РОССИЙСКИЙ СЕМЕЙНЫЙ ВРАЧ

МЕДИЦИНСКИЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

Учредитель

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

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

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

Главный редактор:
О.Ю.Кузнецова (Санкт-Петербург, Россия)

Заместители главного редактора:
Н.Н.Гурин (Санкт-Петербург, Россия)
П.Тун (Лондон, Великобритания)

Редакционная коллегия:
В.П.Алферов (Санкт-Петербург, Россия)
К.В.Логунов (Санкт-Петербург, Россия)
В.П.Медведев (Санкт-Петербург, Россия)
В.Н.Петров (Санкт-Петербург, Россия)
С.Л.Плавинский (Санкт-Петербург, Россия)
Ф.П.Романюк (Санкт-Петербург, Россия)
Е.В.Фролова (Санкт-Петербург, Россия)
А.Л.Шишков (Санкт-Петербург, Россия)
А.П.Щербо (Санкт-Петербург, Россия)

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

Ответственный секретарь:
Н.А.Гурина (Санкт-Петербург, Россия)

ПОДПИСНОЙ ИНДЕКС ПО КАТАЛОГУ «РОСПЕЧАТЬ» 29950

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

Том 11
2-2007
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 дожила до открытия Института. Дело ее рук продолжила дочь Екатерина Михайловна, по инициативе которой Институту было присвоено имя матери.

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

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

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

Содержание

Передовая статья

НУЖНА ЛИ АККРЕДИТАЦИЯ НЕПРЕРЫВНОГО ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ СЕМЕЙНЫХ ВРАЧЕЙ В ЕВРОПЕ?
О.Ю.Кузнецова, Е.В.Фролова **4**

Лекции

ВВЕДЕНИЕ В СЕМЕЙНУЮ МЕДИЦИНУ
О.Ю.Кузнецова **8**

АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ
Е.В.Фролова **20**

Оригинальные научные исследования

ВОЗМОЖНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ АНТИДЕПРЕССАНТА РЕКСЕТИНА В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ И ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ
И.В.Вологдина **34**

ОСОБЕННОСТИ СУТОЧНОГО ПРОФИЛЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У ДЕТЕЙ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ, ИМЕЮЩИХ ИЗБЫТОЧНУЮ МАССУ ТЕЛА И ОЖИРЕНИЕ
Г.И.Образцова, Т.В.Черемных, Н.И.Витина, Е.А.Комарова, С.П.Рублева **36**

НАСИЛИЕ СО СТОРОНЫ ИНТИМНОГО ПАРТНЕРА, НАПРАВЛЕННОЕ ПРОТИВ ПАЦИЕНТОК ВРАЧА ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ
Н.В.Лохматкина **40**

Обзор литературы

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ФАРМАКОТЕРАПИИ ОСТЕОПЕНИЧЕСКОГО СИНДРОМА В ПЕДИАТРИИ
Т.Г.Васильева, Е.А.Кочеткова **43**

Случай из практики

ОТДАЛЕННЫЙ РЕЗУЛЬТАТ ЛЕЧЕНИЯ ДЕФЕКТА ВЕНОЗНОГО СИНУСА СЕРДЦА У ВЗРОСЛОГО БОЛЬНОГО МЕТОДОМ МОДИФИЦИРОВАННОЙ АТРИОСЕПТОПЛАСТИКИ
В.Е.Куксинский, К.В.Кузнецов, А.В.Красиков, В.В.Кулешов, Ю.А.Шнейдер **48**

Хроника

НАЦИОНАЛЬНАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ «ЗДОРОВЬЕ И ДОМАШНЕЕ НАСИЛИЕ»
Н.В.Лохматкина **50**

СЕМИНАР ПО ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИЦИНЕ
Д.Н.Зеленуха **52**

Contents

Editorial

DO WE REALLY NEED AN ACCREDITATION SYSTEM FOR CONTINUING MEDICAL EDUCATION OF FAMILY DOCTORS IN EUROPE?
O.Yu.Kuznetsova, E.V.Frolova **4**

Lectures

INTRODUCTION TO FAMILY MEDICINE
O.Yu.Kuznetsova *8*

ARTERIAL HYPERTENSION
E.V.Frolova **20**

Original data

THE POSSIBILITY OF USING THE ANTIDEPRESSANT REXETIN IN THE TREATMENT OF ELDERLY PATIENTS WITH HEART FAILURE, ANXIETY AND DEPRESSION
I.V.Vologdina **34**

CHARACTERISTICS OF 24-HOUR AMBULATORY BLOOD PRESSURE MONITORING VALUES IN OVERWEIGHT HYPERTENSIVE CHILDREN AND ADOLESCENTS
G.I.Obraztsova, T.V.Cheremnych, N.I.Vitina, E.A.Komarova, S.P.Rubleva **36**

INTIMATE PARTNER ABUSE AGAINST FEMALE PATIENTS OF A GENERAL PRACTITIONER
N.V.Lokhmatkina **40**

Literature review

MODERN ASPECTS OF THE MEDICAL TREATMENT OF OSTEOPENIC SYNDROME IN PEDIATRICS
T.G.Vasilieva, E.A.Kochetkova **43**

Clinical case

OUTCOME OF LATE MODIFIED ATRIOSEPTOPLASTIC TREATMENT FOR DEFECT OF VENOUS SINUS OF THE HEART IN AN ADULT PATIENT
V.E.Kuksinski, K.V.Kuznetsov, V.V.Kuleshov, Yu.A.Shneyder **48**

Chronicle

NATIONAL CONFERENCE ON HEALTH AND DOMESTIC VIOLENCE
N.V.Lokhmatkina **50**

WORK-SHOP ON PALLIATIVE MEDICINE
D.N.Zelenukha **52**

Том 11
2-2007
ВЫПУСКАЕТСЯ ЕЖЕКВАРТАЛЬНО

УДК 614.253.2(4)

НУЖНА ЛИ АККРЕДИТАЦИЯ НЕПРЕРЫВНОГО ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ СЕМЕЙНЫХ ВРАЧЕЙ В ЕВРОПЕ?

О.Ю.Кузнецова, Е.В.Фролова

ГОУ ДПО Санкт-Петербургская академия последипломного образования Росздрава, Россия

DO WE REALLY NEED AN ACCREDITATION SYSTEM FOR CONTINUING MEDICAL EDUCATION OF FAMILY DOCTORS IN EUROPE?

O.Yu.Kuznetsova, E.V.Frolova

St-Petersburg Medical Academy of Postgraduate Studies, Russia

© О.Ю.Кузнецова, Е.В.Фролова, 2007 г.

Авторы обсуждают системы последипломного образования в различных странах Европы и США, анализируя ситуацию с позиций организации здравоохранения и истории семейной медицины. Описаны разнообразные пути продолженного образования врачей, включая дистанционное обучение, роль профессиональных организаций и образовательных учреждений. Даны примеры способов контроля квалификации, профессионального уровня врачей общей практики и качества оказания помощи в этих странах. Предложен в качестве варианта путь организации дистанционного обучения для последипломного образования врачей общей практики в СПбМАПО.

Ключевые слова: последипломное образование; общая врачебная практика; системы обучения последипломные международные.

Different kinds of postgraduate education systems are described. The situation is analyzed from historical and public health perspectives in Europe and the United States. The place of distance learning, accreditation, the quality of education assurance and the place of state control are discussed. Also the role of professional association and professional leadership are considered. The example of distance learning, organized in SPbMAPS for general practitioners is put forward.

Keywords: postgraduate education, general practice, international systems of continual medical education.

От чего зависят показатели здоровья населения? Казалось бы, неоднократно эти вопросы обсуждались в печати. Нашим читателям хорошо известно, что доля влияния системы здравоохранения на этот показатель в среднем составляет 10%. Попробуем ответить на следующий вопрос. Каково распределение этой доли влияния среди различных структур, оказывающих помощь населению? Анализ литературы показал, что потребность в оказании первичной помощи во много раз превышает потребности общества в предоставлении специализированной и высокотехнологичной помощи, имеет научно-обоснованную базу, что неоднократно обсуждалось на страницах ведущих медицинских журналов [1]. В связи с этим качество организации и оказания именно первичной медицинской помощи во многом может повлиять как на показатели здоровья населения, так и на затраты, которые следует вкладывать государству в данную отрасль. Это хорошо понимают руководители здравоохранения тех стран Европейского сообщества, в которых развитие первичного звена здравоохранения осуществлялось по пути общей врачебной практики. Как правило, подготовка врача требует длительного периода времени и завершается резидентурой продолжительностью от 3 до 5 лет. Затем за профессиональный рост, а значит и за уровень оказания помощи населению отвечает сам врач общей практики. Специфика этой профессии заключается в том, что врачи работают разрозненно. Это осложняет поддержание необходимого образовательного уровня. Процесс постоянного совершенствования знаний и навыков намного проще организовать в стационаре, в котором любая утренняя конференция может стать поводом для приглашения лектора с целью освещения каких-либо вопросов медицинской практики. В связи с этим лозунг о необходимости усовершенствования через всю жизнь [2], столь популярный в последнее время в нашей стране, актуален в первую очередь для врачей общей практики, причем разных стран.

Еще одно обстоятельство требует повышения внимания к осуществлению последипломной подготовки врачей и ее унификации. Хорошо известно, что наша страна подписала Болонскую декларацию, что означает начало процесса определенной стандартизации высшего образования, в том числе и медицинского, для всех европейских стран. Однако Болонский процесс касается додипломной подготовки, то есть обучения в вузах, и не распространился на последипломное непрерывное образование. Вместе с тем проблема качества непрерывного образования врачей общей практики становится все более актуальной для Европейского сообщества. Это обусловлено тем, что дефицит кадров в учреждениях первич-

ной медицинской помощи является проблемой не только для Российской Федерации, но и для стран Европейского сообщества. Напряженный труд врача первичного звена здравоохранения, необходимость постоянного контакта с пациентами, работа в относительной изоляции являются причинами, по которым выпускники вузов предпочитают более спокойную работу в стационарном звене. Из каких источников может быть пополнен недостаток врачей общей практики? В первую очередь из тех стран, в которых оплата врачей первичного звена здравоохранения и условия их работы отличаются не в лучшую сторону от стран Скандинавии и Западной Европы. Как правило, это страны Восточной Европы, включая Балтийский регион.

В связи с этим проблема сопоставления различных систем последипломной подготовки врачей общей практики и разработки единых подходов к ее аккредитации для стран Европейского сообщества становится в наше время все более актуальной, в том числе и для России, учитывая мировые тенденции к глобализации.

В 2006 г. была организована новая общественная организация европейского уровня — Международная ассоциация семейных врачей (International family doctors association — IFDA). Идея ее создания принадлежит президенту французского научного общества «Доводы и практика» доктору Алану Сибауну, имеющему большой опыт организации различных образовательных форумов для французских семейных врачей. Учитывая плодотворное сотрудничество СПбМАПО с этой организацией и совместный опыт проведения российско-французских конгрессов для семейных врачей в Санкт-Петербурге, мы дали согласие на участие в работе данной Ассоциации и в тех мероприятиях, которые планировалось проводить под ее эгидой. Одной из задач Ассоциации стало объединение усилий по организации международных конгрессов для семейных врачей в различных европейских странах. Эти мероприятия не только информационно насыщены, но и проводятся под девизом «Доводы и практика», то есть обязывают приглашенных преподавателей-экспертов использовать в своих сообщениях только научно обоснованную информацию с указанием источника ее получения. Врачи, участвующие в конгрессах, получают необходимые кредиты в рамках последипломного непрерывного образования, ставшего обязательным для французских специалистов семейной медицины. Опыт проведения 4 подобных конгрессов в Санкт-Петербурге и одного в Праге показал большой интерес практических врачей к предоставляемой информации, а по данным анкетирования, в котором приняли участие 200 врачей Северо-Западного региона РФ, информация для них не только интересна, но и полезна для практического применения. Учитывая недостаточную законодательную базу для внедрения кредитной системы, мы пока не рассматривали участие в данных конгрессах как часть непрерывной последипломной подготовки. В связи с решением, принятым руководством СПбМАПО, о постепенном внедрении кредитной системы в практику последипломного образования, данный вид образовательной деятельности, начиная с 2007 г., будет также оцениваться по системе кредитов.

Следующей инициативой Ассоциации стала организация встречи, посвященной проблемам аккредитации непрерывного последипломного образования в Европе. Место ее проведения наши французские коллеги выбрали с присущим им вкусом, решив собрать всех участников совещания в Каннах, известных своими международными кинофестивалями и другими форумами. Лазурное побережье было красиво и в середине февраля. Однако жесткая и напряженная программа не позволила в полной мере получить представление об известном курорте. Тем не менее, одно сознание того, что по ступенькам отеля, где разместились участники встречи, ступали блестящие звезды кино, внушало некоторый трепет.

После первых же минут начала совещания, информация, которой поделились докладчики из 14 стран, могла вполне конкурировать с впечатлениями от места проведения данной встречи. Как, собственно, мы и ожидали, ни одна из стран не имела столь длительного опыта организации системы последипломного образования, как Россия. Однако было интересно узнать, что проблемы, связанные со становлением семейной медицины как отдельной специальности существуют и у наших коллег за рубежом. Если в США семейная медицина была выделена в качестве отдельной медицинской специальности в 1969 г., то в Швейцарии она еще не завоевала такого статуса. Следует заметить, что именно в Женеве располагается штаб-квартира ВОЗ. Напомним читателю, что именно алма-атинская конференция ВОЗ считается точкой отсчета интенсивного развития семейной медицины/общей врачебной практики в большинстве стран Европы и Северной Америки.

Очень интересны были сведения, представленные докладчиками о системе непрерывного последипломного образования. Ниже приводим выборку из докладов, которые могли бы представить интерес с точки зрения развития последипломного образования в нашей стране.

В США основы непрерывного последипломного образования для семейных врачей были заложены еще в 1947 г., чему способствовала организация Американской академии семейной медицины. Необходимо отметить, что статус Академии в данном случае не означает организации какого-либо образовательного института. Она объединяет практических врачей, являясь общест-

венной профессиональной организацией, в функции которой входит контроль подготовки врачей и организация различных образовательных мероприятий. В США все семейные врачи должны получить по 300 кредитов в течение 3 лет, причем как минимум 180 кредитов должны быть получены на различных курсах усовершенствования, в том числе и дистанционных. Каждый год врач должен зарегистрироваться на одном из образовательных сайтов в Интернете и пройти такой дистанционный курс по заранее утвержденному плану. Таким образом, к моменту ресертификации через 6 лет он должен продемонстрировать участие в 6 курсах. Информация об участии в подготовке автоматически поступает в Академию семейной медицины. Остальные кредиты можно получить за проведение научных исследований и обучение врачей-резидентов.

Еще более жесткий контроль процесса последипломной подготовки семейных врачей установлен в Германии. Проблемой последипломного образования занимается ассоциация врачей, которая взяла на себя функции оценки качества курсов обучения и контроля участия семейных врачей в обучении. Следует отметить, что в процессе последипломного образования активную роль играют профильные кафедры медицинских университетов. В Германии ресертификация является обязательным процессом и проходит каждые 5 лет. За этот период времени врач должен набрать 250 кредитов. 50 кредитов можно получить, читая медицинскую литературу, причем уровень усвоения прочитанного материала проверяется в соответствии с качеством ответов на вопросы множественного выбора, содержащиеся в конце статей. Ответы пересылаются через Интернет либо по почте. Одна прочитанная статья и правильные ответы к ней оцениваются в один кредит. 8 кредитов можно получить, участвуя в однодневном курсе усовершенствования. Содержательная часть последипломной подготовки распределяется следующим образом: 60% тем должны быть посвящены семейной медицине, 40% — междисциплинарным проблемам. Если врач не проходит необходимую последипломную подготовку, то в течение первого года его зарплата снижается на 10%, в течение второго года — на 25%, а через 2 года администрация имеет право уволить специалиста, не набравшего необходимых кредитов. В заключение было отмечено, что необходим жесткий контроль усвоения материала, пройденного в период последипломной подготовки и определенная стандартизация ее проведения для всех европейских стран.

В Бельгии процесс аккредитации системы последипломной подготовки семейных врачей был начат в 1993 г. Обучение проводится совместно медицинскими университетами и профессиональными ассоциациями на равных условиях. Интересной особенностью является то, что в совет, занимающийся оценкой качества обучения и контролем его проведения, входят ассоциации страховых компаний. Тем не менее, бельгийские коллеги отметили сложности с финансированием последипломного образования, которое лишь отчасти имеет государственную финансовую поддержку.

Во Франции система последипломной подготовки семейных врачей имеет свои особенности. Подавляющее большинство семейных врачей Франции являются частнопрактикующими. Первоначально они объединялись в группы и прибегали к консультациям врача-специалиста по каким-либо вопросам. В дальнейшем, когда был создан регистр семейных врачей, организована профессиональная ассоциация, обучение проводилось путем организации различных конгрессов, как правило, при спонсорской поддержке фармацевтических компаний, которая осуществляется в соответствии с принятым законом. Начиная с 2007 г., все программы последипломной подготовки, существующие на местном и национальном уровне, должны пройти аккредитацию. По настоящее время последипломное усовершенствование недоступно для 40% семейных врачей. В связи с этим французские коллеги предлагают рассмотреть необходимость стандартизации последипломной подготовки на европейском уровне и не исключают необходимости финансовой поддержки обучения со стороны Европейского союза.

В Италии непрерывная последипломная подготовка семейных врачей до 2001 г. носила экспериментальный характер, как таковой системы создано не было. В 2002 г. была начата программа последипломного усовершенствования для всех профессионалов, работающих в системе здравоохранения. Программа обучения разработана с участием медицинских ассоциаций и университетов.

Интересно было ознакомиться с опытом стран Восточной Европы, которые до распада Советского Союза в большинстве своем дублировали нашу отечественную систему последипломной подготовки. По сообщению болгарского коллеги, организация и контроль качества последипломного образования возложены на Болгарскую медицинскую ассоциацию. Медицинские университеты привлекаются к ее осуществлению, организуя курсы усовершенствования. Для учета различного вида обучения внедрена система кредитов. В течение 3 лет врач должен набрать 150 кредитов. Один академический час (45 мин) оценивается в один кредит. Образовательная деятельность ранжируется по категориям. Категория А — индивидуальная стажировка, обеспечивает до 8 кредитов в день, общее количество — 80 кредитов в течение 3 лет. Категория В — участие в конгрессах и конференциях, в том числе и международных, максимальное число кредитов — 6 в день, в течение 3 лет — до 60 кредитов. Кате-

гория С — участие в курсе тематического совершенствования. Один кредит за академический час, до 5 кредитов в день, всего в течение 3 лет 60 кредитов. Категория D — дистанционная подготовка, 1 кредит за 45 мин работы, всего до 60 кредитов в течение 3 лет. Категория Е — чтение медицинской литературы, учебников. 5 кредитов присваивается за проработку одного издания, всего в течение 3 лет должно быть набрано 30 кредитов.

Кроме того, могут быть присвоены дополнительные кредиты за написание научных статей, докладов, что оценивается в 10 кредитов. Категории А и С могут быть дополнены кредитами за участие в экзаменах, проведении оценки работы коллег. Эта деятельность оценивается в 5 кредитов.

В Чехии ситуация, связанная с реализацией первичной медико-санитарной помощи напоминает российскую, так как в настоящее время она оказывается тремя типами специалистов: врачами общей практики для взрослых (у нас это участковые терапевты), врачами общей практики для детей (участковые педиатры), семейными врачами. Несмотря на то, что существует программа додипломной подготовки по общей врачебной практике, не в каждом из 7 медицинских вузов есть соответствующая кафедра. Последипломная подготовка осуществляется, в основном, ассоциациями врачей общей практики. Основная задача ассоциации — это внедрение клинических рекомендаций. С 1991 г. в последипломной подготовке участвуют наряду с ассоциациями медицинские вузы. Контроль качества последипломной подготовки и ее аккредитация на государственном уровне пока не проводятся.

Таким образом, в большинстве стран Европы и США нет единой системы последипломной подготовки врачей общей практики, однако прослеживается тенденция к внедрению кредитной системы, расширению дистанционного обучения и повышению контроля со стороны государства над качеством последипломной подготовки врачей первичной медицинской помощи. Современные тенденции в мире в области последипломного образования не могут не затронуть Российскую Федерацию. Это становится очевидным при анализе последней версии образовательного стандарта по общей практике, подготовленной группой преподавателей под руководством академика И.Н.Денисова, в котором уже продекларирована необходимость перехода к кредитной системе и развитие дистанционного обучения [3].

В связи с вышеизложенным, мы предлагаем нашим читателям участие в реализации последипломной подготовки с дистанционным компонентом. В данном номере публикуются две лекции, которые входят в программу сертификационного цикла усовершенствования по семейной медицине (общей врачебной практике). В двух последующих номерах будут опубликованы другие лекции, прочтение которых также будет оценено в кредитах.

Объем публикаций составляет около 30 страниц, что требует 1 ч для их проработки и соответственно оценивается в 1 кредит. В конце каждой лекции приводятся тестовые задания. На них необходимо дать ответы, выбрав один из 5 предлагаемых. Статьи с ответами следует сохранить до зачисления на очередной цикл усовершенствования, иначе кредиты не будут зачтены.

Литература

1. Green L.A., Fryer G.L. et al. The Ecology of Medical Care revisited// N. Engl. J. Med.— 2001.— Vol. 344.— № 26.— P. 2021–2025.
2. Система образования и подготовка преподавателей / Под ред. Н.А.Белякова, А.П.Щербо.— СПб.: СПбМАПО, 2002.— Т. 1.— 480 с.
3. Государственный образовательный стандарт. В кн.: Практическое руководство для врачей общей (семейной) практики / Под. Ред. Академика РАМН И.Н.Денисова.— М.: ГЭОТАР-мед, 2001.— С. 10–144.

Адрес для контакта: oukuznetsova@mail.ru

УДК 614.253.2

ВВЕДЕНИЕ В СЕМЕЙНУЮ МЕДИЦИНУ

О.Ю.Кузнецова

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

INTRODUCTION TO FAMILY MEDICINE

O.Yu.Kuznetsova

St-Petersburg Medical Academy of Postgraduate Studies, Russia

© О.Ю.Кузнецова, 2007 г.

Цель лекции. Изложить современные представления о цели и задачах семейной медицины, ее месте и роли в системе здравоохранения.

Задачи:

1) Представить основные характеристики семейной медицины как составной части первичной медико-санитарной помощи.

2) Описать исторические предпосылки формирования специальности.

3) Отразить роль общественных профессиональных организаций в становлении семейной медицины за рубежом и в Российской Федерации.

4) Описать историю реформирования первичной медико-санитарной помощи в Российской Федерации.

Введение

Представьте себе, что однажды в субботу к Вам на прием пришла пациентка со своим отцом 75 лет. Вы знаете, что он живет один после того, как три месяца назад его жена скончалась от рака. Он не посещал врача 6 месяцев, несмотря на назначенное время осмотра. Сегодня он выглядит намного хуже, чем во время последнего посещения. Он изможден, потерял в весе, у него нет аппетита. Он неопрятен, и от него пахнет алкоголем.

Этот клинический случай является типичным для общей практики и в полной мере характеризует особенности работы семейного врача. Пациент приходит с различными проблемами, в том числе социального характера. В чем он нуждается в первую очередь? Чего ждет от посещения врача он сам и его дочь? Что необходимо сделать, чтобы обеспечить его приверженность к назначенному лечению? Как его поддержать в трудной жизненной ситуации, связанной с утратой близкого человека? Вот только часть задач, требующих решения во время приема такого пациента. Какими знаниями и навыками должен владеть врач, чтобы большинство проблем пациента были решены на амбулаторном уровне? Как меняется подход к пациенту при оказании помощи врачом общей практики? В чем заключаются особенности этой специальности? Ответам на эти вопросы посвящена данная лекция.

Основные характеристики общей врачебной практики/семейной медицины как составной части первичной медико-санитарной помощи. *Что же отличает семейного врача/врача общей практики от специалиста-консультанта или врача, работающего в условиях стационара? Эти различия четко прослеживаются в определении, предложенном Британским Королевским колледжем врачей общей практики, опубликованном в 1972 г. [1] Врач общей практики оказывает персональную, первичную и непрерывную медицинскую помощь отдельным лицам и семьям. Он может посещать своих пациентов на дому, принимать их в амбулаторных условиях и в отдельных случаях в стационаре. Он берет на себя ответственность за принятие первичного решения по каждой проблеме, с которой пациент обращается к нему, при необходимости консультируясь со специалистами. Он ставит диагноз с учетом физических, психологических и социальных аспектов. Его вмешательства имеют образовательную, профилактическую и терапевтическую направленность с целью укрепления здоровья пациента.*

Следует отметить, что в данной характеристике подчеркивается образовательная и профилактическая направленность работы врача общей практики, который оказывает помощь всем категориям пациентов, так как он курирует всю семью. Важность работы с семьей при оказании первичной медико-санитарной помощи нашла отражение в названии, данном этой специальности в ряде стран: США, Швеции, Норвегии. Поэтому не случайно во всех документах ВОЗ, посвященных формированию и укреплению первичного звена здравоохранения, эта специальность имеет двойное название — общая практика/семейная медицина.

Именно это определение и является ключом к ответу на вопрос: есть ли различия между общей практикой и семейной медициной? Практически они отсутствуют. Попытка провести разделение между этими понятиями может быть обусловлена уровнем подготовки врачей, которые не могут обеспечить оказание помощи детям и беременным, либо национальными особенностями той или иной страны. Так, например, в Испании

и Италии в силу сложившихся традиций врач общей практики не ведет детей и не проводит гинекологический осмотр.

Сходное определение цели и задачи специальности было сформулировано Американской академией семейных врачей. Семейная медицина — это медицинская специальность, которая обеспечивает непрерывную и всеобъемлющую помощь пациентам и их семьям [2]. При реализации этого вида помощи должны быть решены шесть основных задач. Практически, они звучат в той или иной интерпретации во всех определениях специальности, поэтому представляется целесообразным остановиться на них более подробно.

Непрерывная помощь. Что же значит оказывать непрерывную помощь своим пациентам? Это означает, что пациент может обратиться к своему врачу в любое время. Но понятие непрерывности этим не ограничивается, и трактуется в контексте оказания первичной помощи более широко, включая возможность наблюдения за состоянием пациента не только в период внезапно развившихся заболеваний, но и на фоне стабилизации и улучшения. При формировании доверительных отношений между врачом и пациентом создаются уникальные условия для наблюдения за течением хронических заболеваний, предупреждения их обострения, использования методов вторичной профилактики и образовательных программ для пациентов и членов его семьи. Иными словами, в общей практике объектом для реализации непрерывной помощи является сам пациент, а не его заболевание.

Всеобъемлющая помощь. Естественно, это не означает, что врач общей практики может вылечить любого пациента от любого заболевания. Он может справиться с решением 90–95% проблем, с которыми пациент к нему обратился. Очень часто причины, беспокоящие пациента, лежат в плоскости психосоматических расстройств, проблем, связанных с его отношениями в семье, неправильным восприятием информации о тех или иных методах обследования или диагностики. Иногда пациент хочет лишь убедиться в обоснованности сделанных ему или его родственнику назначений, или выяснить необходимость использования какого-либо лекарственного препарата, о котором он услышал по радио или телевидению. И далеко не всегда обращение за помощью в связи с болью за грудиной станет поводом для проведения интенсивной терапии, в отличие от кардиологического отделения стационара.

Оказание помощи в контексте общества. Знание особенностей сообщества, которое окружает пациента, может стать важным ресурсом при решении его проблем. Это относится как к особенностям его работы, с учетом возможной профессиональной вредности, так и к тем ресурсам, которое общество может предоставить. Так, например, врача беспокоит, что среди его пациентов участились случаи вирусного гепатита С. Но насколько он осведомлен о деятельности молодежных некоммерческих организаций, главной целью которых является профилактика наркомании среди подростков? Задумался ли он об использовании этого ресурса, который может позволить улучшить пропаганду отказа от наркотиков среди подростков? Знает ли врач общей практики о наличии общества больных хроническими заболеваниями, когда организует школу для пациентов и особенно нуждается в добровольцах, готовых выступить в качестве координаторов групп обучения? Использует ли он ресурсы отдела социального обеспечения, открывшего в районе расположения его отделения общей практики специальный дневной стационар для малообеспеченных пожилых пенсионеров? Знание особенностей общества, окружающего пациентов, позволяет не только выяснить возможные детали развития заболевания, но и помочь привлечь дополнительные ресурсы для оказания ему помощи.

Координация помощи. Является очень важной особенностью общей врачебной практики. Именно с врача общей практики начинается контакт пациента с системой здравоохранения в целом. Если врач действительно станет своеобразным гидом в этой системе для своего пациента, будет советчиком и адвокатом, защищающим интересы больного, то процесс оказания помощи станет более эффективным. Отсутствие врача, к которому можно обратиться со всеми проблемами, приводит к увеличению числа госпитализаций и вызовов скорой помощи, потому что человек чувствует себя незащищенным и беспомощным при развитии непонятных ему признаков заболевания. При этом, несмотря на обращения к специалистам, состояние больного может не улучшиться, что приведет к потере веры в возможность получения качественной помощи, с одной стороны, и излишним затратам на оказание помощи,— с другой. Поэтому в британской литературе нередко врача общей практики называют привратником, который может ограничить пациенту доступ к высокотехнологичным и дорогостоящим методам лечения. Однако, если эта роль не ограничивается только ограничением доступа к специализированной помощи, а трансформируется в сотрудничество врачей общей практики со специалистами, службой скорой помощи, работниками стационаров, то это позволяет более четко решать проблемы пациента, экономя временны̀е и материальные ресурсы. Такая работа исключает дублирование различных методов обследования при направлении больного на стационарное лечение, позволяет сохранить преемственность в ведении больных с хроническими заболеваниями и повышает качество оказания помощи.

Профилактическая направленность. Является одной из важнейших задач общей практики.

Врач общей практики, наблюдая своих пациентов в течение их жизненного цикла, имеет возможность идентифицировать факторы риска развития хронических заболеваний. У него есть уникальная возможность заниматься первичной профилактикой, объясняя пациенту правила здорового питания, важность физической активности, вред курения и чрезмерного употребления алкоголя при любом посещении. Зная особенности своих пациентов и имея доверительные с ними отношения, сформировавшиеся на протяжении длительного наблюдения, он может использовать свое влияние и авторитет при разъяснении опасности факторов риска развития заболевания, и важности их устранения, привлекая в качестве союзников членов семьи пациента.

Оказание помощи в контексте семьи. Семья может оказать неоценимую поддержку пациенту с хроническим заболеванием, но и появление хронического заболевания одного из ее членов может оказать серьезное влияние на семью, изменить сложившиеся стереотипы, явиться причиной появления проблем со здоровьем у других ее членов. Врач общей практики должен учитывать особенности жизненного цикла семьи, начиная от формирования отношений молодой пары до кризисных этапов, связанных с проблемами детей и подростков, синдромом «опустевшего гнезда» или уходом из жизни одного из супругов. Вовлечение членов семьи в процесс решения проблем пациента, связанных с профилактикой или лечением, является мощным ресурсом врача общей практики, способствующим повышению эффективности оказания помощи.

В 1991 г. в документе, опубликованном Всемирной организацией национальных колледжей, и академических ассоциаций врачей общей практики (WONCA) были сформулированы требования, предъявляемые к общей практике [3]. Наряду с координацией помощи подчеркивался ее комплексный характер, что отличает общую практику от других медицинских специальностей, так как включает не только лечение, но и профилактику, реабилитацию и укрепление здоровья. В данном документе особенно подчеркивалось, что эта помощь должна быть доступной для пациентов в любое время, а роль врачей общей практики должна заключаться не только в координации, но и в управлении распределением ресурсов здравоохранения.

Таким образом, были определены важные характеристики, отличающие работу врача общей практики от работы специалиста. На рис. изображен известный «кулич общей практики», который наглядно демонстрирует эти различия. Как видно из этой схемы, врачи- специалисты должны досконально разбираться в той или иной области медицины. Как правило, их компетенция не затрагивает смежные специальности. Напротив, врач общей практики должен иметь представление о широком круге проблем, с которыми к нему обращается пациент, и уметь распознавать заболевание на ранних недифференцированных стадиях, определяя тактику ведения пациента на основании синдромальной диагностики. Безусловно, в сложных случаях для уточнения диагноза ему может потребоваться консультация специалиста, но дальнейшее ведение пациента, имеющего, как правило, комплекс проблем, не только медицинских, но и социальных, врач общей практики продолжит самостоятельно.

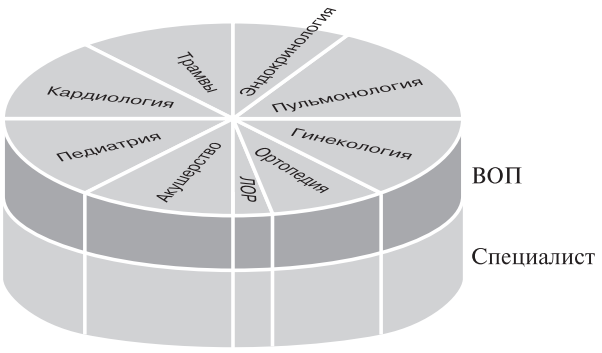

Рис. «Кулич общей практики».

Необходимо подчеркнуть, что во многих странах врач общей практики выступает в качестве своеобразного привратника. Это сдерживает поток пациентов к узким пациентам и доступ к высокотехнологичным и дорогостоящим методам обследования. Такой принцип координации медицинской помощи принят в Великобритании и Норвегии. И это не случайно, так как система здравоохранения в данных странах финансируется государством. Подобная организация помощи предотвращает чрезмерные затраты на дорогие медицинские услуги. В США пациент может самостоятельно выбирать учреждение, в котором он станет лечиться, в том числе и специализированное, однако следует помнить о том, что объем оказания помощи определяется видом и стоимостью страховки. В России первичная медицинская помощь пока таких функций не выполняет. Вместе с тем, это не распространяется на те учреждения, в которых осуществляется высокоспециализированная помощь, финансируемая из федерального бюджета. Путь пациента в такое учреждение достаточно сложен и включает как врача поликлиники, так и различных профильных специалистов и отборочные комиссии органов здравоохранения в учреждениях, в которых будет осуществляться процесс диагностики или лечения.

Новое определение специальности как клинической, академической и научной дисциплины

В 2002 г. опубликован новый документ, подготовленный рабочей группой Совета Европейской академии преподавателей общей практики EURACT, входящего в состав WONCA. В нем отражен новый взгляд на эту специальность — «The

European definition of general practice/family medicine» (Европейское определение общей практики/семейной медицины) [4]. В этом документе общая практика впервые была определена как клиническая специальность, имеющая определенный стандарт подготовки, общепринятый для Европейских стран. Кроме того, специальности был придан статус академической и научной дисциплины. Определение «академическая» имеет глубокий смысл, так как уравнивает эту специальность с другими предметами, которые преподаются в медицинских вузах, и делает необходимым ее включение в программы додипломной подготовки студентов. Введение понятия «научная дисциплина» раскрывает возможности для врачей этой специальности заниматься научными исследованиями в сфере их практической деятельности. (Следует отметить, что в нашей стране пока не во всех медицинских вузах есть соответствующие кафедры, а научные исследования, выполняемые врачами общей практики, должны соответствовать требованиям, предъявляемым к другим научным специальностям, имеющимся в перечне ВАК РФ).

Какими характеристиками должна обладать общая врачебная практика как медицинская дисциплина в современных условиях?

1. Осуществление первичного контакта пациента со службами здравоохранения путем оказания доступной всеобъемлющей помощи независимо от пола и возраста.

2. Использование ресурсов здравоохранения для координации оказания помощи другими профессионалами в области первичной медико-санитарной помощи (например, хосписа), а также специалистов, при необходимости выполнение роли адвоката пациента.

3. Оказание помощи, ориентированной на пациента, его семью и сообщество.

4. Консультирование, основанное на сотрудничестве с пациентом.

5. Оказание непрерывной помощи, основанной на потребностях пациента.

6. Принятие решений при оказании помощи, основанных на знании показателей болезненности и заболеваемости в популяции.

7. Оказание помощи при острых и хронических заболеваниях.

8. Оказание помощи на ранних недифференцированных стадиях заболеваний, включая экстренные мероприятия при необходимости.

9. Владение методами профилактики и укрепления здоровья.

10. Ответственность за здоровье всех пациентов, которые проживают на территории (участке), входящем в зону оказания помощи семейного врача.

11. Разрешение проблем здоровья в их различных проявлениях, включая физические, психологические, социальные.

В соответствии с перечисленными характеристиками врач общей практики должен быть компетентным в различных областях медицинских знаний. Поскольку реализация его профессиональной деятельности зачастую требует одновременного решения многих задач, перечисленные характеристики были объединены в 6 групп, представляющих основные ключевые компетенции, которыми должен обладать профессиональный врач общей практики. Итак, в каких областях он должен продемонстрировать свою компетенцию и что конкретно уметь делать, чтобы оказывать помощь в соответствии с современными характеристиками специальности.

1. *Управление процессом на уровне первичной помощи, в широком смысле слова от решения проблем, связанных со здоровьем пациента до управления, то есть организации процесса оказания помощи*:

— организовать первый контакт с пациентом, имеющим недифференцированные проблемы;

— решать все проблемы, связанные со здоровьем пациента;

— координировать помощь, оказываемую другими специалистами;

— обеспечивать эффективное использование ресурсов системы здравоохранения;

— обеспечить доступ пациента к необходимым ресурсам системы здравоохранения;

— выступать в качестве адвоката пациента, защищая его интересы при обеспечении оказания помощи.

2. *Помощь, ориентированная на пациента*:

— адаптировать персонифицированную помощь к решению всех проблем пациента;

— проводить консультирование пациентов на основе сотрудничества и сохранения их автономии;

— общаться с пациентом, определять приоритеты в решении его проблем на основе партнерских отношений;

— оказывать непрерывную помощь и обеспечивать потребности пациента в лечении на основе координированной помощи.

3. *Решение специфичных проблем пациента*:

— принимать решения о ведении пациента с учетом эпидемиологических данных о заболеваемости и болезненности в популяции;

— сотрудничать с пациентом при составлении плана его ведения на основе данных анамнеза, осмотра и обследования;

— уметь использовать временной фактор при наблюдении за неясными пациентами в динамике;

— оказывать при необходимости экстренную помощь;

— оказывать помощь на ранних и недифференцированных стадиях заболевания;

— эффективно использовать диагностические и лечебные методы.

4. *Всеобъемлющий подход*:

— оказывать помощь при острых и хронических состояниях, сопровождающихся большим количеством различных жалоб;

— владеть методами профилактики и укрепления здоровья;

— уметь координировать деятельность по укреплению здоровья, профилактике, помощи, лечению, включая паллиативную помощь и реабилитацию.

5. *Популяционно-ориентированный подход*:

— уметь оказывать помощь, исходя из потребностей индивидуума и сообщества, соразмеряя ее с доступностью ресурсов здравоохранения.

6. *Холистический подход*:

— использовать биопсихосоциальную модель с учетом особенностей культуры и этнической принадлежности пациента.

Таким образом, с учетом характеристики общей практики как медицинской дисциплины формулируются требования, предъявляемые к врачам общей практики как к специалистам в этой сфере. Ими могут быть только врачи, прошедшие специальную подготовку по этой дисциплине. В обязанности таких врачей входит оказание комплексной и непрерывной помощи всем пациентам, независимо от их пола, возраста и заболевания. Они обеспечивают помощь в контексте семьи и общества с учетом особенностей культуры, придерживаясь принципа автономности для каждого пациента. Кроме того, они несут ответственность за состояние здоровья на уровне населения, проживающего на их участке, в населенном пункте. При согласовании плана лечения совместно с пациентом врач общей практики учитывает его физические, психологические, социальные, культурные и бытовые особенности, углубляя доверительные отношения с ним благодаря постоянному наблюдению. Предоставляемая помощь не ограничивается лечением, а включает профилактику, лечение, обеспечение ухода и паллиативную помощь. Все виды медицинской помощи предоставляются не только с учетом возможностей первичного звена здравоохранения, но при необходимости используются и другие ресурсы. Врач общей практики несет ответственность за свой профессиональный постоянный рост и поддержание на необходимом уровне своих знаний и навыков с целью обеспечения эффективной и безопасной помощи своим пациентам.

При ознакомлении с новым определением специальности легко выделить те особенности, которые отличают его характеристику от предыдущих. В первую очередь следует подчеркнуть, что общая практика становится ориентированной не только на пациентов, обращающихся за помощью, но и на тех людей, которые проживают в зоне деятельности врача общей практики. Именно это создает условия для реализации программ укрепления здоровья и выявления факторов риска развития заболеваний. Способствовать более эффективной помощи должно и знание эпидемиологической ситуации, включая данные о распространенности заболеваний. Таким образом, наблюдается все более отчетливая тенденция к интеграции общей практики со службами общественного здравоохранения.

Исторические предпосылки формирования специальности. Вероятно, ни одна из медицинских специальностей не переживала столь сложного периода становления, как семейная медицина. Это касается как постоянной дискуссии по поводу ее названия (есть ли различия между общей врачебной практикой или семейной медициной), так и выяснения ее роли в системе здравоохранения.

Своеобразной точкой отсчета в истории развития семейной медицины (общей врачебной практики) стал период конца 70-х годов прошлого столетия, который характеризовался пересмотром отношения к различным видам медицинской помощи в странах Западной Европы и США. Усиление позиций специализированной помощи в системе здравоохранения, связанное с бурным развитием медицинских технологий, привело к ее удалению от конкретных нужд пациента и повышению затрат на ее реализацию, что не устраивало как пациентов и врачей, так и руководителей здравоохранения. Потребность первичного звена здравоохранения, являвшегося самым доступным видом медицинской помощи, в ресурсах, и неравноправное положение среди других медицинских специальностей сформировали в целом картину социальной несправедливости. Даже в Великобритании, хорошо известной своими традициями в развитии первичной медицинской помощи, общая врачебная практика была признана как независимая медицинская специальность только в 1961 г. [5].

Вместе с тем, потребность в предоставлении первичной медицинской помощи населению во много раз превышает необходимость в стационарном лечении. В 1961 г. в New England Journal of Medicine K.L.White с соавторами была опубликована статья «Экология медицинской помощи» [6]. В ней был приведен анализ потребности в разных видах медицинской помощи в Великобритании. Анализ показал, что из 1000 населения 750 человек предъявляют жалобы на те или иные симптомы, 250 обращаются к врачу общей практики, 9 человек нуждаются в госпитализации, 5 направляются на консультацию к специалистам и только один человек нуждается в оказании высокотехнологичной помощи в специализированном центре. Более 40 лет спустя аналогичное исследование было проведено в США L.A.Green с соавторами [7]. Оно показало, что тенденции потребности в различных видах медицинской помощи сохранились. Обращает на себя внимание, что население стало

больше обращаться к специалистам нетрадиционной медицины, но уровень госпитализации, включая специализированные центры, практически не изменился. Приведенные данные еще раз демонстрируют приоритетность первичной медицинской помощи в системе здравоохранения.

Однако следует отметить, что состояние здоровья населения зависит не только от медицинской помощи. В известном докладе министра здравоохранения Канады М.Лалонда было подчеркнуто, что здоровье определяется взаимодействием биологических факторов, влиянием окружающей среды, организацией системы здравоохранения и, наконец, образом жизни, который ведет человек [8]. Отсюда следует, что образование населения в духе здорового образа жизни может способствовать улучшению показателей здоровья и снизить потребность в оказании медицинской помощи. Важность популяционных программ, направленных на информирование населения о здоровом образе жизни и создание условий для его поддержания, не вызывает сомнений. Кто же должен заниматься профилактикой на индивидуальном уровне? Очевидно, что врачи стационаров, оказывающие помощь при уже развившихся заболеваниях, могут быть лишь частично вовлечены в этот процесс. Реализация мероприятий первичной профилактики на индивидуальном уровне возможна только в учреждениях первичной помощи, в которых, как это прекрасно подметила британский врач общей практики Иона Хис, «*вы всегда встречаете пациента, в то время как болезнь приходит и уходит. В госпитале вы встречаете болезнь, в то время как пациент приходит и уходит*» [5]. Таким образом, в 70-е годы прошлого века сложились условиях для усиления позиций первичного звена здравоохранения. В этот период времени общая врачебная практика в большинстве стран не имела приоритетных позиций, врачи, как правило, начинали свою профессиональную деятельность без дополнительной подготовки в ординатуре, престиж специальности в обществе был невысок.

В связи с этим проведение форума ВОЗ мирового уровня, одной из задач которого явилось укрепление позиций первичной медицинской помощи, трудно переоценить. Не случайно конференция ВОЗ 1978 г., организованная в Алма-Ате, считается своеобразной точкой отсчета изменения отношения к первичной медицинской помощи в мире и формирования нового профилактического этапа развития здравоохранения. Данная конференция по праву вошла в историю медицины, не только благодаря выдвинутому лозунгу «Здоровье для всех к 2000 году», но и рядом инициатив, направленных на развитие первичной медико-санитарной помощи. Они нашли отражение в декларации конференции, в которой подчеркивалось, что первичная медико-санитарная помощь должна быть поставлена во главу «повестки дня» политики здравоохранения [9].

Первичная медико-санитарная помощь составляет существенную часть медико-санитарного обслуживания, которая основана на практических, научно обоснованных и социально приемлемых методах и технологии, ставших повсеместно доступными как отдельным лицам, так и семьям при затратах, оправданных как для общины, так и страны в целом на каждом этапе развития, для обеспечения их самоопределения и самостоятельности в решении этих вопросов. Она составляет неотъемлемую часть национальной системы здравоохранения, ядром которого является, и одновременно выступает как главный компонент общего социального и экономического развития общества. Она является первой ступенью в контакте между отдельными людьми, с семьей, общиной и национальной системой здравоохранения, максимально приближающая медицинскую помощь к месту жительства и работы и образуя первый элемент непрерывного процесс охраны здоровья.

Стремление к укреплению первичной медико-санитарной помощи было еще раз подтверждено в 1984 г., когда Европейское региональное бюро ВОЗ утвердило 38 задач по достижению здоровья для всех в качестве основы политики по охране здоровья.

Роль общественных профессиональных организаций в становлении семейной медицины за рубежом

Алма-Атинская конференция стала стимулом и поддержкой для профессиональных объединений врачей общей практики стран Европы и Северной Америки, активно участвовавших в становлении общей врачебной практики как специальности. Поскольку в большинстве стран отсутствовали специальные учебные заведения, занимающиеся последипломным образованием врачей, ответственность за качество их работы и постоянное совершенствование профессиональной деятельности возлагалась на профессиональные ассоциации. Учитывая ярко выраженную образовательную направленность деятельности, в Великобритании профессиональная организация, объединяющая врачей общей практики, носит название Колледжа. Значимость этой организации подчеркивается тем, что ей придан статус Королевского колледжа врачей общей практики. В задачи Колледжа входит как контроль качества оказания помощи, так и создание системы последипломной подготовки врачей и клинических ординаторов (резидентов). Многие известные врачи общей практики защищают диссертации, становятся преподавателями медицинских факультетов, не прекращая своей практической деятельности, выполняя наряду с врачебными функциями

и роль наставников для молодых специалистов в области общей практики. Представители Британского колледжа врачей общей практики явились инициаторами современных методов оценки знаний, которые распространились в Западной Европе и за ее пределами. В 2002 г. Британский королевский колледж врачей общей практики отметил свой 50-летний юбилей.

Следует отметить, что профессиональная организация, объединяющая хирургов, была организована еще в XIX в., что лишний раз подчеркивает непростой путь, который прошли врачи общей практики, представляя свою специальность как независимую клиническую дисциплину.

В течение нескольких лет президентом Британского королевского колледжа врачей общей практики являлась профессор Лесли Соусгейт, удостоенная титула Дамы ее Королевского величества королевы Великобритании за заслуги в деле развития общей врачебной практики. Профессор Л.Соусгейт на протяжении более 10 лет является другом Санкт-Петербургской медицинской академии последипломного образования и имеет титул ее почетного доктора за большой вклад в развитие преподавания общей практики в нашей стране.

В США колледжи семейных врачей существуют в каждом штате, и объединяют как преподавателей семейной медицины, так и практикующих врачей. Колледжи объединены в Академию семейных врачей. В функции колледжей входит обеспечение непрерывной последипломной подготовки семейных врачей и качества оказания помощи на уровне первичного звена здравоохранения. После окончания медицинского вуза врачи проходят подготовку в трехлетней резидентуре, а затем ежегодно должны участвовать в краткосрочных курсах повышения квалификации, посвященных какой-либо проблеме. Как правило, это дистанционные Интернет-курсы, участие в которых контролируется руководством Колледжа. Каждый год врачи сдают экзамен на соответствие своей квалификационной характеристике, что также является гарантией качества оказания помощи. До 2007 г. аналогичный экзамен сдавался каждые 6 лет, причем его должны выдержать все специалисты, занимающиеся лечебной работой в качестве семейных врачей, включая преподавателей соответствующих кафедр университетов.

Интересен опыт становления семейной медицины в Норвегии. Во многом он был определен активной деятельностью врачей, объединившихся в Ассоциацию, которая была организована в 1938 г. Это событие стало первым шагом на пути становления и признания общей практики как отдельной специальности. Профессиональная ассоциация врачей общей практики создала платформу для трудной реформаторской работы в 50-е годы XX столетия, направленной как на признание внутри Норвежской медицинской ассоциации, так и у руководителей здравоохранения. В тот период времени практически никто из выпускников медицинских вузов не направлялся в общую практику и средний возраст врача в первичном звене здравоохранения достиг 45–55 лет. За период 1955–1965 гг., когда все внимание было сосредоточено на развитии стационаров, число врачей, работавших в первичной медицинской помощи, резко снизилось. Это звено здравоохранения стало критическим сектором в системе оказания медицинской помощи населению.

Члены Ассоциации приложили много усилий для того, чтобы разработать стандарты подготовки врачей общей практики на последипломном уровне. Учитывая, что Норвегия — это небольшая страна с разбросанным по территории немногочисленным населением, специфика работы врача первичного звена здравоохранения не позволяла использовать популярную в Великобритании модель централизованной подготовки молодых специалистов. Поэтому в 1973 г. была разработана оригинальная система подготовки врачей, основанная на прерывистом обучении в малых группах под руководством наставника — опытного врача общей практики. В целом обучение занимало 5 лет, из них один год отводился на работу в стационаре и 4 года — на работу в общей практике. В течение этого времени врачи периодически собирались для обсуждения важных проблем под руководством врача-наставника. Несмотря на то, что врачи работали в первичном звене здравоохранения и одновременно проходили обучение и считались врачами общей практики, специальность не была официально признана как самостоятельная медицинская дисциплина. Учитывая то обстоятельство, что в Норвегии многие врачи начинали работать в первичном звене здравоохранения без завершения резидентуры, они также принимали участие в прерывистой подготовке в малых группах под руководством опытного наставника. В Норвегии на становление общей практики ушло почти 20 лет. 1 января 1985 г. является датой официального признания общей практики как медицинской специальности, а, начиная с 19 февраля того же года, первые врачи, работавшие в первичной медико-санитарной помощи, были признаны специалистами в области общей практики. Более подробно с опытом обучения норвежских врачей можно познакомиться в Руководстве для преподавателей и врачей общей практики Л.Гец и С.Вестина [5].

Сходный опыт деятельности профессиональных организаций, объединяющих образовательные функции и ответственность за качество оказания помощи, существует и в других странах Западной и Восточной Европы.

Все эти организации являются членами Всемирной организации семейных врачей (WONCA — World Organization of Colleges and

Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians). Ежегодно эта организация проводит конгрессы, на которых обсуждаются проблемы организации помощи, ее качества, обучения молодых специалистов, научные проблемы. В структуре WONCA есть объединения преподавателей семейной медицины, в частности европейская секция (EURACT); секция, объединяющая специалистов по оценке качества оказания помощи (EUQIP); секция, в которую входят врачи общей практики, интересующиеся проблемами профилактики (EUROPREV); а также секция, объединяющая врачей и преподавателей, занимающихся научными исследованиями.

В Российской Федерации также существуют профессиональные организации врачей общей практики, однако они не выполняют пока образовательных функций в той мере, как это осуществляется за рубежом. Это обусловлено тем, что в нашей стране есть хорошо отлаженная схема последипломного обучения врачей в академиях и институтах последипломного образования. Безусловно, она должна стать более гибкой и отвечать в потребностям в совершенствовании знаний и навыков практикующих врачей. Следует отметить, что создание в 1885 г. первого в России института усовершенствования врачей (ЛенГИДУВ, а затем СПбМАПО) было в первую очередь направлено на обучение земских врачей, которые выполняли во многом функции врачей общей практики [10]. В современных условиях, учитывая расширение возможностей дистанционного обучения с использованием Интернет-технологий, подготовка и переподготовка врачей общей практики становится все более доступной для врачей, работающих в районах, отдаленных от крупных городов, где, в основном, сосредоточены учреждения последипломного образования.

В большинстве регионов Российской Федерации за последние 5–10 лет были созданы профессиональные общественные организации семейных врачей. В Санкт-Петербурге это региональная ассоциация специалистов семейной медицины, объединяющая врачей, медицинских сестер и преподавателей семейной медицины, в Ленинградской области это ассоциация семейных врачей, кстати, первая в нашей стране. В 2001 г. на 1-м Всероссийском съезде врачей общей практики была учреждена Всероссийская ассоциация врачей общей практики, президентом ее был избран академик И.Н.Денисов.

История реформирования первичной медико-санитарной помощи в Российской Федерации

Теперь совершим небольшой исторический экскурс, чтобы лучше осознать, какие этапы пришлось пройти для того, чтобы и в нашей стране появилась общая врачебная практика.

Определенной точкой отсчета начала развития общей практики в России можно считать 80-е годы XIX века, когда зарождалась земская медицина. В 1864 г. после отмены крепостного права в России начали формироваться земства и появилась потребность во враче-универсале, который мог бы оказывать всестороннюю помощь различным группам населения, в том числе и малообеспеченным, не способным пользоваться платными услугами личного семейного доктора. Вспомним описание подвижнического труда земского врача в рассказе А.П.Чехова «Попрыгунья», который, рискуя своей жизнью, спас жизнь маленькому пациенту.

О высокой востребованности этого вида помощи, отвечающего одному из главных принципов общей практики — доступности, свидетельствуют данные статистики. К 1870 г. число земских врачей в основных губерниях России составило 756, а к 1890 г.— 1805. С каждым десятилетием их число увеличивалось в среднем в полтора раза. Следует отметить, что появление земской медицины явилось определенным катализатором для создания системы последипломной подготовки врачей [11].

В постоянном совершенствовании нуждались в первую очередь земские доктора, работавшие в российской глубинке, не имевшие в то время возможности постоянного доступа к медицинской литературе, нуждавшиеся в ответах на вопросы, которые ставились перед ними реальной практикой.

Таким образом, формирование земской медицины предопределило целесообразность последипломной подготовки врачей и, как следствие,— открытие в Санкт-Петербурге в 1885 г. Клинического института по инициативе профессоров Н.Ф.Здекауэра и Э.Э.Эйхвальда и под патронажем Великих княгинь Елены Павловны и Екатерины Михайловны. Этот институт был первым учреждением для усовершенствования врачей не только в России, но и в мире. Обращало на себя внимание то, что обучение врачей осуществлялось не только в стационаре, расположенном на территории Института, но и в большом амбулаторном отделении, что позволяло учитывать специфику работы земских врачей.

В процентном отношении к числу других специалистов, обучавшихся в стенах Института в 1910–1911 гг., земские врачи составили 51,7%. Трудно сегодня предположить, какой путь развития общей практики прошла бы наша страна, если бы не было известных событий 1917 г. Много было сделано позитивного для развития здравоохранения, которое осуществлялось в соответствии с приоритетностью лечебно-профилактического направления. Однако в 30–40 годы начался процесс специализации медицинской помощи, который к 60-м годам распространился и на амбулаторную сеть. Участковые терапевты все

больше превращались во врачей-диспетчеров, делегирующих свои полномочия специалистам. Помощь становилась все более затратной, а штаты учреждений поликлинического звена — раздутыми. На должности участковых терапевтов приходили выпускники медицинских вузов без дополнительной подготовки в интернатуре или клинической ординатуре. Обязательная послевузовская подготовка в интернатуре по терапии была введена только в 1999 г. При этом важно отметить, что специальность «участковая, или поликлиническая терапия» в реестре медицинских специальностей отсутствовала и отсутствует по сей день! В учреждениях первичной медицинской помощи представительство участковых врачей не выходило за рамки 13–15%. Остальные врачебные должности предусматривались для специалистов. Сложившаяся ситуация создала предпосылки для реформирования первичной медико-санитарной помощи по типу общей врачебной практики.

Общая врачебная (семейная) практика начала формироваться в конце 80-х годов прошлого столетия сначала в виде экспериментальных проектов, нередко поддерживаемых зарубежными фондами. Приказ Минздрава РФ от 26.08.1992 г. № 237 «О поэтапном переходе к организации первичной медицинской помощи по принципу врача общей практики (семейного врача)» положил начало внедрению новой специальности. Были введены специальность и должность врача общей практики (семейного врача), положение и квалификационная характеристика врача и медицинской сестры общей практики, типовые учебные планы и программы профессиональной подготовки специалистов, определены права и обязанности врача общей практики.

В соответствии с государственной квалификационной характеристикой, утвержденной приказом МЗ РФ № 237, были разработаны критерии уровня специализации врача общей практики: «Врач общей практики (семейный врач) обязан владеть врачебными манипуляциями терапевтического профиля, т.е. уметь оказать квалифицированную терапевтическую помощь взрослым и детям при распространенных заболеваниях внутренних органов, и проводить базовые врачебные лечебно-диагностические мероприятия, т.е. оказывать первую врачебную помощь при смежных заболеваниях и неотложных состояниях, владеть методами формирования здорового образа жизни семьи, и неукоснительно соблюдать требования врачебной этики и медицинской деонтологии при проведении среди населения оздоровительных профилактических и лечебно-диагностических мероприятий в амбулаторно-поликлинических условиях и на дому» [12]. Как видно из представленной квалификационной характеристики, подготовленной ведущими специалистами нашей страны, она во многом отразила те качества, которые нашли отражение в документах, разработанных представителями европейской школы.

Следует отметить, что идея о необходимости пересмотра роли врачей первичного звена здравоохранения в конце 80-х годов прошлого столетия, буквально витала в воздухе. Так, по инициативе ректора Санкт-Петербургской медицинской академии последипломного образования (в прошлом — Ленинградский ГИДУВ) профессора СА.Симбирцева и проректора по учебной работе профессора Н.Н.Гурина еще задолго до издания правительственных приказов и распоряжений в СПбМАПО в 1988 г. была начата подготовка врачей общей практики из участковых терапевтов и педиатров. В 1989 г. в СПбМАПО была открыта кафедра общей врачебной практики, которую возглавил профессор В.Н.Петров, а в дальнейшем — профессор Ю.М.Губачев. Подготовка врачей проводилась одновременно и на кафедре терапии 1 (заведующий — профессор А.А.Крылов, по инициативе которого были проведены первые циклы переподготовки по общей врачебной практике для городских врачей), и на кафедре судовой медицины (заведующий — профессор Н.Н.Гурин), где осуществлялось обучение врачей для Гатчинского района Ленинградской области. Следует отметить, что если врачи, подготовленные для города, оставались невостребованными, так как еще не было законодательной базы для их работы, то для врачей Ленинградской области, после обучения были созданы условия, позволившие им реализовать полученные знания и навыки в реальной практической работе. Это способствовало сохранению кадров для формирования общей практики после выхода соответствующих нормативных документов, регламентирующих работу этой службы.

Появление Приказа Минздрава стало стимулом для медицинских образовательных учреждений для создания кафедр семейной медицины. Была открыта кафедра семейной медицины в Московской медицинской академии им. И.М.Сеченова, с момента основания ею заведует академик РАМН И.Н.Денисов — министр здравоохранения и автор вышеупомянутого Приказа Минздрава. Появились кафедры семейной медицины в г Самара (заведующий кафедрой профессор В.И.Мовшович), г. Хабаровске (заведующий кафедрой профессор В.Ф.Быстровский, а затем профессор Л.М.Житникова) и других регионах Российской Федерации. Открылся курс семейной медицины при кафедре внутренних болезней в Санкт-Петербургской медицинской академии им. И.И.Мечникова (заведующий кафедрой ректор Академии академик РАМН профессор А.В.Шабров). В СПбМАПО с целью координации подготовки врачей общей практики на кафедрах

Академии был создан факультет подготовки врачей общей практики (декан факультета профессор В.П.Алферов).

Санкт-Петербург стал одним из первых регионов, принявших на уровне Комитета по здравоохранению «Концепцию поэтапного перехода к организации первичной медико-социальной помощи по принципу врача общей практики (семейного врача) в 1995 г., а в последующем и Целевую программу «Семейная медицина». Эта программа получила финансовую поддержку городской администрации в период 2001–2004 гг. Следует отметить, что созданию Городской программы и ее реализации способствовали многие обстоятельства. Это инициатива СПбМАПО по подготовке врачей общей практики, о которой уже упоминалось, а также осуществление международных программ, создавших условия для подготовки таких врачей за рубежом и оснащения некоторых медицинских учреждений в соответствии с требованиями, обозначенными в Приказе Минздрава. Так, программа ТАСИС (Европейский Союз) позволила подготовить врачей общей практики в Великобритании и оснастить два вновь созданных отделения при городских поликлиниках.

Совместная программа сотрудничества СПбМАПО и Университета штата Айова (США) включала подготовку группы преподавателей семейной медицины, являвшихся семейными врачами [13]. Средства этого гранта позволили оснастить и открыть при СПбМАПО первый учебно-клинический Центр семейной медицины, где в рамках обязательного медицинского страхования стали получать помощь пациенты близлежащих районов. Это явилось поводом к пересмотру принципов преподавания семейной медицины в целом, которое ранее проводилось на стационарной базе и осуществлялось в основном представителями других специальностей. В рамках данного проекта в 1996 г. по распоряжению ректора СПбМАПО профессора Н.А.Белякова была образована кафедра семейной медицины (заведующая профессор О.Ю.Кузнецова), на которой было сосредоточено все обучение семейных врачей, проходивших подготовку в СПбМАПО для Санкт-Петербурга и Северо-Западного региона РФ. Опыт, накопленный, начиная с 1988 г. по подготовке врачей общей практики способствовал созданию методического фундамента для дальнейшего совершенствования обучения этих специалистов. Он нашел свое отражение в первом двухтомном учебном руководстве для врачей общей практики под редакцией С.А.Симбирцева и Н.Н.Гурина, опубликованном в 1996 г., которое было одобрено Минздравом РФ и рекомендовано для других медицинских образовательных учреждений [14].

В 1997 г. по инициативе ректора СПбМАПО профессора Н.А.Белякова был учрежден медицинский научно-практический журнал «Российский семейный врач», в редакционный совет которого вошли преподаватели разных медицинских учреждений и практические врачи, заинтересованные в развитии семейной медицины. Большой вклад в его создание внесли британские коллеги — уже упоминавшаяся президент Королевского колледжа врачей общей практики профессор Лэсли Соусгейт и преподаватель Лондонского университета врач общей практики Питер Тун.

Следует подчеркнуть, что кафедра была образована в тот период, когда начала формироваться потребность в подготовке врачей общей практики для практического здравоохранения, и большинство врачей, проходивших подготовку, было обеспечено рабочими местами в отделениях общей практики, которые появились в рамках Городской целевой программы в 17 из 18 административных районов Санкт-Петербурга. Однако число врачей общей практики на протяжении последних 5 лет не превышает 200 человек. Это пока лишь 10% от всех врачей, работающих в амбулаторно-поликлинических учреждениях города.

В целом, несмотря на значительные сдвиги в реформировании системы здравоохранения, следует констатировать, что в настоящее время в РФ существуют две параллельные системы первичной помощи — поликлиническая, включающая участковых терапевтов и специалистов и общая врачебная практика. Всего в амбулаторно-поликлинических учреждениях Российской Федерации, по данным Минздравсоцразвития, работали в 2005 г. 158 000 человек, что составляло 32,4% от общего количества врачей. Из них 56,1 тыс. участковых врачей и только 5000 врачей общей практики. Как и ранее, врачи- специалисты, работающие в амбулаторном звене здравоохранения, находятся в большинстве. Их число составляет 75,2 тыс. [15].

Одной из причин медленного развития общей врачебной практики является необходимость длительного обучения этих врачей на циклах профессиональной переподготовки (864 ч, 6 мес.) или в двухлетней ординатуре. Для того, чтобы сделать более доступной подготовку врачей общей практики в Северо-Западном регионе, по инициативе администрации СПбМАПО в гг. Пскове, Мурманске и Вологде были созданы региональные кафедры для последипломного обучения врачей первичного звена здравоохранения. В их составе работают ведущие специалисты-практики, прошедшие обучение в СПбМАПО на профильных кафедрах и на кафедре педагогики высшей медицинской школы. При поддержке кафедры семейной медицины осуществляется профессиональная переподготовка участковых терапевтов по общей врачебной практике на прерывистых циклах в удобном для врачей режиме. Такой режим обучения, позволяющий не оставлять надолго рабочее место, не отрываться от семьи и не затрачивать дополнительные средства на коман-

дировку в Санкт-Петербург или другой город, где осуществляется обучение, позволило значительно увеличить поток обученных врачей. Если до 2005 г. в упомянутых областях был подготовлен 61 врач общей практики, то к 2007 г.— 160.

Тем не менее, в целом, проблема повышения эффективности работы первичного звена здравоохранения в нашей стране далека от своего решения. Немаловажное значение имело и то, что профессия врача, работающего в первичном звене здравоохранения не была престижной долгие годы. Вероятно, этим объясняется тот факт, что в данной сфере трудится около 60% лиц пенсионного возраста.

Недостатки в работе первичного звена здравоохранения, связанные в первую очередь с низким уровнем финансирования и неукомплектованностью кадрами были признаны на государственном уровне, а меры по их преодолению нашли отражение в Приоритетном национальном проекте «Здоровье». Одним из его основных направлений явилось укрепление первичной медицинской помощи, включающее как повышение заработной платы, так и укрепление материальной базы поликлинического звена здравоохранения. Возможно, это будет способствовать более быстрому развитию общей врачебной практики в нашей стране.

Заключение. Общая врачебная практика (семейная медицина) является уникальной специальностью, ориентированной на решение проблем пациента как личности в контексте его семейных и социальных взаимоотношений. Она требует широкого круга знаний и умений, включающих как навыки организации и управления деятельности, так и искусство консультирования пациентов с различными проблемами, в том числе и социальными. Умение экономично использовать ресурсы здравоохранения и своевременно использовать научно-обоснованные методы обследования, лечения и профилактики может обеспечивать сокращение расходов системы здравоохранения в целом. История становления специальности в большинстве стран демонстрирует важность активной позиции профессиональных объединений врачей общей практики. Развитие общей практики в России имело исторические предпосылки в виде сформировавшейся системы земской медицины. Излишняя специализация амбулаторного звена здравоохранения в советский период привела к снижению эффективности работы поликлиник и одновременно с этим — к резкому уменьшению престижа специальности участкового терапевта. К сожалению, реформирование первичного звена здравоохранения по типу общей практики не завершилось полным изменением системы оказания первичной помощи. Требуются дальнейшие усилия, направленные на развитие общей врачебной практики и подготовку специалистов в этой области.

Литература

1. *Royal* College of general Practitioners. The future general practitioner — learning and teaching // Brit.Med.J.— 1972.— Vol. 266.
2. *Essentials* of Family Medicine. Editors: Ph.D.Sloane, l.M.Slatt, P.Curtis.— USA: Williams & Wilkins.— 1993.— 446 p.
3. *WONCA*. The role of the general practitioner/family physician in health care systems. A statement from the world Organisation of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians.— Victoria: WONCA, 1991.
4. *The European* definition of general practice/family medicine.— WONCA EUROPE.— 2002.— 48 p.
5. *Гец Л., Вестин С.* Руководство для преподавателей и врачей общей практики / перевод с норвежского под ред. проф. О.Ю.Кузнецовой.— СПб.: СПбМАПО, 2005.— 352 с.
6. *White K.L., Wiliams, et. al.* The Ecology of Medical Care // N.Engl.J.Med.— 1961.— Vol. 265.— P. 885–892.
7. *Green L.A., Fryer G.L., et al.* The Ecology of Medical Care revisited // N.Engl.J.Med.— 2001.— Vol. 344.— № 26.— P. 2021–2025.
8. *Профилактика* в общей врачебной практике / Под ред. О.Ю.Кузнецовой, И.С.Глазунова.— СПб.: Издательский дом СПбМАПО, 2004.— 288 с.
9. *Boerma W.G.W., Fleming D.M.* Роль общей практики в первичной медико-санитарной помощи.— Евробюро ВОЗ, Копенгаген.— 2001.— 182 с.
10. *Беляков Н.А., Михайлович В.А., Хмельницкий О.К., Щербо А.П.* Императорский клинический институт Великой княгини Елены Павловны. Российская школа усовершенствования врачей (1885–1917 гг.).— СПб.: СПбМАПО.— 1999.— 384 с.
11. *Беляков Н.А., Щербо А.П., Кузнецова О.Ю.* От земской к семейной медицине. Обучение в Императорском клиническом институте великой княгини Елены Павловны — Медицинской академии последипломного образования // Российский семейный врач.— 1998.— № 1.— С. 4–7.
12. *Практическое* руководство для врачей общей (семейной) практики / Под редакцией академика РАМН И.Н.Денисова.— М.: ГЭОТАР-Медиа.— 2001.— 720 с.
13. *Санкт-Петербургская* медицинская академия последипломного образования на рубеже XX–XXI веков / Под ред. Н.А.Белякова.— СПб.: СПбМАПО, 2000.— 464 с.

14. *Общая* врачебная практика (семейная медицина) в двух томах / Под ред. С.А.Симбирцева, Н.Н.Гурина.— СПб.: СПбМАПО, 1996.
15. *Сбережение* народа зависит от вас! Преподавателям и студентам высших медицинских учебных заведений // Информационные материалы Приоритетного национального проекта «Здоровье».— М.: ГЭОТАР-Медиа.— 2006.— 59 с.

Адрес для контакта: oukuznetsova@mail.ru

Тесты для самопроверки

1) *В какой стране состоялась конференция ВОЗ, на которой была впервые подчеркнута важная роль первичной медико-санитарной помощи в системе здравоохранения*:

1. Канада
2. Дания
3. Советский Союз
4. Финляндия
5. Россия

2) *В какой модели здравоохранения общая практика выполняет роль привратника*:

1. Российской
2. Американской
3. Восточно-Европейской
4. Норвежско-британской
5. Испанской

3) *В Ваше отделение с целью трудоустройства обратился хирург, работавший до этого в районной поликлинике другого города и вынужденный поменять место работы из-за аллергии на антисептические средства. Он склоняется в выборе профессии в пользу общей практики. Какой вид подготовки он должен пройти, чтобы получить сертификат специалиста общей практики.*

1. Интернатуру по терапии с последующим усовершенствованием в течение 1 мес по ОВП
2. Месечный сертификационный цикл по ОВП
3. 6 месячный цикл профессиональной переподготовки
4. Стажировку на рабочем месте в отделении общей практики
5. Тематическое усовершенствование по ОВП

4) *Какая международная организация выпустила документ, содержащий обновленное определение специальности «общая практика»*

1. ВОЗ
2. Европейская академия преподавателей общей практики
3. Британский колледж врачей общей практики
4. Американская ассоциация врачей общей практики
5. Норвежская медицинская ассоциация

5) *Что такое «кулич общей практики»*?

1. Традиционный десерт британских врачей общей практики
2. Шутливая характеристика начинающего врача общей практики
3. Старинный кулинарный рецепт
4. Диаграмма, разъясняющая полномочия врача общей практики и специалистов
5. Перевод с английского, означающий подведение итога работы отделения общей практики за неделю.

УДК 616.12-008.331.1

АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ

Е.В.Фролова

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

ARTERIAL HYPERTENSION

E.V.Frolova

St-Petersburg Medical Academy of Postgraduate Studies, Russia

© Е.В.Фролова, 2007

Цель лекции: ознакомить слушателей с современными представлениями о диагностике, лечении, профилактике артериальной гипертензии (АГ).

План лекции:

1) Актуальность проблемы, обусловленная новыми научными подходами.

2) Новая классификация АГ.

3) Эпидемиология АГ в современном мире.

4) Диагностика АГ, принципы оценки состояния пациента с позиции риска развития осложнений и причины гипертензии.

5) Современные принципы лечения АГ, включая нефармакологическое воздействие и лекарственную терапию.

6) Причины несоблюдения врачебных рекомендаций и способы обучения больного.

7) Заключение.

Актуальность проблемы

В конце XX века в медицине произошли два важнейших события, определившие на долгие годы вперед судьбы многих пациентов. Фактически совершился переворот в наших представлениях об артериальной гипертензии. Во-первых, мы узнали, что не бывает «рабочего» давления; во-вторых, стало понятно, что не всегда повышение артериального давления проявляется головной болью в затылке. Оказалось, что большинство случаев повышения артериального давления протекает бессимптомно. Это означало, что распространенность артериальной гипертензии значительно выше, чем представлялось раньше. Это также означало, что необходимо чаще измерять артериальное давление и здоровым людям, которые ни на что не жалуются, чтобы раньше выявить артериальную гипертензию.

Современные подходы к диагностике, лечению и ведению больных с артериальной гипертензией сформировались в результате анализа большого количества проспективных[1] исследований. Данные, полученные таким путем, полностью изменили взгляд на это заболевание. На основании этих данных была разработана новая классификация артериальной гипертензии, определены понятия «целевые уровни снижения АД» при антигипертензивной терапии и «стратификация степеней риска развития сердечно-сосудистых осложнений» у больных с АГ; были сформулированы принципы немедикаментозной и лекарственной терапии, в том числе у больных с различными особенностями. На этой основе экспертами Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ) и Международного общества по проблемам артериальной гипертензии (МОАГ) было подготовлено руководство по диагностике, профилактике и лечению артериальной гипертензии [1].

Одно из известнейших исследований, которое определило эффективность «жесткого» и «мягкого» подходов к лечению гипертонии,— исследование HOT («Hypertension Optimal Treatment», или «Оптимальное лечение гипертензии»). В нем участвовало 18790 мужчин и женщин в возрасте 50–80 лет из 26 стран. Средний срок наблюдения составил 3,8 года. Больные делились на 3 группы в зависимости от целевого уровня диастолического (ДАД) АД: менее 90 мм рт. ст., менее 85 мм рт. ст., менее 80 мм рт. ст. У пациентов с целевым АД менее 85 мм рт. ст. и менее 80 мм рт. ст. было отмечено достоверное улучшение качества жизни по сравнению с группой, где ДАД было менее 90 мм рт. ст. Чем ниже было АД после лечения, тем более высокого качества жизни достигали участники исследования. Оптимальное снижение риска всех сердечно-сосудистых осложнений (фатальных и нефатальных инсультов и инфарктов миокарда) было отмечено при уровне диастолического АД 83 мм рт. ст. Таким образом, понятия «рабочее АД» или «возрастное» АД были исключены из медицинских представлений. Целью лечения больного любого возраста с артериальной гипертензией является достижение целевого уровня АД — меньше 140 и 90 мм рт. ст. Так называемая изолированная систолическая гипертензия, встречающаяся практически у всех лиц старше 65 лет, также подлежит лечению [2].

[1] Проспективные исследования — эпидемиологические исследования, когда в течение нескольких лет наблюдают за когортой, или популяцией людей, а по истечении срока наблюдения анализируют заболеваемость, смертность, связь ее с факторами риска или эффективностью лечения

Таблица 1

Классификация артериальной гипертензии (1999 г., ВОЗ-МОАГ [1])

Категория	Артериальное давление (мм рт. ст.)	
	систолическое	диастолическое
Нормальное АД		
Оптимальное	<120	<80
Нормальное	120–129	80–84
Высокое нормальное	130–139	85–89
Артериальная гипертензия		
Гипертензия 1 степени («мягкая»)	140–159	90–99
Гипертензия 2 степени («умеренная»)	160–179	100–109
Гипертензия 3 степени («тяжелая»)	≥180	≥110
Изолированная систолическая гипертензия	≥140	<90

Таким образом, на основании эпидемиологических исследований последних лет обоснованы: 1) понятие «целевое АД»; 2) сильная зависимость сердечной смертности и заболеваемости от уровня АД; 3) необходимость активного выявления повышенного АД с помощью регулярных осмотров здоровых людей; 4) необходимость лечения изолированной систолической гипертензии у пожилых людей.

В 2003 г. в США Объединенный национальный комитет по предупреждению, выявлению, оценке и лечению повышенного артериального давления опубликовал Седьмой доклад (Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure), в котором обнародовал новые сведения о связи повышенного АД со смертностью, полученные после завершения ряда новых эпидемиологических исследований [3]. В этом докладе утверждается, что оптимальным является уровень АД 115/75 мм рт. ст., а более высокие величины уже обнаруживают связь с ростом смертности (табл. 2).

Таблица 2

Классификация артериальной гипертензии [3]

Категория	Уровень АД (мм рт. ст.)
Норма	САД < 120; ДАД < 80
Прегипертензия	САД 120–139 или ДАД 80–89
Гипертензия	
Стадия 1	САД 140–159 или ДАД 90–99
Стадия 2	САД ≥ 160 или ДАД ≥ 100

Многие страны внесли коррективы в Национальные рекомендации в этом же году. Европейское кардиологическое общество и Международный комитет по артериальной гипертензии также учли новые данные по лечению и предупреждению артериальной гипертензии. Российские Национальные рекомендации подверглись пересмотру и были обсуждены на Национальном кардиологическом конгрессе в октябре 2004 г. [2].

Определение

Артериальная гипертензия — это повышение АД выше 140 и (или) 90 мм рт. ст., возникающее в результате необратимых изменений в артериолах либо по неизвестной причине (эссенциальная), либо как вторичное состояние.

Термин «гипертоническая болезнь» соответствует принятому в других странах термину «эссенциальная гипертензия» и может наряду с ним употребляться в медицинской документации и литературе. В основе патогенеза эссенциальной гипертензии лежит изменение стенки артериол — мышечная гипертрофия, артериолосклероз, утрата сократительной функции как мышечного, так и эндотелиального слоя оболочки сосуда.

Эпидемиология артериальной гипертензии

Распространенность артериальной гипертензии очень велика как в мире, так и в России. По данным международных публикаций, общее число лиц, страдающих гипертензией, в мире составляло в 2000 г. 972 млн человек (303 млн в развитых и 669 млн в развивающихся странах), или 26,6% мужчин и 26,1% женщин. Прогнозируется, что число больных с этим заболеванием к 2025 г. составит 1,6 млрд [4]. По данным С.А.Шальновой [5], 39,2% мужчин и 41,1% женщин в нашей стране имеют повышенный уровень АД, при этом знают о наличии у них заболевания 37,1% и 58,0% соответственно, лечатся лишь 21,6% и 45,7%, а лечатся эффективно только 5,7% и 17,5%. Согласно исследованиям, проведенным сотрудниками кафедры семейной медицины СПбМАПО, в Санкт-Петербурге распространенность артериальной гипертензии составляет около 40% [6]. Аналогичные данные были получены и в различных регионах России: Вологде, Твери, Москве, Оренбурге, Свердловской области.

Диагностика

Основой диагноза артериальной гипертензии является обнаружение повышенного АД при нескольких измерениях, зафиксированное в тече-

ние как минимум недели. Измерение АД требует соблюдения правил, изложенных во многих рекомендациях, и, возможно, известных всем. Однако практика показывает любопытные вещи. Во-первых, правилами нередко пренебрегают, уступая загруженности рабочего времени, отсутствию медицинской сестры и прочим организационным неурядицам. Во-вторых, со временем навыки измерения АД утрачиваются: ухудшается слух, снижается внимание и память. К сожалению, это приводит к диагностическим ошибкам. Любопытный пример привели Bruce и соавт. [7] по данным British Heart Study. Сразу после тренировочного семинара по обучению навыкам измерения АД медицинские сестры получали почти одинаковые результаты у одних и тех же больных. Однако по истечении 6 месяцев разница между стандартом и показателями, получаемыми тремя различными сестрами, составляла почти 20 мм рт. ст.! Понятно, что такая ошибка может привести и к ошибочным медикаментозным назначениям. Последовательность действий при измерении АД должна быть отработана на уровне рефлекса. И не стоит пренебрегать такими обязательными условиями как правильное расположение манжеты, ее размер, расслабленная поза пациента, отдых после каких-либо физических упражнений (даже если он добрался в кабинет врача на третьем этаже) или курения.

После установления диагноза АГ определяют ее характер — то есть исключают вторичную, или симптоматическую гипертензию. Затем оценивают степень тяжести заболевания, или, иными словами, проводят стратификацию риска: определяют наличие факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ), как биологических, так и связанных с образом жизни; оценивают состояние органов-мишеней; выявляют ассоциированные с гипертензией клинические состояния. Таким образом, все необходимые анамнестические сведения, физикальные, лабораторные и дополнительные исследования должны способствовать решению двух задач — установить причину гипертензии и ее тяжесть. Цель стратификации риска — правильный выбор комплекса лечебных мероприятий (табл. 3).

Таблица 3

Принципы стратификации риска при оценке больного с АГ

Факторы риска, поражение органов-мишеней, ассоциированные клинические состояния	Артериальное давление мм рт. ст.				
	Нормальное САД 120–129 ДАД 80–84	Высокое нормальное САД 130–139 ДАД 85–89	1 степень САД 140–159 ДАД 90–99	2 степень САД 160–179 ДАД 100–109	3 степень САД 180 ДАД 110 или более
Нет	Незначимый риск	Незначимый риск	Низкий риск	Умеренный риск	Высокий риск
1–2 ФР	Низкий риск	Низкий риск	Умеренный риск	Умеренный риск	Очень высокий риск
3 ФР или ПОМ	Умеренный риск	Высокий риск	Высокий риск	Высокий риск	Очень высокий риск
АКС или СД	Высокий риск	Очень высокий риск	Очень высокий риск	Очень высокий риск	Очень высокий риск

Примечание. ФР — факторы риска, ПОМ — поражение органов мишеней; АКС — ассоциированные клинические состояния.

Согласно Национальным рекомендациям по диагностике, профилактике и лечению артериальной гипертензии, обязательными являются общий анализ крови и мочи; содержание в плазме крови глюкозы (натощак), креатинина, мочевой кислоты, калия; липидограмма; электрокардиограмма (ЭКГ); исследование глазного дна; эхокардиограмма (там, где есть возможность ее выполнения). Дополнительно при наличии ресурсов могут быть выполнены рентгенография грудной клетки; УЗИ почек и надпочечников; УЗИ брахиоцефальных и почечных артерий; содержание С-реактивного белка (СРБ) в сыворотке крови количественным способом; анализ мочи на бактериурию, количественная оценка протеинурии; определение микроальбуминурии (МАУ) (обязательно при наличии сахарного диабета). В среднем распространенность МАУ у больных АГ составляет 19,8% [8].

Наиболее распространенными причинами вторичной гипертензии являются болезни сосудов и паренхимы почек, синдром (болезнь) Иценко — Кушинга, феохромоцитома, первичный гиперальдостеронизм (синдром Конна), коарктация аорты. Частыми причинами паренхиматозной ренальной гипертензии являются поликистоз, сморщенная почка, гидронефроз, сосудистой — врожденные аномалии сосудов, фибромышечная дисплазия, атеросклероз почечных артерий. Если в процессе сбора анамнеза и физикальных данных возникли подозрения о вторичной природе гипертензии, то необходимы дополнительные исследования. Чаще всего следует думать о ней, если заболевание началось в молодом возрасте, если АД в начале заболевания более 180 мм рт. ст., а также при устойчивости АГ к терапии. Необходимо обращать внимание на декомпенсацию состояния у пожилых людей, когда гипертензия перестает подчиняться

подобранной прежде терапии — нередко причиной может стать атеросклероз почечной артерии, когда сужение сосуда становится критическим.

Эндокринные гипертензии обусловлены нарушением секреции кортизола, катехоламинов, альдостерона и связаны с поражением надпочечников либо гипофиза. Диагноз устанавливают с помощью дополнительных методов исследования: определение содержания в плазме катехоламинов и их метаболитов; определение метаболитов катехоламинов в суточной моче; измерение содержания сывороточного натрия, калия, активности ренина плазмы, концентрации альдостерона плазмы, содержание альдостерона, натрия в суточной моче; активность ренина плазмы после трехдневной диеты с содержанием натрия 200 мэкв; определение свободного кортизола в суточной моче.

Лечение

Цель лечения любого больного с артериальной гипертензией — максимальное снижение риска развития сердечно-сосудистых осложнений и смерти от них. Это стратегия, определяющая выбор препаратов. Необходимо достижение целевого АД, т.е. менее 140 и 90 мм рт. ст., и устранение факторов риска. У больных с сахарным диабетом, заболеваниями почек целевое АД должно быть менее 130 и 80 мм рт. ст. Тактика лечения больных АГ определяется индивидуально и направлена на улучшение качества жизни, ликвидацию симптомов заболевания. Следует отметить, что подобный терапевтический подход в настоящее время используется в лечении всех сердечно-сосудистых заболеваний: стратегия — улучшение выживаемости и смертности, тактика — ликвидация симптомов. Обязательным условием ведения больного с любой степенью риска является настойчивая и интенсивная немедикаментозная коррекция образа жизни и привычек. Если она неэффективна, надо устранять факторы риска с помощью лекарств. Гипотензивная терапия назначается с учетом оценки риска, поражения органов мишеней, сопутствующих заболеваний, и, как правило, включает два, три препарата. Особенно актуально это положение для России, где больные поздно попадают к врачу, и уже при первых обращениях у них фиксируется и высокий риск, и сопутствующие заболевания, и высокий уровень АД.

Контроль эффективности терапии осуществляется с помощью регулярного измерения АД, которому обучают больного. Лечение больного артериальной гипертензией осуществляется в несколько этапов:

1) Оценка риска развития сердечно-сосудистых заболеваний.

2) Лечение до цели АД менее 140/90 мм рт. ст. или менее 130/80 мм рт. ст.:

— изменение образа жизни,

— медикаментозная терапия.

3) Обеспечение выполнения рекомендаций врача.

Если не соблюдать эту последовательность, то добиться эффективности лечения практически невозможно.

Изменение образа жизни

Комплекс мероприятий по изменению образа жизни состоит из диетических мер, занятий физическими упражнениями, прекращения курения, нормализации массы тела и снижения употребления алкоголя до безопасного уровня.

Сейчас эффективность изменения образа жизни как важнейшей составляющей гипотензивной терапии уже не подвергается сомнению. Многочисленные публикации подтвердили это положение. Так, в одном из мета-обзоров [9] было показано, что ограничение потребления натрия на 100 ммоль в день приводит к снижению в среднем на 5,8 систолического и 2,5 мм рт. ст. диастолического АД; снижение массы тела на 4,5 кг — на 7,2 мм рт. ст. систолического и 5,9 мм рт. ст. диастолического; ограничение приема алкоголя до 2,7 порций в день — на 4,6 мм рт. ст. систолического и 2,3 мм рт. ст. диастолического; увеличение физических нагрузок до 3 тренировок в неделю — на 10,3 мм рт. ст. систолического и 7,5 мм рт. ст. диастолического, а соблюдение диеты — на 11,4 мм рт. ст. систолического и 5,5 мм рт. ст. диастолического. Есть подобный опыт и у кафедры семейной медицины. Проведенная в 1998 г. в одном из районов Санкт-Петербурга серия мероприятий (несложные сессии физических тренировок, коррекция питания) у пациентов с артериальной гипертонией позволила добиться снижения АД в среднем на 11 и 7 мм рт. ст., причем результаты сохранялись в течение 2 лет [6].

Режим питания и рацион больного АГ должны включать две задачи: снижение потребления натрия и нормализацию массы тела. Исследование DASH (Диетические подходы к лечению АГ) показало, что диета с сокращенным потреблением натрия, но богатая фруктами и овощами (источники калия), с невысоким содержанием жира, но с достаточным количеством постных молочных продуктов (источники кальция) приводила к снижению АД [10]. Пациенту надо посоветовать исключить из рациона консервированную пищу — маринады, соленья, мясные консервы, сухие концентраты, в том числе и супы, бульонные кубики, приправы фабричного приготовления, колбасные продукты, даже если они высокого качества, копчености, сыры, а также выпечку, поскольку она содержит соду (тоже натрий, только бикарбонат). Чтобы хорошо ориентироваться в качестве продуктов, пациент должен научиться читать продуктовые этикетки, где указан состав

продуктов, в том числе и содержание натрия. В то же время надо увеличить ежедневное потребление свежих овощей и фруктов, постных молочных продуктов, трески, картофеля. Диетические мероприятия для снижения массы тела включают ограничение общей калорийности пищи, а также увеличение доли пищевых волокон, зерен, сырых овощей и фруктов в суточном меню. Но самая важная рекомендация — снизить количество жира, в особенности насыщенного.

Как показали исследования, прекращение курения уменьшает содержание фибриногена в крови, улучшает функцию эндотелия, предотвращает агрегацию тромбоцитов. Все эти эффекты способствуют предотвращению развития инсультов, поэтому больным АГ надо рекомендовать бросить курить. Кроме того, курение тормозит артериальную релаксацию и снижает содержание антиоксидантов в крови [11]. Способы отвыкания от курения описаны [6, 12]. Важно обеспечить больному поддержку силами семьи или медицинских работников, ободрять, и в соответствии с современными рекомендациями, назначать никотинзамещающие препараты.

Всем больным, независимо от степени тяжести и уровня риска рекомендуется снижение массы тела, если она избыточна или есть ожирение, и затем поддержание ее на нормальном уровне. Следует помнить, что эти меры надо выполнять всю жизнь, поскольку ожирение, как и АГ, является хроническим заболеванием. Кроме диетических мер, описанных выше, снижению массы тела способствуют физические тренировки.

Проспективные наблюдения показывают, что риск ССЗ и осложнений выше на 30% у тех, кто был физически неактивен в среднем возрасте. Даже однократный эпизод занятий физическими упражнениями затем приводит к снижению АД в течение нескольких часов [11]. Положительное влияние тренировок на сердечно-сосудистую систему обусловлено периферическим вазодилатирующим эффектом, работой скелетных мышц, продукцией активных веществ, обладающих защитными свойствами для сердечно-сосудистой системы, улучшением липидного профиля, снижением инсулинорезистентности. Безусловно, важнейший из механизмов — собственно кардиореспираторный тренировочный эффект. Много значит и антидепрессивный аспект физических аэробных нагрузок. Занятия физическими упражнениями должны быть постоянными, поскольку с их прекращением исчезает положительный эффект. Используются аэробные нагрузки. Безопасно начинать с такого уровня интенсивности, когда частота пульса на высоте нагрузки достигает 50% максимальной возрастной частоты, а затем увеличивать интенсивность до достижения частоты пульса до 70–80% от максимального возрастного. Частота тренировочных сессий составляет 3–5 в неделю, с увеличением до 5–6 в неделю. Длительность тренировки от 30 до 45 минут, 5 минут занимает разминка, и 5 — остывание. Лучше всего для гипертоников подходит ходьба или бег. Если есть возможность применять велотренажер, назначают велотренировки на 16–18 недель [13]. Возможны плавание, лыжные прогулки, танцы, коньки, теннис. Важнейший принцип — постепенное начало и медленное увеличение нагрузки.

Употребление алкоголя повышает АД через несколько часов. Кроме того, на протяжении следующих суток у человека сохраняется гипертензивный эффект. Считается, что зависимость между потреблением алкоголя и АГ носит линейный характер. Учитывая отрицательное влияние алкоголя и на другие системы и органы, лучше всего прекратить его употребление, в крайнем случае — сократить количество до относительно безопасного. Известно, что 14 порций в неделю для мужчин и 9 для женщин считаются относительно безопасными. Одна порция алкоголя — это примерно 12 граммов в пересчете на чистый спирт.

Медикаментозная терапия АГ

Ведение больного с АГ требует решения двух вопросов: когда начинать медикаментозную терапию, и какой препарат (препараты) лучше выбрать. Если следовать рекомендациям как национальным, так и европейским, то основными показаниями к началу медикаментозной терапии являются 1) выраженность риска сердечно-сосудистых осложнений и 2) степень повышения артериального давления. Для стратификации риска можно использовать алгоритмы Национальных рекомендаций [2]. В настоящее время существует два подхода к началу терапии: поиск оптимального препарата для монотерапии и низкодозовая комбинация двух лекарств. Преимуществом монотерапии является минимизация побочных эффектов, лучшая приверженность больного к лечению; однако этот подход требует очень терпеливого отношения как со стороны врача, так и со стороны пациента. Длительный период подбора, смена препаратов, манипуляция дозой, тщательный контроль за АД — все это требует понимания со стороны пациента, который должен быть информированным, обученным союзником, не меньше врача заинтересованным в результате. Комбинация лекарств позволяет быстрее достичь целевого АД, однако это уже первый шаг на пути к возможной полипрагмазии. Современная медицина использует для лечения больных АГ 7 классов гипотензивных средств: основные — диуретики, бета-адреноблокаторы (БАБ), блокаторы медленных кальциевых каналов (БКК), ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (ИАПФ), блокаторы рецепторов к ангиотензину 1 (БРА); дополнительные — агонисты имидазолино-

вых рецепторов (АИР), центральные симпатолитические препараты. Выбор препарата осуществляется в несколько этапов: сначала — класс препаратов, затем препарат внутри класса, потом — выбор лекарственной формы, и, наконец, конкретного препарата с учетом производителя, т.е. дженерик или бренд. Сначала подбирается препарат первой линии. Однако половина всех больных АГ должны принимать два препарата, а треть достигает целевого АД только с помощью трех лекарств [8, 14]. Основой для принятия решения могут служить следующие критерии: какие факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний есть у пациента; какие поражения органов-мишеней; клинические проявления ССЗ, болезней почек и диабета; наличие сопутствующих заболеваний; взаимодействие с другими препаратами; в какой степени снизится риск сердечно-сосудистых поражений при использовании препарата данного класса. Выбирая конкретное средство внутри класса гипотензивных, необходимо учитывать социальные и экономические факторы, вариабельность реакции на препараты у каждого пациента, взаимодействие с другими лекарственными средствами, наличие сопутствующих заболеваний (противопоказаний). Проблема выбора лекарственной формы (таблетка, инъекция, пролонгированный или короткодействующий препарат) обусловлена влиянием на течение заболевания и влиянием на качество жизни, проявлением негативных эффектов. Предпочтительнее назначать средства, действующие на протяжении суток, поскольку они не вызывают колебаний АД, связанных с нарушением интервала между приемами дозы. Концентрация пролонгированных препаратов в крови поддерживается стабильно. Больные также предпочитают принимать лекарство однократно, это сохраняет им качество жизни, уменьшает число побочных эффектов, а, стало быть, поддерживает их приверженность рекомендациям врача. Если течение заболевания приобретает угрожающий характер и требуется экстренная помощь, лекарство должно подействовать быстро. В этом случае годится и короткодействующая лекарственная форма. Почему приходится учитывать все перечисленные особенности? Потому что на практике врач часто сталкивается с тем, что больной не может купить препарат, рекомендованный в соответствии с научно-доказательным подходом, или не хочет принимать препарат из-за побочных эффектов, или невозможно достичь целевого АД, препарат неэффективен, или побочные эффекты вынуждают отменить препарат. Существует еще и необходимость выбора между оригинальным препаратом и дженериком. Что такое дженерик? Это средство с доказанной терапевтической взаимозаменяемостью, произведенное по окончании действия патента на оригинальный (брендовый) препарат, другими фирмами. Формула и структура дженерика должна соответствовать оригиналу, но различны технологии, наполнители, оборудование, очистка и т.д. К сожалению, испытания дженериков практически не проводятся, терапевтический эффект не доказывается в клинических испытаниях, считается, что испытания брендов достаточно. Но частота побочных эффектов может быть выше, а эффективность ниже, что связано с особенностями производства. Однако экономическая ситуация в стране может сложиться в пользу дженериков, как это и происходит сейчас в России.

Диуретики

Из трех групп диуретических средств (петлевые, тиазидные, калийсберегающие) для лечения гипертензии наиболее часто применяют тиазидные и тиазидоподобные, поскольку они действуют с умеренной интенсивностью, но более продолжительно. К группе тиазидных относятся гидрохлортиазид, хлорталидон, бендрофлюметиазид, политиазид, циклотиазид; к тиазидоподобным — метолазон, квинетазон, индапамид, клопамид, ксипамид, мефрузид.

Диуретики известны способностью положительно влиять на прогноз у больных АГ, дешевизной, и часто рекомендуются в качестве монотерапии, особенно у пожилых больных. С другой стороны, метаболические эффекты диуретиков (задержка мочевой кислоты, кальция, дислипидемия, снижение чувствительности тканей к инсулину) сдерживали их широкое применение при АГ. Однако появление тиазидных диуретиков нового поколения, которые практически не обладают отрицательным влиянием на метаболизм, позволило без ограничений использовать данный класс лекарственных препаратов. До начала терапии мочегонными надо определить содержание калия, мочевой кислоты и креатинина в крови, липидограмму, параметры углеводного обмена. Начинать терапию рекомендуется с малых доз, с постепенным их увеличением, без необходимости не прибегая к большим дозам. В амбулаторной, или карте диспансерного наблюдения, если больной получает мочегонные, нужно регулярно указывать те же параметры, которые определяли до начала терапии: содержание калия, мочевой кислоты, глюкозы и креатинина в крови, липидограмму. Если рассказать больному о продуктах, богатых калием, и убедить в необходимости соблюдения рекомендаций, вряд ли у него разовьется клинически значимая гипокалиемия. Тем не менее, собирая анамнез и осматривая пациента, поинтересуйтесь, нет ли у него судорог, слабости в икроножных мышцах, проконтролируйте характер ритма и признаки электролитных нарушений на ЭКГ.

β-адреноблокаторы

Гипотензивное действие препаратов этого класса обусловлено несколькими механизмами.

Во-первых, это снижение сердечного выброса за счет уменьшения симпатического тонуса, а значит, уменьшается частота и сила сердечных сокращений. В целом, работа сердца становится менее интенсивной. Во-вторых, блокируется выброс ренина и образование ангиотензина-II. Наконец, действие в синаптическом пространстве тормозит высвобождение норадреналина. Целый ряд других механизмов обусловливает также и антиангинальное действие, и предотвращение аритмических осложнений, и, наконец, улучшает состояние сердца и тормозит нейрогормональную активацию. Согласно рекомендациям Европейского кардиологического общества [15], назначение β-адреноблокаторов больному с АГ в первую очередь показано как для контроля АД (класс 1, уровень А), так и в особенности после ИМ, при сопутствующей ИБС, тахиаритмии, сердечной недостаточности. При этом замечено, что для пожилых больных эти препараты в качестве монотерапии недостаточно эффективны. Основное показание к назначению β-блокаторов — снижение смертности и предупреждение жизнеопасных аритмий, следовательно, логичнее всего назначать их больным, страдающим ИБС и АГ, в особенности тем, кто перенес инфаркт миокарда. В качестве монотерапии β-блокаторы показаны в основном пациенткам с АГ невысокой степени в сочетании с климактерическим синдромом, имеющим вегетативные, нервнопсихические и метаболические нарушения. Обладая антиаритмической активностью, они стойко устраняют экстрасистолию, тахикардию, и даже ощущения удушья, приливов становятся менее интенсивными под их действием. Выбирая β-блокатор, следует учитывать необходимость селективного действия на β_1-рецепторы, кардиопротективное действие, которое более выражено у липо- и амфофильных препаратов, наконец, желательны ретардные формы, позволяющие принимать препарат однократно. Сегодня известно более 40 молекул β-блокаторов, но наиболее распространены всего около 10: селективные — атенолол, бетаксолол, бисопролол, метопролол, карведилол, небиволол, целипролол; неселективные — пропранолол, надолол, окспренолол, соталол, тимолол.

Ингибиторы АПФ

Это наиболее распространенные современные препараты, лучше всего подходящие как для моно-, так и для комбинированной терапии. Основа их фармакологического механизма — блокада того фермента, который способствует превращению неактивной формы ангиотензина в активную, ангиотензин-2. Гипотензивный эффект этих фармакологических агентов заключается в том, что они ослабляют влияние активации ренин-ангиотензиновой системы, в том числе артериальную вазоконстрикцию и секрецию альдостерона, за счет уменьшения образования сосудосуживающих веществ. Под влиянием длительной терапии ингибиторами АПФ происходит обратное развитие гипертрофии левого желудочка и стенок артерий. Кроме того, они обладают целым рядом свойств, которые могут быть полезными у больных АГ, в частности, ренопротективным, антиишемическим, антиатерогенным.

Доказан эффект ингибиторов АПФ для снижения АД и как препарата выбора, в тех случаях, когда есть систолическая дисфункция миокарда, перенесенный инфаркт миокарда, застойная сердечная недостаточность, сахарный диабет и, наконец, для вторичной профилактики у пациентов с высокой степенью риска развития сердечно-сосудистых осложнений. Клинические исследования, проанализированные Европейским кардиологическим обществом [16], не показали преимуществ этих препаратов перед другими классами при назначении в качестве монотерапии 1-й линии в других условиях. В России используется 10 исходных форм ингибиторов АПФ: каптоприл, эналаприл, фозиноприл, моэксиприл, рамиприл, лизиноприл, периндоприл, цилазаприл, беназеприл, хинаприл.

Применение блокаторов рецепторов к ангиотензину

Преобразование ангиотензина-1 в ангиотензин-2 происходит не только при помощи так называемого химазного пути, но и другими способами. Следовательно, ИАПФ не способны полностью подавить гипертензивное действие системы ренин-ангиотензин. Поэтому с конца 80-х годов ведется поиск препаратов, которые могли бы воздействовать не на образование активной формы ангиотензина, а нарушить его взаимодействие с органами-мишенями. Первым препаратом из этого класса стал лозартан, синтезированный в 1988 г. Существует два основных типа ангиотензиновых (АТ) рецепторов — первого и второго типа, $АТ_1$ и $АТ_2$ (не путать с ангиотензином-1 и ангиотензином-2). Соответственно различают неселективные и селективные блокаторы АТ-рецепторов. В клинической практике используются только селективные блокаторы ангиотензиновых рецепторов 1-го типа. Блокаторы рецепторов 2-го типа используются только в физиологических исследованиях. Известно несколько препаратов этого класса, апробованных в клинических испытаниях и рекомендованных к применению. Это лозартан, валсартан, ирбесартан, кандесартан, телмисартан и эпросартан.

Наряду с превосходной переносимостью сартаны обладают высокой антигипертензивной эффективностью. В крупных исследованиях в качестве монотерапии они вызывали достаточный антигипертензивный эффект (снижение диастолического АД ниже 90 мм рт. ст. или не менее чем на

10 мм рт. ст.) у 40–80% больных с мягкой и умеренной формами ГБ. Тиазидные диуретики и антагонисты кальция не только усиливают, но и удлиняют антигипертензивное действие этих препаратов. Все известные блокаторы AT_1 рецепторов при однократном приеме равномерно снижают АД на протяжении 24 ч. Лишь лозартан иногда приходится назначать 2 раза в день или комбинировать с диуретиком. Максимальный их антигипертензивный эффект достигается не ранее 4–8 нед. после начала терапии. Гипотония после приема первой дозы для этих препаратов нехарактерна. Внезапная отмена блокаторов AT_1-ангиотензиновых рецепторов не сопровождается развитием рикошетной гипертензии [17].

При длительном применении блокаторы AT_1-ангиотензиновых рецепторов вызывают обратное развитие гипертрофии левого желудочка у больных ГБ. Это очень важный эффект, поскольку сейчас уже доказано, что гипертрофия левого желудочка является независимым, самостоятельным фактором риска развития осложнений ССЗ. Таким образом, они обладают способностью предупреждать осложнения и фатальные исходы благодаря воздействию на ГЛЖ. Это же является и показанием к назначению больным с диастолической дисфункцией миокарда. Еще один важный фактор — способность к уменьшению протеинурии, то есть эти препараты показаны больным с нефропатией, в том числе и диабетической.

Блокаторы кальциевых каналов

С фармакологической точки зрения это очень разнородная группа препаратов. Позволительно напомнить, что в организме кальций играет очень много ролей в самых различных процессах, во всех системах и органах. Поэтому кальциевые каналы, необходимые для прохождения ионов кальция в клетку и из нее, также есть во всех системах и органах. Антагонисты кальция обычно разделяют на три основные группы в зависимости от химической структуры: 1) производные фенилалкиламина (верапамил, галлопамил и др.); 2) производные бензотиазепина (дилтиазем, клентиазем и др.) и 3) производные дигидропиридина (нифедипин, амлодипин, нисолдипин, нитрендипин, фелодипин и др.). Верапамил и дилтиазем обладают отрицательным ино-, хроно- и дромотропным действием, т.е. способны снижать сократительную способность миокарда, уменьшать ЧСС и замедлять предсердно-желудочковую проводимость. Нифедипин и другие производные дигидропиридина больше оказывают действие на сосуды, практически не влияя на функцию синусового узла и предсердно-желудочковую проводимость. Основной механизм их действия — расширение периферических сосудов. Благодаря этому снижается системное сопротивление и уменьшается объем крови, возвращающейся к сердцу. Вот почему реакцией на прием дигидропиридоновых производных антагонистов кальция становится тахикардия — это компенсаторная реакция сердца на снижение объема крови. Для лечения артериальной гипертензии используется в основном именно эта группа антагонистов кальция.

Основным показанием к назначению БКК остается изолированная систолическая гипертензия пожилых пациентов. Оснований для рутинных рекомендаций по приему этих средств в остальных группах пока недостаточно. Предпочтение при этом следует отдавать лекарственным формам длительного действия (медленно высвобождающимся). Наконец, короткодействующие препараты (в первую очередь нифедипин) следует по-прежнему использовать для быстрого купирования гипертонических кризов.

Уменьшая частоту развития инсультов, антагонисты кальция в то же время уступают диуретикам и β-блокаторам во влиянии на развитие сердечных приступов, т.е. инфарктов или острого коронарного синдрома. Установлено также, что их применение сопровождается регрессией гипертрофии левого желудочка.

Другие препараты для лечения АГ

Не все препараты для лечения АГ используются как средства 1-го ряда. Это обусловлено, во-первых, недостаточным количеством рандомизированных контролируемых испытаний для оценки их эффективности и безопасности; наличием более эффективных и безопасных препаратов основных классов. Тем не менее, в определенных клинических ситуациях возникает необходимость назначения дополнительных лекарственных средств.

Антигипертензивные препараты центрального действия можно разделить на две основные группы: 1) агонисты β_2-адренорецепторов (β-метилдопа, клонидин, гуанабенз, гуанфацин и др.) и 2) агонисты I_1-имидазолиновых рецепторов (моксонидин, рилменидин и др.) [17]. Фармакологические эффекты агонистов β_2-адренорецепторов хорошо изучены и включают: значительное снижение активности СНС, что проявляется снижением АД, замедлением ЧСС и снижением плазменных уровней норадреналина; уменьшение общего периферического сосудистого сопротивления и сердечного выброса; поддержание почечного кровотока, несмотря на снижение системного АД; обратное развитие гипертрофии левого желудочка у больных ГБ при длительной терапии; снижение плазменной активности ренина; отсутствие неблагоприятного влияния на метаболизм липидов и углеводов; задержку жидкости в организме. Всем агонистам β_2-адренорецепторов свойственны такие побочные эффекты как сухость во рту, седативный эффект (сонливость), депрессия, заложен-

ность носа, ортостатическая гипотония, задержка жидкости и нарушение половой функции. Имидазолиновые рецепторы находятся в центральной нервной системе и на периферии (почки, поджелудочная железа). Активация центральных I_1-рецепторов приводит к снижению АД и уменьшению частоты сердечных сокращений, вследствие центрального подавляющего воздействия на периферическую симпатическую нервную систему. Оба типа рецепторов участвуют в центральной регуляции тонуса вегетативной нервной системы. Моксонидин улучшает параметры углеводного обмена, можно особенно рекомендовать его пациентам с нарушением толерантности к глюкозе и сахарным диабетом. Отмечено, что моксонидин уменьшает выраженность протеинурии и замедляет темпы снижения скорости клубочковой фильтрации при диабетической нефропатии. Наконец, в отличие от всех других антигипертензивных препаратов моксонидин способен уменьшать инсулинорезистентность у больных сахарным диабетом 2 типа. Дальнейшее расширение показаний к использованию препаратов данной группы требует проведения крупномасштабных многоцентровых исследований, которые должны дать ответ на вопрос: как влияет длительное применение агонистов имидазолиновых рецепторов на выживаемость пациентов с АГ и риск основных сердечно-сосудистых исходов.

В приложении представлены основные и дополнительные классы лекарственных средств для лечения АГ, таблица подготовлена Т.А.Дубикайтис и Е.В.Фроловой.

Лечение АГ у пожилых пациентов

Важным результатом проспективных и рандомизированных клинических исследований стал факт, что гипертензия у пожилых не является «возрастной нормой», а также требует лечения. Достижение целевых уровней АД предупреждает развитие инсульта и других осложнений, снижает сердечно-сосудистую и общую смертность. Однако вопрос, каким является целевой уровень АД у пожилых, остается спорным. В частности, неврологи считают невозможным снижение систолического АД менее 120 мм рт. ст. у пожилых. Согласно европейским рекомендациям 2003 г., диастолическое АД таким пациентам не следует снижать ниже 70 мм рт. ст. [8].

Особенно важно постепенное снижение повышенного давления, т.е. выбирается осторожная тактика гипотензивной терапии. Не следует забывать о частых случаях постуральной гипотензии у лиц пожилого возраста. Истинным считается давление, измеренное в вертикальной позиции. Существенной особенностью пожилого возраста является множественность поражений систем и органов, наличие многих сопутствующих заболеваний и факторов риска, поэтому выбор препарата должен быть особо тщательным и подобранным в соответствии с индивидуальным профилем риска пациента.

Лечение артериальной гипертензии у больных сахарным диабетом

Целевое артериальное давление у больных сахарным диабетом должно быть ниже, по той причине, что сам по себе сахарный диабет поражает сосуды, сердце, почки, резко повышая риск развития инсульта, инфаркта миокарда или фатальных исходов. Однако, как показала международная оценка данных опроса в Европе и Америке [18], только один из 5 больных сахарным диабетом и ССЗ в Европе и 2 из 5 в США достигают терапевтических целей при лечении АГ. Учитывая быстрый рост распространенности сахарного диабета в мире, задача по снижению АД у этих пациентов является неотложной. Независимо от уровня артериального давления, всем больным с сахарным диабетом следует давать подробные рекомендации по образу жизни, и, вовлекая их как партнеров в процесс лечения, всячески поддерживать успехи. Необходимо снижение массы тела, повышение физической активности, прекращение курения, соблюдение принципов питания — сократить жиры, больше сырых овощей и фруктов и т.д. Эти меры могут быть достаточными для тех, у кого АГ 1 степени или прегипертензия, и в то же время будут способствовать достижению целей гипотензивной терапии у тех, кому она понадобится.

Целевое АД у больных сахарным диабетом должно быть 130 и 80 мм рт. ст., и, как правило, достичь его можно только с помощью комбинированной терапии. Предпочтительными препаратами являются те, у которых хорошо выражена функция защиты почек — это прежде всего блокаторы рецепторов к ангиотензину, доказавшие эту способность в сравнительных исследованиях с другими препаратами, что подтверждено данными о динамике микроальбуминурии [8].

Больные сахарным диабетом нуждаются не только в более интенсивной гипотензивной терапии, но и в раннем, до появления АГ, предупреждении поражения почек, сердечной недостаточности, инсульта. Препаратами выбора для них являются блокаторы рецепторов к ангиотензину, обладающие мощной ренопротективной и противовоспалительной функцией.

Проблема выполнения врачебных рекомендаций

Проблема выполнения врачебных рекомендаций для больного АГ является одной из самых важных. Многие врачи из собственной практики могут заключить, что назначения и рекомендации, которые они дают, выполняются очень плохо. Препараты принимаются нерегулярно, а уж рекомендациям по образу жизни и вовсе следуют единицы. Причин этого явления обнаружено очень много:

1) Дороговизна препарата, который назначен врачом без учета материального положения больного.

2) Побочные эффекты препарата, как ожидаемые, так и возникшие.

3) Пациент не знает цели лечения.

4) Неэффективность препарата.

5) Особенности личности больного.

6) Отсутствие контроля со стороны врача или медсестры.

7) Прием препаратов мешает выполнению повседневных обязанностей.

8) Лечение не улучшает качества жизни больного.

Современная гипотензивная терапия использует огромное количество препаратов, и как отмечено выше, практически ни один из них не имеет особых преимуществ перед другими в плане снижения АД. Поэтому, подбирая терапию, врач должен учитывать индивидуальные особенности больного, оценивать картину его болезни и заболевания. Наиболее эффективна такая консультация, в которой больной не только принимает полноценное участие, но и является ведущим партнером. Врач должен уметь сформулировать задачу так, чтобы больной сам принял решение. В этих случаях больные эффективнее соблюдают назначения. Врач во время беседы поощряет больного задавать вопросы, и принимает решения вместе с ним.

Другим важным фактором является адаптация рекомендаций к индивидуальным особенностям больного. Конечно, в условиях дефицита времени сложно отступить от стандартных схем, но, как правило, люди стремятся сохранить ощущение ценности собственной личности, поэтому к назначениям, прописанным им персонально, относятся гораздо с большим уважением и ценят их выше.

Таким образом, вероятность соблюдения рекомендаций будет выше, если соблюдаются критерии недирективного консультирования: 1) изучены ожидания и представления больного о болезни, диагнозе и лечении; 2) объяснены рекомендации; 3) дано обоснование каждой рекомендации; 4) выяснена точка зрения больного; 5) выявлены любые препятствия соблюдению рекомендаций.

Однако могут существовать еще и другие причины, связанные с физическим или психическим состоянием. Во-первых, это может быть дефицит интеллектуально-мнестической сферы, как следствие энцефалопатии, инсульта, или других тяжелых заболеваний. Во-вторых, некоторые болезненные состояния, затрудняющие восприятие информации и воспроизведение рекомендаций, например, плохое зрение или слух. Одиночество, социальная изоляция также ухудшают приверженность к назначениям врача. Депрессия, как правило, приводит к нежеланию лечиться от соматического заболевания, и это состояние не должно остаться незамеченным во время консультации.

Таким образом, чтобы обеспечить соблюдение рекомендаций, необходимы партнерские отношения с пациентами, анализ и внимание к особенностям личности и поведению пациентов, привлечение к процессу лечения родственников и членов семей, тщательный выбор препаратов и обучение пациентов.

Вторичная и третичная профилактика артериальной гипертензии

Вторичная профилактика — это раннее выявление болезни и своевременное начало ее лечения. Вторичная профилактика артериальной гипертензии является и клинически, и экономически эффективной мерой. Так, в исследованиях кафедры семейной медицины [6] было показано, что с учетом распространенности АГ в Санкт-Петербурге у женщин (44,4%) и мужчин (39,4%), стоимость скрининга с последующим лечением и наблюдением невелика — 465 рублей для женщины и 507 рублей для мужчины. Эти расчеты позволяют рекомендовать обязательное измерение АД всему населению, проживающему в сфере обслуживания врача общей практики. Основная работа по выявлению лиц с повышенным АД и дальнейшим обучением пациентов с АГ может быть выполнена медицинскими сестрами.

Третичная профилактика — это предупреждение развития осложнений гипертонии. В первую очередь речь идет о поражении органов мишеней. Самой полноценной и результативной профилактикой является своевременная, правильно подобранная гипотензивная терапия и достижение целевых цифр АД. Наиболее часто АГ осложняется ишемическим инсультом. Риск развития инсульта прямо пропорционален уровню САД. Показано, что критический уровень составляет 115 мм рт. ст. [8]. В последнее время установлено, что и для диастолического АД также характерны подобные отношения. Не менее существенно устранять влияние остальных факторов риска — курения, гипергликемии, избыточной массы тела, употребления алкоголя, так как их вклад в вероятность развития инсульта высок. Доказано существование хронобиологического механизма — повышается риск инсульта у больных, АД которых не снижается ночью.

Заключение. Современные представления об артериальной гипертензии, сформированные на основании эпидемиологических исследований, включают такие понятия, как «целевое» АД, которое одинаково для больных всех возрастов — менее140 и 90 мм рт. ст.; для больных сахарным диабетом целевое АД должно быть меньше 130 и 80 мм рт. ст., и «снижение риска», «оценка риска развития ССЗ и их осложнений».

В России велика распространенность АГ, что частично объясняется недостаточной информированностью населения о принципах здорового образа жизни и плохим их соблюдением. Бессимптомное течение АГ, ее высокая распространенность и быстрое развитие осложнений требуют систематического проведения мероприятий вторичной (раннее выявление) и третичной профилактики на этапе первичной медицинской помощи. Комплекс мероприятий по лечению и курации больного с АГ врачом общей практики включает оценку риска развития осложнений сердечно-сосудистых заболеваний, лечение до снижения АД менее 140/90 мм рт. ст. или менее 130/80 мм рт. ст.; изменение образа жизни; медикаментозную терапию; обеспечение выполнения рекомендаций врача с помощью обучения пациента. Причины неудовлетворительного выполнения врачебных рекомендаций необходимо выяснять, а для их устранения использовать приемы недирективного консультирования, индивидуального и группового обучения пациентов.

Литература

1. *Chalmers J. et al.* 1999 World Health Organization-International Society of Hypertension Guidelines for the management of hypertension. Guidelines sub-committee of the World Health Organization // Clin Exp Hypertens.— 1999.— № 21.— P. 1009–1060.
2. *Чазова И.Е., Бойцов С.А., Небиеридзе Д.В.* Основные положения проекта второго пересмотра рекомендаций ВНОК по профилактике, диагностике и лечению артериальной гипертензии // Кардиоваскулярная терапия и профилактика.— 2004.— №3 (4).— С. 90–98.
3. *Chobanian A.V. et al.* The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure: the JNC 7 report // JAMA.— 2003.— Vol. 289.— № 19.— P. 2560–2572.
4. *Kearney P.M. et al.* Global burden of hypertension: analysis of worldwide data // Lancet.— 2005.— Vol. 365.— P. 217–223.
5. *Шальнова С.А., Деев А.Д., Оганов Р.Г., Шестов Д.Б.* Роль систолического и диастолического артериального давления для прогноза смертности от сердечно-сосудистых заболеваний // Кардиоваскулярная терапия и профилактика.— 2002.— № 1.— С. 10–15.
6. *Фролова Е.В.* Обучение пациента — современная медицинская технология амбулаторной практики.— СПб., 2006.— 140 с.
7. *Bruce N.G., Shaper A.G., Walker M., Wannamethee G.* Observer bias in blood pressure studies // J Hypertens.— 1988.— № 6.— P. 375–380.
8. *European* Society of Hypertension Guidelines for the Management of Arterial Hypertension // Journal of Hypertension.— 2003.— № 21.— P. 1011–1053.
9. *Miller E.R., et al.* Result of aggregate and meta-analyses of short term trials //J Clin Hyper.— 1999.— Nov/Dec.— P. 191–198.
10. *DASH-Sodium* Collaborative Research Group. Effects on blood pressure of reduced dietary sodium and the Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH) diet // N Engl J Med.— 2001.— Vol. 344.— P. 3.
11. *Cardiovascular* disease: diet, nutrition and emerging risk factors: the report of a British Nutrition foundation task force (chair by Keith Frayn) / Ed. by S.Stanner.— Blackwell Publishing, 2005.— 380 p.
12. *Профилактика* для врачей общей практики / Под ред. О.Ю.Кузнецовой, И.С.Глазунова.— СПб.: СПбМАПО.— 2004.— 279 с.
13. *Евдокимова Т.А., Кутузова А.Э., Богданова М.Ю., Рохлин Г.Д.* Методические аспекты физической реабилитации больных сердечно-сосудистыми заболеваниями.— СПб.: СПбГМУ.— 2002.— 28 с.
14. *Lip G.Y.H., Beevers M., Beevers D.G.* The «Birmingham Hypertension Square» for the optimum choice of add-in drugs in the management of resistant hypertension // J Hum Hypertens.— 1998.— Vol. 12.— P. 761–763.
15. *Lopez-Sendon J. et al.* Expert consensus document on в-adrenergic receptor blockers. The Task force on Beta-blockers of the Europen Society of Cardiology // European Heart Journal.— 2004.— № 25.— P. 1341–1362.
16. *Lopez-Sendon J. et al.* Expert consensus document on angiotensin converting inhibitors in cardiovascular disease. Task Force on ACE-inhibitors of European society of cardiology // European Heart Journal.— 2004.— Vol. 25.— P. 1454–1470.
17. *Преображенский Д.В., Сидоренко Б.А., Романова Н.Е., Шатунова И.М.* Клиническая фармакология основных классов антигипертензивных препаратов // Consilium medicum.— 2000.— Т. 2.— № 3.— www.consilium-medicum.com.
18. *Steinberg B.A., et al.* International trends in reaching therapeutic goals for hypertension in diabetics / World congress of cardiology 2006.— Abstract book.— www.worldcardio2006.org.— P. 736.

Адрес для контакта: efrolovamd@yandex.ru

Приложение

Классы антигипертензивных препаратов

Название	Количество приемов в сутки	Начальная доза, мг (на один прием)	Максимальная доза, мг (на один прием)	Коммерческое название с дозировкой в мг
Диуретики				
Гидрохлоротиазид	1–2	12,5–25	50	Дихлортиазид 25 и 100 Гипотиазид 25 и 100
Хлорталидон	1	25	50	Оксодолин 50
Индапамид	1	1,5	2,5	Арифон 1,5 Индапамид 2,5
β-блокаторы				
Атенолол	1	50	100	Атенолол 50 и 100 Атенобене, Атенолан, Вазкотен, Принорм, Тенормин Атегексал композитум (атенолол 50 мг + хлорталидон 12,5 мг) Теноретик (атенолол 100 мг + хлорталидон 25 мг)
Бетаксолол	1	10	40	Локрен 20 Бетак 20
Бисопролол	1	5	20	Конкор 5 и 10 Конкор кор 2,5
Карведилол	2	6,25	25	Дилатренд 6,25, 12,5 и 25 Кредекс 6,25, 12,5 и 25
Метопролол	2–3	50	100	Метопролол-акри 50 Беталок р-р: 1мг/мл, 5 мл; табл. 100 мг. Беталок, Вазокардин, Метолол
Метопролол ретард	1	50	200	Беталок зок 25, 50 и 100 Метокард-ретард 200 Эмзок 50, 100 и 200
Надолол	1	40–80	240–320	Коргард 80, 80 мг Коргард, 80 и 40
Небиволол	1	2,5	5	Небилет 5
Пиндолол	1	15	45	Вискен 5 Вискальдикс (пиндолол 10 + клопамид 5)
Талинолол	1-2	100	300	Корданум 50
Блокаторы кальциевых каналов				
Амлодипин	1	2,5	10	Норваск 5 и 10 Нориодипин, кардилопин, стамло
Верапамил	2–3	40	160	Верапамил 40 и 80 Верапамил 0,25% — 2мл Изоптин, лекоптин, финоптин, фламон
Верапамил пролонгированный	1–2	90	500	Изоптин SR 240 , Фламон, Верогалуд ЕР 240
Дилтиазем	3	30	120	Дильцем 60 и 90, Алдизем, Дилтиазем, Тиакем
Исрадипин	2	2,5	5	Ломир 2,5
Лацидипин	1	2	6	Лаципил 2 и 4
Нифедипин	3	5	20	Нифедикап 10, Фенигидин 10, Нифедипин, Коринфар Нифелат
Нифедипин ретардированный	2	10	40	Нифедипин ретард 20 Адалат СЛ, осмо-адалат, зенусин, кордафлекс, кордипин-ретард, коринфар-ретард, коринфар УНО, нифегексал, нифекард ХЛ, фенамон
	1	30	90	
Фелодипин	1	5	20	Плендил, Фелодип 2,5; 5 и 10
Ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента				
Каптоприл	2-3	6,25	50	Капотен 25 и 50 Каптоприл-акри 25 и 50 Капотен, рилкаптон Комбинированные: капозид (каптоприл 50 и гидрохлоротиазид 25)
Беназеприл	1	10	40	Лотензин 5 и 20

Название	Количество приемов в сутки	Начальная доза, мг (на один прием)	Максимальная доза, мг (на один прием)	Коммерческое название с дозировкой в мг
Лизиноприл	1	2,5	40	Диротон 2,5; 5; 10 и 20 Даприл, Лизорил, синоприл
Моэксиприл	1	7,5	30	Моэкс 7,5 и 15 мг
Периндоприл	1	2	8	Престариум 2 и 4 Коверекс 4 Нолипрел (периндоприл 2 + индапамид 0,625)
Рамиприл	1	1,25	10	Тритаце 1,25; 2,5 и 5 Корприл 1,25; 2,5; 5
Спираприл	1	3	6	Квадроприл 6 мг
Фозиноприл	1	10	40	Моноприл 10 и 20
Хинаприл	1	10	80	Аккупро 5, 10, 20; аккузид (+ гипотиазид)
Цилазаприл	1	1	5	Инхибейс 1; 2,5 и 5
Эналаприл	1	5	40	Эналакор 10, Эналаприл-акри 5 и 10, Эналаприл-ICN 10 и 20, Ренитек, Берлиприл 5, Кальпирен, эднит, энап, энаренал Комбинированные: ко-ренитек (эналаприла малеат 20 мг + гидрохлоротиазид 12,5 мг), Энап-Н (эналаприла малеат 10 мг + гидрохлоротиазид 25 мг), Энап-HL (эналаприл 10 мг + гидрохлортиазид 12,5 мг)
Блокаторы рецепторов к ангиотензину				
Валсартан	1	80	160	Диован 80 и 160, ко-диован (+гипотиазид)
Ирбесартан	1	150	300	Апровель 75, 150, 300
Кандесартан	1	4	8	Атаканд 4, 8, 16
Лозартан	1	50	100	Козаар 12,5 и 50 Гизаар (лозартан 50 + гидрохлоротиазид 12,5 мг)
Телмисартан	1	40	80	Микардис 40 и 80 Прайтор 40 и 80
Эпросартан	1	400	800	Теветен 300, 400 и 600
Симпатолитики центрального действия				
Гуанфацин	1	0,5	6	Эстулик 1
Клонидин	2–3	0,05–0,1	0,4	Клофелин 0,01% — 1мл Клофелин 0,075; 0,15 Клофелин ретард 0,3 Гемитон 0,075 и 0,3
Метилдопа	2	250	1000	Допегит 250
Резерпин в качестве монотерапии практически не применяют!	1	0,1	0,5	Резерпин 0,1 и 0,25
Агонисты имидазолиновых рецепторов				
Моксонидин	1	0,2	0,6	Цинт 0,2; 0,3; 0,4 Физиотенз 0,2; 0,3; 0,4
Рилменидин	1	1	2	Альбарел 1

Вопросы для самопроверки

1. *«Целевое» АД — это давление*,

а) при котором пациент не ощущает симптомов гипертензии;

б) при котором отсутствуют поражения органов-мишеней;

в) при котором отсутствуют ассоциированные клинические состояния;

г) при котором риск развития сердечно-сосудистых осложнений и смертельных исходов минимален

д) которое соответствует возрасту больного

2. *Целью обследования больного с впервые выявленной АГ является*

а) оценка риска

б) уточнение причины АГ

в) а и б

г) выявление осложнений

д) выявление сопутствующих заболеваний

3. *Микроальбуминурия — это*

а) симптом злокачественной гипертензии

б) нормальный показатель функции почек

в) потеря белка у больного с сердечной недостаточностью

г) симптом сахарного диабета

д) потеря белка вследствие начальной стадии нефропатии

4. *Какова наиболее частая причина симптоматической почечной гипертензии у пожилых людей*?

а) опущение почки из-за ослабления связочного аппарата и снижения мышечной массы

б) повышенное содержание ренина в крови

в) врожденные пороки развития

г) стеноз почечной артерии из-за атеросклероза

д) фибромускулярная гиперплазия

5. *Какая причина чаще всего приводит к развитию симптоматической почечной гипертензии у молодых людей*?

а) опущение почки из-за ослабления связочного аппарата и увеличения мышечной массы

б) повышенное содержание ренина в крови

в) врожденные пороки развития

г) стеноз почечной артерии из-за атеросклероза

д) фибромускулярная гиперплазия

6. *У женщины 50 лет клиническая картина климактерического синдрома с выраженным нейровегетативным компонентом. Впервые выявлена артериальная гипертензия с АД 140–150 и 90 мм рт. ст. У нее индекс массы тела 32 кг/м^2, она курит, содержание глюкозы в крови 6,2 ммоль/л натощак, общего холестерина — 6,4 ммоль/л, ЛПНП — 3,2 ммоль/л. При суточном мониторировании ЭКГ зафиксированы наджелудочковые экстрасистолы (600 за сутки) и желудочковые экстрасистолы (всего 200). Выберите начальную терапевтическую концепцию*:

а) только немедикаментозная коррекция образа жизни

б) диуретики и немедикаментозная коррекция образа жизни

в) β-блокаторы селективного типа и немедикаментозная коррекция образа жизни

г) блокаторы кальциевых каналов на фоне немедикаментозной коррекции образа жизни

д) статины, β-блокаторы и заместительная гормональная терапия.

УДК 613.98:616.12-008.46:616.895

ВОЗМОЖНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ АНТИДЕПРЕССАНТА РЕКСЕТИНА В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ И ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

И.В.Вологдина

Центральный научно-исследовательский рентгенорадиологический институт, лаборатория ядерной кардиологии, Россия

THE POSSIBILITY OF USING THE ANTIDEPRESSANT REXETIN IN THE TREATMENT OF ELDERLY PATIENTS WITH HEART FAILURE, ANXIETY AND DEPRESSION

I.V.Vologdina

St-Petersburg Medical Academy of Postgraduate Studies, Russia

© И.В.Вологдина, 2007 г.

Изучено действие антидепрессанта рексетина у 89 пациентов старческого возраста с хронической сердечной недостаточностью III ФК по NYHA и признаками тревожно-депрессивного личностного расстройства. Результаты исследования свидетельствуют о высокой клинической эффективности рексетина: установлены положительные сдвиги в психическом статусе больных, их соматическом состояния и качестве жизни

Ключевые слова: хроническая сердечная недостаточность, старческий возраст, тревожно-депрессивные расстройства, рексетин.

The effect of therapy with the antidepressant Rexetin was studied in 89 elderly patients with NYHA III class heart failure, anxiety and depression. 3-month use of rexetin was associated with improved clinical status, psychological status and Quality of Life.

Keywords: chronic heart failure, elderly patients, anxiety and depression, Rexetin.

Тревожно-депрессивные личностные расстройства выявляются у значительного числа больных с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) [1]. Их наличие изменяет клиническую картину соматического заболевания, оказывает негативное влияние на течение и прогноз, качество жизни, способствует формированию неадекватной реакции на болезнь, ухудшает коммуникативные возможности пациентов, снижает приверженность больных к лечению. Пациенты с депрессивными расстройствами чаще обращаются к врачам и госпитализируются [2, 3]. В настоящее время депрессия признана одной из наиболее актуальных медицинских проблем в мире. По данным исследования «Компас», частота «выраженных» депрессий составляет 23,8% среди больных соматического профиля. По результатам других исследований, распространенность депрессий у пациентов с соматической патологией колеблется от 18 до 45%. Результаты программы «Компас» свидетельствуют, что распространенность клинически выраженной депрессии у пациентов с ХСН составляет 36,6% [2]. Риск развития депрессивного расстройства возрастает на 20% через каждые 20 лет жизни [4, 5]. Мы не обнаружили литературных данных об особенностях применения антидепрессантов у пациентов старческого возраста с ХСН и тревожно-депрессивными расстройствами. Национальные рекомендации по диагностики и лечению ХСН не предусматривают обязательное назначение антидепрессантов таким больным [6]. В то же время показано, что несвоевременная и неадекватная терапия депрессии приводит к усугублению соматического заболевания (если оно сочетается с депрессией) и хроническому депрессивному состоянию. Благодаря появлению новых антидепрессантов, не имеющих выраженного побочного действия, становится возможным лечение таких пациентов и в условиях амбулаторной сети [7]. Таким образом, представляется актуальным изучение возможности использования в комплексной терапии пациентов старческого возраста, страдающих ИБС, осложненной ХСН и имеющих тревожно-депрессивные расстройства антидепрессантов нового поколения из группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (СИОЗС). В связи с этим в настоящем исследовании было предпринято 2 подхода: стандартное лечение без назначения антидепрессантов и раннее назначение антидепрессантов в условиях кардиологического отделения стационара с последующим наблюдением в амбулаторных условиях.

Целью работы являлась оценка возможности использования препарата рексетин (пароксетин) Гедеон Рихтер А.О., Венгрия, для оптимизации терапии ХСН у больных старческого возраста с тревожно-депрессивными расстройствами.

Материал и методы. В исследование включены 89 пациентов (61 женщина, 28 мужчин) с ХСН III функционального класса (по NYHA) с легкими и умеренно выраженными признаками тревожно-депрессивных расстройств, средний возраст 82±3 года. Больные были разделены на 2 группы, сопоставимые по клинико-демографическим характеристикам. В первую группу вошли 46 пациентов, которым в течение 3 месяцев проводилось лечение рексетином в дозе 10–20 мг/сутки 1 раз в день. Вторую группу составили 43 больных, получавших стан-

дартную терапию. Исследование проводилось при поступлении, через 2 недели и через 3 месяца после начала лечения. В качестве соматотропной терапии все пациенты получали ингибиторы АПФ и диуретики. Общесоматическое состояние оценивалось с помощью шкалы оценки клинического состояния (ШОКС В.Ю.Мареев), теста 6-минутной ходьбы, эхокардиографии (ЭхоКГ, Logic 400, USA). Психический статус исследовался при помощи опросника СМОЛ, шкалы Гамильтона, опросников Бека и Спилбергера — Ханина; качество жизни — с помощью русской версии SF-36 Health Status Survey и по Миннесотскому опроснику (MLHFQ).

Результаты. При оценке количества баллов по ШОКС исходные данные были сопоставимы и составили 8,7±0,6 в группе пациентов, получавших рексетин и 8,5±0,9 в группе сравнения. Через две недели от начала терапии в группе больных, получавших рексетин, отмечалось достоверное снижение количества баллов, свидетельствующее об улучшении клинического состояния, на 28,7% (до 6,2±0,9, $p<0,01$); в группе сравнения на 15,2% (до 7,2±0,7, $p<0,05$). Через 3 месяца в группе больных, получавших рексетин, продолжалось дальнейшее снижение баллов до 5,6±0,6, что составило 35,6% по сравнению с исходным уровнем ($p<0,01$). В группе сравнения снижения количества баллов не произошло, и показатель составил 7,3±0,8 ($p>0,05$). В обеих группах возросла толерантность к физическим нагрузкам. Достоверного изменения показателей сократимости миокарда по данным ЭхоКГ не было.

У больных, получавших антидепрессант, выявлено уменьшение депрессивной симптоматики по тесту Бека на 33,9% ($p<0,01$), по шкале Гамильтона — на 37,7% ($p<0,01$). Реактивная тревожность и личностная тревожность по данным шкалы Спилбергера — Ханина также достоверно снизилась. По шкале личностной тревожности отмечалось снижение на 24,2%, по шкале реактивной тревожности — на 12,7%. По результатам опросника SF-36 получено достоверное улучшение по шкалам физического функционирования, ролевого физического функционирования, ролевого эмоционального функционирования и социального функционирования. Количество баллов по Миннесотскому опроснику уменьшилось на 14,3%, что также свидетельствует о повышении качества жизни. У пациентов, находившихся на соматотропной терапии, позитивная динамика в психическом статусе отсутствовала. В процессе лечения рексетин хорошо переносился больными, уже через 2 недели после начала приема препарата проявилось его выраженное анксиолитическое действие. Препарат не вызывал сонливости в дневные часы, а качество ночного сна существенно улучшилось за счет уменьшения тревоги. Достоверного изменения уровня АД на фоне приема рексетина не отмечалось. У двух женщин в течение первой недели приема препарата отмечались диспепсические явления, которые полностью прекратилась при приеме препарата после еды. Побочные эффекты не потребовали отмены препарата.

Таким образом, антидепрессант рексетин в суточной дозе 10–20 мг продемонстрировал высокую клиническую эффективность у пациентов старческого возраста с ХСН, имевших тревожно-депрессивные личностные расстройства. Препарат обладает сбалансированным клиническим противотревожным и антидепрессивным действием. При его приеме не возникает дневная сонливость, а качество ночного сна, как правило, нарушенного у пациентов старческого возраста с тревожно-депрессивной симптоматикой, существенно улучшается. Препарат хорошо переносился больными. Побочные явления возникли лишь в 4,3% случаев на первой неделе терапии, носили кратковременный характер и не требовали коррекции или отмены препарата.

Заключение. Исходя из вышеизложенного, можно рекомендовать использование рексетина в комплексном лечении больных старческого возраста с ХСН, имеющих тревожно-личностные расстройства.

Литература

1. *Арана Дж., Розенбаум Дж.* Фармакотерапия психических расстройств / Пер. с англ.— М.: Издательство БИНОМ, 2004.— 416 с.
2. *Оганов Р.Г., Ольбинская Л.И., Смулевич А.Б.* Депрессии и расстройства депрессивного спектра в общемедицинской практике. Результаты программы КОМПАС // Кардиология.— 2004.— №1.— С. 48–55.
3. *Сыркин А.Л., Полтавская М.Г., Дзантиева А.И., Добровольский А.В., Дробижев М.Ю.* К проблеме реабилитации больных сердечной недостаточностью (аспекты низкой приверженности лечению) // Сердце.— 2003.— Т. 2.— № 2.— С. 72–77.
4. *Чазов Е.И.* Депрессия как фактор развития и прогрессирования сердечно-сосудистых заболеваний // Сердечная Недостаточность.— 2003.— Т. 4.— № 1.— С. 6–9.
5. *Gustafsson F., Torp-Pedersen C., Seibaek M., Burchardt H., Kober L.* Effect of age on short and long-term mortality in patients admitted to hospital with congestive heart failure // Eur Heart J.— 2004.— Vol. 25.— № 19.— P. 1711–1717.
6. *Национальные* рекомендации по диагностике и лечению ХСН (утверждены съездом кардиологов РФ в октябре 2003 г.) // Сердечная Недостаточность— 2003.— Т. 4.— № 6.— С. 276–297.
7. *Организационная* модель помощи лицам, страдающим депрессиями, в условиях поликлиники / Методические рекомендации.— М.: Медиа Сфера, 2004.— С. 5.

Адрес для контакта: 197758, Санкт-Петербург, пос. Песочный, ул. Ленинградская, д. 70, тел. 812 596-84-62.

Принята к печати: 14.11.2006

УДК 612.143:612.12-008.331.1-053.3/.6:616-056.52

ОСОБЕННОСТИ СУТОЧНОГО ПРОФИЛЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У ДЕТЕЙ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ, ИМЕЮЩИХ ИЗБЫТОЧНУЮ МАССУ ТЕЛА И ОЖИРЕНИЕ

Г.И.Образцова[1], Т.В.Черемных[2], Н.И.Витина[2], Е.А.Комарова[2], С.П.Рублева[2]

[1] ГОУ ДПО Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования Росздрава
[2] Санкт-Петербургское государственное учреждение здравоохранения «Консультативно-диагностический центр для детей», Россия

CHARACTERISTICS OF 24-HOUR AMBULATORY BLOOD PRESSURE MONITORING VALUES IN OVERWEIGHT HYPERTENSIVE CHILDREN AND ADOLESCENTS

G.I.Obraztsova[1], T.V.Cheremnych[2], N.I.Vitina[2], E.A.Komarova[2], S.P.Rubleva[2]

[1] St. Petersburg Medical Academy of Postgraduate Studies,
[2] State Health Care Agency Children Advisory, Russia

© Коллектив авторов, 2007 г.

Обследовано 410 детей и подростков с повышенным уровнем артериального давления (АД). У 98 (24%) детей отмечена избыточная масса тела, у 64 (16%) — ожирение. У всех детей и подростков проведено суточное мониторирование АД для подтверждения наличия артериальной гипертензии и уточнения ее выраженности. У детей с ожирением и избыточной массой тела по сравнению с детьми с нормальными весовыми показателями регистрируются более высокие среднеинтервальные показатели систолического и диастолического АД, на протяжении всего периода обследования у них отмечены высокая вариабельность АД и тенденция к тахикардии. У детей с ожирением выявлено учащение случаев повышения АД (11%) во время ночного сна.

Ключевые слова: артериальная гипертензия, ожирение, суточное мониторирование артериального давления, дети.

410 children and adolescents, from 7 to 18 years old with elevated level of blood pressure registered during at least 3 visits to the doctor were studied. 248 (60%) of the children examined had normal body weight; increased body mass was found in 98 (24%) children, obesity was diagnosed in 64 (16%) cases. All the children underwent 24 hour ambulatory blood pressure monitoring (ABPM) to confirm the presents of arterial hypertension (AH) and to determine its severity.

The analysis of the data obtained showed that overweight subjects had greatly increased mean values of BP (during the whole 24 hours, the waking period, and the sleeping period). It was found out that 60% children with obesity had stable (blood pressure load during 24 hour ABPM was >50%) systolic and diastolic AH throughout the whole monitoring period. The variability of blood pressure values of those children was also found to be high and they showed a tendency to tachycardia. Nocturnal blood pressure increase (night-peaker type) was recorded in 11% of the children examined and in adolescents with obesity.

Keywords: arterial hypertension, blood pressure, obesity, blood pressure monitoring, children.

Артериальная гипертензия (АГ) наряду с атеросклерозом является основной причиной преждевременной смертности и инвалидизации населения. Хорошо известно, что значительная часть взрослого контингента больных эссенциальной гипертензией формируется из детей и подростков с повышенным артериальным давлением. Одним из основных факторов риска развития и прогрессирования АГ является ожирение, широкая распространенность которого превращается в эпидемиологическую проблему во всем мире. Высока распространенность ожирения и в детской популяции. В настоящее время в развитых странах мира до 25% подростков имеют избыточную массу тела, а 15% страдают ожирением [1]. В Российской Федерации ожирение отмечают у 20–22% детей школьного возраста [2]. Ожирение в детском возрасте, как и у взрослых больных, ассоциировано с АГ. Полагают, что в формировании артериальной гипертензии при ожирении имеют существенное значение инсулинорезистентность в сочетании с гиперинсулинемией [3].

Не подлежит сомнению факт более высокой эффективности профилактики и лечения АГ на ранних этапах ее становления, т.е. в детстве, а не на стадии стабилизации и органных повреждений. В связи с этим определение АД в течение суток является высоко информативным методом в изучении хронобиологических показателей, оценка которых необходима для точной интерпретации клинических проявлений болезни, установления характера функционирования вегетативной нервной системы, и определения эффективности терапевтических мероприятий. Актуально проведение этого исследования и у детей с избыточной массой тела и ожирением, поскольку эти состояния, как известно, способствуют наиболее тяжелому течению сердечно-сосудистых заболеваний у взрослых. Цель проведенного нами исследования заключалась в выявлении особенностей суточного профиля АД у детей

с увеличенным индексом массы тела, страдающих АГ.

Материалы и методы

Обследовано 410 детей и подростков в возрасте от 7 до 18 лет с АГ. Диагноз АГ ставили в тех случаях, когда при случайном измерении АД у ребенка неоднократно (не менее 3 раз при отдельных визитах к врачу) отмечался повышенный уровень артериального давления (показатель ситолического или диастолического АД был равен или превышал значение 95-го процентиля с учетом пола, возраста и длины тела [4]. Ренальный характер АГ исключали в ходе комплексного клинического обследования.

У всех детей были измерены антропометрические показатели, на основании которых определяли индекс массы тела (ИМТ). Значение ИМТ в пределах 85–95 процентилей оценивали как избыточную массу тела, выше 95-го процентиля — как ожирение [5].

У всех детей было проведено суточное мониторирование АД (СМАД) при помощи мониторов ТМ-2421 и ТМ-2430 фирмы AND по стандартной методике. Для оценки результатов анализировали показатели: средние и максимальные значения АД (в периоды бодрствования и ночного сна), вариабельность АД, нагрузку давлением и степень снижения АД в ночное время. При оценке среднего уровня АД и гипертонической нагрузки в качестве границ использовали значение 95-го процентиля, соответствующего полу и длине тела. Определение выраженности АГ (гипертензия «белого халата», лабильная АГ, стабильная АГ) проводили на основании величины нагрузки давлением [4].

Статистическая обработка данных проведена с помощью пакета программ STATISTICA 6.0.

Результаты и обсуждение

Среди обследованных нами детей с повышенным уровнем АД 248 человек (60%) имели нормальную массу тела, у 98 детей (24%) отмечена избыточная масса тела, у 64 детей (16%) — ожирение.

Таблица

Показатели суточного мониторирования АД у детей

Показатели	Группы детей		
	с ожирением (n=64)	с избыточной массой тела (n=98)	с нормальной массой тела (n=248)
Период бодрствования			
САД максимальное	172,52±12,93	166,18±16,27	161,89±19,09*
САД среднее	135,67±10,1	130,67±9,5	127,48±11,19*
ДАД	98,07±10,69	95,21±9,52	94,79±11,57
ДАД среднее	72,63±7,57	71,58±5,59	73,42±6,16
ЧСС среднее	83,9±7,42	79,62±8,17	81,47±9,25**
Период ночного сна			
САД максимальное	137,54±16,87	131,35±13,8	128,34±15,44*
САД среднее	117,65±11,77	112,56±10,02	109,42±10,87*
ДАД максимальное	78,46±11,15	74,14±9,78	74,83±10,23***
ДАД среднее	61,64 ±7,49	59,8±6,35	59,73±7,55
ЧСС среднее	68,23±10,6	63,85±8,57	63,51±9,1**

* — p<0,001, *** — p<0,02, **** — p<0,04 — достоверность различий между обследованными группами детей (метод ANOVA one-way)

В таблице представлены максимальные, среднеинтервальные (среднедневные, средненочные) значения АД и показатель ЧСС у обследованных детей.

Из приведенных в таблице данных следует, что в период бодрствования у детей с ожирением и избыточной массой тела в сравнении с детьми с нормальной массой тела отмечено достоверное увеличение значений максимального и среднего САД. У детей с ожирением были зарегистрированы наиболее высокие значения всех показателей САД за период бодрствования. У отдельных пациентов максимальное значение САД в дневное время составляло 200–216 мм рт. ст., а ДАД достигало 150 мм рт. ст.! Наиболее высокий показатель средней ЧСС также отмечен у детей с ожирением.

Анализ тех же параметров за период ночного сна показал, что и ночью у детей с ожирением и избыточной массой тела значения максимального и среднего САД достоверно выше в сравнении с детьми, имеющими нормальную массу тела. При этом максимальное ДАД в ночное время было также наиболее высоким у детей с ожирением. У этих детей сохранялась и тенденция к повышению ЧСС в ночное время. Таким образом, у детей с избыточной массой тела и особенно — ожирением выявлены более значительные нарушения АД в сравнении с детьми с нормальной массой тела.

Далее мы рассмотрели полученные данные с точки зрения гипертонической нагрузки, т.е. в зависимости от количества измерений АД, пре-

вышавших значения 95-го процентиля. Считается, что у здоровых людей этот показатель не должен превышать 25%, при лабильной АГ доля превышения составляет 25–50%, а при стабильной — 50% и более в дневное и ночное время [4]. В группе детей с ожирением стабильная артериальная гипертензия отмечена в 60% случаев, в группе детей с избыточной массой тела — в 36%, а в группе детей с нормальной массой тела — в 27% ($ч_2$=9,258, p=0,01). Нарушения, расцениваемые как «гипертензия белого халата» (гипертоническая нагрузка менее 25% за сутки) отмечены в группе детей с ожирением всего лишь в 7% случаев, тогда как в группе детей с нормальным весом тела — у 31% ($ч_2$=10,977, p=0,004). Таким образом, дети с ожирением достоверно чаще, чем дети с нормальной массой тела, страдали стойкой АГ.

Представляет интерес анализ форм повышения АД в обследованных группах детей. По данным литературы, при СМАД у детей и подростков наиболее часто отмечается систолическая АГ, регистрируемая в дневное время [6, 7]. По нашим данным, преобладающей формой АГ у детей с ожирением была систоло-диастолическая АГ, отмечаемая в течение всего периода мониторирования. Данная форма АГ отмечена у 37% детей с ожирением, у 28% детей с избыточной массой тела и у 25% детей с нормальной массой тела. Другой распространенной формой нарушения регуляции давления была изолированная систолическая АГ, регистрируемая на протяжении суток. У детей с ожирением она встречалась в 33% случаев, у детей с избыточной массой тела — в 26% и у детей с нормальной массой тела — в 15% ($ч_2$=7,13, p<0,03). Таким образом, у 70% детей с ожирением при проведении СМАД артериальная гипертензия регистрировалась как в период бодрствования, так и во время ночного сна, и преобладала систолодиастолическая форма АГ.

В литературе имеются указания на то, что у больных артериальной гипертензией нередко регистрируется повышенная вариабельность АД [8]. Ряд исследований свидетельствует о тесной положительной корреляции вариабельности АД со степенью поражения органов-мишеней [9, 10]. В педиатрической литературе отсутствуют сведения об особенностях вариабельности АД у детей с избыточным весом. Мы проанализировали этот показатель у обследованных детей и подростков. Оказалось, что как в период бодрствования, так и в период ночного сна у детей с ожирением в сравнении с детьми с нормальной массой тела отмечена достоверно большая вариабельность систолического (p<0,001), и диастолического давления (p<0,001).

Известно, что в норме в ночное время активность симпатоадреналовой и ренинангиотензиновой системы снижается, уменьшаются общее периферическое сосудистое сопротивление и минутный объем кровообращения. Вследствие этого АД ночью у большинства здоровых людей на 10?20% ниже, чем днем (тип dipper). В настоящее время доказано, что недостаточное снижение АД ночью у больных с АГ напрямую связано с поражением органов-мишеней [11].

Мы также проанализировали виды ночного изменения АД у обследованных нами детей и подростков. Снижение АД (типы dipper + over-dipper) в ночное время отмечено у 56% детей с ожирением, у 65,5% детей с избыточной массой тела и у 71,5% детей с нормальной массой тела. Недостаточное снижение АД (тип non-dipper) зарегистрировано, примерно, у 30% детей в каждой группе. Однако у детей с ожирением достоверно чаще, чем у детей с нормальной массой тела, отмечено повышение АД в ночное время (тип night-peaker) (11% и 1,5% соответственно; p<0,001). В этой связи представляются интересными сведения литературы о том, что наиболее высокий показатель массы миокарда левого желудочка у больных эссенциальной гипертензией (ЭГ) регистрируется именно при типе night-peaker. По мнению некоторых авторов [11], больные ЭГ, у которых не происходит ночного снижения АД, имеют удвоенный риск развития сосудистых осложнений, у них значительно чаще возникает мозговой инсульт.

С другой стороны, аналогичные нарушения снижения ночного АД отмечаются и при синдроме обструктивного апноэ-гипопноэ во сне, связанном преимущественно с обструкцией верхних дыхательных путей. Установлено, что данный синдром чаще встречается при ожирении, и одним из осложнений со стороны сердечно-сосудистой системы при этом нарушении является развитие системной АГ [10]. Наряду с этим существуют данные о том, что две трети детей с ожирением имеют нарушения сна. При этом у половины детей отмечается апноэ во сне, у 5% детей с ожирением оно характеризуется как тяжелое [5].

Таким образом, у детей с ожирением зарегистрированы нарушения циркадного ритма АД, связанные, по данным литературы, с высоким риском сосудистых осложнений, таких как инсульт, развитием поражения органов-мишеней и синдромом обструктивного апноэ-гипопноэ сна. Полученные данные свидетельствуют о необходимости комплексного обследования детей с ожирением и АГ, в ряде случаев с включением в комплекс обследования и полисомнографического исследования.

В заключение следует подчеркнуть, что течение АГ у детей на фоне увеличенной массы тела имеет ряд особенностей. Так, у этих детей по сравнению с детьми с нормальной массой тела регистрируются более высокие среднеинтервальные показатели как систолического, так и диастолического АД. У 60% детей с ожирением

АГ носит стойкий характер и отмечается на протяжении суток. Также на протяжении всего периода мониторирования у них отмечается тенденция к тахикардии. Анализ максимальных значений и вариабельности АД показал, что для детей с ожирением характерна высокая вариабельность АД не только в дневное время, но и ночью. Оценка видов ночной динамики АД у детей с ожирением выявила в этой группе учащение случаев, когда АД в ночное время не снижалось, а повышалось. Необходимо также отметить, что сформулированные выше положения в большинстве случаев относятся и к детям с избыточной массой тела (ИМТ в пределах 85–95-го процентилей), что необходимо учитывать при обследовании и лечении таких детей.

Литература

1. *Livingstone B.* Epidemiology of childhood obesity in Europe // Eur J Pediatr.— 2000.— Vol. 159 (Suppl 1).— P. 14–34.
2. *Шабалов Н.П.* Детские болезни. Учебник. Практическая медицина.— СПб.— 1999.
3. *Reaven J.M.* Banting lecture. Role of insulin resistence in human disease // Diabetes.— 1988.— Vol. 37.— P. 1595–1607.
4. *Диагностика*, лечение и профилактика артериальной гипертензии у детей и подростков. Методические рекомендации // Приложение 1 к журналу «Педиатрия имени Г.Н.Сперанского».— 2003.— № 2.— 10 с.
5. *Петеркова В.А., Ремизов О.В.* Ожирение в детском возрасте // Ожирение и Метаболизм.— 2004.— № 1.— С. 45–51.
6. *Петров В.И., Ледяев М.Я.* Суточное мониторирование артериального давления у подростков // Вестник аритмологии.— 1999.— № 11.— С. 11–13.
7. *Образцова Г.И., Черемных Т.В., Ковалев Ю.Р., Спецакова О.А., Витина Н.И., Ивашикина Т.М., Петровцева В.Л.* Результаты суточного мониторирования артериального давления у детей и подростков с повышенным уровнем артериального давления при случайных измерениях // Артериальная гипертензия.— 2005.— Т. 11.— № 1.— С. 25–32.
8. *Горбунов В.М.* Значение исследования различных видов вариабельности артериального давления у больных с артериальной гипертензией // Кардиология.— 1997.— Т. 37.— № 1.— С. 66–69.
9. *Мазур Е.С., Колязина В.В.* О клиническом значении вариабельности артериального давления при гипертонической болезни // Тер. архив.— 1999.— № 1.— С. 22–25.
10. *Олъбинская Л.И., Хапаев Б.А.* Нарушения сна у больных с артериальной гипертензией — возможный фактор риска и предиктор сердечно–сосудистых и цереброваскулярных осложнений. // Кардиология.— 1999.— № 6.— С. 18–22.
11. *Verdecchia P., Porcelatti C., Schilattci G. et al.* Ambulatory blood pressure is an independent predictor of prognosis in essential hypertension // J. Hypertens 1994.— Vol. 24.— P. 793–801.

Адрес для контакта: galinaobraz@mai.ru Телефон: 8 901 375-09-88.

Принята к печати 22.11.2006 г.

УДК 343.541-055.2:614.253.2

НАСИЛИЕ СО СТОРОНЫ ИНТИМНОГО ПАРТНЕРА, НАПРАВЛЕННОЕ ПРОТИВ ПАЦИЕНТОК ВРАЧА ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ

Н.В.Лохматкина

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

INTIMATE PARTNER ABUSE AGAINST FEMALE PATIENTS OF A GENERAL PRACTITIONER

N.V.Lokhmatkina

St-Petersburg Medical Academy of Postgraduate Studies, Russia

© Н.В.Лохматкина, 2007 г.

В статье рассмотрены медико-социальные аспекты проблемы насилия со стороны интимного партнера, направленного против женщин, актуальные для общей врачебной практики. Представлены операционные определения насилия со стороны интимного партнера, его распространенность, влияние на здоровье и роль врача общей практики во вторичной и третичной профилактике. Приведено описание первого российского исследования распространенности насилия со стороны интимного партнера среди пациенток врача общей практики в Санкт-Петербурге.

Ключевые слова: насилие со стороны интимного партнера, женщины, врач общей практики, исследование распространенности, совладающее поведение.

A problem of intimate partner abuse against women is described in the article with the focus on medical and social aspects important for general practitioners. Definition of intimate partner abuse, its population and clinical prevalence, impact on health, and the role of general practitioners in secondary and tertiary prevention are given. Goals, design, methodology, and hypotheses of the first Russian family medicine prevalence study are described.

Keywords: intimate partner abuse, women, general practitioners, prevalence study, coping.

Насилием со стороны интимного партнера считается любое поведение в рамках интимных отношений, которое является причиной физического, психологического и сексуального ущерба для одного из участников этих отношений. Такое поведение может включать в себя следующее: 1) акты физической агрессии, такие как шлепки, нанесение ударов, пинки и избиение; 2) психологическое насилие — запугивание и постоянное унижение; 3) принудительный половой акт и другие формы сексуального принуждения; 4) различные формы контролирующего поведения, например, изоляция от семьи и друзей, управление действиями и ограничение доступа к информации и помощи [1]. Насилие со стороны интимного партнера имеет четкие гендерные признаки. Так, статистические данные США и Канады, полученные на основе опросов женщин и мужчин, сведений из судов и полицейских отчетов, демонстрируют, что женщины являются жертвами агрессии в 90–95% случаев [2]. В 48 обследованиях населения, проведенных в разных странах мира, от 10 до 69% женщин сообщали о физическом нападении на них их партнера-мужчины в тот или иной момент жизни. В 1996 г. 49-я сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения приняла резолюцию WHA49.25, объявившую насилие важнейшей и все более обостряющейся проблемой здравоохранения во всем мире. В этой резолюции Ассамблея обратила внимание на серьезные последствия насилия — как в краткосрочной, так и в долгосрочной перспективе — для отдельных людей, семей, общин и стран мира, а также подчеркнула, что насилие наносит огромный ущерб сфере здравоохранения. Имеющаяся информация показывает, что у жертв бытовых и сексуальных форм насилия имеется больше проблем со здоровьем, что они тратят значительно больше денег на медицинские услуги, и что они в течение своей жизни чаще обращаются в отделения скорой помощи, чем те, кто не подвергался насилию. Такого рода ущерб существенно влияет на объем расходов системы здравоохранения [1].

Проблемы насилия в семье и насилия, направленного против женщин, стали обсуждаться в нашей стране только в последние годы. В России нет, и никогда не было официальной статистики по этому вопросу. По данным научных исследований, насилие в той или иной форме наблюдается в каждой четвертой семье. Около 30% общего числа умышленных убийств совершается в узком кругу близких людей. Половине всех преступлений, связанных с бытовыми мотивами, предшествуют длительные семейные конфликты [3].

Почему проблема насилия со стороны интимного партнера важна для работников здравоохранения? Во-первых, насилие над женщинами более чем в 20% случаев имеет последствия для их здоровья. Оно может отразиться на репродуктивном здоровье и на состоянии будущего поколения. И, наконец, для большинства женщин, подвергнувшихся насилию, врач нередко является единственным представителем медико-социальных

служб, к которому они могут обратиться за помощью, поддержкой и необходимой информацией [4]. Врач общей практики — это, пожалуй, единственный специалист, пациентами которого могут оказаться и пострадавшая женщина, и ее обидчик, и их дети, т.е. вся семья с домашним насилием. Согласно результатам зарубежных исследований в среднем один раз в неделю на прием к врачу общей практики приходит пациентка, испытывающая насилие со стороны интимного партнера в настоящее время. Женщин, переживших жестокое обращение в семье когда-либо в жизни среди всех пациенток семейного врача — до 39% [5]. Современный стандарт подготовки требует от врачей и медсестер общей практики знаний и навыков по выявлению и оказанию медико-психолого-социальной помощи женщинам, детям и семьям с фактором семейного насилия.

В 2005 г. в поликлинике ФГУЗ «Дальневосточный окружной медицинский центр Росздрава» (г. Владивосток) нами было проведено пилотажное исследование распространенности домашнего насилия среди пациенток неврологического кабинета с целью вовлечения медицинских работников учреждения в профилактику домашнего насилия. При сплошном одномоментном анкетировании 754 первичных пациенток 25,4% респондентов указали на опыт физического и/или психологического семейного насилия когда-либо в своей жизни. 40 женщин (5,3%) сообщили о физической агрессии со стороны членов семьи за последний год [6]. 186 врачей и медсестер этого же учреждения, никогда не обучавшихся медико-социальным аспектам домашнего насилия, заполнили анонимные анкеты, выявляющие их представления и убеждения относительно данной проблемы. Оказалось, что медицинские работники осуждают жестокое обращение с женщинами в семье, сочувствуют пострадавшим, высоко оценивают их способность к самостоятельным действиям и переменам в жизни. При этом они считают, что помогать таким женщинам должны исключительно социальные службы и правоохранительные органы [7].

В исследовании кризисного центра «Анна» основными причинами, удерживающими врачей от активного оказания помощи пострадавшим от насилия со стороны интимного партнера, является отсутствие знаний о том, что можно сделать в рамках медицинского учреждения и страх за собственную безопасность [8].

Таким образом, для российских врачей оказание медико-социальной и психологической помощи женщинам, пострадавшим от насилия — дело достаточно новое. Многие врачи, получившие образование и опыт работы в патерналистской модели здравоохранения полагают, что их обязанность — следить за физическим состоянием пациенток, а не за их «душевными» проблемами. Между тем, в условиях российских сообществ с ограниченными ресурсами для пострадавших от насилия со стороны интимного партнера врачи первичного звена здравоохранения зачастую оказываются единственным источником психологической поддержки и необходимой информации о доступных специализированных видах помощи (юридическая, социальная, психологическая и психотерапевтическая).

Однако, с одной стороны врачи, не готовы к оказанию медико-психолого-социальной помощи женщинам, пострадавшим от насилия со стороны интимного партнера, с другой стороны, эти пациентки обладают таким личностными и психологическими особенностями, которые осложняют оказание им помощи. Для пациенток, пострадавших от домашнего насилия, характерна низкая самооценка, чувство вины и ответственности за действия обидчика. Они отрицают чувство гнева, испытываемое по отношению к обидчику, имеют серьезные реакции на стресс и психофизиологические жалобы, которые сами пациентки, также как и их врачи, не связывают с ситуацией жестокого обращения в семье [8].

На кафедре семейной медицины ГОУ ДПО Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования Росздрава с ноября 2006 г. проводится исследование «Женщины, их близкие отношения и здоровье», целью которого является установление распространенности насилия со стороны интимного партнера среди пациенток врачей общей практики Санкт-Петербурга (в связи с задачами вторичной и третичной профилактики). Параллельно изучаются стили и стратегии совладающего поведения у пациенток, пострадавших от насилия со стороны интимного партнера, с учетом их личностных особенностей. Под совладающим поведением понимается индивидуальный способ взаимодействия личности с трудной, кризисной, стрессовой ситуацией. Это разновидность социального поведения человека, смысл которого — овладеть, разрешить или смягчить, привыкнуть либо уклониться от требований, предъявляемых кризисной ситуацией, а также, возможно, предотвратить, своевременно разгадав ее неразрешимость или опасность [9]. Актуальность изучения совладающего поведения у данного контингента пациенток обусловлена необходимостью организации оптимальных психопрофилактических и психогигиенических мероприятий на самом первом этапе оказания медико-санитарной помощи.

Используются медико-социальный (анкетирование) и психологический методы исследования. Анонимное анкетирование проводится с помощью комбинированной шкалы насилия К.Хегерти (K.Hegarty) [10]. Адаптация и стандартизация шкалы проводится на отечественной клинической выборке в ходе исследования. Данная шкала поз-

воляет активно выявить у пациенток физическое, психологическое, сексуальное насилие со стороны интимного партнера, а также такую форму контролирующего поведения как преследование.

Психологический инструментарий включает: 1) опросник «Совладающее поведение в стрессовых ситуациях» (Endler&Parker, 1990, адаптация и стандартизация на отечественной популяции Т.А.Крюковой, 2001); 2) опросник способов совладания (Folkman & Lazarus, 1988); 3) Гиссенский личностный опросник (разработан в Психосоматической клинике Университета в Гиссене, 1968, повторно стандартизован в 1983, адаптация и стандартизация на отечественной популяции выполнена в Психоневрологическом НИИ им. В.М.Бехтерева, 1993).

В случайно выбранных 20 офисах общей врачебной практики Санкт-Петербурга проводится одномоментное анонимное анкетирование пациенток в возрасте от 15 до 70 лет. Объем выборки — 1000 человек. Каждый пятый респондент подвергается психологическому тестированию. По результатам анкетирования с использованием комбинированной шкалы насилия эти 200 пациенток разделяются на две группы: с фактором насилия со стороны интимного партнера в анамнезе и без него. Определяются и сравниваются стили и стратегии совладающего поведения у пациенток двух групп. Рабочие гипотезы исследования состоят в том, что 1) в общей врачебной практике частота встречаемости пациенток, испытывающих насилие со стороны интимного партнера, составляет не менее 5% для последних 12 месяцев и не менее 25% — для всей жизни; 2) у пациенток, испытывающих на себе насилие со стороны интимного партнера, преобладает стиль совладающего поведения «отвлечение», ориентированный на избегание проблемы, одной из сторон которого должна быть склонность к поиску социальной поддержки.

Полученные данные позволят научно обосновать и разработать программу подготовки врачей общей практики вторичной и третичной профилактике насилия со стороны интимного партнера.

Литература

1. *Насилие* и его влияние на здоровье. Доклад о ситуации в мире / пер. с англ. под ред. Э.Г.Круга и др.— М.: Весь Мир, 2003.— 376 с.
2. *Dobash R.E., Dobash R.* Women, violence and social change.— London: Rout ledge, 1992.
3. *Разорвать* круг молчания. О насилии в отношении женщин / Под ред. Н.М.Римашевской.— М.: КомКнига, 2005.— 352 с.
4. *Gender* and health.— Geneva: WHO, 1998.— 76 p.
5. *Intimate* partner abuse and health professionals: new approaches to domestic violence. Eds.: G. Roberts, K.Hegarty, G.Feder.— Churchill Livingston, Elsevier, 2006.— 240 p.
6. *Кривелевич Е.Б., Горшеев А.Н., Лохматкина Н.В.* Домашнее насилие против женщин — пациенток неврологического кабинета поликлиники // Тихоокеанский медицинский журнал.— 2006.— № 3.— С. 51–53.
7. *Горшеев А.Н., Кривелевич Е.Б., Лохматкина Н.В.* Оценка готовности медицинских работников к оказанию помощи женщинам, пострадавшим от физического насилия в семье // Тихоокеанский медицинский журнал.— 2005.— № 2.— С. 46–50.
8. *Писклакова М., Синельников А.* Между молчанием и криком. История, культура, политика и домашнее насилие.— М.— 2004.— 208 с.
9. *Крюкова Т.Л.* Психология совладающего поведения.— Кострома: «Авантитул», 2004.— 344 с.
10. *Hegarty K., Sheehan V., Schonfeld C.* A multidimensional definition of partner abuse: development and preliminary validation of the Composite Abuse Scale // Journal of family violence.— 1999.— Vol. 14.— № 4.— P. 399–415.

Адрес для контакта: tohelpyou@mail.ru

Принята к печати 20.10.2006 г.

УДК 615.01:616.71:616-053.2

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ФАРМАКОТЕРАПИИ ОСТЕОПЕНИЧЕСКОГО СИНДРОМА В ПЕДИАТРИИ

Т.Г.Васильева, Е.А.Кочеткова

Владивостокский филиал НИИ медицинской генетики ТНЦ СО РАМН,
Краевой клинический центр охраны материнства и детства, Владивосток, Россия

MODERN ASPECTS OF THE MEDICAL TREATMENT OF OSTEOPENIC SYNDROME IN PEDIATRICS

T.G.Vasilieva, E.A.Kochetkova

Vladivostok Department of Tomsk Institute Medical Genetic Siberian Branch of Russia Academia of Medical Sciences, Regional Clinical Center of the Maternity and Childhood Protection, Vladivostok, Russia

© Т.Г.Васильева, Е.А.Кочеткова

В статье представлен обзор литературы по использованию лекарственных препаратов для профилактики и лечения остеопенического синдрома у детей. При наличии большого количества препаратов, обладающих антирезорбтивным действием, стимулирующих формирование костной ткани, использование их у детей ограничено. Однако поиск оптимальных схем профилактики и лечения остеопороза продолжается.

Ключевые слова: остеопороз, дети, подростки, лечение, профилактика.

This paper presents a literature review relating to different positions on medical treatment of osteopenia and osteoporosis in childhood and adolescence. Strategies to prevent adult osteoporosis are best undertaken during childhood and adolescence, when the greatest amount of bone mineral density is acquired. The main mechanisms of action of drugs consists in the inhibition bone resorption, increasing bone mass. Other drugs have different effects in bone. However, the medical treatment of osteopenic syndrome in children is a current and complex problem.

Keywords: osteoporosis, childhood, adolescence, treatment, prophylaxis.

В течение последних лет остеопороз рассматривается как одна из значимых проблем клинической медицины, что определило интенсификацию научных исследований в этом направлении. Нарушение кальций-фосфорного обмена и костного метаболизма у детей и подростков встречается довольно часто, и является не только медицинской, но и социальной проблемой.

Остеопороз — системное заболевание скелета, характеризующееся снижением костной массы и микроструктурной перестройкой костной ткани, приводящей к повышенной ломкости костей и риску переломов [1]. Понятие «прочность» кости отражает интеграцию двух главных характеристик: минеральной плотности костной ткани (МПКТ) и качества кости. Сущность патогенеза остеопороза заключается в дисбалансе процессов костной резорбции и костеобразования. Это вызывает изменение как количества костной ткани, так и ее качества. Низкий уровень МПКТ у детей не позволяет им в дальнейшем достичь пика костной массы, что является фактором риска развития остеопороза в молодом и зрелом возрасте. У детей и подростков чаще встречается вторичный остеопороз, к его причинам присоединяются и патогенетические факторы основного заболевания, а также отрицательное действие ряда лекарственных средств. Реже диагностируется первичный ювенильный остеопороз.

Актуален поиск оптимальных способов коррекции остеопороза в педиатрии. Общепризнанна важная роль в развитии остеопенического синдрома периода активного роста костей и достижения пика костной массы в подростковом и юношеском возрасте генетических факторов предрасположенности к данному заболеванию, реализация которых зависит от уровня потребления с пищей кальция, витамина D_3, физического развития ребенка. В эти периоды практически не требуется применение лекарственных средств, влияющих на костную ткань, но необходимы превентивные мероприятия: диета, физическая активность, здоровый образ жизни [2].

По фармакологическому действию препараты для профилактики и лечения остеопороза делят на три группы: средства, ингибирующие костную резорбцию (кальцитонины, бисфосфонаты, кальций, эстрогены), стимулирующие костеобразование (фториды, паратгормон, гормон роста, андрогены, анаболические стероиды) и препараты многопланового действия на костную ткань (активные метаболиты витамина D_3, оссеин — гидроксиапатитный комплекс, фосфаты) [3].

В настоящее время у взрослых недостаточно четко разработаны схемы терапии остеопороза. Нет единого мнения в отношении порога МПКТ, при котором необходимо назначение лечения. В детской практике проблема терапии остеопороза еще более актуальна. Это обусловлено ограничением ряда препаратов, применяемых у взрослых, из–за отсутствия разработанных возрастных дозировок, наличием серьезных побочных эффектов, отсутствием мониторинга их концентрации в крови, рандомизированных исследова-

ний эффективности ряда антиостеопоротических средств у детей и др. [4].

В комплексном лечении остеопенического синдрома активно используются препараты кальцитонина. Их основной фармакологический эффект — ингибирование резорбции кости. В почках кальцитонин регулирует синтез активной формы витамина D_3 — $1,25(OH)_2D_3$, защищает стенки сосудов от кальцификации. При этом он не влияет на физиологический уровень Са в сыворотке крови. В рандомизированных исследованиях эффективности синтетического кальцитонина лосося (Миакальцик, Кальцимар) у взрослых в интермиттирующем режиме доказано его влияние на снижение частоты переломов тел позвонков, повышение плотности костной ткани в позвоночнике, угнетение остеолиза, индуцированного паратгормоном [5].

Одним из показаний к применению Миакальцика является остеопороз при ревматических заболеваниях. В первую очередь, это касается стероидного остеопороза. Доказана эффективность кальцитонина при интраназальном способе его введения в течение 12–24 мес. в комбинации с Са у ревматологических больных, получавших преднизолон в дозе 10–20 мг/сут. [6]. Его использование вызывает клиническое улучшение у 70% больных уже через 10–15 дней от начала лечения, при этом уменьшается боль, увеличивается объем движений, физическая активность, становятся менее выраженными проявления астеноневротического синдрома, сокращается период иммобилизации [7]. Комбинированное применение кальцитонина (200 ЕД в день) с препаратами кальция (500 мг/сут) и нативного витамина D_3 (200 ЕД/сут) или альфакальцидолом (0,25–0,5 мкг/день) более эффективно, чем монотерапия. При этом регистрируется увеличение МПКТ от 3,2% до 4,4% в поясничных позвонках (L_I–L_{II}) и на 2,8% в области Варда. Применение кальцитрина позволяет снизить средние дозы противовоспалительных и базисных препаратов, уменьшить частоту обострений и замедлить прогрессирование остеопороз при ревматоидном артрите [5, 7].

С внедрением интраназальной формы препарат стали применять при лечении ГКС-индуцированного остеопороза у детей. Была доказана терапевтическая эффективность миакальцика у 36 детей в возрасте от 4 до 15 лет с системной красной волчанкой, ювенильным дерматомиозитом (интраназальное введение в дозе 200 МЕ в сутки, 2 курсами по 3 мес. в год), у которых был диагностирован остеопороз [8]. При этом достоверно уменьшался болевой синдром, увеличивалась МПКТ в поясничных позвонках на 12%. Наихудшие показатели были у больных с отягощенным по остеопорозу наследственному анамнезу.

За последние годы активно стали использовать в качестве антирезорбтивных средств бисфосфонаты 2-го и 3-го поколения. Их патогенетический эффект связан с подавлением активности остеокластов, увеличением дифференцировки и пролиферации остеобластов, активности остеопротегерина — ингибитора костной резорбции [9, 10]. При проведении рандомизированных, плацебо — контролируемых исследований эффективности алендроната у взрослых с «ранним» ревматоидным артритом было доказано ингибирующее действие препарата на провоспалительные цитокины: интерлейкины, фактор некроза опухоли, играющие роль в патогенезе остеопороза [11]. Бисфосфонаты характеризуются высоким селективным накоплением в кости. Их антирезорбтивное свойство с успехом применяется в качестве профилактики и лечения остеопороза у взрослых. Так алендронат в дозе 5–10 мг/сут. является препаратом первой линии для профилактики и лечения ГКС-остеопороза [12]. Прирост МПКТ в позвоночнике у таких больных на фоне приёма алендроната составил 7,84%, в шейке бедра — 2,12%, в треугольнике Варда — 4,28% [13]. На фоне интермиттирующей циклической терапии этидронатом в течение 1 года у больных существенно увеличилась МПКТ поясничного отдела позвоночника (до +3,78%), в контрольной группе данный показатель составил 1,78% [6].

В настоящее время нет данных о рандомизированных, плацебо-контролируемых исследованиях эффективности бисфосфонатов у детей, однако в литературе постоянно поднимается вопрос об актуальности данной проблемы. Наличие у бисфосфонатов ряда серьезных побочных эффектов, в первую очередь связанных с низкой кишечной абсорбцией, ограничивает их использование в педиатрии [14]. Кроме того, при одновременном использовании бисфосфонатов с нестероидными противовоспалительными препаратами усиливается их гастротоксичность, что сужает показания к применению. Предварительные результаты свидетельствуют о благоприятном эффекте памидроната при стероидном остеопорозе у детей [10]. Наиболее изучена эффективность отечественного бисфосфоната — ксидифона при заболеваниях почек, вторичной гиперпродукции паратгормона [4]. Существуют три основных показания к применению бисфосфонатов: несовершенный остеогенез, гиперкальциемия, кальцификация органов и систем. Показана терапевтическая эффективность их использования у детей с длительной иммобилизацией, с продолжительным приемом ГКС [13, 15]. Перспективно использование бисфосфонатов в педиатрии при первичном гиперпаратиреозе, анкилозирующем спондилите, ревматоидном артрите [10, 13].

Среди антирезорбтивных препаратов в педиатрии наиболее широкое применение получили препараты кальция. Важным условием любого вида профилактики и лечения остеопороза является

достаточная его дозировка [16, 17]. Потребность в Са у детей с остеопорозом в настоящее время не установлена. Макроэлемент используется в качестве профилактики остеопороза, особенно при низком потреблении его с пищей. Самостоятельного значения в терапии остеопенического синдрома он не имеет. Несмотря на доказанное антирезорбтивное действие, прием его в дозе 500–1000 мг в сутки не предотвращает потерю костной ткани на фоне ГКС-терапии [1, 18, 19]. Препараты кальция чаще назначают в комбинации с витамином D_3 для улучшения его абсорбции в кишечнике, в вечерние часы с учетом циркадного ритма резорбции, прерывистыми курсами (по 3 мес. 3 раза в год), что обусловлено доказанным фактом снижения костеобразования после продолжительного (более 3–6 месяцев) его применения [7]. В последние годы неуклонно растет интерес к витамину D_3, играющему важную роль в регуляции кальций-фосфорного обмена, процессов минерализации костной ткани у детей и подростков. Его витаминные, поливитаминные и комбинированные формы обладают больше профилактическим действием, чем терапевтическим [2, 14]. При монотерапии нативными формами витамина D_3 на фоне приема ГКС антиостеопоротический эффект либо не был достигнут [6], либо был незначительным [19]. По результатам мета-анализа одиннадцати исследований сделан вывод, что комбинация Са и витамина D_3 более эффективна в лечении остеопороза, чем назначение одного только Са [19, 20]. В педиатрии наиболее изучена эффективность Кальций-D_3 Никомед [17, 21]. Выявлено положительное влияние препарата на минерализацию кости и МПКТ поясничных позвонков (L_{II}–L_{IV}) у 40 детей в возрасте 10–16 лет с остеопенией и остеопорозом При этом, максимальный эффект зарегистрирован в возрастной группе 12–13 лет. На фоне приема Кальций-D_3 Никомеда достоверно повысился уровень остеокальцина — маркера формирования костной ткани, снизилось содержание β-CrossLaps, отражающего активность резорбции кости [22]. Двухмесячный курс лечения остеопенического синдрома у беременных женщин характеризовался нормализацией паратгормона, повышением уровня кальцитонина, снижением показателей β-CrossLaps, снижением частоты остеопенического синдрома у новорожденных [21]. По рекомендациям Amin et al. [23], всем больным, получающим преднизолон, на ранних этапах с профилактической и лечебной целью необходимо назначать препараты Са и витамина D_3. Однако, в настоящее время нет четких данных о том, что нативный витамин D_3 в комбинации с Са способен предотвратить потерю костной массы у лиц со стероидным остеопорозом [20, 24]. Одним из перспективных направлений в коррекции костного метаболизма у больных первичным и вторичным остеопороз, в том числе — и у детей является использование активных метаболитов витамина D_3, которые по сравнению с кальциферолом обладают устойчивостью, коротким периодом полувыведения, меньшей частотой осложнений [2, 12]. Основной функцией активного метаболита D_3, гормона $1,25(OH)_2D_3$ является регулирование абсорбции Са в кишечнике и его транспорта в межклеточную жидкость путем индукции синтеза энтероцитом кальцийсвязывающего протеина. Костная ткань является одним из основных органов-мишеней действия витамина D_3 [7, 19]. Через стимуляцию процессов всасывания фосфатов он оказывает на кость анаболическое действие, способствуя синтезу, созреванию матрикса и его минерализации [2]. В условиях гипокальциемии витамин D_3 транзиторно увеличивает резорбцию костной ткани, стимулируя образование остеокластов из гемопоэтических предшественников и их дифференцировку. При нормокальциемии он активирует деятельность остеобластов, снижает резорбцию костной ткани [20]. Кроме того, активные метаболиты витамина D_3 регулируют синтез тканевых факторов роста, коллагена 1, матриксных белков. Они увеличивают объем кости, улучшают минерализацию костной ткани, увеличивают кортикальный слой, уменьшают эрозивную поверхность, восстанавливают микроповреждения кости, улучшают ее механические свойства, снижают интенсивность болевого синдрома, повышают мышечную силу [12]. Известно, что влияние кальцитриола на различные виды обмена реализуется путем воздействия на экспрессируемые в тканях и клетках VDR-рецепторы витамина D_3 [18]. Экспериментальные работы на животных с индуцированным остеопорозом доказали антиостеопоротический эффект активных форм витамина D_3 [2]. Терапия альфакальцидолом не повышает риск гиперкальциемии, гиперфосфатемии, при этом одинаково эффективны различные методы лечения: ежедневный, интермиттирующий прием, пульс-терапия [12]. Данные рандомизированного исследования показали, что больные со стероидным остеопорозом, получавшие только препараты Са, имели потерю костной массы в поясничном отделе позвоночника до 4,3% в год. При применении только кальцитриола данный показатель был 1,3%, при использовании комбинированной схемы (кальцитриол в дозе 0,6 мкг/сут. в сочетании с Са 500–1000 мг/сут.) потеря костной массы была минимальной — 0,2% в год [18]. Эффективность альфакальцидола в дозе 1 мкг/сут. доказана на 145 больных, нуждавшихся в лечении глюкокортикостероидами. Через 6 мес. на фоне приема препарата МПКТ у них снизилась на 2,11%, в группе, получающих плацебо,— на 4%. Через год в основной группе больных МПКТ увеличилась (+0,39%), в контроле снизилась (–5,67%) [20]. По данным мета-анализа (уровень доказательности А), применение альфакальцидола в дозе 0,25–1 мкг/сут. в течение 2 лет препятствовало

уменьшению МПКТ у больных ревматоидным артритом, получавших глюкокортикостероиды [24]. Использование препарата в дозе 1 мкг/сут. в течение 3 лет в сочетании с приемом Са в дозе 500 мг/сут. достоверно увеличивал МПКТ позвоночника (+2,4%) и шейки бедра (+1,2%) по сравнению с группой контроля (прием 1000 МЕ витамина D_3 и 500 мг кальция в сутки) [19].

Работ по изучению эффективности различных схем антирезорбтивной терапии, в том числе и активных форм витамина D_3, у детей крайне мало. Особенно это касается проблемы остеопороза при ювенильных артритах. Кальцитриол и альфакальцидол, вероятно, обладают не только антиостеопоротическим, но и противовоспалительным действием, который достигается посредством активации синовиальных макрофагов, блокады провоспалительных цитокинов. Так, выявлена сильная корреляция между концентрацией $1,25(OH)_2D_3$ в сыворотке крови и в синовиальной жидкости больных ревматоидным артритом, получавших $1,25(OH)_2D_3$. Повышение содержания активного метаболита витамина D_3 в синовиальной жидкости доказывает их стимулирующий эффект на фиксированные макрофаги. Исследования влияния высоких доз $1,25(OH)_2D_3$ (4 мкг/сут. в течение 4 дней) на маркеры костного метаболизма при остеоартритах выявили активацию синтеза остеокальцина, снижение уровня сывороточного паратиреоидного гормона [25]. Доказана терапевтическая эффективность комбинации альфакальцидола и препарата кальция (в суточной дозе 1 мкг и 500–1000 мг соответственно). Лучший эффект был получен у детей с юношеским остеопорозом и с потерей костной массы более чем на 10% от возрастной нормы [16, 25]. Установлена эффективность альфакальцидола при профилактике и лечении остеопороза, ассоциированного с глюкокортикостероидами у детей с диффузными заболеваниями соединительной ткани и системными васкулитами [8], при различных клинических вариантах ювенильного артрита [26].

Таким образом, в многочисленных публикациях доказана актуальность и необходимость изучения проблемы первичного и вторичного остеопороза в педиатрии. Разработка методов профилактики и консервативной терапии остеопенического синдрома у детей — это сложная, но важная задача. При наличии достаточно большого количества препаратов, обладающих антиостеопоротическим действием, использование их у детей ограничено. Однако поиск оптимальных схем лечения остеопороза продолжается.

Литература

1. *Клинические* рекомендации. Остеопороз. Диагностика, профилактика и лечение / Под ред. Л.Е.Беневоленской, О.М.Лесняк.— М.: ГЭОТАР-Медиа, 2005.— 176 с.
2. *Шварц Г.Я.* Витамин D и D-гормон.— М.: Анахарсис, 2005.— 152 с.
3. *Gland M.* World congress on osteoporosis 2000: Chicago IL, June 15–18, 2000 // Nutrition.— 2001.— Vol. 17.— № 2.— P. 179–185.
4. *Чумакова О.В., Картамышева О.В.* Остеопения: современные подходы к фармакологической коррекции // Педиатрия.— 2004.— № 5.— С. 84–87.
5. *Kanis J.A., MacCloskey E.* Effect of calcitonin on vertebral and other fractures // QJM.— 1999.— Vol. 92.— P. 143–149.
6. *Adachi J.D., Bensen W.G., Brown J., et al.* Intermittent etindronate therapy to prevent corticosteroid— induced osteoporosis // New Engl. J. Med.— 1998.— Vol. 337.— P. 382–387.
7. *Рожинская Л.Я.* Концепция качества кости: влияние антирезорбтивных препаратов (Миакальцика) на прочность кости // Русский медицинский журнал.— 2004.— Т. 12.— № 9.— С. 54–57.
8. *Голованова Н.Ю., Лыскина Г.А.* Лечение миакальциком тяжелого стероидного остеопороза у детей с дерматомиозитом и системной красной волчанкой // Вестник педиатрической фармакологии и нутрициологии.— 2004.— Т. 1.— № 1.— С. 60–63.
9. *Paut I.K., Gennar J.M., Retornaz J.L. et al.* Les biphosphonates chez Irenfant: present et evenir // Arch. Pediatr.— 2002.— Vol. 8.— P. 836–842.
10. *Steelman J., Zeitler P.* Treatment of symptomatic pediatric osteoporosis with cyclic single— day intravenous pamidronate influsions // J. Pediatr.— 2003.— Vol. 142, Issue 4.— P. 417–423.
11. *Contatore F.P., Acqvista A.C., Pipitone V.* Evaluation of Bone turnover and Osteoclastic Cytokines in Early Rheumatoid Arthritis Treated with Alendronate // J. Rheumatol.— 1999.— Vol. 26.— P. 2318–2323.
12. *Ritzerfeld M., Klasser M., Mann H.* Альфакальцидол в лечении почечной остеодистрофии // Остеопороз и остеопатии.— 2003.— № 1.— С. 35–37.
13. *Bianchi M.L., Cimaz R., Bardare M., et al.* Efficacy and safety of alendronate for the treatment of osteoporosis in diffuse connective tissue disease in children: a prospective multicenter study // Arthritis Rheum.— 2000.— Vol. 43.— P. 1960–1966.
14. *Насонова В.А., Насонов Е.Л.* Рациональная фармакотерапия ревматических заболеваний: Руководство для практикующих врачей— М.: Литера, 2003.— С. 254–256.
15. *Zacharin M., Gundy T.* Osteoporosis pseudogangliioma syndrome: Treatment of spinal osteoporosis with intravenous biphosphonates // J. Pediatr.— 2000.— Vol. 137.— P. 410–415.

16. *Зоткин Е.Г., Мазуров В.И.* Роль кальция и витамина D в глобальной профилактике остеопороза и остеопоретических переломов // Русский медицинский журнал.— 2004.— Т. 12.— № 7.— С. 476–478.
17. *Щеплягина Л.А., Моисеева Т.Ю., Богатырева А.О. и др.* Научный центр здоровья детей РАМН, Москва: Минерализация костной ткани у детей // Российский Педиатрический Журнал.— 2003.— № 3.— С. 16–22.
18. *Насонов Л.Е., Гукасян Д.* Применение альфакальцидола (Альфа Д3-Тева) для профилактики и лечения остеопороза (обзор литературы) // Тер. архив.— 2000.— № 11.— С. 71–73.
19. *Ringe J.D., Dorst A., Faber H., et al.* Superiority of alfa-calcidol over plain vitamin D in the treatment of glucocorticoid-induced osteoporosis // Rheumatol. Int.— 2004.— Vol. 24.— № 2.— P. 63–70.
20. *Richy F., Ethgen O., Bruyere O. et al.* Efficacy of alphacalcidol and calcitriol in primary and corticosteroid-induced osteoporosis: a meta-analysis of their effects on bone mineral density and fracture rate // Osteoporos. Int.— 2004.— Vol. 15.— № 4.— P. 301–310.
21. *Щербавская Э.А.* Комбинация карбоната кальция и холекальциферола в профилактике и лечении нарушений кальций-фосфорного обмена и костного метаболизма у беременных женщин и новорожденных: Автореф. дис... канд. мед. наук.— Владивосток, 2001.— 24 с.
22. *Щеплягина Л.А., Моисеева Т.Ю.* Проблемы остеопороза в педиатрии: возможности профилактики // Русский медицинский журнал.— 2003.— Т. 11.— № 27.— С. 1554–1556.
23. *Amin S., LaVallay M.P., Simms R.W., Felson D.T.* The role of vitamin D in corticosteroid— induced osteoporosis: a meta analysis approach // Arthritis Rheum.— 1999.— № 42.— P. 1740–1751.
24. *Dequeker J., Borghs H., Cleemput J. Van et al.* Transplantation osteoporosis and corticosteroid-induced osteoporosis in autoimmune diseases: experience with alfa-calcidol // Z. Rheumatol.— 2000.— Vol. 59.— № 7.— P. 1126–1145.
25. *Меркулов В.Н., Родионова С.С., Ильина В.К.* Повреждения грудного и поясничного отделов позвоночника на фоне ювенильного остеопороза // Вестник травматологии и ортопедии.— 2002.— № 1.— С. 7–11.
26. *Актуальные* аспекты проблемы раннего выявления и профилактики нарушений кальций — фосфорного обмена у детей / Т.Г. Васильева, А.А. Трофимова, Е.А. Кочеткова и др. // Бюл. ВСНЦ СО РАМН.— 2005.— № 4.— С.162–167.

Адрес для контакта: 690091, г. Владивосток, ул. Уборевича, 30/37, Краевой клинический центр охраны материнства и детства, тел. +7 (4232)42 07 05, 28 16 39, e-mail: vladmedic@mail.primorye.ru

Принята к печати 23.11.2006

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

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

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

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

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

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

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

УДК 616.125.4:616-08

ОТДАЛЕННЫЙ РЕЗУЛЬТАТ ЛЕЧЕНИЯ ДЕФЕКТА ВЕНОЗНОГО СИНУСА СЕРДЦА У ВЗРОСЛОГО БОЛЬНОГО МЕТОДОМ МОДИФИЦИРОВАННОЙ АТРИОСЕПТОПЛАСТИКИ

В.Е.Куксинский, К.В.Кузнецов, А.В.Красиков, В.В.Кулешов, Ю.А.Шнейдер

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

OUTCOME OF LATE MODIFIED ATRIOSEPTOPLASTIC TREATMENT FOR DEFECT OF VENOUS SINUS OF THE HEART IN AN ADULT PATIENT

V.E.Kuksinski, K.V.Kuznetsov, V.V.Kuleshov, Yu.A.Shneyder

St-Petersburg Medical Academy of Postgraduate Studies, Russia

© Коллектив авторов, 2007 г.

Представлено наблюдение коррекции врожденного порока сердца — дефекта венозного синуса у больного 47 лет. При коррекции использован модифицированный в клинике СПбМАПО метод атриосептопластики. Через 6 лет 8 месяцев получен хороший результат.

Ключевые слова: дефект венозного синуса сердца, хирургическая коррекция, отдаленный результат.

A case of correction of congenital heart disease — defect of venous sinus — in man 47 years old is presented. The atrioseptoplastic method as modified at MAPS clinic was used. Follow up after 6 years and 8 months showed positive results.

Keywords: defect of venous sinus of heart, surgical correction, late fate results.

Дефекты межпредсердной перегородки составляют 30% всех случаев врожденных пороков сердца у взрослых [1, 2, 3]. Дефект венозного синуса составляет от 5 до 15% всех дефектов межпредсердной перегородки. Особенностью данного дефекта является отсутствие верхнего и заднего краев и аномальный дренаж правых легочных вен в верхнюю полую вену или в правое предсердие. Это создает определенные трудности в диагностике и лечении [4–6]. Приводим наше наблюдение.

Больной Е. 47 лет, поступил в клинику 19.04.1999 г. (№ и.б. 1713) для обследования по поводу одышки при физической нагрузке, периодических приступов сердцебиения. Жалобы выявлены при очередном медицинском осмотре. Больной находился на военной службе и ежегодно проходил медицинскую комиссию.

Состояние удовлетворительное, правильного телосложения, удовлетворительного питания. Кожные покровы обычной окраски, чистые. Пульс 80 уд./мин., ритмичный. АД — 130/80 мм рт. ст. Тоны сердца ритмичные, средней интенсивности систолический шум во II межреберье у левого края грудины. Над всеми легочными полями перкуторно — ясный звук. Дыхание жесткое. Живот мягкий безболезненный. Печень выступает из-под края реберной дуги на 2 см. Периферических отеков нет.

При рентгенологическом исследовании грудной клетки выявлено усиление легочного рисунка за счет гиперволемии, «выбухание» ствола легочной артерии, увеличение правого желудочка и правого предсердия. Незначительное увеличение кзади левого предсердия.

На ЭКГ признаки гипертрофии правого предсердия и правого желудочка. Неполная блокада правой ножки пучка Гиса.

На ЭхоКГ выявлено значительное увеличение правых отделов сердца, дефект венозного синуса сердца диаметром 28 мм, второй дефект в зоне овальной ямки диаметром 11 мм, парадоксальное движение межжелудочковой перегородки, увеличение экскурсии трикуспидального клапана. Локализация легочных вен в позиции «краба» показала отсутствие правой верхней легочной вены, впадающей в левое предсердие [1, 2].

Диагноз до операции: врожденный порок сердца — дефект венозного синуса сердца с аномальным впадением правых легочных вен в верхнюю полую вену. III ФК по NYHA.

26.04.1999 г. Операция в условиях искусственного кровообращения и комбинированной кардиоплегии. Срединный доступ. На операции выявлен дефект венозного синуса диаметром 30 мм с аномальным впадением трех легочных вен правого легкого в устье верхней полой вены. Дополнительно обнаружен вторичный дефект межпредсердной перегородки в области овальной ямки диаметром 10 мм. Произведена по разработанной в клинике методике коррекция дефекта венозного синуса сердца с одновременным перемещением аномальных легочных вен правого легкого в левое предсердие. Вторичный дефект межпредсердной перегородки в области овальной ямки ушит до герметичности узловыми швами. Послеоперационный период — средней тяжести с явлениями сердечной недостаточности. В удовлетворительном состоянии на 24-е сутки после операции переведен в санаторий под наблюдение кардиолога.

Осмотрен через 6 лет 8 месяцев после операции. Жалоб нет. На ЭКГ регистрируется синусовый ритм. Сохраняется неполная блокада правой ножки пучка Гиса.

На ЭхоКГ значительное уменьшение правых отделов сердца. Шунтов не выявлено. По своему физическому состоянию больной отнесен к I ФК по NYHA.

Цель сообщения — показать особенности клинического течения больных с дефектом венозного синуса сердца. Обратить внимание семейных врачей, терапевтов, кардиологов на то, что первые 2–3 декады жизни заболевание протекает практически бессимптомно. У данного пациента ежегодные медицинские комиссии не смогли поставить правильный диагноз. Между тем ранняя диагностика и оперативное лечение по нашим и литературным данным позволяет получить очень хорошие результаты. Доказано, что у неоперированных больных с возрастом повышается риск осложнений и в первую очередь — сердечных аритмий. Так, по данным НЦССХ им. А.Н.Бакулева, развитие сердечных аритмий у неоперированных больных старше 40 лет составляет 3% [4, 5]. Успешно выполненная операция у 47-летнего больного и правильное наблюдение семейного врача и кардиолога позволили значительно улучшить общее состояние и качество жизни. По данным обследования больной физически активен (I ФК по NYHA, до операции — III ФК). На ЭКГ — синусовый ритм.

Таким образом, даже поздно выполненная операция при правильном послеоперационном ведении больного семейным врачом и кардиологом привели к хорошему отдаленному результату.

Литература

1. *Бокерия Л.А., Иваницкий А.В., Мухачев О.А., Карабегов Р.Р.* Эхо диагностика аномального дренажа легочных вен.— М.: НЦССХ, 2004.— 77 с.
2. *Карабегов Р.Р.* Эхо диагностика аномального дренажа легочных вен: Автореф. дис... канд. мед. наук.— М., 2004.— 22 с.
3. *Shahriari A., Rodefeld M.D., Turrentine M.W., Brown J.W.* Caval division technique for sinus venosus atrial septal defect with partial anomalous pulmonary venous connection // Ann Thorac Surg.— 2006.— Vol. 1.— P. 224–229.
4. *Подзолков В.П., Чебан В.Н., Амиркулов Б.Д., Данников Т.Ю.* Причины повторных операций на межпредсердной перегородки после коррекции врожденных пороков сердца // Бюллетень НЦССХ им. А.Н.Бакулева. Сердечно-сосудистые заболевания.— 2004.— № 5.— С. 19.
5. *Чиаурели М.Р., Амиркулов Б.Д., Чебан В.Н. и др.* Результаты коррекции ДМПП у взрослых // Бюллетень НЦССХ им. А.Н.Бакулева. Сердечно-сосудистые заболевания.— 2004.— № 5.— С. 21.
6. *Jost C.H., Connolly H.M., Danielson G.K. et al.* Sinus venosus atrial septal defect: long-term postoperative outcome for 115 patients // Circulation.— 2005.— Vol. 13.— P. 1953–1958.

Адрес для контакта: alexkrasikov@mail.ru

Принята к печати 21.11.2006

НАЦИОНАЛЬНАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ «ЗДОРОВЬЕ И ДОМАШНЕЕ НАСИЛИЕ»

Н.В.Лохматкина

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

NATIONAL CONFERENCE ON HEALTH AND DOMESTIC VIOLENCE

N.V.Lokhmatkina

St-Petersburg Medical Academy of Postgraduate Studies, Russia

Национальная конференция «Здоровье и домашнее насилие» состоялась 16–17 марта 2007 г. в г. Сан-Франциско, США и внесла свою лепту в решение такой важной проблемы общественного здоровья, как домашнее насилие. Конференция проводится один раз в три года, и является долгосрочным проектом Фонда по предотвращению домашнего насилия (США, Family Violence Prevention Fund). В работе конференции приняли участие 1100 ученых и практиков из 30 стран мира: врачи, психологи, медицинские сестры, специалисты общественного здоровья, социальные работники. Основная цель конференции была образовательной — представить современные научные исследования и инновационные практические подходы к решению проблемы домашнего насилия в системе здравоохранения. 15 марта прошли практические семинары по 11 направлениям.

На конференции были представлены результаты: 1) изучения долговременного воздействия домашнего насилия на сообщества, здоровье и благополучие пострадавших; 2) исследований физических и психологических факторов риска и защитных факторов домашнего насилия; 3) инновационных практических программ и межведомственных партнерств на местном, национальном и международном уровне успешной первичной, вторичной и третичной профилактики домашнего насилия; 4) программ профилактики и оказания помощи пострадавшим от домашнего насилия и обидчикам, учитывающих культурные, национальные, классовые, этнические, религиозные, возрастные, гендерные, половые, географические особенности сообществ и медицинских учреждений.

Участники конференции сочетали работу в формате пленарных и секционных заседаний, симпозиумов, семинаров, стендовых докладов с неформальным общением. Какие же выводы можно сделать? Во-первых, обращает на себя внимание существенный разрыв в достижениях научного и практического здравоохранения, борющегося с домашним насилием, в Северной Америке, развитых странах Европы, Австралии и развивающихся странах. С одной стороны, в странах с длительным опытом исследований и практической работы уже накоплены обширные научные данные об эпидемиологии, последствиях, факторах риска и динамике домашнего насилия. В практику внедрены десятки программ по обучению и вовлечению медицинских работников в профилактику домашнего насилия. Применяются разные инструменты для опроса всех пациентов на домашнее насилие (скрининг). В работу амбулаторных и стационарных учреждений внедрены программы оказания помощи пострадавшим. На повестке дня стоят вопросы повышения качества научных исследований, получения экономической информации, касающейся затрат на лечение жертв насилия и на оказание им социальных услуг, а также возможной экономии средств за счет успешного предотвращения насилия. Отмечена необходимость оценки эффективности и безопасности скрининговых, лечебных и профилактических вмешательств. С этой целью международные исследовательские группы начали проводить долгосрочные многоцентровые рандомизированные контролируемые испытания. Д.Федер (Великобритания), К.Хегерти, К.Вебстер и А.Тафт (Австралия), К.Варкой (Канада) рассказали об исследовательских целях, задачах, гипотезах и методах. Очевидно, что доказательные научные исследования дадут результаты по прошествии нескольких лет. Однако, понимая необходимость научных доказательств, участники конференции после бурных дебатов пришли к соглашению, что насилие — это слишком острая проблема, чтобы можно было повременить с борьбой против него до получения ответов на все сложные вопросы. Поэтому надо продолжать использовать те инструменты и модели, которые проверены на практике, применять новые подходы, ставя во главу угла безопасность пациентов и медицинских работников, принцип «не навреди».

С другой стороны, в развивающихся странах вопросы домашнего насилия поднимаются лишь последние 10–15 лет в основном представителями женских общественных организаций. Они инициируют исследовательские и практические программы по вовлечению медицинских работников в профилактику семейного насилия и лоббируют политиков для увеличения инвестиций в эту сферу и улучшение самих программ. Для развивающихся стран, помимо реформирования работы системы здравоохранения с жертвами жестокого обращения, актуальны исследования распространенности, последствий, факторов риска и защитных факторов насилия со сто-

роны интимного партнера с учетом их культурных, расовых, классовых, этнических и религиозных особенностей. Перспективным признано включение вопросов о домашнем насилии в протоколы масштабных популяционных и клинических исследований женского здоровья. Ученые из стран-лидеров призывают коллег из развивающихся стран использовать стандартные апробированные методики исследований.

Во-вторых, как показывает опыт стран-лидеров, врачи и медицинские сестры первичной медико-санитарной помощи являются наиболее важными и активными участниками оказания помощи пострадавшим от жестокого обращения. Именно они становятся первой и нередко последней инстанцией в оказании медико-психолого-социальной помощи пострадавшим, особенно в сообществах с ограниченными специализированными ресурсами. Семейный врач, наверное, единственный специалист, который может оказаться в ситуации, когда в такой помощи могут нуждаться все члены семьи: и обидчик, и пострадавший партнер, и ребенок. Из 240 устных и стендовых докладов на конференции 37 были посвящены результатам исследований и практических программ именно в условиях первичного звена здравоохранения. Что полезного для российского семейного врача можно извлечь из этих докладов?

Среди пациенток врача общей практики доля женщин, испытавших на себе семейное насилие когда-либо в жизни, колеблется от 23 до 41%, а за последние 12 мес.— от 5,5 до 28%. Следовательно, врачи общей практики и медицинские сестры могут и должны рутинно активно выявлять пострадавших от домашнего насилия среди взрослых пациентов и детей на приеме и при посещении на дому. При выявлении фактора домашнего насилия необходимо оценивать безопасность пациента и, помимо оказания адекватной медицинской помощи и психологической поддержки, информировать пострадавших о специализированных социальных, психологических, юридических службах, и общественных организациях в местном сообществе. Участникам конференции было представлено модельное «Руководство для семейного врача: помощь семье с домашним насилием».

Таким образом, современный стандарт подготовки требует от врачей и медсестер общей практики знаний и навыков по выявлению и оказанию помощи женщинам, детям и семьям с фактором семейного насилия. Нашим преимуществом является богатейший научный и практический опыт успешного участия зарубежных коллег в решении такой серьезной проблемы общественного здоровья, какой является домашнее насилие. Мы можем его переработать и использовать в наших культурных и национальных условиях, стараясь не повторять чужих ошибок.

Информация о конференции и ее материалы размещены на сайте Фонда по предотвращению насилия по адресу http://www.endabuse.org. Участие автора в конференции оказалось возможным благодаря гранту Глобального фонда для женщин (Global Fund for Women, www.globalfundforwomen.org).

Адрес для контакта: tohelpyou@mail.ru

СЕМИНАР ПО ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИЦИНЕ

Д.Н.Зеленуха

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

WORK-SHOP ON PALLIATIVE MEDICINE

D.N.Zelenukha

St-Petersburg Medical Academy of Postgraduate Studies, Russia

Каждый врач в практической деятельности сталкивается с необходимостью сообщения тяжелых известий своим пациентам. При этом для конкретного больного тяжелой может быть любая новость, будь то клинический анализ крови или сообщение о неизлечимом заболевании.

Общение с пациентом и его родственниками является важной составляющей деятельности врача, но, к сожалению, мы практически не получаем знаний и навыков по этому вопросу при обучении в вузе. А в процессе последипломного образования объема, положенного по программе, конечно, недостаточно. Так и получается, что по завершении обучения мы не имеем знаний по паллиативной медицине, где одной из главных составляющих является именно общение.

Курс «Паллиативная помощь при ВИЧ/СПИД в тяжелых и терминальных стадиях заболевания», организованный в Санкт-Петербурге в марте 2007 г., ставил своей целью обучить основам паллиативной медицины сотрудников самых различных медицинских учреждений России. Семинары, проведенные в течение недели американскими преподавателями, позволили не только более подробно взглянуть на эту проблему, но и получить практические навыки общения, участвовать в тренингах.

В развитых странах в связи с разумной социальной политикой паллиативная помощь пациентам оказывается традиционно и постоянно совершенствуется. Разумеется, в каждой стране существуют свои традиции и определенные культурные особенности, которые эту помощь могут делать в некоторой степени различной, но, тем не менее, основы и цели ее не отличаются.

Паллиативная помощь начинается с момента диагностики неизлечимого заболевания до наступления смерти и включает помощь родственникам, понесшим утрату. Ее содержание — комплекс мер, направленных на улучшение качества жизни больного, оказание всеобъемлющей поддержки больному и его родственникам.

Вопрос паллиативного ухода очень сложен не только потому, что требует умения и терпения медицинского персонала, но также из-за отношения общества к этому уходу. В течение жизни мы преследуем определенные цели, и перед смертью их не меняем. Важно понимание того, что смерть является частью жизни каждого из нас. Отсутствие признания этого ограничивает человека в его желании сделать или сказать в жизни что-то важное. В российской культуре говорить о смерти не принято, данная тема в большей части является запретной, отчасти от этого медицинскому персоналу тяжело обсуждать подобные вопросы с пациентом. С другой стороны, качество паллиативной помощи зависит оттого, насколько доступно информация представлена пациенту, с учетом его пожеланий.

Сообщение тяжелых известий, как правило, приходится выполнять врачу, поэтому качество такой беседы зависит от подготовленности доктора. Что же нужно врачу или медсестре, чтобы правильно общаться с пациентом? Вот несколько правил, которые дала слушателям одна из преподавателей, Марша Леветаун (M.Levetown).

1. Относитесь к пациенту и его родственникам так, как вы бы хотели, чтобы относились к вам. Не сердитесь, если они что-то не понимают, не согласны с вами или ведут себя неразумно.

2. Обращайте внимание на все симптомы, которые беспокоят больного. Психологические и моральные страдания часто являются причиной боли, беспокойства, одышки и других симптомов.

3. Организуйте и проведите встречи с родственниками (при согласии больного). Пациенты и их родственники нуждаются в информации для принятия решений. Начинайте с открытых вопросов, например: «Расскажите мне, что, по-Вашему, происходит с Вашим отцом?». Отвечайте на их вопросы. Попросите, чтобы они своими словами рассказали, что они поняли из вашего разговора. Уважайте их мнение.

4. Будьте внимательны к тому, что и как говорите. Не должно быть слов, что мы не можем больше ничего сделать. Мы не можем ничего сделать для лечения самого заболевания, но мы делаем все возможное для того, чтобы пациент жил как можно лучше и дольше.

5. Для помощи в лечении может потребоваться специалист из другой области: священник, социальный работник.

6. При постоянной угрозе летального исхода более всего пациенту требуется поддержка со стороны его родных и друзей.

7. Подскажите родственникам и пациентам не стесняться использовать фразы любви, самим

осуществлять уход: брить, расчесывать волосы, натирать мазью и др. Для создания положительных эмоций можно вместе смотреть фотоальбомы.

8. Поддерживайте начинания родственников в выполнении дополнительных указаний пациента. Напомните родным, что проявление любви, которое они могут продемонстрировать — это с уважением отнестись к его распоряжениям.

9. Узнайте о проведении желаемых ритуалов.

10. Помогайте друг другу справиться со смертью ваших пациентов.

Каждый раз, когда мне приходится сообщать больному неприятные новости, я очень тяжело переживаю эту ситуацию. Я не знал, до того, как обучился на этом семинаре, как найти слова. Чтобы выразить свое сочувствие, не знал, какой образ должен предстать перед больным: должен ли я быть эмоциональным или сдержанным? Преподаватели семинара не только изложили правила ведения таких бесед, но помогли нам практически выполнить упражнения, помогающие овладеть искусством подобных разговоров.

Этапы сообщения тяжелых известий могут быть изложены в такой последовательности.

1. Подготовить данные, место и условие для беседы.

Называйте пациента по имени, найдите время и спокойное место для беседы, выключите телефон, создайте обстановку, чтобы вас не отвлекали, пригласите нужных людей. Не ведите беседу в коридоре. У вас всегда найдется время задать вопросы и ответить на вопросы пациента и его родственников, вы найдете время, чтобы выслушать. Вы также предложите задать вопросы. Необходимо всегда иметь наготове одноразовые платочки.

2. Выяснить, что пациент и его семья уже знают о болезни и прогнозе.

— «Мне бы хотелось убедиться, что нам известно одно и то же. Что Вы уже знаете?»

— «Когда у Вас впервые возник данный симптом, что Вы подумали?»

3. Выяснить потребность пациента в информации.

— «Вы хотите сами узнать все подробности или мне следует рассказать их кому-то другому?»

4. Сообщить известие.

Сообщение тяжелых известий без медицинского халата позволяет обеспечить человеческий контакт. Положительную роль может сыграть присутствие родных.

Начните с вводной фразы:

— «У меня плохие новости о результате Вашего обследования».

— «Мы получили результат исследования, к сожалению, он не тот, на который мы рассчитывали».

Мы не можем изменить, то, что нужно сообщить. Изъясняйтесь понятно и просто. Слова должны быть четкими, информация точная, дозированная. Сообщайте ее повторно по частям с постепенной детализацией. Не уменьшайте тяжесть известия. Избегайте использования медицинской лексики. В сообщении не должно быть двусмысленности и ложных надежд. Между фразами должны быть паузы. Услышав одно из страшных слов, человек испытывает шок, и дальнейшую информацию некоторое время просто не воспринимает. Если пациент начал говорить, его нельзя перебивать. Обязательно необходимо выяснить, что пациент понял из вашей беседы. Оценивайте эмоциональное состояние собеседника. Пациент и его семья должны понять, что они не будут брошены.

5. Реакция на проявления чувств.

Проявите участие к переживаниям пациента, будьте чутким. От вас не требуется ни поощрять, ни разделять проявление чувств.

— «Я представляю, как Вам тяжело это услышать...».

— «Мне бы хотелось преподнести Вам совсем другие новости».

— «Что беспокоит Вас больше всего?»

Помните, что больному часто нужен врач-человек, а не врач-специалист.

6. Определить задачи помощи и лечения.

Назначьте время следующей встречи.

Обсудите, насколько подробно и конкретно пациент хочет беседовать в будущем.

Сообщите план помощи и лечения. Заверьте собеседника в том, что он всегда сможет к вам обратиться. Правильное планирование способствует удовлетворенности пациента и его семьи.

Очень тяжело обсуждать с человеком то, как бы он хотел встретить смерть. Если пациент не хочет разговаривать, то предложите перенести беседу.

Уход может быть достойным только тогда, когда человек к нему готов.

Что же мешает нам, медицинским работникам, правильно общаться с пациентами? Собственный страх смерти может помешать медицинскому работнику обсуждать эту тему. Иногда люди избегают обсуждать трудные вопросы, поскольку боятся не совладать со своими чувствами (например, расплакаться). Пациент часто считает, что врач — виновник его тяжелого неизлечимого заболевания, и это обвинение мешает врачу быть искренним и сочувствующим. Несоответствие решений пациента мнению его родственников может пагубно влиять на дальнейшее общение с его родными. Общению может помешать другое заболевание пациента, например, снижение слуха или зрения.

Существует так называемый синдром «хорошего пациента», когда он считает необходимым скрывать свои чувства и страдания, когда жалобы и пожелания пациента необходимо активно выявлять.

Недопустима бесчувственность медицинского работника, неуважительное отношение к куль-

турным особенностям пациента, к его возрасту, национальности, религиозным убеждениям, общественному и материальному положению, сексуальной ориентации. Неудовлетворительные результаты беседы, плохой контакт между пациентом и врачом могут случиться, если выбрано неподходящее место для беседы, врач использует обилие медицинских терминов и выражений. Нельзя быть слишком прямолинейным. Плохо, когда врач видит в больном болезнь, а не человека.

Ошибки в общении чреваты такими неблагоприятными последствиями для больного, как утрата надежды, ощущение заброшенности, обесценивание своей личности (Coyle & Sculco, 2003).

Практически каждый человек осознает для себя понятие хорошей и плохой смерти. Часто эти понятия у разных людей не различаются.

Важными составляющими хорошей смерти являются:

— отсутствие боли и других симптомов (удушье, возможность контролировать естественные отправления);

— ясность решений;

— готовность к смерти: возможность разобраться в себе, запланировать определенные события, решить юридические вопросы; готовность к смерти не мешает надеяться на лучшее, она дает пациентам дополнительные возможности;

— завершенность дел: вспомнить прошлое, решить споры, примириться с собой и окружающими, удовлетворить религиозные и духовные потребности;

— возможность отдать дань ближним: поблагодарить тех, кто был рядом, уделить время близким, сделать подарки;

— признание личности: сочувствие и уважение врача, врач ценит жизнь, убеждения и предпочтения пациента и его семьи, видит в нем человека, а не «медицинский случай»;

— не быть обузой — с материальной, физической, эмоциональной точек зрения;

— непрерывность помощи;

— чувство собственного достоинства;

Умение и манера сообщать тяжелые известия — один из главных навыков общения, которые влияют на адаптацию больного к болезни.

Общаться всегда непросто, но общение с пациентом на поздних стадиях заболевания становится действительно крайне трудным. Главная задача медицинского персонала — поступать так, как будет лучше для человека. Секрет ухода за больным в том, чтобы не относиться к нему равнодушно. Необходимо обращать внимание на личность пациента, а не на характеристики его болезни. Смерть — это всегда трагедия, и смотреть на нее как на медицинский случай,— значит, подавлять в себе человечность.

Адрес для контакта: rytmy@mail.ru

Правила оформления статей в журнал «Российский семейный врач»

Уважаемые авторы!

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Примеры оформления списка литературы:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Редакция организует рецензирование, научное и литературное редактирование рукописей статей.

ВНИМАНИЮ ЗАКАЗЧИКОВ РЕКЛАМЫ!

Журнал помещает на коммерческой основе информационные и рекламные материалы отечественных и зарубежных фирм.

Стоимость размещения рекламы в одном номере:

Рекламный модуль, черно-белый, размером 6×9 (1/8 полосы) — **20** у.е.
Рекламный модуль, черно-белый, размером 6×18 (1/4 полосы) — **30** у.е.
Рекламный модуль, черно-белый, размером 12×18 (1/2 полосы) — **40** у.е.
Рекламный модуль, черно-белый, размером 24×18 (одна полоса) — **70** у.е.

Рекламный модуль на обложке, цветной:

2, 3 стороны 6×9 (1/8 полосы) — **70** у.е.,
6×18 (1/4 полосы) — **140** у.е.,
12×18 (1/2 полосы) — **280** у.е.,
24×18 (одна полоса) — **560** у.е.
4 сторона 6×9 (1/8 полосы) — **80** у.е.,
6×18 (1/4 полосы) — **160** у.е.,
12×18 (1/2 полосы) — **320** у.е.,
24×18 (одна полоса) — **640** у.е.

При размещении рекламы в двух номерах предоставляются скидки 10%, в трех номерах — 15%, в четырех номерах — 20%.

По вопросам размещения рекламы обращаться по телефонам:
275 15 56 (главный редактор О.Ю.Кузнецова),
598 93 20, 598 52 22 (ответственный секретарь Н.А.Гурина).

«Российский семейный врач»
Свидетельство о регистрации № 017794 от 22.06.98 г.

Подписной индекс по каталогу «Роспечать» 29950

По вопросам приобретения журнала обращаться по тел.: (812) 598-93-20

Редактор В.П.Медведев
Оригинал-макет ООО «ПринтЛайн», тел.: (812) 988-98-36, 09.

Санкт-Петербург, издательство Санкт-Петербургской медицинской академии последипломного образования.
Подписано в печать 28.05.2007 г. Формат 60×90 1/8. Бумага офсетная. Гарнитура Journal. Печать офсетная.
Усл. печ. л. 6,5. Тираж 1000 экз. Заказ № 073. Цена договорная.
193015, Санкт-Петербург, Кирочная ул. д. 41.
Отпечатано в ООО «Сигма».

Том 11
2-2007
ВЫПУСКАЕТСЯ
ЕЖЕКВАРТАЛЬНО

Том 11
2-2007
ВЫПУСКАЕТСЯ
ЕЖЕКВАРТАЛЬНО

Том 11
2-2007
ВЫПУСКАЕТСЯ
ЕЖЕКВАРТАЛЬНО