАПО,
Санкт-Петербургская клиническая инфекционная больница им С. П. Боткина,
Россия

CLINICAL AND EPIDEMIOLOGICAL CHARACTERISTICS OF THE LETHAL OUTCOMES FROM THE LOBAR PNEUMONIA

V. V. Svistunov, V. A. Zinserling, D. V. Komarova
Cities municipal hospital № 1 of Irkutsk, Institute of medical mycology MAPS,
Saint-Petersburg Clinical Infectious Hospital named S. P. Botkin,
Russia

© В. В. Свистунов, В. А. Цинзерлинг, Д. В. Комарова, 2009 г.

Проведено сопоставление данных полученных при углубленном целенаправленном изучении результатов 152 патологоанатомических вскрытий умерших от крупозной пневмонии в крупнейшей прозектуре г. Иркутска со сведениями по Санкт-Петербургу, в частности ПАО клинической больницы им. С. П. Боткина (269 наблюдений). Показано, что летальные исходы крупозной пневмонии в обоих городах продолжают сохранять свое значение на секционном материале и имеют много общих черт.

В статье на материале Иркутска детально анализируются контингент умерших, клинические проявления начала заболевания, длительность госпитализации, ошибки клинической диагностики. Следует подчеркнуть высокую частоту осложнения крупозной пневмонии гнойными менингитами и менингоэнцефалитами (10–26%).

Наиболее часто умирали мужчины, злоупотреблявшие алкоголем при кратковременном пребывании в стационаре. Высока частота неправильной клинической диагностики, несмотря на характерное начало заболевания в большинстве случаев. Несмотря на сравнительно низкую долю высева пневмококков из секционного материала (около 1/3), анализ проведенных в Иркутске систематических бактериоскопических исследований убеждает, что пневмококк является ведущим этиологическим фактором крупозной пневмонии. Способствуют неблагоприятному исходу алкогольная интоксикация и охлаждение, существенно снижающие местную резистентность органов дыхания.

Ключевые слова: крупозная пневмония, диагностика, летальность.

We provided the comparison of data acquired by detailed study of the results of 152 autopsies deceased from lobar pneumonia in the largest pathological department of Irkutsk city with the data concerning Saint-Petersburg, in particular pathological department of S.P. Botkin Clinical Infectious Hospital (269 cases). We succeeded to show that the lethal outcomes from the lobar pneumonia in both cities still preserve their importance on the autopsy material and possess many common features.

In the paper on the material of Irkutsk city the contingent of the deceased, clinical manifestations of the disease, duration of hospitalization and the faults of clinical diagnostics are analyzed. We note the high frequency (10–26%) of complication with purulent meningitis and meningo-encephalitis, which are not sufficiently discussed in the literature.

Most typical are the lethal outcomes among the male alcohol abused by the short term hospitalization. The frequency of mistakes in clinical diagnostics is high in spite of typical start of the disease in majority of cases. In spite of relatively low percentage of pneumococcal positive cultures from the postmortem material (about 1/3 of cases) the systematic bacterioscopic investigations provided in Irkutsk proves pneumococcus is the leading etiology of lobar pneumonia. The main conditions which enlighten the unfavorable outcome are alcoholic intoxication and cooling, which are known to decrease dramatically the local resistance of respiratory organs.

Keywords: the lobar pneumonia, diagnosis, lethal outcomes.

В мире ежегодно умирает от крупозной пневмонии около одного миллиона человек [1]. В России, по данным О. В. Зайратьянца с соавт. [2], от всех форм пневмоний ежегодно умирает около 30 тыс. человек, что составляет 20,1 на 100 тыс. населения. Частота нераспознанных пневмоний у лиц,

находившихся под наблюдением в поликлинике, доходит до 70%. Среди умерших, крупозная пневмония уверенно занимает первое место в классе заболеваний органов дыхания, составляя 3–4,5% от общего числа аутопсий. В 50–60 гг. XX века в отечественной литературе утвердилась точка

зрения о существенном уменьшении значения крупозной пневмонии в клинической практике [3]. Однако, начиная с 80-х годов отмечено увеличение числа умерших от крупозной пневмонии, об этом свидетельствуют данные Ю. Г. Бойко с соавт. [4], Н. К. Пермякова с соавт. [5]. Следует обратить внимание на трудности выяснения этого заболевания. Хотя в отечественной литературе и были широко опубликованы фундаментальные исследования по патологической анатомии и патогенезу крупозной пневмонии В. Д. Цинзерлинга и его школы [6–8], до сих пор в различных источниках продолжают высказываться не подтвержденные фактическими данными концепции давнего времени [9, 10]. Хотя в большинстве современных классификаций термин «крупозная пневмония» и не встречается, мы считаем правильным использовать этот традиционный диагноз, поскольку он наиболее соответствует анализируемому заболеванию.

Цель и задачи исследования. Цель исследования — сравнительный анализ летальных исходов от крупозной пневмонии в крупных стационарах Иркутска и Санкт-Петербурга в случае проведения патологоанатомических вскрытий с полноценным морфологическим и бактериологическим исследованиями.

Задачами явились: 1) определение частоты летальных исходов от крупозной пневмонии в последние годы; 2) характеристика контингента умерших; 3) выявление особенностей клинических проявлений, течения и этиологии заболевания; 4) выяснение непосредственных причин смерти и важнейших осложнений.

Материал и методы. проведен углубленный клиничко-морфологический анализ крупозной пневмонии по материалам аутопсий по г. Иркутску с 1999 по 2006 г.

В ходе детального вскрытия умерших от крупозной пневмонии забирали материал для гистологического, бактериоскопического и бактериологического исследований. Вели тщательный учет сведений, касающихся вопросов эпидемиологии, факторов риска, ведущих клинических признаков. Цифровой материал обрабатывали методом вариационной статистики с применением критерия достоверности Стьюдента. Использовали материал о заболеваемости населения г. Иркутска ОРВИ и гриппом [11].

Кроме того, нами была проанализированы результаты патологоанатомических вскрытий, проведенных в Санкт-Петербурге в 2007 г. [12]. Для более детальной характеристики крупозной пневмонии у умерших в Санкт-Петербурге были изучены отчеты патологоанатомического отделения клинической инфекционной больницы им. С. П. Боткина за 1993–2007 гг., включавшие результаты посмертного бактериологического исследования.

Результаты исследования и обсуждение. Общее количество аутопсий в г. Иркутске за анализируемый период составило 5150, из них умерших от крупозной пневмонии — 168, или 3,3% от общего количества аутопсий. Из 168 случаев в исследование включены 152, по которым имеется полная информация (табл. 1).

Данные таблицы свидетельствуют об отсутствии резких колебаний в количестве случаев, что позволяет характеризовать крупозную пневмонию как стабильную нозологическую единицу. Количество наблюдений после 2002 г. возросло на 1/3, что связано, в первую очередь, с увеличением числа патологоанатомических исследований.

В табл. 2 представлена поло-возрастная характеристика умерших. 76,9% составляли мужчины и 23,1% женщины. Соотношение мужчин и женщин составило 3,3:1. Более значимо оно в возрастной группе от 30 до 59 лет — 5:1. Наибольшее число мужчин умирает в возрасте 40–49 лет, женщины — 50–59 лет. Умершие работоспособного возраста составили 70,3% от общего числа в целом, у мужчин этот показатель достигает 77,7%.

В таблице 3 представлены доступные нам сведения о социальном статусе умерших. С определенной осторожностью можно говорить, что большую часть умерших от крупозной пневмонии составляют лица с низким уровнем доходов. В 18 случаях (11,8%), данные о профессиональной принадлежности отсутствовали.

В таблице 4 представлена частота смерти пациентов от крупозной пневмонии в различные месяцы года.

На графике представлены сведения о среднегодовой заболеваемости населения г. Иркутск ОРВИ и гриппом в сравнении с заболеваемостью острыми пневмониями и числом умерших от крупозной пневмонии в период с 1999 по 2006 гг. Наибольшее число умерших от крупозной пневмонии приходится на весенне-летний период с пиковыми значениями в июле, мае и марте. Это подтвердил и анализ, проведенный отдельно по годам. Наименьшая частота летальных исходов приходится на осенне-зимний период. По данным городской статистики в летний период в г. Иркутске случаи ОРВИ и гриппа практически не регистрируются. По результатам исследования сложилась парадоксальная ситуация. С одной стороны рост заболеваемости населения ОРВИ и гриппом приводят к увеличению числа больных различными формами пневмонии. С другой стороны, это обстоятельство не увеличивает числа умерших от крупозной пневмонии. Очевидно, что для развития крупозной пневмонии, наряду с возбудителем, о свойствах и путях распространения которого мы не располагаем сведениями, исключительно важно воздействие разрешающих факторов. В летний период таковыми являются злоупотребление алкоголем

Таблица 1

Распределение умерших в г. Иркутске по годам

Годы	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Число умерших	14	18	16	14	25	22	22	21
Итого	152							

Таблица 2

Распределение умерших в г. Иркутске по полу и возрасту

Пол	Возрастные группы (лет)								Всего
	15–19	20–29	30–39	40–49	50–59	60–69	70–79	80–89	
Мужчины	0	1	15	40	35	18	6	2	117
Женщины	1	0	3	4	8	10	5	4	35
Итого	1	1	18	44	43	38	11	6	152

Таблица 3

Распределение умерших в г. Иркутске по социальным группам

Социальная группа	Число случаев	
	абсолютное	%
Пенсионеры	44	28,9
Неработающие	35	23,0
Рабочие	23	15,1
Неизвестно (данных в карте нет)	18	11,8
Служащие	16	10,5
БОМЖ (без определенного места жительства)	16	10,5
Итого	152	100

Таблица 4

Распределение умерших в г. Иркутске по месяцам

Месяц	январь	февраль	март	апрель	май	июнь	июль	август	сентябрь	октябрь	ноябрь	декабрь
Число умерших	12	10	18	10	19	12	21	14	12	7	6	11
Итого	152											

и переохлаждение. Многие иркутяне проводят отпуск на водоемах города и на озере Байкал, где температура воды редко превышает 10–12°, при этом температура воздуха может достигать 30–33°. Злоупотребление алкоголем и переохлаждение в этот период и могут являться теми факторами, которые приводят к развитию крупозной пневмонии с фатальным исходом.

Факторы риска. По данным карт стационарно-больного злоупотребление алкоголем зафиксировано в 72 случаях, из них у 49,6% мужчин и у 40% женщин. В 29 случаях (19,1%) факт злоупотребления алкоголем отрицался. В 51 наблюдении (33,5%) данные отсутствовали. В качестве вспомогательного критерия, косвенно подтверждающего злоупотребление алкоголем, использован факт обнаружения при аутопсии тотального или крупноочагового жирового гепатоза с массой печени выше средних значений, что отмечено в 119 наблюдениях или 78,3% от общего числа аутопсий.

У части больных при нахождении в стационаре регистрировались типичные судорожные приступы, часть пациентов была доставлена из наркологических отделений психоневрологических диспансеров, где их лечили по поводу алкоголизма. Приводим характерные примеры выписок из медицинских документов.

Протокол аутопсии Р-336/05 г. Женщина 17 лет, из записи в истории болезни: «употребление алкоголя с 9-ти летнего возраста, с периодами запоя в последнее время до 2–3 недель».

Протокол аутопсии Р-266/06 г. Женщина 66 лет, из записи в истории болезни: «злоупотребляет алкоголем на протяжении ряда лет, последний запой в течение 20-ти дней, доставлена в стационар с признаками алкогольной интоксикации».

Учету подлежали и другие факторы риска — употребление наркотиков и наличие ВИЧ-инфекции. Из 152 случаев употребление наркотиков отмечено в одном наблюдении, случаев докумен-

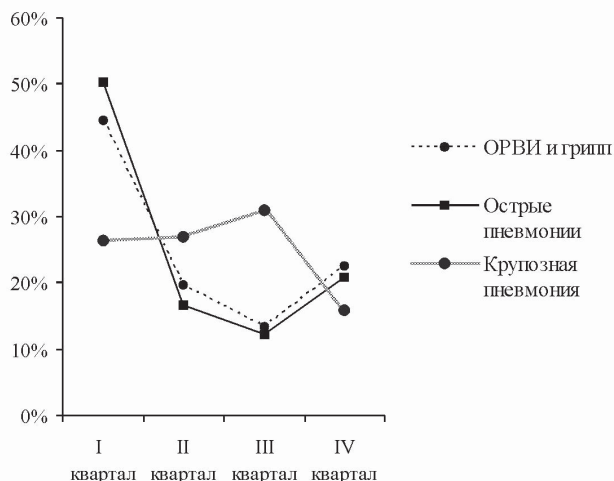


Рисунок. Сравнительная характеристика заболеваемости гриппом и ОРЗ, пневмониями (по данным статистического управления г. Иркутска) и числа крупозных пневмоний. Все данные приведены в процентах (показатель квартала, соотнесенный с годовым)

тированной ВИЧ-инфекции не выявлено.

Начало заболевания и ведущие клинические признаки

1. Внезапное начало

Из 152 случаев, сведения о начале (характере) заболевания получены в 97 случаях — 63,8%. В 55 случаях (36,2%) такие данные отсутствовали. Во всех наблюдениях отмечено внезапное начало. Примечательно, что в части историй болезни указана не только дата начала заболевания, но и точное время.

2. Фебрильная температура

Фебрильная температура выше 38 °С, установлена в 95 случаях — 62,5%. При этом сведения о температуре отсутствовали в 36 наблюдениях (23,6%).

3. Проявления сосудистой (сердечно-сосудистой) недостаточности

Сосудистая (сердечно-сосудистая) недостаточность клинически была отмечена в 133 наблюдениях, что составило 87,5%.

4. Поражение головного мозга

Гнойные менингиты, в части случаев с явлениями эпендиматита, выявлены посмертно в 17 наблюдениях, что составило 11,2%. Важно отметить, что клинически этот диагноз был заподозрен только в 2 наблюдениях (11,8%).

К сожалению, ни в одном из 152 наблюдений сведений о характере мокроты в медицинских документах не обнаружено, в том числе, и в случае смерти больных в специализированных пульмонологических отделениях. Также ни в одном из наблюдений не было данных о прижизненном исследовании мокроты на определение микрофлоры.

В анализах крови изменения оказались различными: наряду с лейкоцитозом наблюдалась и лейкопения — 17 наблюдений (11,2%).

Сведения о длительности пребывания умерших в стационаре приведены в таблице 5. Обращает на себя внимание очень высокая доля досуточной летальности — 55,3%, практически более половины больных умерли в первые сутки от момента госпитализации. На 3 сутки доля умерших составила 79%, а в первую неделю крупозная пневмония стала причиной смерти у 90,1% пациентов.

Общая продолжительность заболевания.

Этот показатель удалось установить в 103 случаях (67,7%). В среднем общая продолжительность заболевания составила 7,7 дня. При этом у 21,9% общая продолжительность заболевания составила 3 суток, а в 62,6% не превышала 1 неделю. В одном наблюдении смерть от крупозной пневмонии последовала через 23 ч от начала заболевания.

S-252/06 г.: мужчина, 56 лет, около 3 недель злоупотреблял алкоголем. Заболел остро, 14.10.06 г. в 20 ч. Повысилась температура до 40 °С, появились озноб, кашель, боли в грудной клетке. 15.10.06 г. в 16 ч доставлен в стационар в тяжелом состоянии, лечение в палате реанимации. Клинический диагноз: шок неясного генеза? Острый инфаркт миокарда? ТЭЛА? Объективно: выраженная одышка, цианоз, АД 50/0. Комплекс лечебных мероприятий не эффективен, смерть в 19 ч. Заключительный клинический диагноз ИБС, циркулярный инфаркт миокарда. При аутопсии — правосторонняя крупозная пневмония.

Этиология заболевания. Высев пневмококка из аутопсийного материала был получен в 24%, другая микрофлора высеяна в 58,9% случаев, в том числе возбудители из рода *Klebsiella* — в 3,1%. Практически во всех случаях при бактериоскопии определялись характерные ланцетовидные диплококки.

Сопоставление клинического и патологоанатомического диагнозов. В нашем исследовании анализировали расхождения клинического и патологоанатомического диагнозов только в стационарах. Клинический диагноз «внебольничная пнев-

Таблица 5

Сроки пребывания умерших в стационаре в г. Иркутске

Срок	до 1 суток	до 3 суток	до 5 суток	до 7 суток	до 9 суток	10 и более
Число умерших, абс. (%)	84 (55,3)	36 (23,7)	10 (6,6)	7 (4,6)	3 (2)	11 (7,2)

мония» был поставлен в 118 случаях (77,6%). В 34 случаях (22,4%) крупозная пневмония клинически не была распознана. При этом в 10 наблюдениях установлен диагноз острого инфаркта миокарда, в 7 случаях — сепсис и также в 7 случаях — шок неясного генеза. Ошибочный диагноз туберкулеза легких установлен в 5 наблюдениях. Диагноз тромбоэмболии легочной артерии (ТЭЛА) поставлен в 4 случаях и в одном наблюдении — диагноз острого нарушения мозгового кровообращения (на вскрытии: крупозная пневмония, осложненная менингитом). В 24 случаях (инфаркт, сепсис, шок), что составило 70,6%, клинически установлены заболевания, сопровождающиеся выраженной сосудистой (сердечно-сосудистой) недостаточностью, что лишь подчеркивает важность этого клинического признака.

Согласно данным патологоанатомической службы Санкт-Петербурга [12] в городе в 2007 г. от заболеваний умерло 60547 чел., при этом патологоанатомами вскрыто 13760 и судебно-медицинскими экспертами — 16653. Диагноз «крупозная пневмония» был поставлен патологоанатомами в 138 случаях, расхождение клинического и патологоанатомического диагноза установлено в 23,9% случаев. Подробных данных о результатах судебно-медицинских исследований нет.

В патологоанатомическом отделении городской инфекционной больницы № 30 им. С.П. Боткина за 1993–2007 гг. было вскрыто 269 умерших от крупозной пневмонии. Количество вскрытий с этим диагнозом существенно колебалось от 7 случаев (в 1996 г.) до 33 (в 1993 г.) и составило от 3,7 до 6% от секционного материала больницы. Среди умерших резко преобладали мужчины — 208 (77,3%). Сведения о хроническом алкоголизме имелись в картах стационарного больного в 227 наблюдениях (84,4%). В половине случаев смерть наступала досуточно. Во многих наблюдениях характер выявленных в легких структурных изменений свидетельствовал о большей длительности заболевания, чем это следовало из скудного анамнеза. Практически во всех наблюдениях отмечены фибриновые или фибринозно-гнойные плевриты. Гнойные менингиты и менингоэнцефалиты диагностированы 68 раз (25,3%). В 9 наблюдениях, особенно последних лет, в крови отмечен агранулоцитоз, расшифровать природу которого не представлялось возможным. При посмертном бактериологическом исследовании рост пневмококка

получен в 91 наблюдении (33,8%), возбудителей из рода *Klebsiella* — в 35 наблюдениях (13,0%), однако, данными о частоте среди них типичных фридендеровских пневмоний мы не располагаем. В 36 случаях (13,4%) отмечены серологические и (или) гистологические признаки острых вирусных респираторных инфекций, частота которых в различные годы существенно колебалась. ВИЧ как сопутствующая инфекция была впервые выявлена при посмертном исследовании в 8 наблюдениях (после 2001 г.).

Заключение. Сопоставление данных, полученных при углубленном целенаправленном изучении результатов патологоанатомических вскрытий в крупнейшей прозектуре г. Иркутска с имеющимися в нашем распоряжении сведениями по Санкт-Петербургу показало, что частота летальных исходов от крупозной пневмонии в обоих городах продолжает оставаться высокой. Секционный материал обоих городов имеет много общих черт. Следует подчеркнуть высокую частоту осложнения крупозной пневмонии гнойными менингитами и менингоэнцефалитами (10–26%), которым в литературе уделено недостаточное внимание.

Наиболее характерны летальные исходы среди мужчин, злоупотребляющих алкоголем при кратковременном пребывании в стационаре. Высока частота неправильной клинической диагностики, несмотря на характерное начало заболевания в большинстве случаев. Несмотря на сравнительно низкую долю высева пневмококков из секционного материала (около 1/3), анализ проведенных в Иркутске систематических бактериоскопических исследований убеждает, что ведущим этиологическим фактором крупозной пневмонии является пневмококк. Отсутствие в большинстве наблюдений ассоциации с вирусными респираторными инфекциями позволяет согласиться с мнением А. Н. Маянского [12], что заболевание крупозной пневмонией связано с высоковирулентными штаммами пневмококка, хотя этот вопрос и нуждается в специальном изучении. Важнейшими условиями, способствующими неблагоприятному исходу, являются алкогольная интоксикация и охлаждение, которые, как известно, существенно снижают местную резистентность органов дыхания.

Надеемся, что изложенный материал будет полезен для врачей общей практики и поможет им избежать ошибок в диагностике крупозной пневмонии.

Литература

1. Engleberg N. C., Di Rita V., Dermodi T. S. Shaechter's mechanisms of microbial disease. — Lippincot Williams & Wilkins Philadelphia etc. — 2007.
2. Зайратьянц О. В., Ковальский Г. Б., Рыбакова М. Г. и др. Медико-демографические показатели: Россия, Москва, С-Петербург. — М., 2006.

3. *Кассирский И. А.* Вопросы клиники и терапии острых пневмоний // В кн.: «Острые пневмонии». — М.: Медгиз, 1961. — С. 60–75.
4. *Бойко Ю. Г., Силяева Н. Ф., Бойко В. М.* Клинико-анатомическая характеристика крупозной пневмонии // Клини. мед. — 1986 — № 12. — С. 58–62.
5. *Пермяков Н. К., Баринаева М. В., Магомедов М. К.* Патологическая анатомия острых воспалительных заболеваний легких у взрослых // Арх. патологии. — 1990. — № 6. — С. 3–7
6. *Цинзерлинг В. Д.* Некоторые вопросы патогенеза крупозной пневмонии в свете новых морфологических исследований // Клини. мед. — 1939— № 9–10. — С. 3–12.
7. *Цинзерлинг В. Д., Цинзерлинг А. В.* Патологическая анатомия острых пневмоний разной этиологии. — Л.: Медгиз, 1963.
8. *Цинзерлинг А. В., Цинзерлинг В. А.* Современные инфекции: патологическая анатомия и вопросы патогенеза. 2 изд. — СПб.: Сотис, 2002.
9. *Cotran R., Kumar V., Collins T.* Robbins Pathologic Basis of Disease. 6 ed. — Philadelphia: W. B. Saunders Company, 1999.
10. *Пальцев М. А., Аничков Н. М.* Патологическая анатомия: В 2т. 2 изд. — М.: Медицина, 2005. — Т 2.
11. *Губанова И. И., Погодаева С. В., Свистунов В. В. и др.* Медицинская статистика Иркутска // Департамент здравоохранения и социальной помощи населению администрации г. Иркутска, 2008.
12. *Ковальский Г. Б., Рыбакова М. Г., Гусев С. Г. и др.* Структура смертности, качество прижизненной диагностики в стационарах и амбулаторно-поликлинических учреждениях Санкт-Петербурга (взрослое население) за 2007 год // Библиотека патологоанатома. — 2008. — № 96.
13. *Маянский А. Н.* Патогенетическая микробиология. Руководство. — Н.-Новгород, 2006.

Авторы:

В. В. Свистунов, зав. ПАО МУЗ Клиническая больница №1 г. Иркутска

В. А. Цинзерлинг, зав. лабораторией патоморфологии и цитологии НИИ медицинской микологии им. П. Н. Кашкина СПбМАПО

Д. В. Комарова, зав. ПАО КИБ им. С. П. Боткина

Адрес для контакта: zinserling@yandex.ru

ИНФЕКЦИИ, ПЕРЕДАВАЕМЫЕ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ (ИППП) И ВИЧ-ИНФЕКЦИЯ В ГРУППАХ РИСКА. РАСПРОСТРАНЯЮТСЯ ЛИ ВОЗБУДИТЕЛИ ПО ОДНИМ И ТЕМ ЖЕ СЕТЯМ?

С. Л. Плавинский¹, А. Н. Барина¹, К. М. Ерошина², А. В. Бобрик², А. В. Новожилов³

¹ ГОУ ДПО Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования Росздрава,

² Открытый институт здоровья, Москва,

³ Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения,
Москва, Россия

SEXUALLY TRANSMITTED DISEASES (STD) AND HIV INFECTION IN HIGH RISK GROUPS. DO PATHOGENS SPREAD THROUGH THE SAME NETWORK?

S.L. Plavinski¹, A.N. Barinova¹, K.M. Eroshina², A.V. Bobrik², A.V. Novojilov³

St-Petersburg medical academy of postgraduate studies,

Open institute of health, Moscow,

Central research institute of organization and health care informatization, Moscow, Russia

© Коллектив авторов, 2009 г.

В статье анализируются результаты обследования 5502 человек групп риска ВИЧ-инфекции (потребители инъекционных наркотиков и лица, предоставляющие коммерческие секс-услуги), проведенного в 2006–2008 гг. в 10 регионах Российской Федерации, входивших в проект ГЛОБУС. Показано, что ИППП являются фактором риска ВИЧ-инфекции, повышая ее риск в 1,5–2,0 раза (эффект кумулятивен), а также, что в группе риска происходит пересечение сексуальных сетей, по которым распространяются возбудители ИППП, что ведет к появлению значительного количества случаев инфицирования различными возбудителями.

Ключевые слова: инфекции, группы риска

The article presents results of the survey of 5502 persons of high HIV risk (injecting drug users and commercial sex workers) undertaken in 2006–2008 in 10 regions of Russian Federation, participating in the GLOBUS project. It was shown that sexually transmitted diseases (STD) are risk factor for HIV infection, increasing risk 1.5–2.0 times with multiplicative risk, and analyzed risk groups could be viewed as hubs of sexual networks through which STD pathogens spread, which manifests in significant number of cases being infected with several pathogens.

Key Words: infection, risk groups

Введение. Несмотря на некоторое снижение в последние годы, распространенность инфекций, передающихся половым путем (ИППП), таких как сифилис, гонорея, хламидиоз, трихомоноз, генитальный герпес; инфекция, вызванная вирусом папилломы человека, и ряд других продолжает оставаться высокой. Параллельно с этим неуклонно растет распространенность заболевания, вызванного вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекция). В литературе уже давно опубликованы данные о том, что ИППП повышают риск заражения и передачи ВИЧ [1]. Кроме того, накапливаются данные о том, что некоторые ИППП могут проявляться как смешанные инфекции, это наиболее характерно для заболеваний, вызываемых гонококком и хламидией [2, 3, 4], хотя с этим согласны не все авторы [5]. Наличие смешанных инфекций обычно означает, что между сексуаль-

ными сетями, по которым распространяются различные возбудители, существует перекрытие и, соответственно, лица, инфицированные одной из ИППП, принадлежат к общей сети, куда относятся и лица, инфицированные другими ИППП. С другой стороны, вполне возможно, что сексуальные сети представлены достаточно изолированными сегментами, в каждом из которых «обитает» тот или иной возбудитель. В таком случае перекрытие сетей не наблюдается и смешанные формы достаточно редки. Ответ на вопрос, являются ли сети изолированными или перекрывающимися, важен для подбора адекватной терапии (включая т.н. эпидемиологическое лечение¹), а

¹ Лечение заболевания, которое клинически не проявляется, но, на основе эпидемиологических данных, с высокой вероятностью имеется у пациента.

также для выбора методов диагностики и общей настороженности клинициста в отношении сопутствующих инфекций. В данной работе проанализирован вопрос о том, относятся ли к разным сетям лица, относящиеся к группе риска инфицирования ВИЧ-инфекцией — потребители инъекционных наркотиков и лица, вовлеченные в коммерческую секс-работу.

Материал и методы. Исследование проведено в два этапа в 10 регионах Российской Федерации, являвшихся участниками программы противодействия распространению ВИЧ/СПИД «ГЛОБУС» (Глобальное объединение усилий против СПИДа) на базе действовавших в этих регионах программ снижения вреда (СВ). Для опроса в каждом регионе были приглашены 300 человек, 100 потребителей инъекционных наркотиков (ПИН), являвшихся клиентами программы СВ (клиенты, обращающиеся в проект СВ за получением услуг впервые, не могли быть включены в это число); 100 ПИН, не являвшихся клиентами проектов СВ и 100 лиц, занимающихся коммерческой секс-работой (КСР). Поскольку генеральная совокупность для ПИН и КСР не известна, выполнять случайный отбор участников не представлялось возможным. Критериев отбора участников программ СВ не было, единственным критерием было то, что респондент должен был употреблять внутривенные наркотики хотя бы раз в течение месяца до интервью. Лица, являвшиеся ПИН и КСР, отбирались при аутрич-работе¹ и представляли собой выборку удобства (convenience sample). Интервьюеры получили инструкции не отбирать каким-либо специальным образом участников для опроса. Использование других видов выборки («снежный ком») было признано не имеющим преимуществ, поскольку в данном случае в исследование попали бы только лица, относящиеся к одним социальным сетям.

Большая часть участников была опрошена в феврале — апреле 2006 г. и в сентябре — октябре 2008 г. Участники опроса 2006 г. не участвовали в опросе 2008 г. Всем участникам предлагалось ответить на вопросы анкеты, а также пройти тестирование на наличие ВИЧ-инфекции. Все участники дали информированное согласие на участие в опросе и в обследовании, а также на использование полученных данных в научных целях.

Анкета включала общие вопросы о социально-экономическом статусе участников; опрос об употреблении наркотиков, включая частоту потребления, использование общего инъекционного инструментария и тип потребляемых наркотических средств; сексуальное поведение, включая количество партнеров, частоту использования презервативов и перенесенные ИППП, а также

¹ Т. е. контакт с представителями групп риска вне системы здравоохранения или других учреждений, в местах их обычного нахождения или проживания.

вопросы о знании путей передачи ВИЧ-инфекции и удовлетворенности услугами программ СВ (для участников). Кроме того, в 2006 г. проводилось тестирование на серологические маркеры сифилиса, гепатитов В и С. В 2008 г. анкета была дополнена вопросами, направленными на выявление признаков туберкулеза. Все данные сотрудники программ вводили в специально разработанную базу данных, реализованную в системе EpiData и содержащую результаты опроса в обезличенной форме.

В 2006 г. опрос проводили в Улан-Удэ, Казани, Красноярске, Вологде, Нижнем Новгороде, Оренбурге, Пскове, Твери, Томске и Санкт-Петербурге. В Вологде были опрошены только 142 человека, а в 2008 г. в этом регионе опрос вообще не проводился. Кроме того, в 2008 г. в Твери было опрошено только 220 человек. Общее число опрошенных в 2006–2008 гг. составило 5502 человека, что и является базой данного исследования.

Анализ данных включал построение таблиц сопряженности, оценку наличия связи между показателями при помощи критериев² и Кохрана — Манеля — Ханзеля. Оценку гипотезы связанности факта перенесения различных ИППП друг с другом проверяли с помощью построения логлинейной модели в соответствии с рекомендациями D. Zelterman (2002) [6]. Изучение взаимосвязи между ИППП и наличием ВИЧ-инфекции проводили при помощи логистической регрессии. Анализ выполняли в системе SAS версии 9.1 (SAS Institutes Inc., Cary, NC).

Результаты. Распространенность ВИЧ-инфекции в анализируемой группе риска была достаточно велика (табл. 1). В целом в 10 обследованных регионах был инфицирован 1321 человек из 5468, у которых было выполнено обследование, что составляет 24,1%. Были обнаружены значительные региональные различия, которые можно было признать действительными, поскольку состав обследованных в каждом регионе по принадлежности к группам риска был одинаков (100 ПИН-участников программы СВ, 100 ПИН, не участвующих в программе и 100 КСР). Самая высокая пораженность групп риска отмечена в Санкт-Петербурге и Твери, где ВИЧ-инфекцию имели 50,4% и 48% обследованных, соответственно. Также высокой была пораженность обследованных в Оренбурге (41,6%) и Улан-Удэ (31,3%). Самой низкой частота обнаружения ВИЧ была у обследованных в Пскове (0,5%), Томске (3,2%) и Вологде (5,7%), однако в последнем городе результаты являются неполными и собирались только в 2006 г. Вместе с тем, даже в этих регионах (кроме Пскова) был инфицирован каждый 20–30-й обследованный из группы риска, а в более неблагоприятных регионах инфицированы были каждый четвертый-второй человек из группы риска. С одной стороны, это указывает на

серьезность проблемы инфицирования группы риска, а с другой на то, что в этих группах (точнее, среди ПИН) произошло «насыщение» и дальнейший быстрый рост инфицированности в этих группах невозможен по причине малого числа серонегативных лиц. Соответственно, дальнейший рост заболеваемости ВИЧ-инфекцией, особенно в регионах со значительной пораженностью, возможен, в первую очередь за счет появления в группах риска новых членов или за счет генерализации инфекционного процесса¹.

Анализ изменения степени пораженности между 2006 и 2008 годами показывает, что изменения произошли не во всех регионах. При этом следует учитывать, что ввиду относительно небольшого размера выборки внутри региона достоверными могли являться только те различия, при которых пораженность группы изменилась более чем на 8%. Соответственно, пораженность практически не изменилась в Санкт-Петербурге (в 2006 г. было инфицировано 49,7% обследованных, а в 2008 — 51,2%); в Томске (2,7% и 3,6%), в Пскове (в 2006 г. не было отмечено случаев ВИЧ среди обследованных, а в 2008 — 0,95%); в Оренбурге (43,5% и 39,7%); в Красноярске (13,4% и 11,0%) и в Казани (24,3% и 22,3%), хотя тенденция к снижению наметилась в трех из этих регионов. Значительное снижение было отмечено в Улан-Удэ (37,7% в 2006 г. и 24,9% в 2008 г., $p = 0,001$) и в Нижнем Новгороде (19,4% и 11,4%, $p = 0,009$). А вот в Твери соответствующие показатели составили 36,7% в 2006 г. и 56,0% в 2008 г. ($p < 0,001$), что указывает либо на произошедшую за эти два года вспышку ВИЧ-инфекции в группе риска, либо на то, что программам снижения вреда и аутрич-работникам удалось привлечь к контактам большее число лиц с ВИЧ-инфекцией². В целом ситуацию с ВИЧ-инфекцией в обследованных группах риска можно охарактеризовать как напряженную, с тенденцией к стабилизации, но без выраженных признаков улучшения.

Оценка распространенности ИППП была сделана на основании опроса участников, указывавших, какими из четырех ИППП — сифилис, гонорея, хламидиоз, трихомоноз — страдал опрашиваемый. Было установлено, что в целом почти половина всех участников — 40,3% когда-либо переносила ИППП. Соответственно, в группе риска 59,7% лиц не болели ИППП или же не знали об их наличии. При этом чаще все-

го встречались изолированные формы ИППП, лиц, больных двумя или более ИППП было значительно меньше (табл. 2). В таблице приведены только данные о тех лицах, которые ответили на вопросы о наличии ИППП (94,9% опрошенных), общим числом 5204 человека. Чаще всего опрошенные сообщали, что они переносили только гонорею (13,0%) и не страдали другими заболеваниями. Практически каждый седьмой человек в группе риска относился к таким обследованным. Также довольно часто в группе риска встречались лица, перенесшие сифилис, но не другие ИППП (7,6%) — каждый тринадцатый относился к этой группе. Почти столько же лиц (6,7%) перенесли трихомоноз, но не страдали другими ИППП. Изолированный хламидиоз встречался или выявлялся значительно реже — у 4,2% (или у каждого 25-го). Надо отметить, что, несмотря на достаточно большое число лиц, сообщивших о перенесении ими ИППП (2100 человек), лишь небольшое число из них перенесло инфицирование более чем одним возбудителем — 1642 человека (78,2%) сообщили, что были инфицированы только одним возбудителем.

Из тех, кто был инфицирован более чем одним возбудителем, чаще всего отмечалось сочетание сифилиса и гонореи (1,8%), гонореи и трихомоноза (1,6%), гонореи и хламидиоза (1,2%). Относительно часто встречались лица, перенесшие гонорею, хламидиоз и трихомоноз (0,77%), их было больше, чем лиц с сочетанием сифилиса и хламидиоза (0,48%) или сифилиса и трихомоноза (0,71%). Вместе с тем, гонорея была наиболее часто встречавшейся ИППП, поэтому то, что сочетания с ней других ИППП были также наиболее частыми, удивления не вызывает. Поскольку гонореей³ переболел почти каждый пятый человек в группе риска, можно было ожидать, что, если заражение гонореей, например, не связано с заражением сифилисом, то среди тех, кто перенес сифилис, также как минимум одна пятая укажет на перенесенную гонорею. Иными словами, если среди опрошенных всего 615 человек указали на перенесенный сифилис, можно было ожидать, что около 120 из них укажут, что они также перенесли гонорею. В реальности таких лиц было 148. Это свидетельствует, что лица, перенесшие сифилис, также чаще заражались гонореей, то есть, что возбудители этих заболеваний имеют общую группу риска. Ранее одним из соавторов данной работы было показано [7], что среди заключенных эти два заболевания принадлежат к разным сексуальным сетям, однако учитывая то, что в данное исследование была включена группа высокого риска ИППП — РКС, результат мог быть иным.

¹ Данные анализа пораженности ВИЧ КСР, не являющихся ПИН (не опубликовано) показывают значительно более низкую распространенность ВИЧ-инфекции, что указывает на то, что заражение через инъекционный инструментарий продолжает оставаться основным путем распространения ВИЧ-инфекции.

² Аналогичным образом снижение частоты ВИЧ-инфекции можно трактовать как следствие роста в этих регионах ПИН (увеличенный приток новых членов в группы риска), однако оценить правдоподобность этой гипотезы достаточно сложно.

³ Как единственной ИППП, так и в сочетании

Оценка ожидаемого и наблюдаемого количества случаев перенесения нескольких ИППП показала, что в данной группе наблюдается тенденция к сочетанию этих инфекций. Так, количество ожидаемых случаев изолированной гонореи было на 42 выше, чем реально наблюдаемое (6,1%), изолированного хламидиоза — на 62 случая выше (28,6%), а изолированного трихомоноза — на 45 случаев выше (12,8%). Для более детального ответа на вопрос о сочетаемости различных ИППП необходимо было построить многомерную логлинейную модель. В эту модель были включены следующие переменные и их сочетания — пол, участие в коммерческой секс-работе, указание на перенесенные сифилис, гонорею, хламидиоз и трихомоноз. Всего эти показатели формировали 58 различных сочетаний, поэтому добавление дополнительных переменных было не обоснованным, учитывая небольшое число лиц, указавших на перенесение нескольких ИППП. На отборочном этапе в модель также вносили регион, однако он не влиял на результаты.

Наиболее адекватной оказалась модель, которая включала взаимодействия третьего порядка (то есть на основании данных только о частоте парной встречаемости ИППП описать частоту встречаемости сочетаний из трех ИППП не представлялось возможным). Наиболее значимыми были сочетания сифилиса, гонореи и хламидиоза ($\chi^2 = 5,06$, $p = 0,0245$); сифилиса, гонореи и трихомоноза ($\chi^2 = 8,65$, $p = 0,0033$); гонореи, хламидиоза и трихомоноза ($\chi^2 = 6,28$, $p = 0,0122$), а также парные сочетания сифилиса с гонореей ($\chi^2 = 5,86$, $p = 0,0155$), гонореи с хламидиозом ($\chi^2 = 5,60$, $p = 0,0180$) и хламидиоза с трихомонозом ($\chi^2 = 17,04$, $p < 0,0001$). Кроме того, на связь сифилиса и гонореи влияли пол и принадлежность к группе РКС ($\chi^2 = 4,45$, $p = 0,0348$)¹.

Сочетание гонореи и хламидиоза имело шансы встретиться в данной популяции (после коррекции на другие параметры) в 1,99 раз чаще (ОШ = 1,99, 95% ДИ = 1,60–2,46), чем каждая инфекция в отдельности. Шансы сочетания хламидиоза с трихомонозом были еще выше (ОШ=3,16, 95% ДИ = 2,51–3,99), а сочетание сифилиса и гонореи, хоть и встречалось с большей частотой, чем можно было ожидать из распространенности этих заболеваний, имело наименьший прирост отношения шансов (ОШ = 1,36, 95% ДИ = 1,11–1,66). Если пациент переболел более чем одним заболеванием, он с большей вероятностью переносил три инфекции. Так, если брать лиц, перенесших сифилис, то шансы наличия трех инфекций (сифилис, гонорея и хламидиоз) повышались в 4 раза (ОШ = 3,95, 95%

ДИ = 2,34–6,67), у лиц, перенесших гонорею — в 2,3 раза (ОШ = 2,25, 95% ДИ = 1,46–3,49) и у лиц, перенесших хламидиоз — в 2,7 раза (ОШ = 2,74, 95% ДИ = 1,61–4,65). Аналогичные результаты получены и для сочетания сифилиса, гонореи и трихомоноза, а также гонореи, хламидиоза и трихомоноза.

Дополнительно была проанализирована взаимосвязь наличия у обследованных ВИЧ-инфекции и перенесенных ИППП. Для этого была построена логистическая регрессионная модель, в которой зависимой переменной являлось наличие или отсутствие ВИЧ-инфекции, а независимыми — наличие в анамнезе ИППП, занятие коммерческой секс-работой, употребление инъекционных наркотиков в течение 1 месяца до опроса и пол. Кроме того, модель строили со стратификацией по регионам, ввиду различной распространенности ВИЧ-инфекции в регионах. Проведенный анализ показал, что сифилис, гонорея и трихомоноз связаны с большей частотой ВИЧ-инфекции (после коррекции по полу, региону обследования, потреблению наркотиков и занятию секс-работой). Шансы наличия ВИЧ-инфекции у лиц, сообщивших, что они болели сифилисом, были 1,8 раз выше, чем у тех, кто сифилисом не болел (ОШ = 1,76, 95% ДИ = 1,32–2,34), для гонореи рост составил 1,5 раза (ОШ = 1,48, 95% ДИ = 1,19–1,82) и для трихомоноза — 1,6 раза (95% ДИ = 1,19–2,18). Хламидиоз значимо не повышал риск ВИЧ-инфекции. Важно отметить, что для сифилиса и трихомоноза эффект был аддитивным², то есть человек, инфицированный сифилисом и трихомонозом, имел шансы быть инфицированным ВИЧ, превышающие таковые в случае отсутствия инфицирования в 2,8 раза. С другой стороны, сифилис и гонорея не были полностью аддитивными, риск инфекции ВИЧ при наличии сифилиса и гонореи в анамнезе повышался всего лишь на 5% ($p > 0,05$). При этом у лиц, занимающихся коммерческой секс-работой, сочетание сифилиса и гонореи в анамнезе указывало на значительно более высокий риск ВИЧ-инфекции. В этой группе шансы ВИЧ-инфекции повышались в 2,4 раза. Причиной повышения может быть либо то, что такие секс-работники имеют больше клиентов (и поэтому чаще заражаются), либо то, что они реже используют презервативы и поэтому больше подвержены риску инфицирования как ИППП, так и ВИЧ-инфекцией.

В целом можно утверждать, что изученная группа риска является пересечением различных сексуальных сетей, поэтому наличие одного заболевания с большей частотой указывает на возможность наличия и других инфекций, а сами ИППП являются фактором риска ВИЧ-инфекции.

¹ Единственным другим влияющим сочетанием было сочетание пола и РКС ($\chi^2 = 131,5$, $p < 0,0001$), что означает, что женщины чаще мужчин занимают РКС, а это вряд ли удивительно.

² Точнее, лог-аддитивным.

Этот вывод тем более важен, что диагностика ряда ИППП, таких как хламидиоз и трихомоноз, затруднена и часто сопровождается ложноотрицательными результатами. Именно поэтому американские центры контроля заболеваемости (CDC) рекомендуют при лечении гонореи одновременно назначать схему, направленную на лечение хламидиоза, если только последний не был исключен [8]. Сложность диагностики трихомоноза [9] в сочетании с обнаруженным частым сочетанием с гонореей и хламидиозом и подтвержденные исследованиями у заключенных [7] свидетельствуют о необходимости рассмотреть вопрос об эпидемиологическом лечении этого заболевания.

Вне зависимости от решения об эпидемиологическом лечении врач, контактирующий с пациентом группы риска, должен представлять, что у такого пациента возможно сочетание ряда инфекций, передаваемых половым путем, и их полное излечение является императивом ввиду роста риска заражения ВИЧ-инфекцией и передачи ВИЧ-инфекции при наличии этих заболеваний.

Выводы

1. Несмотря на региональные различия в распространенности ВИЧ-инфекции, пораженность ею групп риска высока.

2. Инфекции, передающиеся половым путем, в первую очередь сифилис, трихомоноз и гонорея, являются факторами риска ВИЧ-инфекции.

3. В группах риска пересекаются различные сексуальные сети, по которым распространяются возбудители ИППП, что приводит к значительному количеству случаев инфицирования одного и того же человека разными возбудителями.

4. Возможность сочетанного инфицирования указывает на необходимость для клиницистов детальной диагностики при подозрении на ИППП и полного излечения пациентов, учитывая роль этих инфекций в распространении ВИЧ-инфекции.

Авторы выражают благодарность всем участникам проекта, сотрудникам программ СВ и центров СПИД в регионах ГЛОБУС за помощь в организации сбора материала.

Таблица 1

Число лиц с положительным и отрицательным результатами теста на ВИЧ-инфекцию среди обследованных, по регионам

Город	Результат тестирования на ВИЧ, количество (%)		Всего
	отрицательный	положительный	
Вологда	133 (94,33)	8 (5,67)	141
Казань	468 (76,72)	142 (23,28)	610
Красноярск	531 (87,77)	74 (12,23)	605
Нижний Новгород	509 (84,55)	93 (15,45)	602
Оренбург	358 (58,40)	255 (41,60)	613
Псков	601 (99,50)	3 (0,50)	604
Санкт-Петербург	289 (49,57)	294 (50,43)	583
Тверь	266 (51,95)	246 (48,05)	512
Томск	582 (96,84)	19 (3,16)	601
Улан-Удэ	410 (68,68)	187 (31,32)	597
Всего	4147 (75,84)	1321 (24,08)	5468

Таблица 2

Инфекции, передаваемые половым путем и ВИЧ-инфекция у лиц групп риска

Инфекции, передаваемые половым путем (ИППП)	ИППП суммарно, количество (%)	Результат тестирования на ВИЧ, количество (%)	
		отрицательный	положительный
С+ Г- X+ T+	8 (0,15)	6 (75,00)	2 (25,00)
С+ Г+ X+ T+	14 (0,27)	10 (71,43)	4 (28,57)
С+ Г+ X+ T-	21 (0,40)	9 (42,86)	12 (57,14)
С+ Г+ X- T+	22 (0,42)	15 (68,18)	7 (31,82)
С+ Г- X+ T-	25 (0,48)	19 (76,00)	6 (24,00)
С+ Г- X- T+	37 (0,71)	25 (67,57)	12 (32,43)
С- Г+ X+ T+	40 (0,77)	28 (70,00)	12 (30,00)
С- Г- X+ T+	56 (1,08)	42 (75,00)	14 (25,00)
С- Г+ X+ T-	63 (1,21)	43 (68,25)	20 (31,75)
С- Г+ X- T+	81 (1,56)	54 (66,67)	27 (33,33)
С+ Г+ X- T-	91 (1,75)	64 (70,33)	27 (29,67)
С- Г- X+ T-	216 (4,15)	181 (83,80)	35 (16,20)
С- Г- X- T+	351 (6,74)	269 (76,64)	82 (23,36)
С+ Г- X- T-	397 (7,63)	288 (72,54)	109 (27,46)
С- Г+ X- T-	678 (13,03)	460 (67,85)	218 (32,15)
С- Г- X- T-	3104 (59,65)	2482 (79,96)	622 (20,04)
Всего	5204 (100)	3995 (76,77)	1209 (23,23)

Примечание: С — сифилис, Г — гонорея, X — хламидиоз, T — трихомоноз. «+» означает положительный ответ на вопрос о перенесении данной ИППП, «-» — отрицательный.

Литература

1. *Nusbaum M. R., Wallace R. R., Slatt L. M., Kondrad E. C.* Sexually transmitted infections and increased risk of co-infection with human immunodeficiency virus // *J Am Osteopath Assoc.* — 2004. — Vol. 104, № 12. — P. 527–535.
2. *Tapsall J. W., Kinchington M.* The frequency of co-infection with *Neisseria gonorrhoeae* and *Chlamydia trachomatis* in men and women in eastern Sydney // *Pathology.* — 1996.—Vol. 28, № 1. — P. 84–87.
3. *Creighton S., Tenant-Flowers M., Taylor C. B., Miller R., Low N.* Co-infection with gonorrhoea and chlamydia: how much is there and what does it mean? // *Int J STD AIDS.*—2003. — Vol. 14, № 2. — P. 109–113.
4. *Chen X. S., Yin Y. P., Liang G. J., Gong X. D., Li H. S., Shi M. Q., Yu Y. H.* Co-infection with genital gonorrhoea and genital chlamydia in female sex workers in Yunnan, China // *Int J STD AIDS.* — 2006.—Vol. 17, № 5. — P. 329–332.
5. *Drew R. J., Cormican M., Machale E., Fleming C.* Low rate of co-infection in patients presenting with *Chlamydia trachomatis* to a sexually transmitted infection clinic in Galway, Ireland // *Int J STD AIDS.* — 2007. — Vol. 18, № 1. — P. 796.
6. *Zelterman D.* Advanced Log-Linear Models Using SAS. — SAS Institutes Inc., Cary, NC, 2002. — 189 p.
7. *Носова Н. Ю., Баринаева А. Н., Разнатовский К. И.* Оценка перекрываемости сексуальных сетей среди заключенных в учреждениях исправительной системы. В сб.: Санкт-Петербургские дерматологические чтения. — СПб.: 2008. — С. 49.
8. *CDC.* Update to CDC's Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines, 2006: Fluoroquinolones No Longer Recommended for Treatment of Gonococcal Infections // *Morbidity and Mortality Weekly Report.* — 2007. Vol. 56. — P. 332–336.
9. *Hobbs M., Sena A., Swygard H., Schwebke J.* *Trichomonas vaginalis* and trichomoniasis. In: *Sexually Transmitted Diseases.* — McGraw Hill, New York, 2008. — P. 771–793.

Авторы:

- С. Л. Плавинский** — д.м.н., заведующий кафедрой педагогики высшей медицинской школы и философии СПбМАПО
А. Н. Баринаева — к.м.н., ассистент кафедры дерматовенерологии СПбМАПО
К. М. Ерошина — к.м.н., руководитель отдела мониторинга и оценки программы ГЛОБУС открытого института здоровья
А. В. Бобрик — к.м.н., заместитель директора открытого института здоровья
А. В. Новожилов — к.м.н., сотрудник центрального НИИ организации и информатизации здравоохранения

Адрес для контакта: splavinskij@mail.ru

ВЛИЯНИЕ ОБУЧАЮЩИХ ПРОГРАММ НА ПРИВЕРЖЕННОСТЬ ПАЦИЕНТОВ РЕКОМЕНДАЦИЯМ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ ОСТЕОПОРОЗА

Ю. А. Сафонова, И. И. Зубкова, Е. Г. Зоткин

ГОУ ДПО Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования Росздрава, Санкт-Петербургская ГУЗ «Городская больница № 25 — городской ревматологический центр», Россия

THE INFLUENCE OF THE TRAINING PROGRAMS ON THE PATIENT'S ADHERENCE TO THE PREVENTION AND TREATMENT OF OSTEOPOROSIS

Yu. A. Safonova, I. I. Zubkova, E. G. Zotkin

St-Petersburg Medical Academy of Postgraduate Studies, City hospital № 25 — city center of rheumatology, Russia

© Ю. А. Сафонова, И. И. Зубкова, Е. Г. Зоткин, 2009 г.

Целью исследования явилось изучение влияния различных форм обучения на приверженность пациентов с остеопорозом лечебно-профилактическим мероприятиям. Показано, что использование в работе с пациентами активных форм обучения повышает приверженность больных с остеопорозом медикаментозному лечению, а также более качественному соблюдению рекомендаций по питанию. Изучение пациентами тематического материала по грамотно составленным брошюрам также способствует более полному соблюдению врачебных рекомендаций по лечению остеопороза.

Ключевые слова: остеопороз, профилактика, приверженность рекомендациям.

The aim of the investigation was to determine the efficacy of various forms of special education programs (active and passive) on compliance of patients with osteoporosis. This study demonstrated that education program is able to improve the adherence of patient to the drug treatment and diet.

Keywords: osteoporosis, prevention, adherence.

«Просвещение и предоставление информации должно составлять неотъемлемую часть лечения любой хронической болезни. Это является профессиональной обязанностью и должно включать информацию о заболевании, проводимых исследованиях и лечении».

Рекомендации Европейской антивоспалительской лиги (EULAR, 2003)

В последние годы имеются большие достижения в области диагностики, профилактики и лечения остеопороза. Однако эти достижения не в полной мере используются при организации консультативно-диагностической помощи пациентам. До настоящего времени не решен вопрос, связанный с улучшением качества жизни пациентов с остеопорозом, снижением роста заболеваемости и количества переломов у населения.

Решение этой глобальной проблемы требует координированных действий со стороны всех структур здравоохранения. Организаторы здравоохранения должны принимать управленческие решения, направленные на создание условий для проведения профилактических мероприятий, раннего выявления болезни и обеспечения ле-

карственными средствами пациентов с установленным диагнозом остеопороза. Практикующие врачи обязаны знать факторы риска остеопороза, направлять больных на денситометрию, инициировать лечение пациентов с остеопорозом. Значимая роль в этой цепи принадлежит среднему медицинскому персоналу, в задачу которого входит информирование пациентов о способах профилактики, обучение лиц с факторами риска остеопороза, особенно, склонных к падениям для снижения риска переломов.

Актуальность. Остеопороз относится к системным заболеваниям скелета и характеризуется нарушением прочности кости и повышением риска переломов. Заболевание распространено преимущественно среди женщин, вступивших в период менопаузы. Частота этого заболевания увеличивается с возрастом. Социальная значимость остеопороза велика и определяется развитием осложнений. Наиболее частыми осложнениями остеопороза являются переломы позвонков и периферических костей скелета, которые ведут к росту заболеваемости, инвалидности и смертности среди лиц пожилого возраста и требуют больших материальных затрат.

Известно, что примерно у одной из трех женщин и у каждого пятого мужчины старше 50 лет выявляется остеопороз. Среди городского населения России у 24% женщин и 13% мужчин в возрасте 50 лет и старше отмечен по крайней мере один клинически выраженный перелом.

При остеопорозе не существует характерной, в том числе ранней, симптоматики. Как правило, перелом является первым клиническим проявлением остеопороза. В связи с этим знание факторов риска остеопороза при диагностике, организации профилактики и определении тактики ведения пациента приобретает особое значение. Отдельно следует отметить такой независимый фактор риска переломов, как склонность к падениям [1]. Так в течение календарного года 30–50% лиц, проживающих в социальных учреждениях, падают 1 раз, а 10–20% — более двух раз в год. Повторные падения наблюдаются у 40% пожилых людей [1, 2, 3, 4, 5]. Страх падения также является важной психологической проблемой пожилых людей, что мешает им вести активный образ жизни. От трети до половины падений пожилых людей связаны с различными хроническими заболеваниями. Риск падения возрастает на фоне мышечной слабости, нарушения походки, сниженных рефлексов, плохого зрения, вестибулярных расстройств, ортостатической гипотензии, деменции. Предупреждение падений позволит уменьшить количество переломов, поэтому модификация перечисленных факторов риска может быть эффективным способом предупреждения переломов [1, 4, 5].

Одной из основных проблем недостаточной эффективности назначенной терапии является низкая приверженность пациентов назначенному лечению. В основе складывающейся ситуации лежит плохая осведомленность или информированность самого пациента о своем заболевании и его последствиях. Вместе с тем практикующие врачи не используют всех имеющихся диагностических и лечебных возможностей, своевременно не иницируют лечение, даже в случаях осложненного остеопороза.

Под термином «приверженность» понимают как долго и как правильно пациент соблюдает рекомендации врача по приему лекарственных средств, соблюдению диеты и изменению стиля жизни, направленные на коррекцию модифицируемых факторов риска болезни. Терапевтическая приверженность включает в себя такие понятия как упорство и комплаентность^{*)} (compliance). Упорство определяется временем, в течение которого пациент получает медикаментозную терапию. В качестве меры оценки упорства используют количество дней, в течение которых пациент получал препарат. Комплаентность — это показатель качества приема медикаментов (соблюдение дозы, кратности и режима приема). Обычно в ка-

честве меры оценки этого показателя используют индекс использования препарата (ИИП), который высчитывают путем деления количества дней приема полной дозы препарата (или выданного больному) на количество дней всего исследования (наблюдения). ИИП используют во всех рандомизированных клинических исследованиях (РКИ), определяющих эффективность лекарственной терапии. В конце любого РКИ высчитывают количество пропущенных доз препарата. Если ИИП достигает 80% и более, комплаентность считают приемлемой [6].

Приверженность пациентов лечению во многом определяет течение и прогноз заболевания [2, 7]. Выявлен ряд причин низкой приверженности пациентов лечению. Одна из них — недостаточная информированность о заболевании. Так, при анкетировании пациентов, направленных на консультацию в Городской консультативно-диагностический центр профилактики остеопороза (СПб ГУЗ «Городская больница № 25 — городской ревматологический центр»), выяснилось, что 93% пациенток хотят узнать больше о своем заболевании. При этом 46% опрошенных доверяют больше своему лечащему врачу, 38% предпочли получить информацию из лекции специалиста, 12% — из специальной литературы для пациентов и только 4% посчитали, что имеющихся знаний им достаточно. Таким образом, большинство пациенток заинтересованы в получении дополнительных знаний по остеопорозу. 89% пациенток считали, что получение дополнительных знаний по проблеме остеопороза могло бы повлиять на их отношение к соблюдению лечебно-профилактических мероприятий.

Для эффективного лечения остеопороза пациенты должны взять на себя ответственность за состояние своего здоровья и овладеть навыками самоконтроля над заболеванием. Для успешного лечения у врача и медицинской сестры появляется дополнительная обязанность, заключающаяся в обучении пациентов. Необходимо активное и грамотное участие пациента в процессе лечения. Все это возможно только в том случае, когда пациент обладает определенным уровнем знаний об особенностях своего заболевания, методах лечения, возможностях самоконтроля.

Обучение взрослого население имеет ряд особенностей. Во-первых, обучающемуся принадлежит ведущая роль в процессе образования. Во-вторых, основным методом технологии обучения являются дискуссии, решение конкретных задач, деловые игры. В-третьих, обучающийся сам формирует мотивацию. Оценка факторов, влияющих на информированность, позволяет выявить ряд закономерностей: женщины лучше мужчин осведомлены по вопросам остеопороза, знания лучше у лиц с более высоким образовательным уровнем, лучшая осведомленность отмечается у тех, кто

ранее уже получал информацию об остеопорозе, кому проводилась денситометрия, или кто получал лечение.

Существует ряд препятствий обучению пациентов, среди которых наиболее значимы использование некомпетентной информации от друзей, соседей, из средств массовой информации, низкий уровень образования, отсутствие мотивации, отрицание личной ответственности.

Основными целями образовательных программ являются обучение пациентов практическим действиям на основе информации, а не только констатация фактов, повышение выявляемости заболевания с помощью денситометрии, усиление мотивации к выполнению лечебно-профилактических мероприятий, выяснение необходимости повторного обучения.

Доказана роль однонаправленных образовательных программ, посвященных узким вопросам остеопороза (обучение рациональному питанию, приему кальция, профилактике остеопороза, выполнению упражнений), что в дальнейшем должно способствовать изменению стиля жизни (увеличение потребления молочных продуктов, повышение приверженности выполнению упражнений и так далее).

Другим не менее важным фактором, определяющим эффективность образовательных программ, помимо их формы, является выбор категории пациентов, на которую нацелено образование. Так, в исследовании здоровых женщин без наличия факторов риска остеопороза обучение даже в небольших группах из нескольких человек может оказать меньший эффект, чем выдача брошюр по теме [8]. Другая ситуация наблюдается при обучении пациентов с высоким риском остеопороза. Больше мотивированы к обследованию и лечению пациенты, которые помимо образовательных программ получили рекомендации от врача.

Для большей эффективности обучения необходимо подобрать грамотный персонал, отвечающий за изложение материала. В этом большая роль принадлежит среднему медицинскому персоналу. Правильный выбор места обучения, тщательная проработка программы и содержания каждого курса с использованием различных форм обучения (информационной и практической), подбор контингента больных по возрасту и полу поможет создать доверительные отношения между пациентами и медицинской сестрой. Существуют различные формы обучения пациентов, среди них наиболее приемлемы следующие: самостоятельное изучение материала по предоставленным брошюрам, индивидуальная беседа с пациентом, проведение групповых занятий в школах.

В Городском консультативно-диагностическом центре профилактики остеопороза в рамках Российской образовательной программы проводилось

исследование, **целью** которого явилось изучение влияния различных форм обучения на приверженность пациентов с остеопорозом лечебно-профилактическим мероприятиям. Были поставлены следующие **задачи**: выяснить приверженность пациентов рекомендациям по питанию, физической активности через 6 месяцев после начала образовательной программы при различных формах обучения и оценить качество соблюдения рекомендаций по приему антиостеопоротических препаратов.

Материалы и методы. Всего в исследовании приняло участие 49 человек, которые были рандомизированы в 2 группы, основную и контрольную. Основная группа (27 пациентов) обучалась в школе остеопороза, проведенной в активной форме. Пациенты контрольной группы (22 пациента) получали информацию об остеопорозе из брошюр, выданных на руки. Исследование продолжалось в течение 6 месяцев. Анализ результатов проводили в разных возрастных группах (50–70 лет и старше 70 лет). Обучающиеся заполняли анкеты, содержащие демографическую и клиническую информацию и опросник знаний об остеопорозе. Пациенты обеих групп до начала исследования консультированы врачом.

Групповое обучение в школе состояло из 4 занятий по 90 минут каждое, с интервалами между занятиями 1–2 дня. Занятие было разделено на 2 части: информационную и практическую. Информационная часть занятия имела цель ознакомить пациентов с основными вопросами по проблеме остеопороза с использованием слайдов, рисунков. Практическая часть была направлена на развитие у пациентов умений и навыков эффективного контроля заболевания. В конце каждого занятия обсуждались вопросы, которые возникали в ходе занятий, предлагалось домашнее задание. Занятия проводили совместно врач и медицинская сестра. На первом занятии излагался материал о клинических проявлениях, диагностике, факторах риска остеопороза, риска падений и переломов, затем составляли индивидуальный план действий для каждого пациента. На втором занятии пациенты получали информацию о роли кальция и витамина D в профилактике и лечении остеопороза, об основных препаратах для патогенетической терапии остеопороза. Медицинская сестра проводила подсчет кальция, употребляемого с продуктами питания и препаратами каждым пациентом. На третьем занятии медицинская сестра обучала пациентов комплексу упражнений при остеопорозе. На четвертом занятии врач излагал материал по использованию средств обезболивания, а также ортезов и корсетов. В конце курса врач и медицинская сестра совместно подводили итоги, проверяли знания и навыки, полученные за время обучения.

Результаты. По завершении обучающей программы через 6 месяцев получены следующие результаты. Если в основной группе (групповое обучение) в начале исследования 43% пациентов в возрасте 50–70 лет потребляли менее 500 мг элементарного кальция в день с продуктами питания, то через 6 месяцев показатель потребления кальция оставался на минимальном уровне лишь у 20% пациентов. Соответственно, увеличилась доля пациентов (с 7% до 20%), которые с помощью диеты стали потреблять достаточное количество кальция – до 1500 мг в день.

В возрастной группе старше 70 лет также отмечено снижение числа пациентов (с 23 до 8%), потреблявших менее 500 мг кальция с продуктами питания, и увеличилась доля пациентов (с 46% до 59%), потреблявших с продуктами питания до 1000 мг кальция в сутки. Объем физической активности пациентов обеих возрастных групп через 6 месяцев не изменился.

В основной группе пациентов старше 70 лет через 6 месяцев увеличилась их доля с 54 до 75%, регулярно получавших антиостеопоротические препараты.

В возрастной группе 50–70 лет приверженность медикаментозному лечению остеопороза оставалась на прежнем уровне.

Характер питания пациентов контрольной группы, изучавших материал по брошюрам, не изменился. До 30% пациентов потребляли менее 500 мг кальция с продуктами питания, что счита-

ется неприемлемым. В обеих возрастных группах показатели физической активности через 6 месяцев от начала обучающей программы не изменились.

Вместе с тем к концу 6-го месяца наблюдения в контрольной группе увеличилась доля пациентов, получавших антиостеопоротические препараты с 33% до 67% в возрастной группе 50–70 лет и с 22 до 80% в возрасте старше 70 лет.

Выводы

1. Активная форма обучения привела к увеличению числа пациентов с достаточным потреблением кальция с продуктами питания.

2. Приверженность медикаментозному лечению увеличилась в обеих обучавшихся группах, причем более тщательно соблюдали рекомендации пациенты в возрастной группе старше 70 лет.

Таким образом, информированность пациентов по основным вопросам профилактики и лечения остеопороза приводит к коррекции образа жизни и повышению приверженности лечению. К групповому обучению пациентов следует привлекать подготовленных медицинских сестер.

^{*)} **Прим. редакции.** Редакция не считает целесообразным использование термина «комплаентность» как чуждого русскому языку и отсутствующего в иностранной литературе.

Литература

1. *Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) № 71: Management of osteoporosis: a national clinical guideline*, June 2003. www.sign.ac.uk
2. *Остеопороз* / под ред. О. М. Лесняк, Л. И. Беневоленской. — 2-е изд., перераб. и доп. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. — 272 с.
3. *Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI) Health Care Guideline: Diagnosis and Treatment of Osteoporosis*, 3rd edition, July 2004. www.icsi.org
4. *Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI) Health Care Guideline: Diagnosis and Treatment of Osteoporosis*, 5th edition, July 2006.
5. *Nguyen N. D. Risk factors for fracture in nonosteoporotic men and women // J.Clin.Endocrinol.Metab.* — 2007. — Vol. 92, N. 7. — P. 955–962.
6. *Зоткин Е. Г., Григорьева А. Л. Пути повышения эффективности терапии остеопороза // Врач.* — 2007. — № 11. — С. 40–44.
7. *Лесняк О. М. Фармакоэкономика средств профилактики и лечения остеопороза. Руководство по остеопорозу.* — М.: «Бином», 2003. — С. 469–481.
8. *Winzenberg T., Oldenburg B., Frendin S. et al. The effect on behavior and bone mineral density of individualized bone mineral density feedback and educational interventions in premenopausal women: a randomized controlled trial // BMC Public Health.* — 2006. — Vol. 23, N. 6. — P. 12–16.

Авторы:

Зоткин Е. Г. — д.м.н., заведующий кафедрой сестринского дела и социальной работы МАПО, руководитель городского клинико-диагностического центра профилактики остеопороза.

Сафонова Ю. А. — ассистент кафедры сестринского дела и социальной работы МАПО, врач городского клинико-диагностического центра профилактики остеопороза.

Зубкова И. И. — заместитель главного врача ГУЗ «Городская поликлиника № 3».

Адрес для контакта: ezotkin@mail.ru

ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ МИКОПЛАЗМЕННОЙ ПНЕВМОНИИ В ОБЩЕЙ ВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИКЕ

Н. В. Федорова
ГОУ ДПО Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования Росздрава,
Россия

DIFFICULTIES OF DIAGNOSIS OF MICOPLASMAL PNEUMONIA IN GENERAL PRACTICE

N. V. Fedorova
St-Petersburg medical academy of postgraduate studies,
Russia

© Н. В. Федорова, 2009 г.

Согласно международным и национальным рекомендациям при диагностике пневмонии используются следующие критерии [1]: респираторный синдром, интоксикационный синдром, синдром дыхательной недостаточности, внутриальвеолярная экссудация, подтвержденная инфильтративными изменениями при рентгенологическом исследовании грудной клетки. Но при использовании этого диагностического стандарта внебольничных пневмоний допускаются ошибки в 25% случаев. Одна из причин ошибок заключается в неправильной интерпретации клинических симптомов, так называемых атипичных пневмоний. В 1938 г. Н. А. Reimann описал нетяжелое респираторное заболевание с диффузной мелкоочаговой пневмонической инфильтрацией и предложил использовать термин «атипичная пневмония». После выделения из мокроты в 1942 г. M. D. Eaton фильтрующегося микроорганизма и выделения чистой культуры в 1962 г., возбудитель получил современное название — *Mycoplasma pneumoniae*. В настоящее время к основным атипичным возбудителям, поражающим респираторный тракт и размножающимся внутриклеточно, относят микоплазмы, хламидии, легионеллы. Микоплазменные пневмонии вызываются высоковирулентным возбудителем, передающимся воздушно-капельным путем. Наблюдаются эпидемиологические подъемы заболеваемости, которые длятся несколько месяцев и повторяются каждые 3–5 лет, преимущественно осенью и зимой. Эпидемиологический контроль показал, что частота заболеваний значительно варьирует в зависимости от эпидемиологической ситуации; во время подъемов заболеваемости частота микоплазменных пневмоний достигает 35%, а в периоды эпидемиологического благополучия — лишь 2–3% от общего числа пневмоний. Микоплазменные пневмонии чаще развиваются у молодых лиц, вследствие их большей социальной активности. Но в последние годы эпидемиологическая ситуация изменилась в

связи с миграцией населения, и отмечено увеличение частоты микоплазменных пневмоний среди лиц пожилого и старческого возраста. Микоплазменную инфекцию могут переносить и домашние животные.

В начале октября в отделение ВОП обратился пациент К., 22 лет с жалобами на приступообразный мучительный сухой кашель, усиливающийся ночью, общую слабость, ночную потливость, тошноту, боль в мышцах спины, головную боль на фоне незначительного повышения температуры. Подобные жалобы, беспокоившие в течение трех дней, больной связывал с переохлаждением. При аускультации были выявлены единичные сухие хрипы на фоне везикулярного дыхания в верхних отделах обоих легких. В общем анализе крови — умеренный лейкоцитоз без сдвига лейкоцитарной формулы. Больному поставлен диагноз острый трахеобронхит, назначены дезинтоксикационная терапия, противокашлевые средства, получен быстрый клинический эффект.

Через неделю к врачу общей практики обратился отец данного пациента. Больной Н., 45 лет предъявлял жалобы на общую слабость, обильное потоотделение, чувство разбитости, сухой кашель, затруднение вдоха, боли в мышцах спины и бедер, отсутствие аппетита, тошноту на фоне лихорадки. Для снижения температуры в течение двух дней самостоятельно принимал препарат фервекс. При обследовании патологических изменений выявлено не было. В периферической крови определялась незначительная лейкопения. Диагностирована ОРВИ с явлениями ларинготрахеита, назначена симптоматическая терапия. На 5-й день заболевания температура снизилась до субфебрильной, но сохранялся интоксикационный синдром с миалгиями и проливными потами.

В это же время семейного врача вызывают к другому члену семьи, поводом послужило появление у 66-летней женщины лихорадки, приступообразного, «лающего» малопродуктивного кашля.

Иногда при кашле возникало чувство нехватки воздуха, кашель усиливался ночью, в горизонтальном положении, при приступе кашля больная отмечала непроизвольное мочеиспускание. Больная была вынуждена несколько ночей спать сидя. При аускультации выявлен фокус мелкопузырчатых хрипов в нижней доле левого легкого. Была диагностирована внебольничная левосторонняя нижнедолевая бронхопневмония, назначен амоксициллин/(клавуланат) по 2 г в 2 приема. После снижения температуры, уменьшения интоксикационного синдрома диагноз пневмонии был подтвержден рентгенологически. На 5-й день заболевания вновь повысилась температура тела до фебрильной, появились обильное потоотделение, головная боль, тошнота, однократная рвота, не принесшая облегчения. При госпитализации в клинику доминировал сухой кашель, тяжелый интоксикационный синдром: миалгии, мышечная слабость, тошнота, рвота. При аускультации выслушивались мелкопузырчатые хрипы со обеих сторон. Рентгенологически определена двусторонняя полисегментарная инфильтрация легочной ткани. В общем анализе крови выявлен умеренный лейкоцитоз без сдвига лейкоцитарной формулы. На первом этапе лечения в стационаре была назначена парентерально комбинация цефтриаксона и кларитромицина, дезинтоксикационная терапия. На третьи сутки снизилась температура, больная была переведена на цефиксим и кларитромицин внутрь, затем с 7-го дня проводили монотерапию кларитромицином. Пневмония серологически расшифрована как микоплазменная. Исход пневмонии — излечение.

Таким образом, в семье возник очаг микоплазменной инфекции с различными клиническими проявлениями, диагностировался острый трахеобронхит на фоне субфебрилитета, у другого члена семьи диагностирована ОРВИ с 5-дневной лихорадкой, с тяжелой интоксикацией с миалгиями, проливными потоми в течение 9 дней, у последней пациентки диагностирована микоплазменная пневмония.

Клиническая картина микоплазменных пневмоний имеет особые признаки. Продромальный период протекает в виде респираторного синдрома с явлениями ринофарингита или ларинготрахеита. В этот период доминирует непродуктивный мучительный пароксизмальный коклюшеподобный кашель. Появление кашля особо низкого тембра объясняется развитием синдрома трахеоб-

ронхиальной дискинезии, что не характерно для типичных бактериальных пневмоний. Физикальные симптомы пневмонии: крепитация, укорочение перкуторного звука, жесткое дыхание, усиление голосового дрожания, фокус влажных хрипов в большинстве случаев отсутствуют. Ознобы и одышка не характерны. Особенностью клинической картины микоплазменных пневмоний является также разнообразие внелегочных проявлений: миалгии, обычно в мышцах спины и бедер, парестезии, отиты, синуситы, поражения кожи и слизистых, изменения со стороны ЦНС, желудочно-кишечные нарушения. Из лабораторных изменений отмечается умеренный лейкоцитоз или лейкопения, лейкоцитарная формула в большинстве случаев не изменена. Посевы мокроты не информативны. Для микоплазменных пневмоний характерна диссоциация признаков [2]: нормальная лейкоцитарная формула, скудная слизистая мокрота при высокой лихорадке, тяжелый интоксикационный синдром при субфебрильной или нормальной температуре. Наиболее характерными рентгенологическими изменениями являются неомогенные очаговые инфильтрации, сочетание инфильтративных и интерстициальных изменений, сетчатые интерстициальные изменения. Нередко на рентгенограмме выявляется лишь усиление легочного рисунка, расцениваемое при наличии клинических симптомов как пневмония.

Способность макролидов создавать высокие концентрации в макрофагах и нейтрофилах в очаге воспаления делает их препаратами выбора при лечении атипичных пневмоний, в частности, микоплазменных. Альтернативными препаратами являются респираторные фторхинолоны. При пневмониях смешанной этиологии общепринято в мировой практике сочетание цефалоспоринов 3-го поколения и макролидов. При антибактериальной терапии микоплазменных пневмоний важно соблюдать необходимую продолжительность, длительность применения антибиотика составляет 14 дней. Клинически важно, что β-лактамы антибиотиков не эффективны для подавления внутриклеточных возбудителей, поэтому при подозрении на микоплазменную этиологию пневмонии антибактериальную терапию следует начинать с макролидов. Грамотное назначение антибактериальной терапии в первые часы диагностики позволяет сократить сроки лечения и уменьшить вероятность развития осложнений.

Литература

1. Внебольничная пневмония у взрослых: практические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике / Под ред. А. Г. Чучалина. — М.: ООО «Издательский дом «М-Вести», 2006. — 76 с.
2. Ноников В. Е., Воробьева М. Г. Атипичные пневмонии (микоплазмоз, хламидиоз, легионеллез): диагностика и лечение // Справочник поликлинического врача. — 2006. — № 10. — С. 6–11.

Автор: Н. В. Федорова, ассистент кафедры семейной медицины СПбМАПО

Адрес для контакта: natfd@mail.ru

РЕЗОЛЮЦИЯ ТРЕТЬЕГО ВСЕРОССИЙСКОГО СЪЕЗДА ВРАЧЕЙ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ (СЕМЕЙНЫХ ВРАЧЕЙ)

RESOLUTION OF THIRD ALL-RUSSIAN CONGRESS OF GENERAL PRACTITIONERS (FAMILY DOCTORS)

г. Белгород
31 октября 2008 г.

Третий Всероссийский съезд врачей общей практики (семейных врачей) (ВОП/СВ), состоявшийся в Белгороде 29–31 октября 2008 г., отмечает, что после Второго Всероссийского съезда врачей общей практики (сентябрь 2004 г., г. Чебоксары) в Российской Федерации проведена большая организационная, научная, педагогическая и практическая работа по дальнейшему переходу к оказанию первичной медико-санитарной помощи населению страны по принципу врача общей практики (семейного врача).

Большую роль в развитии этого направления сыграл национальный проект в сфере здравоохранения, определивший первичную медико-санитарную помощь (ПМСП) как один из приоритетов в развитии российского здравоохранения.

В рамках национального проекта обучено более 12 тыс. врачей первичного звена. Уменьшилась доля врачей и сестер пенсионного возраста, работающих в ПМСП.

Отмечаются существенные преимущества в работе ВОП/СВ по оказанию многопрофильной амбулаторной помощи населению: уменьшение количества плановых госпитализаций в круглосуточные стационары, уменьшение обращений за оказанием скорой медицинской помощи, снижение направлений на консультации к узким специалистам и др.

Продолжалось совершенствование нормативной правовой базы общих врачебных (семейных) практик: МЗ и СР РФ была продолжена работа по подготовке приказов по совершенствованию ПМСП. Приказами МЗ и СР РФ утверждены положения об участковом терапевте, участковом педиатре, враче общей практики, о порядке организации их деятельности и организации ПМСП, о критериях оценки эффективности деятельности врачей и сестринского персонала первичного звена здравоохранения, организации участковой службы и др.

Общероссийской Ассоциацией врачей общей практики (семейных врачей) выполнены практически все пункты резолюции, принятой участниками 2-го Всероссийского съезда, состоявшегося в 2004 г.:

— разработаны критерии оценки эффективности деятельности персонала общих врачебных практик;

— рассмотрен и утвержден Минздравсоцразвития РФ в 2005 г. государственный образовательный стандарт по специальности «Общая врачебная практика (семейная медицина)»;

— рассмотрена система кредитов в системе последипломного профессионального образования врачей общей практики;

— образовано 31 региональное отделение Общероссийской Ассоциации врачей общей практики (семейных врачей);

— в 2007 г. Ассоциация принята во Всемирную Ассоциацию врачей общей практики.

В медицинских образовательных учреждениях количество кафедр по подготовке ВОП/СВ увеличилось с 25 до 51. Число подготовленных ВОП/СВ превысило 9 тыс. человек.

В то же время в лечебно-профилактических учреждениях системы МЗ и СР РФ работают всего 0,9 % врачей общей практики. Значительное улучшение показателей здоровья населения России не отмечается. Для многих руководителей регионов ПМСП еще не стала приоритетом. Нет единого подхода к организации ПМСП и в муниципальных образованиях. Профилактической работе на врачебных участках по-прежнему уделяется недостаточное внимание. Не обобщены результаты дополнительной диспансеризации групп риска, проведенной в 2006 г. По-прежнему поступает много претензий к организации дополнительного лекарственного обеспечения как от пациентов, так и от медицинского персонала.

Ассоциация ВОП/СВ РФ еще не стала действенной организацией в вопросах становления общей врачебной практики в России. Большинство ВОП/СВ в России до сих пор выполняют функции участкового терапевта в расширенном объеме. Сеть региональных отделений все еще недостаточна. Взносы выплачиваются крайне нерегулярно и далеко не всеми членами Ассоциации. В Ассоциации мало коллективных членов.

Участники съезда **решили:**

1. Одобрить работу, проведенную РАВОП за период с 2005 по 2008 годы.

2. Утвердить отчет Ревизионной комиссии.

Для коренного улучшения ситуации в системе оказания первичной медико-санитарной помощи населению и деятельности Общероссийской Ассоциации ВОП/СВ:

3. Рекомендовать Ассоциации ВОП/СВ РФ (РАВОП):

3.1. В соответствии с Уставом РАВОП в срок до 15.12.2008 г. утвердить протоколы об избрании членов Правления, Президиума Правления, Исполнительной дирекции, Ревизионной комиссии.

3.2. Поручить Правлению разработать проект Программы внедрения и совершенствования общей врачебной практики в системе здравоохранения Российской Федерации с учетом Концепции развития здравоохранения России до 2012 года и после открытого обсуждения представить его в Министерство здравоохранения и социального развития РФ.

3.3. Разработать проекты нормативных документов по организации деятельности амбулаторно-поликлинических учреждений и специалистов в современных условиях и после открытого обсуждения представить их в Министерство здравоохранения и социального развития РФ.

3.4. Разработать предложения по тематике научно-исследовательских работ (НИР), касающихся проблем первичной медико-санитарной помощи и подготовки специалистов и после открытого обсуждения представить его в Министерство здравоохранения и социального развития РФ.

3.5. Обеспечить интеграцию научных исследований по вопросам организации амбулаторно-

поликлинической помощи в России и обучения врачей первичного звена.

3.6. Создать рабочую группу по поэтапной разработке клинических протоколов для врачей общей практики (семейных врачей).

3.7. Совместно с отделом по изучению проблем семейной медицины НИЦ ММА им. И.М.Сеченова изучать, обобщать и распространять опыт, накопленный в регионах.

3.8. Закончить к 2010 г. формирование региональных отделений РАВОП во всех субъектах РФ.

3.9. Правлению рассмотреть вопрос об увеличении размеров взносов в РАВОП как для индивидуальных, так и для коллективных членов. Определить процент отчисления средств в РАВОП от региональных отделений, имеющих статус юридического лица.

3.10. Провести в 2012 г. очередной, 4-й съезд врачей общей практики (семейных врачей) в г. Воронеже.

4. Просить Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации:

4.1. Оказать содействие в реализации проектов и предложений, разработанных Правлением РАВОП.

4.2. Сохранить внештатные должности главных специалистов по ОВП в федеральных округах.

4.3. Совместно с РАМН рассмотреть вопрос о введении научной специальности «Общая врачебная практика (семейная медицина)».

4.4. Заслушивать руководителей органов управления здравоохранением субъектов РФ о ходе внедрения ОВП и совершенствовании первичной медико-санитарной помощи.

ДВИЖЕНИЕ ПРОТИВ РАКА УЖЕ РЕАЛИЗУЕТ ПРОГРАММУ МИНЗДРАВА РФ 2009 ГОДА

А. В. Александрова
Агентство по связи со средствами массовой информации,
Россия

MOVEMENT AGAINST CANCER IS ALREADY REALIZING THE PROGRAM 2009 OF THE MINISTRY OF HEALTH OF RF

A. V. Alexandrova
Agency on communication with mass media, Russia

Минздравсоцразвития объявило о реализации с 2009 года Национальной онкологической программы, ключевыми элементами которой обозначены развитие ранней диагностики рака и снижение смертности — за 4 года на 4%, по данным Межрегионального движения против рака. О том, каковы планы реализации программы и о прочих действиях борьбы против рака рассказали на пресс-конференции межрегионального общественного движения «Движение против рака» (МОД ДПР) 18 декабря 2008 г. в Санкт-Петербурге.

Одно из главных направлений деятельности МОД «Движение против рака» в Петербурге и в других регионах России — информирование населения о необходимости профилактики и ранней диагностики онкологических заболеваний. Движение проводит различные бесплатные социальные акции. Например, в «Школе пациентов» люди узнают, что такое рак, как важно выявить его на ранней стадии и почему необходимо лечиться у специалиста. Сведения об этом заболевании получают не только взрослые люди, но и школьники, студенты. «Уже сегодня мы получаем результаты этой работы: дети приходят домой и заставляют родителей, бабушек, дедушек обследоваться, благодаря чему мы выявляем заболевание на ранней стадии. В таком случае шанс выжить есть у всех», — рассказывает руководитель отделения МОД «Движение против рака» в Санкт-Петербурге Анна Ларионова, которая сама является пациентом.

«Абсолютное большинство наших сограждан не знают о мероприятиях по раннему выявлению онкозаболеваний, половина респондентов уверены, что рак неизлечим, хотя современные технологии позволяют эффективно бороться с этим заболеванием», — уточнил член координационного совета МОД «Движения против рака», заместитель главного врача Городского онкологического диспансера Санкт-Петербурга Сергей Крючков.

По словам Анны Ларионовой, работа Движения проходит так: «Наши активисты договариваются

с лечебными учреждениями о размещении специальных информационных материалов по основным видам онкологических заболеваний, предлагают руководству предприятий, вузов проводить для работников и студентов современные мультимедийные лекции-действия, такие как «Школа онкодозора».

«Мы еще нередко сталкиваемся с отказами в назначении необходимых противоопухолевых препаратов. Поводы для этого самые разные, но суть одна — заботу о лекарственном обеспечении онкологических больных переложили на региональные бюджеты, а они не располагают достаточными средствами, — делится проблемами Член координационного совета МОД «Движение против рака» Александр Блудышев. — В Петербурге, где ежемесячно обращаются за инновационными лекарствами для лечения рака более 400 человек, нам удалось решить эту проблему, добившись централизации бесплатной выдачи всех лекарств через Городской онкологический диспансер просто по подписи врача на месте».

«Ранняя диагностика, массовый скрининг плюс новейшие схемы лечения — вот путь к реальному сокращению смертности от рака. Именно так действуют в Европе, Японии, США, так должно быть и у нас, — резюмировала в беседе с нашим корреспондентом член координационного совета «Движения против рака», известная актриса Анастасия Мельникова. — Надеемся, что нам удастся снизить статистику смертей от рака за 4 года на 4 процента; работа идет».

Сегодня кумулятивный риск заболеть раком в нашей стране составляет 22,7%, то есть каждый пятый может стать из страдающего проблеме других участников ситуации.

300 тыс. человек в России ежегодно умирают от онкологических заболеваний. Более половины из них, по данным активистов МОД «Движение против рака», можно было бы спасти за счет существующих методов диагностики и лечения.