

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)

**Юбилейные номера журнала выходят при поддержке
Национального исследовательского центра в области
социального развития и здоровья Финляндии (STAKES)**

Журнал рекомендован Высшей аттестационной комиссией (ВАК)
для публикации основных результатов диссертаций
на соискание ученой степени доктора наук

Президенты:

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

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

Главный редактор:

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

Редакционный совет:

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

Заместители главного редактора:

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

Редакционная коллегия:

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

Ответственный секретарь:

Н.А.Гурина (Санкт-Петербург, Россия)

ПОДПИСНОЙ ИНДЕКС ПО КАТАЛОГУ «РОСПЕЧАТЬ» 29950

Адрес редакции:

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

**Том 10
3-2006**

**ВЫПУСКАЕТСЯ
ЕЖЕКВАРТАЛЬНО**



Журнал является официальным
печатным изданием Всероссийской
ассоциации семейных врачей.

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

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

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

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

СТАТЬИ

- ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ В
ОБЩЕЙ ВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИКЕ
О.Ю.Кузнецова, Е.В.Фролова, И.Е.Моисеева,
Ж.В.Плешанова 4

- НЕКОТОРЫЕ РАЗЛИЧИЯ В ПОДХОДАХ К ВЕДЕНИЮ
ПАЦИЕНТОВ В АМБУЛАТОРНЫХ И СТАЦИОНАРНЫХ
УСЛОВИЯХ — ВЗГЛЯД ВРАЧА ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ
Л.Н.Дегтярева, О.Ю.Кузнецова 9

- «ЗЕРКАЛЬНАЯ КИСТЬ»
О.Е.Агранович 13

- РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА ОПУХОЛЕЙ
ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НА
ОСНОВЕ АЛГОРИТМА
А.В.Стрельников, О.А.Сержанина, К.А.Разинкин 17

ОРИГИНАЛЬНЫЕ НАУЧНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

- ОРГАНИЧЕСКАЯ И ПСИХОСОМАТИЧЕСКАЯ
ДИСПАРЕУНИЯ (СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ)
А.И.Федорова 21

- МОРФОМЕТРИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ СЕРДЦА
У ЮНОШЕЙ С БЕЛКОВО-ЭНЕРГЕТИЧЕСКОЙ
НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ
Л.В.Щеглова, Д.Р.Кириянова 26

- КОМПЛЕКСНАЯ ДИАГНОСТИКА СТЕНОЗА ШЕЙНОГО
ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНОГО КАНАЛА И ВТОРИЧНЫХ
НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ
Э.Б.Пачулия, Н.М.Жулев, Т.Н.Трофимова, Л.А.Полякова,
С.Н.Жулев, Т.В.Лалаян, Т.С.Скородумова 28

ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

- ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ФИБРИЛЛЯЦИИ
ПРЕДСЕРДИЙ С ПОМОЩЬЮ КАТЕТЕРНОЙ АБЛЯЦИИ
К.Бломстром Ландквист, Л.Бергфелдт,
Т.А.Дубикайтис 33

- СИНДРОМ ЭЛЕКТРОКАРДИОСТИМУЛЯТОРА
Т.А.Дубикайтис 41

ВОПРОСЫ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПОДГОТОВКИ

- ПРИМЕНЕНИЕ ТРАНСПАЛЬПЕБРАЛЬНОЙ
ТОНОМЕТРИИ ВНУТРИГЛАЗНОГО ДАВЛЕНИЯ
В ОБЩЕЙ ВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИКЕ
Л.Н.Дегтярева 43

НОВОСТИ В МЕДИЦИНЕ

- РИСК РАЗВИТИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ СО СТОРОНЫ
ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА ПРИ ПРИЕМЕ
СЕЛЕКТИВНЫХ И НЕСЕЛЕКТИВНЫХ НЕСТЕРОИДНЫХ
ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ СРЕДСТВ
Ю.Хиппислей-Кокс, К.Коуплэнд, Р.Логан 46

ARTICLES

- PRIMARY CARE IN GENERAL PRACTICE
FOR CHILDREN
O.Yu.Kuznetsova, E.V.Frolova, I.E.Moiseeva,
J.V.Pleshanova 4

- SOME DIFFERENCES BETWEEN THE APPROACH
TO PATIENT CARE IN POLYCLINICS AND
IN HOSPITALS — THE GP'S VIEW
L.N.Degtyareva, O.Yu.Kuznetsova 9

- «MIRROR HAND»
O.E.Agranovich 13

- THE EARLY DIAGNOSIS OF PROSTATE
CARCINOMA BASED ON
GUIDELINES
A.V.Strelnikov, O.A.Serjhanina, K.A.Razinkin 17

ORIGINAL DATA

- ORGANIC AND PSYCHOSOMATIC DYSPAREUNIA
(COMPARATIVE ANALYSIS)
A.I.Fedorova 21

- MORPHOMETRIC CHARACTERISTICS
OF THE HEART IN YOUTHS WITH
PROTEIN-ENERGY MALNUTRITION
L.V.Scheglova, D.R.Kirjanova 26

- THE COMPLEX DIAGNOSIS OF CERVICAL
SPINAL STENOSIS AND SECONDARY
NEUROLOGIC FAILURES
E.B.Pachuliya, N.M.Zhulev, T.N.Trofimova, L.A.Polyakova,
S.N.Zhulev, T.V.Lalayan, T.S.Scorodumova 28

LITERATURE REVIEW

- SURGICAL TREATMENT OF ATRIAL FIBRILLATION
BY CATHETER ABLATION
C.Blomström Lundqvist, L.Bergfeldt,
T.Dubikaytis 33

- PACEMAKER SYNDROME
T.A.Dubikaytis 41

PROFESSIONAL TRAINING

- THE TRANSPALPEBRAL MEASUREMENT
OF INTRAOCULAR PRESSURE
IN GENERAL PRACTICE
L.N.Degtyareva 43

NEWS IN MEDICINE

- RISK OF ADVERSE GASTROINTESTINAL OUTCOMES IN
PATIENTS TAKING CYCLO-OXYGENASE-2 INHIBITORS
OR CONVENTIONAL NON-STEROIDAL ANTI-
INFLAMMATORY DRUGS
J.Hippisley-Cox, C.Coupland, R.Logan 46

ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ В ОБЩЕЙ ВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИКЕ

О.Ю.Кузнецова, Е.В.Фролова, И.Е.Моисеева, Ж.В.Плешанова

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

PRIMARY CARE IN GENERAL PRACTICE FOR CHILDREN

O.Yu.Kuznetsova, E.V.Frolova, I.E.Moiseeva, J.V.Pleshanova

St-Petersburg Medical Academy of Postgraduate studies, Russia

© Коллектив авторов, 2006

В статье обсуждается реформирование первичного звена здравоохранения по типу общей врачебной практики и в этой связи оказание помощи врачами общей практики детям и подросткам. Представлены особенности ведения детей семейным врачом, преимущества оказания помощи всей семье. Описана система подготовки врачей общей практики на циклах профессиональной переподготовки и в клинической ординатуре. Проанализирован опыт организации и оказания медицинской помощи детям в условиях учебно-клинического центра, функционирующего в рамках обязательного медицинского страхования, накопленный кафедрой семейной медицины СПбМАПО.

Ключевые слова: первичное звено здравоохранения, общая врачебная практика, педиатрия, образование.

The article discusses the reform of primary health care towards general practice which includes health services for children and adolescents. The particularities of managing children by GPs and the advantages of providing of health care to all the family are presented. The training system of postgraduate education in Russia is described. The experience of organizing and providing health care for children at the clinical-training Center of MAPS, which works within the framework of mandatory health insurance, is analyzed.

Keywords: primary health care, general practice, pediatric, education.

В последние десятилетия в России происходит реформа системы первичной медико-санитарной помощи, направленная на реорганизацию и развитие амбулаторно-поликлинического звена здравоохранения. Необходимость усиления роли первичной медико-санитарной помощи была провозглашена еще в 1978 г. Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) на конференции в Алма-Ате, что в большинстве европейских стран явилось стимулом для развития общей врачебной практики (семейной медицины) и распределения с этой целью ресурсов в пользу первичного звена здравоохранения.

В 1992 г. Министерством здравоохранения РФ был издан Приказ № 237 «О поэтапном переходе к организации первичной медицинской помощи по принципу врача общей практики/семейного врача», который стал основой для введения новой специальности — «общая врачебная практика (семейная медицина)» и новой квалификации специалиста — «врач общей практики (семейный врач)». Постановлением Правительства РФ от 5 ноября 1997 г. № 1387 «О мерах по стабилизации и развитию здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации» была одобрена «Концепция развития здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации», в которой первичная медико-санитарная помощь была определена как основное звено в оказании медицинской помощи населению. В данном документе подчеркнута особая роль развития института врача общей практики (се-

мейного врача) в структуре первичной медико-санитарной помощи.

По определению ВОЗ, основными характеристиками общей врачебной практики (семейной медицины) являются доступность, целостность и непрерывность медицинской помощи, длительность наблюдения, профилактическая направленность, ориентация на семью, координация всех видов медицинской помощи, в том числе специализированной и стационарной в интересах пациента [1].

Европейская академия преподавателей общей практики в 2002 г. вновь подчеркнула, что «врач общей практики — это врач, прошедший подготовку по этой дисциплине, оказывающий персональную первичную всеобъемлющую непрерывную медицинскую помощь пациентам независимо от их пола, возраста и заболевания» [2]. В статье 59 Основ Законодательства РФ об охране здоровья граждан также содержится это положение [3].

Исходя из определения специальности, а также, основываясь на положениях Приказа Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 17.01.2005 г. № 84, оказание медицинской помощи детям разного возраста, в том числе новорожденным, входит в обязанности врача общей практики.

Таким образом, оказание всесторонней медицинской помощи пациентам различного возраста, в том числе детям и подросткам, является важной задачей семейного врача. Целостность и непрерывность процесса лечения пациента обеспе-

чивается тем, что семейный врач способен оказать помощь при заболеваниях различных органов и систем без широкого привлечения врачей-специалистов. Многие проблемы пациентов семейный врач может решать самостоятельно в рамках своей компетенции.

Несомненно, положительной стороной системы оказания медицинской помощи по принципу общей врачебной практики является возможность врача наблюдать семью в целом, оценивать состояние здоровья всех ее членов, учитывать наличие наследственной патологии, аллергологического анамнеза, каких-либо хронических заболеваний. В работе с детским населением этот аспект — один из наиболее значимых, так как позволяет прогнозировать возможность развития заболеваний у наблюдаемого ребенка.

Важным разделом работы семейного врача являются профилактические мероприятия. В этом плане именно у него существуют большие возможности, так как наблюдение и лечение членов семьи при обращении к врачу по поводу заболеваний позволяет проводить профилактические мероприятия с теми, кто в настоящий момент не болен и не обращается за помощью.

Семейный врач может помочь молодой семье правильно запланировать наступление беременности, подготовиться к зачатию, провести требующиеся обследования, а при необходимости — коррекцию выявленных проблем. Наблюдение беременной семейным врачом не ограничивается ее обучением и подготовкой к рождению ребенка, а также включает и информирование ее мужа и родных о тех изменениях уклада жизни и стереотипов поведения, которые необходимы для обеспечения наиболее благоприятной обстановки в период ожидания нового члена семьи и после его появления.

В этот период времени взрослые наиболее чутко прислушиваются к рекомендациям по правильному питанию, необходимости отказаться от вредных привычек, которые могут повлиять на развитие ребенка. При проведении бесед с беременной, а нередко и с ее мужем обязательно учитывают особенности семьи, состояние здоровья родителей, родственников, их образ жизни. Семейный врач, наблюдающий беременную женщину, знаком с ее анамнезом и с теми проблемами со здоровьем, которые ее беспокоили до беременности. Соответственно он может своевременно провести лечение, направленное на предупреждение обострения того или иного заболевания либо факторов риска его развития и сделать все возможное, чтобы они не повлияли на состояние здоровья будущего ребенка. Кроме того, врач, знающий семью, оказывающий медицинскую помощь всем ее членам, имеет возможности для раннего проведения превентивных мероприятий, направленных на устранение факторов риска, характерных

именно для этой семьи, а, следовательно, наиболее значимых для этого ребенка. Так, например, при наличии у родителей или близких родственников бронхиальной астмы, артериальной гипертензии или сахарного диабета профилактические мероприятия, начатые в раннем возрасте или даже до появления ребенка на свет, позволяют предотвратить или, по крайней мере, замедлить развитие этих заболеваний у ребенка. Знание врачом общей практики социально-бытовых и психологических особенностей семьи позволяет проводить лечебно-профилактическую работу с учетом специфики семьи, семейных отношений, социальных и материально-бытовых условий.

Доступность медицинской помощи является важным принципом первичной медико-санитарной помощи. Однако не секрет, что в настоящее время многие пациенты не всегда имеют возможность быстро попасть на прием к педиатру или к узкому специалисту в поликлинике. Несмотря на выраженную специализацию медицинской помощи уже на уровне амбулаторного звена, загруженность врачей-специалистов достаточно высока. Это связано как с большим потоком пациентов, направляемых на консультацию участковыми педиатрами даже с целью проведения профилактических осмотров перед поступлением в детский сад или школу, так и с низкой укомплектованностью всех врачебных должностей амбулаторного звена здравоохранения. Подготовленный семейный врач, имеющий необходимое оборудование, может решить многие проблемы маленького пациента без привлечения консультанта-специалиста, что повышает доступность первичной медицинской помощи.

Вопросы, связанные с наблюдением детей, особенно первого года жизни, семейными врачами, продолжают вызывать большой резонанс у медицинской общественности, в средствах массовой информации, среди населения. Наиболее часто высказывались сомнения, может ли один врач обладать достаточно глубокими знаниями для того, чтобы оказывать квалифицированную медицинскую помощь при заболеваниях различных систем и органов, наблюдать и лечить и новорожденных детей, и подростков, и взрослых, и пожилых. Многие волновал вопрос, не приведет ли такая система к ухудшению качества медицинской помощи.

Безусловно, для оказания в полном объеме качественной квалифицированной медицинской помощи и детям, и взрослым врач общей практики должен обладать глубокими знаниями в самых различных областях медицинской науки, а для этого требуется серьезная полноценная подготовка. В соответствии с нормативными документами, в частности с Приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 17.01.2005 г. № 84, для работы в должности врача общей практики (семейного врача) необходимо окончить кли-

ническую ординатуру или пройти профессиональную переподготовку по данной специальности. Длительность обучения в клинической ординатуре составляет 2 года, профессиональной переподготовки — 6 месяцев. Нередко вызывает критику длительность профессиональной переподготовки, в рамках которой врач должен освоить большой объем знаний и навыков, в том числе и по педиатрии, причем в течение всего одного месяца. Однако это немалый период времени для врача-педиатра, имеющего практический опыт работы в амбулаторных условиях, чтобы освежить свои знания и практические навыки в данной области. Кроме того, особенностям ведения детей уделяется внимание и в других разделах семейной медицины — неотложной медицине, офтальмологии, отоларингологии, профилактике. Как правило, этими разделами специальности участковые педиатры владеют в недостаточном объеме, не говоря об уровне практических навыков.

Обучение педиатрии участковых терапевтов не должно ограничиваться временем, отведенным в программе профессиональной переподготовки. Не следует забывать, что до недавнего времени подростков наблюдали участковые терапевты, а это значит, что они уже имеют опыт работы с этой возрастной категорией, оказавшейся сегодня в ведении педиатров. Причем появление в детских поликлиниках подростков, представляющих сегодня своеобразную группу риска в связи с распространенностью в их среде инфекций, передающихся половым путем, наркомании, нежелательной беременности, не вызвало, казалось бы, закономерной обеспокоенности тем, что врачи вынуждены оказывать помощь этой категории пациентов без дополнительной подготовки.

При переподготовке участковых терапевтов процесс освоения педиатрии в полном объеме является многоэтапным и включает стажировку на рабочем месте в детской поликлинике или работу в отделении общей практики вместе с врачами педиатрами, прошедшими аналогичную переподготовку. Это позволяет обеспечить консультативную поддержку в начале профессиональной деятельности в новом качестве, как врачу-терапевту, так и врачу-педиатру. Такая организация работы широко практикуется в отделениях общей практики Санкт-Петербурга, в которых осуществляется помощь детям. Из 552 148 жителей города, наблюдающихся у врача общей практики, 13 127 составляют дети различных возрастных групп.

Обучение выпускников вузов по специальности «общая врачебная практика» осуществляется в 2-летней клинической ординатуре, что предоставляет больше возможностей для освоения специальности. На первый учебный модуль педиатрии в программе обучения отведено 2 месяца, половина этого времени приходится на аудиторную подготовку, а половина — на практическую ста-

жировку в условиях детской поликлиники. Этот этап обучения включен в программу 1-го года ординатуры. На этом освоение педиатрии не заканчивается. Оно продолжается в течение всего времени работы на базе отделений общей практики, где ординаторы работают под контролем преподавателей или врачей общей практики, имеющих опыт оказания помощи детям разных возрастных групп. Значительная часть времени вновь отводится на стажировку в условиях детской поликлиники, с которой заключен договор о сотрудничестве и где создана благоприятная атмосфера для подготовки клинических ординаторов.

Аудиторная подготовка в виде лекций и семинаров осуществляется преподавателями кафедры педиатрии с курсом неонатологии СПбМАПО, лекционный материал адаптирован именно для врачей общей практики. Часть занятий проводят преподаватели кафедры семейной медицины, большинство из которых — практикующие семейные врачи, постоянно работающие с детьми различных возрастов.

Клиническая часть обучения реализуется на амбулаторных приемах, во время осуществления помощи на дому, при совместных осмотрах детей с консультантами-специалистами, при участии сестер и врачей в патронаже детей. Кроме того, обучение практическим навыкам, необходимым при работе с детьми, проводится на специальных практических занятиях. Большое внимание уделяется осмотру и обследованию здорового ребенка, оценке физического и психомоторного развития детей различного возраста, так как отклонения в развитии, могут быть признаками наличия у ребенка серьезных заболеваний. При проведении этих занятий используются различные методики. Первый этап обучения, как правило, включает просмотр видеоматериалов, наглядных пособий, а также демонстрацию преподавателем изучаемых навыков на манекене. На втором этапе все манипуляции выполняет на манекене обучаемый врач под контролем преподавателя. И, наконец, на последних этапах обучение проходит непосредственно на приеме — осмотр и обследование детей проводится сначала совместно с врачом-преподавателем, а в последующем — самостоятельно. Такая подготовка нивелирует различия между выпускниками педиатрических и лечебных факультетов.

Опыт работы врачей общей практики в области наблюдения и лечения детей и подростков имеется во многих странах Европы с развитой системой оказания помощи по принципу общей врачебной практики (семейной медицины). В частности, в Нидерландах, Великобритании, Швеции, Дании, Ирландии, Португалии, Норвегии, Финляндии первичную медицинскую помощь детям оказывают врачи общей практики (семейные врачи).

В настоящее время во многих регионах России уже имеется значительный опыт работы по

принципу общей врачебной практики (семейной медицины). Отделения общей врачебной практики и центры семейной медицины работают в Санкт-Петербурге, Ленинградской области, Самаре, Екатеринбурге, Мурманске, Вологде и ряде других городов России. Врачи общей практики работают как в государственных, так и в частных медицинских учреждениях, количество отделений постепенно увеличивается.

Свидетельством многогранных возможностей реализации помощи по принципу общей врачебной практики являются результаты работы Центра семейной медицины СПбМАПО, который с 1996 г. оказывает в рамках обязательного медицинского страхования помощь 5000 пациентам — жителям Калининского и Выборгского районов Санкт-Петербурга. Все семейные врачи прошли обучение в клинической ординатуре, а медицинские сестры — дополнительную подготовку по общей практике в процессе обучения в медицинском колледже, либо после его окончания.

В первые годы работы Центра семейной медицины помощь оказывалась только взрослым. С 1998 г. семейные врачи стали наблюдать детей в возрасте от 7 лет и старше, а с 2000 г. — детей любого возраста, в том числе — новорожденных. Следует отметить, что прикрепление детей к Центру семейной медицины в рамках обязательного медицинского страхования проводилось только по желанию родителей, которым было предоставлено право выбора — оставить ребенка под наблюдением детской поликлиники или перевести на медицинское обслуживание к семейному врачу. Зачастую пожелание, чтобы новорожденного ребенка сразу наблюдал семейный врач, высказывали женщины, наблюдавшиеся в Центре семейной медицины в течение беременности. Таким образом, увеличение числа детей прикрепленных к Центру семейной медицины может свидетельствовать о растущем доверии родителей к врачам общей практики.

В настоящее время в Центре семейной медицины наблюдается 338 детей от 0 до 18 лет, что составляет 7% от прикрепленного населения, обслуживаемого в рамках обязательного медицинского страхования. Пока число наблюдающихся детей невелико, но их ежегодное прикрепление к Центру семейной медицины по желанию родителей уже стало традицией. При этом отказов от наблюдения у семейного врача не зарегистрировано, несмотря на территориальную близость детской районной поликлиники.

Доля амбулаторных посещений детьми врача общей практики составляет 4,5% от общего числа посещений, а посещения детей на дому — 15,6% от общего количества домашних визитов.

Анализ структуры зарегистрированных заболеваний у детей и подростков, наблюдающихся в Центре семейной медицины СПбМАПО, за пос-

ледние 5 лет работы показал, что на первом месте со значительным преобладанием стоят заболевания органов дыхания (63%). Второе место занимают заболевания кожи и подкожной клетчатки (7%). Несколько реже регистрируются болезни органов пищеварения (5%) и заболевания глаза (5%). На долю инфекционных заболеваний и болезней уха приходится по 4%. Эти данные существенно не отличаются от данных городской статистики по детской заболеваемости [4].

Работа с детьми и подростками в Центре семейной медицины СПбМАПО ведется в соответствии с действующей российской законодательной и нормативной базой, регламентирующей порядок оказания медицинской помощи детскому населению. В полном объеме проводится лечебная и профилактическая работа, в том числе диспансеризация детского населения, иммунопрофилактика. Семейные врачи и медицинские сестры проводят патронаж новорожденных, наблюдение за детьми первого года жизни, включая все необходимые осмотры и обследования, проводят профилактические и лечебные мероприятия с детьми в возрасте от 1 до 14 лет и с подростками. Кроме семейных врачей в лечебно-диагностическом процессе при необходимости участвуют специалисты-консультанты — сотрудники Центра и кафедры семейной медицины СПбМАПО, в частности, детский аллерголог, детский невролог, офтальмолог, оториноларинголог. Оснащение Центра позволяет специалистам не только провести клиническое обследование ребенка, но и использовать специальные диагностические методы. Так, например, невролог является преподавателем кафедры семейной медицины по совместительству. Его работа в многопрофильном детском стационаре города, с одной стороны позволяет использовать эту клиническую базу для обучения ординаторов, а с другой стороны гарантирует высокий уровень консультативной поддержки, так как для диагностики используется не только клиническое обследование ребенка, но и ультрасонография головного мозга.

При отсутствии консультанта в штате Центра и кафедры семейной медицины, семейный врач прибегает к помощи специалистов детской поликлиники, с которой заключен договор о сотрудничестве. В случае необходимости ребенок может быть направлен на консультацию или обследование в районный или городской консультативно-диагностический центр, работающий в системе обязательного медицинского страхования.

Направление к специалисту — лишь один из этапов ведения ребенка. После консультации (если ее осуществлял специалист Центра семейной медицины, лечащий врач участвует в осмотре) ведение ребенка корректируется с учетом полученных рекомендаций. Родителей обязательно информируют о необходимости соблюдения вра-

чебных предписаний. Нередко требуются дополнительные объяснения в связи с выбранной тактикой лечения. Таким образом, вся ответственность за наблюдение за ребенком после консультации у специалиста ложится на плечи того врача, кто постоянно его наблюдает.

Врач общей практики выполняет важные координирующие функции по взаимодействию с консультантами-специалистами. При этом основой непрерывности и преемственности в оказании медицинской помощи являются совместное ведение пациентов и налаженные взаимодействия со специалистами с формированием обязательной обратной связи.

Многое из того, что потребовало бы консультации специалиста в условиях районной поликлиники, семейный врач выполняет самостоятельно, не загружая врачей-специалистов рутинной работой. У него для этого есть не только знания и навыки, но и необходимое оборудование. Например, проведение отоларингологического осмотра не сводится только к оценке состояния миндалин с помощью шпателя, а выполняется большой объем обследования с использованием назофарингоскопии, а при необходимости и отоскопии. Наличие оборудования позволяет провести полноценный офтальмологический осмотр, включающий оценку остроты зрения и состояния глазного дна. В итоге комплексная оценка состояния ребенка позволяет выработать рекомендации по лечению и профилактическим мероприятиям, либо назначить дополнительное обследование.

Расширение диагностических возможностей позволяет семейному врачу провести профилактические специализированные осмотры детей декретированных возрастов, дать рекомендации по дальнейшему наблюдению, решить вопрос о необходимости дополнительных консультаций специалистов. Комплексные осмотры детей перед поступлением в детские дошкольные и школьные учреждения врач общей практики проводит без привлечения консультантов-специалистов. При выявлении патологии или при подозрении на наличие каких-либо отклонений семейный врач направит ребенка на обследование или консультацию. При этом экономятся время и силы как врачей-специалистов, так и родите-

лей ребенка, у которых нет необходимости при отсутствии показаний посещать врачей различных специальностей. Подготовка по основным разделам педиатрии позволяет семейному врачу увидеть более полную клиническую картину, что способствует выработке полноценной тактики ведения конкретного пациента с учетом всех факторов, оказывающих влияние на его здоровье, включая назначение необходимого дополнительного обследования и лечения.

Таким образом, семейный врач, прошедший подготовку в соответствии с образовательным стандартом, может взять на себя функции участкового педиатра, а отчасти и узких специалистов амбулаторного звена здравоохранения. При этом он не может и не должен работать в изоляции, так как далеко не все проблемы больного ребенка могут быть решены без помощи специалиста, а нередко и без госпитализации. Кроме того, процесс подготовки врачей общей практики и формирование квалифицированного специалиста в этой области медицины, обладающего широким кругозором и навыками работы со всеми возрастными группами пациентов и, тем более с детьми, достаточно длителен. В связи с этим, в условиях реформирования системы первичной медико-санитарной помощи, наличия региональных различий, безусловно, сохраняется потребность в педиатрах. Необходимо отметить, что граждане нашей страны имеют право на выбор врача. В данном случае такой выбор должны сделать родители.

Безусловно, в дальнейшем потребуются проведение объективного всестороннего научного исследования, направленного на сравнительное изучение эффективности оказания помощи детскому населению педиатрами и врачами общей практики. Однако такую работу должна предварить разработка объективных индикаторов качества оказания помощи, приемлемых для использования в амбулаторных условиях и легко измеряемых.

Возможно, когда появятся объективные критерии, свидетельствующие о научно-обоснованных преимуществах того или иного вида организации первичной медицинской помощи детям, споры о том, какому из них следует отдать предпочтение — общей врачебной практике или участковой педиатрии, прекратятся.

Литература

1. Бозрма В.Дж.В., Флеминг Д.М. Роль общей практики в первичной медико-санитарной помощи // Европейское региональное бюро ВОЗ.— Копенгаген.— 2001.— 182 с.
2. *The European Definition of General Practice/Family Medicine* // WONCA Europe.— 2002.— P. 7.
3. Закон Российской Федерации «Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» // М.: Ось-89.— 2003.— 35 с.
4. Бойнич В.Д., Вишняков Н.И. и соавт. Состояние здоровья населения Северо-Западного федерального округа России и проблемы реформирования здравоохранения // Череповец: Полиграфист, 2003.— 160 с.

Адрес для контакта: СПбМАПО, кафедра семейной медицины, СПб, 194291, пр. Просвещения 45. тел. (812) 598 93 20, e-mail: fammedmapo@yandex.ru, oukuznetsova@mail.ru.

УДК 616-05:614.253

НЕКОТОРЫЕ РАЗЛИЧИЯ В ПОДХОДАХ К ВЕДЕНИЮ ПАЦИЕНТОВ В АМБУЛАТОРНЫХ И СТАЦИОНАРНЫХ УСЛОВИЯХ — ВЗГЛЯД ВРАЧА ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ**Л.Н.Дегтярева, О.Ю.Кузнецова**ГОУ ДПО Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования Росздрава,
Россия**SOME DIFFERENCES BETWEEN THE APPROACH TO PATIENT CARE IN POLYCLINICS AND IN HOSPITALS — THE GP'S VIEW****L.N.Degtyareva, O.Yu.Kuznetsova**

St-Petersburg Medical Academy of Postgraduate Studies, Russia

© Л.Н.Дегтярева, О.Ю.Кузнецова, 2006

В статье рассматриваются некоторые особенности курации пациентов в амбулаторной практике. Освещены вопросы выбора будущей специальности и факторы, влияющие на этот выбор.

Ключевые слова: амбулаторная практика, врач общей практики, стационар.

The article describes the particularities of patient management at polyclinics. The questions of medical specialization choice and factors that influence on it are discussed.

Keywords: outpatient care, general practitioner, hospital.

Многие выпускники современных медицинских вузов представляют свою будущую работу только в стационарных условиях. Об этом свидетельствует как опыт одного из авторов статьи, полученный в связи с работой в комиссии по зачислению выпускников вузов в ординатуру по линии Комитета по здравоохранению Санкт-Петербурга, так и отдельные исследования, посвященные выбору профессии молодыми специалистами, выполненные в Москве, Тульской и Тверской областях [1].

По-видимому, этот факт имеет несколько объяснений. Обучение во многих медицинских институтах ведется на стационарных базах и, как правило, практически отсутствует подготовка в амбулаторных условиях. В соответствии с этим невелико число преподавателей, имеющих опыт работы в первичном звене оказания медицинской помощи — тех наставников, которые хорошо понимают специфику и сложности амбулаторной службы. Программы подготовки студентов в медицинских вузах не ориентированы на изучение особенностей работы в амбулатории. Далеко не во всех вузах функционируют кафедры поликлинической терапии или общей врачебной практики. И, наконец, совсем не последнюю роль играет низкая престижность работы в амбулаторных учреждениях, некий «венец неудачника, вынужденного бегать по подъездам...». Все эти факторы приводят к тому, что молодые специалисты не только плохо представляют себе возможности работы в амбулаторных условиях, но иногда панически ее боятся.

В чем же заключаются различия между оказанием помощи в стационарных условиях и на уровне поликлинического звена здравоохранения? Остановимся на наиболее существенных.

В амбулаторной практике от умения врача зависит, как быстро он сможет найти подход к пациенту, сориентироваться в ситуации и выработать перспективную стратегию оказания помощи. Врачи стационара имеют преимущество во времени и технической оснащенности. Вместе с тем, врачи, работающие в учреждениях первичной медицинской помощи, во многом выигрывают, имея возможность длительного наблюдения за изменениями в жизни пациента, когда фактор времени становится своеобразным методом лечения [2]. Особенно актуальным это обстоятельство становится в современных условиях, когда имеется тенденция к сокращению пребывания больного в стационарных условиях.

Однако фактор времени, а вернее его лимит, может стать серьезным препятствием для врача, не имеющего опыта работы в амбулаторных условиях. Как правило, на осмотр и консультацию одного пациента отводится 12–15 минут, причем в большинстве случаев не делается различий между повторным и первичным визитом пациентов, или, например, приемом пациента, который не посещал врача в течение года или более. Работая в этих условиях, врач должен обладать высокой организованностью и опытом для определения круга первоочередных вопросов, требующих решения для постановки диагноза и составления плана обследования и ведения пациента. Необходимо уметь провести консультацию пациента таким образом, чтобы он понял особенности своего состояния, обусловленного заболеванием, и внутренне согласился с предлагаемым лечением или обследованием.

При возникновении экстренных ситуаций пациенты или вызывают врача на дом, или приходят к врачу без предварительной записи. Обще-

принята практика вызова на дом к пациентам с высокой температурой при простудных заболеваниях, заболевшим детям, при ухудшении течения тяжелых хронических заболеваний. Вот уже много лет ведется дискуссия о необходимости осуществления помощи на дому. С одной стороны — это приближение медицинской помощи к тяжело больным, но с другой точки зрения, объем такой помощи в амбулаторных неспециализированных условиях достаточно ограничен.

Не следует забывать, что в амбулаторной практике именно ограниченное время, отводимое на общение с пациентом, является одним из аргументов критики и с их стороны. Не случайно они выбирают альтернативный путь решения своих проблем и обращаются к специалистам нетрадиционной медицины. Как показали исследования, проведенные в Великобритании, потребность населения в помощи специалистов нетрадиционной медицины оказалась достаточно велика [3]. Вероятно, отсутствие лимита времени и хорошие навыки общения в данном случае играют не последнюю роль.

Специфическая особенность амбулаторной практики — постоянная необходимость принятия решений не только в условиях ограниченного времени, но и при недостатке фактических данных (например, лабораторных). Врач часто сталкивается с так называемыми «размытыми» симптомами и неспецифическими проявлениями болезни.

Многие пациенты обращаются за помощью, имея недифференцированные проблемы, когда трудно сразу определить, что является ведущим в состоянии человека, какие факторы имеют большее влияние и, как будут развиваться события далее. В таких случаях невозможно сразу сформулировать нозологический диагноз. Поэтому диагностические алгоритмы, созданные в первую очередь для врачей общей практики в странах Западной Европы и Северной Америки, основаны на наиболее распространенных синдромах — например, «привычная головная боль» или «красный глаз» [4]. Мало того, ВОЗ был опубликован и переведен на русский язык документ, разработанный для кодирования синдромов и поводов для обращения за помощью к врачу общей практики по типу известного МКБ-10, но не основанный на формулировке диагноза, а учитывающий специфику работы в первичной медицинской помощи [2, 5]. Такой подход дает возможность в полной мере фиксировать деятельность врача, работающего в совершенно иных условиях, и позволяет порой ограничиться определением синдрома, направив больного для уточнения диагноза к специалисту либо в стационар. В нашей стране эта система пока не признана, что, по сути, является одним из доказательств существования неприятия особенностей и различий работы в первичном звене здравоохранения в сравнении со стационаром.

Важной проблемой амбулаторной практики является разделение уровней компетенции между специалистами-консультантами и лечащими врачами. После появления врачей общей практики, которые стали не только брать на себя достаточный объем помощи по смежным специальностям, но и в полной мере ответственность за ведение пациента на всех этапах оказания помощи, вопрос профессиональной кооперации не только не исчерпан, но, по-видимому, зазвучал по-новому. При обращении за помощью к консультанту необходимо обращать внимание на формулировку вопросов, предварительное обследование, объяснение для пациента цели консультации. Внимания требует и «обратная связь» — выполнение назначений пациентом, своевременное ознакомление врача с результатами консультирования и, возможно, коррекция его действий.

Другой разновидностью разделения полномочий для первичного звена здравоохранения является работа команды первичной медико-санитарной помощи, в которую входят врач и медицинская сестра, а нередко и медицинский регистратор. К сожалению, сейчас невозможно сказать, что весь потенциал работы таких команд используется полностью. Однако именно работа в команде позволяет успешно выполнять задачи, стоящие перед учреждением, и определяет эффективность его деятельности в целом. Кроме того, командный принцип работы повышает удовлетворенность сотрудников от выполнения профессиональной деятельности [6]. Как хороший театр, начинаясь с вешалки, создает определенную атмосферу, так и медицинское учреждение, начинаясь с регистратуры, призвано создавать ощущение доверия, заботы и защищенности. В условиях многопрофильного стационара при наличии большого числа подразделений создание такой атмосферы затруднено. Отношение к пациенту как к личности утрачивается. Недаром наиболее частым обращением к пациенту является слово «больной», с чем не всякий человек внутренне готов согласиться.

Заболевшие люди ведут себя по-разному. Кто-то стремится осознать и понять все с ним происходящее, для кого-то такое состояние — не более чем досадная помеха и поэтому замечать ее не стоит. Для некоторых недуг становится своеобразным рычагом для достижения других целей. Все это относится к восприятию болезни и настрою на ее преодоление, но в равной мере справедливо и для анализа факторов среды обитания человека: в какой обстановке возникло заболевание, как эта обстановка влияла на его развитие и может повлиять в будущем. Не случайно различия в восприятии болезни пациентом и оценки набора клинических ее проявлений врачом были сформулированы при описании методологии консультирования Пендлтоном. Приве-

денная этим автором схема консультации, отмечающая параллельно задачи врача по выявлению всех медицинских проблем пациента и его представления о своем состоянии и ощущениях, стала классикой и цитируется во многих руководствах по ведению пациентов [7].

Возвращаясь к проблеме различий стационарной и амбулаторной практики, нужно отметить еще несколько важных моментов. Лечение или обследование в условиях стационара предполагает нахождение пациента в условиях, совершенно отделенных от его обычной жизнедеятельности. Специальный режим, обходы врачей, обследование и процедуры — все это создает довольно специфическую обстановку и настрой. Конечно, на разных людей подобное изменение обстановки действует различно — одни с благоговением и уважением подчиняются, другие подчиняются частично, кто-то пытается протестовать, но все равно остается в стенах больницы. Важным в этом случае остается особенное, отличное от привычного состояния нахождения в «лечебном учреждении».

В амбулаторных условиях взаимоотношения с пациентами складываются иначе. Факт обращения за медицинской помощью является скорее некоторым прерыванием, а иногда и помехой обычно протекающей жизни. Настрой на лечение, который так виртуозно выполняют больничные стены, прочно удерживая пациента несколько дней, после консультации в амбулаторных условиях закрепляется не так крепко и не на столь продолжительное время. Без сомнения, большое влияние оказывает стиль и содержание амбулаторного визита к врачу, ожидания пациента и его желание получить помощь. Но, выходя из кабинета врача, человек снова оказывается в привычной обстановке (даже если ему предписан домашний режим при получении листа нетрудоспособности), он считается с ритмом жизни членов своей семьи или сам поддерживает этот ритм. Поэтому выполнение определенных назначений и изменение уклада привычного образа жизни могут потребовать больших усилий, а значит, могут «надоест» существенно быстрее и пациент захочет от них отказаться.

Фактор приверженности рекомендациям (compliance, комплайнс) тоже имеет некоторую специфику для стационара и амбулаторной помощи. В стационаре, помимо непосредственного наблюдения и контроля выполнения назначений, есть возможность отслеживать эффективность проводимого вмешательства в динамике, день за днем. Существенную помощь оказывают медицинские сестры и служба дежурных врачей. Такое постоянное нахождение в процессе лечения делает весьма затруднительными существенные отклонения от рекомендаций лечащего врача. Есть множество причин личностного, социально-

го и экономического характера, которые влияют на выполнение пациентами врачебных рекомендаций, и среди них важно отметить выраженное влияние факторов семьи и привычного уклада жизни [8]. А, ведь, именно с пациентом, находящимся под влиянием этих факторов постоянно, врач и имеет дело в амбулаторной практике. От него требуется умение разобраться в «ролевых» взаимоотношениях в семье, учесть потребности и озабоченность отдельных ее членов. Работа, направленная на поддержание приверженности к лечению, может отнимать значительное время, но самое главное, — врач обязан уметь доходчиво объяснить своему пациенту, почему тот должен выполнять рекомендации, используя понятную терминологию и демонстрируя убежденность в своей правоте. Не случайно важным подспорьем в работе врача амбулаторной практики становятся школы для больных с хроническими заболеваниями, которые доказали свою эффективность во всем мире [9].

Еще один фактор, существенно влияющий на качество оказания помощи в амбулаторной практике — преимущество оказания медицинской помощи. Стационар — система оказания помощи, «временного» (с позиции пациента) характера. Поступая в стационар, пациент предполагает получить обследование и лечение, соответствующее текущему моменту, получить рекомендации при выписке на достаточно короткий срок — от дней до нескольких месяцев, причем, как правило, его направляют к врачу амбулаторного звена. И вот здесь иногда возникают дополнительные проблемы. Нахождение в условиях повседневной жизни потребует от человека другой активности и занятости, нежели в условиях стационара. И, к сожалению, замечательно подобранная в стационаре система коррекции в условиях амбулаторного наблюдения может давать сбой. Поэтому для врача амбулаторного звена так необходимо и важно решать не только текущие проблемы здоровья пациента, но, при грамотно спланированном ведении, обязательно учитывать долгосрочные перспективы и взаимовлияние различных заболеваний, факторы работы и нагрузки в семье, транспортные перегрузки и эмоциональные проблемы, связанные с внешними факторами жизни пациента. Таких влияний и взаимодействий может быть великое множество, они изменяются и требуют постоянного внимания со стороны доктора.

И, наконец, еще одна проблема, решение которой все чаще ложится на плечи врача, работающего в амбулаторных условиях. Это оказание паллиативной помощи больным, находящимся на последней стадии хронического заболевания, либо имеющим неизлечимое онкологическое заболевание. Поддержка такого пациента, а также членов его семьи, истощенных морально, а нередко и материально, может стать очень трудной

задачей для лечащего доктора [10]. К сожалению, умением сообщать плохие новости не всегда в полной мере владеют сотрудники, работающие в стационарных учреждениях. Неоднократно мы сталкивались с тем, что пациент, выписанный из онкологического учреждения, был не информирован о характере заболевания, по поводу которого он был прооперирован. В этих случаях весь груз моральной ответственности за информирование такого пациента возлагается на врача, которому суждено вести этого пациента до фатального исхода. В последние годы в Санкт-Петербурге достаточно успешно развивается сеть хосписов, которые предназначены для оказания помощи подобным пациентам. Однако они не обеспечивают в полной мере существующую потребность. В связи с этим на врачей первичной медицинской помощи возложены обязанности по подбору адекватной болеутоляющей терапии, обуче-

нию правилам ухода за лежащим пациентом, обеспечению психологической поддержки, как самого пациента, так и членов его семьи.

Завершая краткий анализ различий, существующих между амбулаторной и стационарной помощью, хотелось бы подчеркнуть, что при всех сложностях работы в условиях первичной медицинской помощи, она может принести большое моральное удовлетворение врачу, который не только понял и принял эти различия, но и почувствовал преимущества избранной специальности. Лучшей характеристики того учреждения, в которое обращается впервые большинство людей в разных странах мира, данное известным британским врачом общей практики Ионой Хис, трудно найти. «В стационаре вы всегда встретите болезнь, в то время, как пациент приходит и уходит, а в отделении общей практики — пациента, в то время, когда болезнь приходит и уходит» [2].

Литература

1. Данишевский К.Д. Человеческие ресурсы в здравоохранении России. В кн.: Проблемы здоровья населения / Под ред. К.Д.Данишевского.— М.: Медиа Сфера, 2005.— С. 196–218.
2. 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.
3. Green A., Fryer G.E., Yawn B.P., Lanier D., Dovey S.M. The Ecology of Medical care Revisited // N England Journal of Medicine.— 2001.— Vol. 344.— P. 2021–2025.4. Практическое руководство для врачей общей (семейной) практики / Под ред. И.Н.Денисова.— М.: ГЭОТАР-мед, 2000.— 720.
5. WONCA. Международная классификация первичной медицинской помощи (ICPC)/Пер. с англ.— 2001.— 24 с.
6. Роль индивидуумов в команде. В кн.: Медицинское последипломное образование. Управление и экономика / Под ред. Н.А. Белякова и С.Л. Плавинского.— СПб.: Издательский дом СПбМАПО, 2006.— С. 50–65.
7. Пендлтон Д., Скоуфилд Т., Тейт П., Хавлок П. Врач и больной. Искусство общения.— М.: Практика, 2005.— 150 с.
8. Симаненков В.И. Всегда ли пациенты следуют рекомендациям врача // Российский семейный врач.— 2000.— № 3.— С. 87–89.
9. Фролова Е.В. Обучение пациентов — современная медицинская технология амбулаторной практики.— СПб.: СПбМАПО, 2005.— 148 с.
10. Хит Й. Нравственные дилеммы в практике семейного врача: вопросы жизни и смерти // Российский семейный врач.— 2005.— № 2.— С. 11–15.

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

УДК 617.576

«ЗЕРКАЛЬНАЯ КИСТЬ»

О.Е.Агранович

Федеральное государственное учреждение «Научно-исследовательский детский ортопедический институт им. Г.И.Турнера», Санкт-Петербург, Россия

«MIRROR HAND»

O.E.Agranovich

Federation State establishment «Scientific children orthopedic institute named G.I.Turner», St-Petersburg, Russia

© О.Е.Агранович, 2006

«Зеркальная кисть» — редкая врожденная аномалия развития. В статье приведены общепринятая классификация данной аномалии, а также результаты обследования и лечения 4 больных с различными формами «зеркальной кисти».

Ключевые слова: «зеркальная кисть», врожденная патология кисти.

«Mirror hand» is a rare congenital hand anomaly. The article consists of literature reviews, classification of the disease and results of the author's observations and treatment 4 children.

Keywords: «mirror hand», congenital hand anomaly.

«Зеркальная кисть» — редкая врожденная аномалия, характеризующаяся удвоением локтевой кости, отсутствием лучевой и I пальца кисти, избыточным количеством пальцев, как правило, симметрично расположенных относительно средней линии. Так как предплечье содержит две локтевых кости, деформацию, по мнению Wood (1998), правомерно называть «ульнарной димелией» [1]. По данным Al-Qattan et al. (2002) в литературе описано более 100 случаев «зеркальной кисти» [2].

Обычно «зеркальная кисть» встречается как спорадическое заболевание, но отмечены и наследственные случаи. Причиной заболевания, вероятно, является спонтанная мутация генов. Оба пола поражаются с одинаковой частотой, не отмечено преобладания какой-либо стороны поражения. Чаще наблюдается односторонняя деформация, однако по данным Laurin et al. (1964), возможно и двухстороннее поражение [4].

Ульнарная димелия чаще всего выявляется как изолированная аномалия. Гораздо реже встречаются сочетанные варианты, включающие пороки лица, врожденную дислокацию плеча, удвоение малоберцовой кости, синполидактилию кистей и стоп [4–8].

Помимо классической формы «зеркальной кисти», возможны другие ее варианты. Barton et al. (1986) описали больного с восемью пальцами, тремя костями предплечья (лучевая и две локтевые, одна из которых была рудиментарной) [3]. У больного, описанного Al-Qattan et al. (1998), помимо множества пальцев на кисти, предплечье было образовано локтевой и гипопластичной лучевой костями [1]. Авторы создали классификацию «зеркальной кисти», выделив 5 ее различных типов (таблица).

Наиболее часто встречается тип 1B, реже — тип 1A. Wood (1998) (цит. по Al-Qattan et al., 1998) указал, что в большинстве случаев ульнарной димелии имеется короткая преаксиальная кость, и кисть вследствие этого имеет лучевую девиацию [1]. Остальные варианты «зеркальной кисти», по данным литературы, встречаются крайне редко.

Лечение больных представляет собой большие трудности для хирургов и заключается в устранении деформации кисти, лучезапястного и локтевого суставов. Первое сообщение об оперативном лечении больного с «зеркальной кистью» было сделано Giraldes в 1866 г. Автор ампутировал дополнительные пальцы, что позволило лишь улучшить косметический вид кисти [3]. Долгое время ампутация пальцев являлась операцией выбора и лишь с 1964 г., благодаря трудам Buck-Gramcko, альтернативой стала операция полицизации одного из трехфаланговых пальцев с одновременной ампутацией добавочных лучей, что позволило восстановить функцию двухстороннего схвата кисти, а также улучшать ее косметический вид [3, 5].

Устранение сгибательной контрактуры в лучезапястном суставе осуществляется путем артротомии лучезапястного сустава, капсулотомии лучезапястного сустава, резекции костей проксимального ряда запястья или сухожильной пластики на кисти [3].

Для устранения контрактуры в локтевом суставе и увеличения ротации предплечья Santero (1924), Preissutz (1954) рекомендуют резекцию локтевого отростка латеральной локтевой кости. Однако эта методика не дает хороших функциональных результатов [3, 5].

С 1990 по 2005 гг. в НИДОИ им. Г.И.Турнера находились на обследовании и лечении 4 ребенка

Классификация «зеркальной кисти» [1]

Тип	Название	Клиническая характеристика
1	Ульнарная димелия	Полидактилия, предплечье образовано 2 локтевыми костями: Тип А: каждая кость предплечья хорошо сформирована Тип В: преаксиальная локтевая кость не имеет шиловидного отростка или он гипопластичен
2	Промежуточный тип	Полидактилия, предплечье образовано 2 локтевыми костями (одна из них рудиментарная) и 1 лучевой костью
3	Промежуточный тип	Полидактилия, предплечье образовано 1 локтевой и 1 лучевой костями: Тип А: лучевая кость хорошо сформирована Тип Б: лучевая кость гипопластична
4	«Зеркальная кисть» при различных синдромах	Двухстороннее поражение, синполидактилия; характерны «зеркальные стопы» и врожденная деформация носа: Тип А: Sandrow синдром (предплечье образовано 2 локтевыми костями) Тип Б: Martin синдром (предплечье образовано 1 локтевой и 1 лучевой костями)
5	Удвоение кисти	Полное удвоение кисти, включая I палец, с нормально развитым предплечьем

(2 мальчика и 2 девочки) с различными вариантами «зеркальной кисти». В трех наблюдениях заболевание было спорадическим, и лишь в одном у матери ребенка были выявлены три фаланги первых пальцев обеих кистей. В одном случае наблюдалась полисиндактилия обеих кистей, полидактилия стоп, продольная эктромалия голени. У остальных больных иной патологии опорно-двигательного аппарата и внутренних органов не было выявлено. В одном наблюдении патология была двухсторонней.

Классическая форма «зеркальной кисти» (тип 1В) выявлена у одного ребенка и характеризовалась наличием 8 трехфаланговых пальцев, находившихся в одной плоскости, с выраженной гипоплазией и ограничением активных движений радиальных лучей, укорочением предплечья на стороне поражения, ограничением активного и пассивного разгибания в локтевом суставе. Рентгенологическое обследование выявило следующие изменения. Предплечье представлено 2 локтевыми костями, на кисти отмечались удвоение II–IV лучей, костей запястья (головчатой и крючковидной), а также аплазия I луча (рис. 1, 2). Лечение представило значительные слож-

ности. Первым этапом устранили сгибательную контрактуру в локтевом суставе путем мобилизации сустава и моделирования головчатого возвышения, что позволило лишь незначительно улучшить амплитуду движений в суставе. Вторым этапом удалили радиальные добавочные лучи и выполнили поллицизацию одного из трехфаланговых пальцев. Избыток мягких тканей и мышц облегчал выполнение операции и позволил в итоге получить хороший функциональный и косметический результат.

Промежуточная форма «зеркальной кисти» наблюдалась у двух больных и представляла собой сочетание трехфалангизма I пальца кисти в сочетании с радиальной полидактилией. Предплечье было представлено лучевой и локтевой костями.

Во втором случае (промежуточный 3В тип), кисть была представлена 7-ю трехфаланговыми пальцами, расположенными в одной плоскости, с полифалангией IV пальца. Клинически отмечались укорочение предплечья, радиальная девиация кисти, обусловленная гипоплазией лучевой кости, полный объем движений в локтевом суставе. Радиальные пальцы кисти были представлены трехфаланговым I пальцем в сочетании с радиальной полидактилией. Большой палец кисти был гипоплазирован, активные движения в нем отсутствовали (рис. 3). На первом этапе были удалены добавочные радиальные лучи и проведена поллицизация трехфалангового пальца, на втором устранена полифалангия IV пальца.

Третий случай «зеркальной кисти» отличался от описанных вариантов. На стороне поражения наблюдались радиальная полидактилия и лучевая девиация кисти (6 трехфаланговых и 1 двухфаланговый пальцы, расположенные в одной плоскости), гипоплазия и деформация лучевой и локтевой костей, укорочение предплечья. Объем движений в локтевом суставе был полным. В VI пальце — ульнарная клинодактилия на уровне проксимального межфалангового сустава.

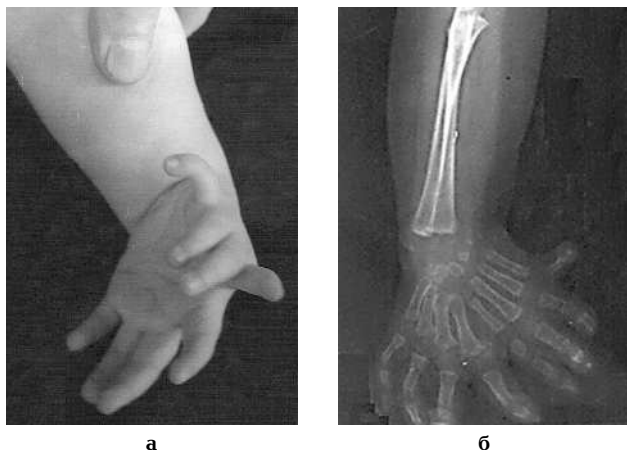


Рис. 1. Внешний вид и рентгенограмма правой кисти больной М. 1,5 лет с классической формой «зеркальной кисти»: а — вид кисти; б — рентгенограмма кисти.



а



б



в

Рис. 2. Внешний вид и рентгенограмма правой кисти больного Т. 1,5 лет с промежуточной формой «зеркальной кисти»: а, б — вид кисти; в — рентгенограмма кисти.



Рис. 3. Рентгенограмма левого предплечья и кисти больного Т. 1,5 лет с промежуточной формой «зеркальной кисти».

III луч был представлен проксимальной и дистальной фалангами и рудиментом пястной кости. Активные движения в VI пальце были ограничены, в III — отсутствовали. По нашему мнению, кисть представляла собой комбинированный порок развития — сочетание трехфалангизма первого пальца с радиальной полидактилией и брахидактилией (рис. 4). Учитывая данный случай (сочетание полидактилии, брахидактилии с деформацией обеих костей предплечья), вероятно, следует в классификации Al-Qattan et al. выделить в 3-ем промежуточном типе подтип С. Лечение было двухэтапным. Первоначально выполнено удлинение костей предплечья и устранение лучевой девиации кисти, на втором этапе удалены добавочные радиальные лучи и поллицизирован трехфаланговый палец, что позволило получить хороший косметический результат, а также восстановить функцию двухстороннего схвата кисти.

В четвертом наблюдении у ребенка отмечены синполидактилия обеих кистей, полидактилия стоп, продольная эктромафия голени (IV тип «зеркальной кисти» по классификации Al-Qattan et al.). Предплечье было представлено лучевой и локтевой костями,

объем движений в локтевых суставах был полным. Кисть имела 8 пальцев, отмечались полидактилия с трехфалангизмом I пальца, полифалангия V пальца, тотальная синдактилия I–V пальцев. Кроме того, были выявлены полидактилия стоп и продольная эктромафия голени. Оперативное

лечение деформации кистей облегчалось сохранением оппозиции I луча кисти и мышц возвышения большого пальца. В связи с этим, на первом этапе мы выполнили отведение и противопоставление I пальца с одновременной экзартикуляцией добавочных лучей и устранением синдактилии I–II пальцев. В дальнейшем планируется ликвидировать сращение остальных пальцев кисти и полифалангию V пальца.

Таким образом, «зеркальная кисть» является редким врожденным пороком развития, каждый новый случай этого заболевания требует описания и подробного изучения, что позволит выбрать правильную тактику лечения и максимально полноценно восстанавливать функцию конечности.



а



б



в



г

Рис. 4. Внешний вид и рентгенограмма кисти больной А. 1 года с двухсторонней формой «зеркальной кисти»: а, б, в — вид правой кисти; г — рентгенограмма обеих кистей.

Литература

1. Al-Qattan M., Al-Thunayan A., De Cordier M., Nandagopal N., Pitkanen J. Classification of the mirror hand— multiple hand spectrum // J. Hand Surg.— 1998.— Vol. 23B. — № 4.— P. 534–536.
2. Al-Qattan M., Hashem F.K., Al Malaq A. An unusual case of preaxial polydactyly of the hands and feet: a case report // J. Hand Surg.— 2002.— Vol. 27A. — № 3.— P. 498–502.
3. Barton N.J., Buck-Gramcko D., Evans D.M., Kleinert H., Semple C. et al. Mirror hand treated by true pollicization // J. Hand Surg.— 1986.— Vol. 11B.— № 3.— P. 320–336.
4. Chingwundon J.O.M., Gupta M., Scott A. Ulnar dimelia. Is it a true duplication of the ulna? // J. Hand Surg.— 1997.— Vol. 22B.— № 1.— P. 77–79.
5. Harpf C., Hussl H. A case of mirror hand deformity with a 17-year postoperative follow up. A case report // Scand. J. Plast. Reconstr. Surg.— 1999.— Vol. 33.— № 3.— P. 329–333.
6. Sandrow R.E., Sullivan P.D., Steel H.H. Hereditary ulnar and fibular dimelia with peculiar facies. A case report // J. Bone Jt. Surg.— 1970.— Vol. 52A. — № 2.— P. 367–70.
7. Martin R.A., Jones M.C., Jones K.L. Mirror hands and feet with a distinct nasal defect, an autosomal dominant condition // Am. J. Med. Genet.— 1993.— Vol.— 46.— № 2.— P. 129–31.
8. Martinez-Frias M.L., Alcaraz M., Espejo P., Gomez M.A., Garcia de Leon R., Gonzalez Moro L. Laurin-Sandrow syndrome (mirror hands and feet and nasal defects): description of a new case // J. Med. Genet.— 1994.— Vol. 31.— № 5.— P. 410–412.
9. Yang S.S., Jackson L., Green D. W., Weiland A.J. A rare variant of mirror hand: a case report // J. Hand Surg.— 1996.— Vol. 21.— № 6.— P. 1048–1051.
10. Gropper P.T. Ulnar dimelia // J. Hand Surg.— 1983.— Vol. 8A.— № 4.— P. 487–491.
11. Hersh J.H., Dela Cruz T.V., Pietrantonio M., von Drasek-Ascher G., Turnquest M.A., Yacoub O.A., Joyse M.R. Mirror image duplication of the hands and feet: report of a sporadic case with multiple congenital anomalies // Am. J. Med. Genet.— 1995.— Vol. 59.— № 3.— P. 341–345.
12. King R. J., Hoyes A.D. The mirror hand abnormality // Hand.— 1982.— № 11.— P. 188–193.

Адрес для контакта: Санкт-Петербург, г. Пушкин, Парковая ул., 64/68, Федеральное государственное учреждение «Научно-исследовательский детский ортопедический институт им. Г.И.Турнера», тел. (812) 465 28 17, факс директор (812) 465 28 57; e-mail: olga_agranovich@yahoo.com

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

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

Продолжительность цикла 9 календарных дней или 72 учебных часа.

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

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

Адрес кафедры:

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

РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА ОПУХОЛЕЙ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НА ОСНОВЕ АЛГОРИТМА

А.В.Стрельников, О.А.Сержанина, К.А.Разинкин

Воронежская городская клиническая больница № 9; Воронежская государственная медицинская академия им. Н.Н.Бурденко; Воронежский государственный технический университет, Россия

THE EARLY DIAGNOSIS OF PROSTATE CARCINOMA BASED ON GUIDELINES

A.V.Strelnikov, O.A.Serjhanina, K.A.Razinkin

Voronej Municipal clinical hospital № 9, Voronej State medical Academy named N.N.Burdenko, Voronej State Technical University, Russia

© А.В.Стрельников, О.А.Сержанина, К.А.Разинкин, 2006

Проанализированы современные подходы к своевременному выявлению опухолей предстательной железы и реальные возможности российского здравоохранения по выполнению этих исследований. Показана структура диагностических мероприятий необходимых для своевременного выявления этой патологии. Предложен путь алгоритмизации принятия врачом общей практики решений, как метод управления качеством ранней диагностики опухолей предстательной железы. На основе дерева принятия решений разработан алгоритм своевременного выявления опухолей предстательной железы, учитывающий организационные особенности здравоохранения РФ.

Ключевые слова: рак предстательной железы; простатический специфический антиген; управление качеством; алгоритм.

Modern approaches to early diagnosis of prostate carcinoma and the real ability of Russian health care in its identification have been analyzed. The structure of diagnostic measures for early detection of pathology is showed. Guidelines for decision making for the general practitioner as a method of management of quality in early diagnosis of prostate tumor are proposed. On the base of the tree of decision-making guidelines for early diagnosis of prostate carcinoma were developed. The proposed guidelines takes into account the organizational particularities of health care in the Russian Federation.

Keywords: prostate tumor, prostate-specific antigen, and guidelines.

Примечание редакции: уровень доказательности предлагаемых клинических рекомендаций — Д (мнение экспертов).

Введение. Новые организационные изменения в здравоохранении Российской Федерации направлены на ускоренное внедрение института семейных врачей [1]. В предлагаемой модели семейный врач является хранителем всей информации о пациенте и диспетчером, направляющим его к узким специалистам. Но ни один, даже самый талантливый, врач не может обладать знаниями во всех отраслях медицины. Поэтому врача общей практики необходимо вооружить методами, позволяющими выявлять необходимость направления пациента на консультацию. Наличие объективных критериев для таких действий поможет решать основные вопросы, стоящие перед реформой системы здравоохранения [2] — повышение качества медицинских услуг и обеспечение их доступности.

На фоне продолжающегося старения населения и роста количества онкологических заболеваний семейному врачу все чаще придется сталкиваться с опухолями предстательной железы. Следует отметить, что в последнее время появилось много методик, позволяющих добиться радикального излечения опухолей предстательной железы на первых стадиях заболевания. Для повышения качества этого процесса необходимо выявить признаки, позволяющие врачу общей практики заподозрить развитие опухоли. Отсутствие яв-

ных проявлений заболевания в начальной стадии обусловило необходимость создать алгоритм активного обследования мужского населения.

В большинстве развитых странах широко применяются программы активного выявления опухолей предстательной железы. Но, учитывая различия в экономических и социальных условиях копирование их для применения в российском здравоохранении невозможно. Эта работа построена с учетом реальных возможностей большинства лечебно-диагностических учреждений нашей страны.

Цель исследования: разработать алгоритм раннего выявления опухолей предстательной железы, доступный большинству врачей общей практики.

Теоретический анализ. Чаще всего опухоли предстательной железы возникают у мужчин в возрасте 50 лет и старше; среди лиц с отягощенной наследственностью или контактирующих с вредными факторами вероятность заболевания увеличивается с 40 лет. Поэтому большинство исследователей считают целесообразным активное выявление этой патологии, начиная с 40–50 лет. Предложения считать возраст 70–75 лет верхней возрастной границей для выявления доклинических форм рака предстательной железы популярны среди врачей северной

Европы. Считается, что к 70 годам у мужчины имеется выраженная соматическая патология, при которой ожидаемая продолжительность жизни больного составит менее 10 лет. В ряде работ показано, что при выявлении опухоли предстательной железы в этом возрасте можно ограничиться динамическим наблюдением, не прибегая к активному лечению.

До настоящего времени нет идеального диагностического теста для выявления рака предстательной железы, то есть теста, обладающего высокой чувствительностью и абсолютной специфичностью. Поэтому большинство диагностических программ, в том числе и скрининговых, базируются на использовании трех методов — определение уровня простатического специфического антигена (ПСА) в крови, ультразвуковое исследование ректальным датчиком и пальпация предстательной железы через прямую кишку. В скрининговых программах, предложенных различными авторами, эффективность каждого из методов оценивается по-разному.

Методика: анализ научных работ и рекомендаций европейского общества урологов, по диагностике опухолей предстательной железы, изучение отчетов органов управления здравоохранением различных регионов; математическое моделирование на основе дерева принятия решений.

Результаты и их обсуждение. Роль пальцевого ректального исследования в диагностике опухолей предстательной железы можно оценивать двояко. Это исследование — самое простое, однако на ранних стадиях рака обладает низкой чувствительностью и специфичностью в сравнении с ультразвуковой диагностикой [3]. В идеальной ситуации пальцевое исследование следует выполнять после определения уровня ПСА и трансректальной ультрасонографии для уточнения плотности тканей простаты и выявленных патологических образований. Самый существенный недостаток пальцевого ректального исследования — то, что его результаты зависят от квалификации врача. Учитывая, что большинство лечебно-профилактических учреждений районного звена не укомплектовано врачами-урологами [4], представить этот метод как базовый не представляется возможным. В то же время при наличии в лечебном учреждении квалифицированного врача-уролога пальцевое ректальное исследование можно рассматривать как первичный метод позволяющий выявить пациентов, нуждающихся в тщательном обследовании.

Трансабдоминальная и трансректальная эхография — обязательный метод распознавания опухолей предстательной железы. При первичном обследовании предпочтительнее применять трансректальный датчик (ТРУЗИ), что позволяет выявить опухолевые очаги, их размеры, количество и локализацию [5]. Опухоль, как правило,

имеет гипоехогенный характер. Трансабдоминальное исследование позволяет оценить количество остаточной мочи, состояние верхних мочевых путей, выявить поражение забрюшинных лимфатических узлов. Поэтому трансабдоминальную ультрасонографию целесообразно применять для уточнения стадии процесса и выбора метода лечения, когда диагноз рака уже установлен. Недостатками метода можно считать высокую стоимость аппаратуры и необходимость высокой квалификации врача, выполняющего исследование. Многие лечебные учреждения даже при наличии ультразвукового сканера не имеют трансректальных датчиков, а в отсутствие регулярной практики врачи не имеют опыта выявления очаговых изменений в предстательной железе. Сочетание этих двух факторов чисто организационного характера не позволяют рассматривать метод ультрасонографии опухолей предстательной железы как базовый.

В большинстве широко применяемых программ скрининга рака предстательной железы основным компонентом является количественное определение в сыворотке крови простатического специфического антигена (ПСА). Тест характеризуется хорошей воспроизводимостью, высокой чувствительностью, неинвазивностью, относительно невысокой стоимостью и не требует высококвалифицированного персонала [6]. Уровень ПСА имеет тенденцию к увеличению с возрастом. Поэтому допустимая верхняя граница нормы составляет 2,5 нг/мл для мужчин в возрасте 40–49 лет и 6,5 нг/мл — в 70–79 лет.

Традиционно верхней границей нормы ПСА считают 4,0 нг/мл, однако в работах последних лет обоснована необходимость детального обследования лиц с уровнем ПСА 2,5 нг/мл. Чтобы дифференцировать повышение ПСА, вызванное воспалительными процессами, от увеличения ПСА, обусловленного опухолью предстательной железы, рекомендуется повторное выполнение теста после проведения курса антибактериальной терапии или нестероидных противовоспалительных препаратов в ректальных суппозиториях. Противовоспалительное лечение в течение 3–4 недель обычно приводит к нормализации уровня ПСА у больных простатитом. При раке предстательной железы уровень антигена под влиянием антибактериальных препаратов не снижается.

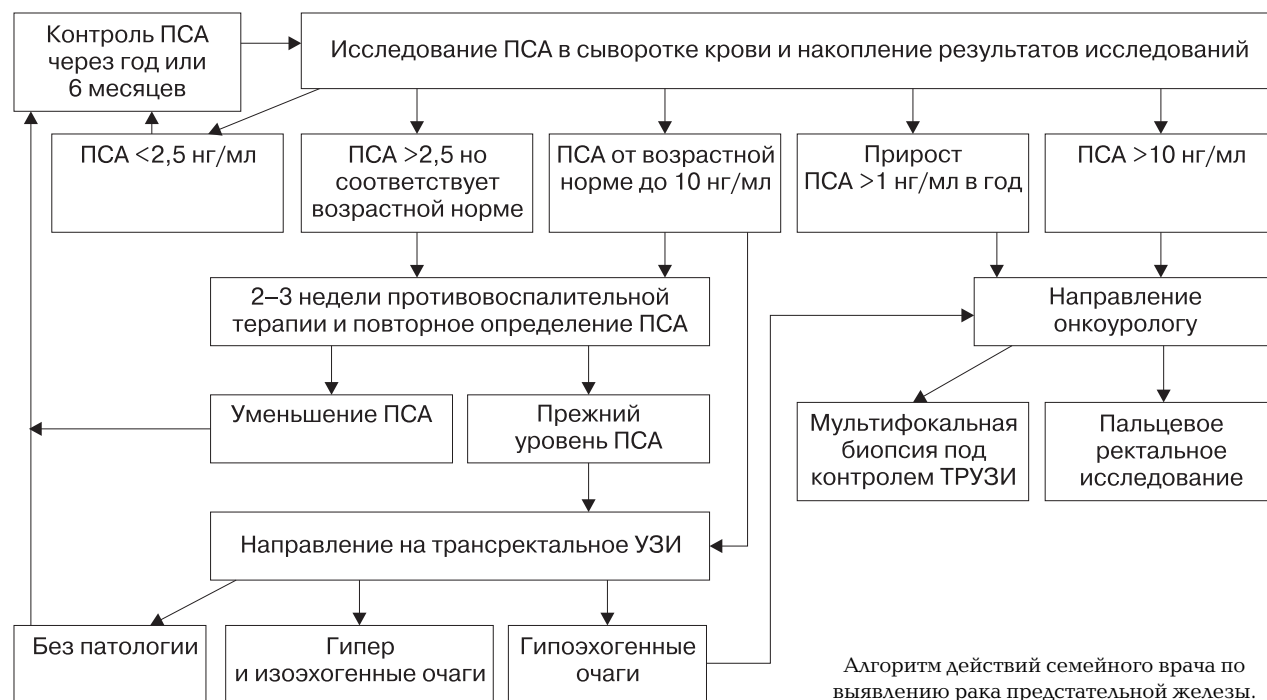
Для повышения точности дифференциальной диагностики рака и доброкачественной гиперплазии предстательной железы используется методика, основанная на вычислении отношения свободного ПСА к общему; при этом в качестве порогового значения рекомендуется отношение, равное 0,15 (или 15%). Показатель отношения выше 15% свидетельствует в пользу доброкачественной гиперплазии, в то время как отношение ниже 15% считается характерным для рака. Этот показатель

может приниматься во внимание только при концентрации общего ПСА от 4 до 10 нг/мл. Рекомендуется учитывать динамику прироста этого показателя во времени — вероятность развития рака считается достаточно высокой при ежегодном повышении уровня ПСА на 0,75–1,0 нг/мл или более.

Технология определения простатоспецифического антигена позволяет забирать пробу (сыворотку крови пациента) в условиях любого лечеб-

направляется на трансректальное УЗИ, а затем к онкоурологу. Наличие такого объема информации позволяет врачу онкоурологу уже на первом приеме принять решение о показаниях к биопсии предстательной железы, которая является самым ответственным и решающим звеном диагностики опухолей предстательной железы.

Только морфологическое исследование ткани предстательной железы позволяет установить



ного учреждения (вплоть до фельдшерского пункта), накапливать пробы и с определенной периодичностью передавать их в крупные лаборатории для анализа. Транспортные издержки минимальны, поскольку пробы можно передавать попутным санитарным транспортом, а использование комплектов тест-систем, рассчитанных на большое количество проб, снижает себестоимость анализа одной пробы.

Исходя из вышеизложенного, определение уровня простатоспецифического антигена в сыворотке крови пациента можно предложить как первичный метод скрининга рака предстательной железы в условиях здравоохранения России. Алгоритм оптимизации действий врача общей практики по выявлению рака предстательной железы изображен на рисунке.

Обследование на основе предложенного алгоритма позволяет врачу общей практики своевременно выявлять изменения в предстательной железе. Проводить дифференциальную диагностику опухолевой и воспалительной патологии предстательной железы. Накапливать и анализировать информацию для определения динамических характеристик уровня простатоспецифического антигена. В случае выявления изменений характерных для рака предстательной железы пациент

окончательный диагноз и принять решение о характере и объеме лечения. Наибольшее распространение в настоящее время приобрела методика трансректальной пункционной мультифокальной (многопольной) биопсии предстательной железы под визуальным ультразвуковым контролем [8]. Наиболее распространен стандартный шестипольный вариант биопсии, предусматривающий выполнение трех вколов в каждой доле (в области основания, середины и верхушки) по средней линии между уретрой и латеральным краем предстательной железы.

Выводы

Оптимальным базовым методом ранней диагностики опухолей предстательной железы врачом общей практики является определение уровня ПСА в сыворотке крови пациента.

Применение алгоритма ранней диагностики опухолей предстательной железы, основанного на первичном определении ПСА, позволит уменьшить количество случаев позднего выявления рака предстательной железы.

Применение предложенного алгоритма уменьшает затраты на диагностические мероприятия и сокращает вероятность проведения неоправданных пункций предстательной железы.

Литература

1. Приказ Минздравсоцразвития РФ от 17.01.2005 № 84 «О порядке осуществления деятельности врача общей практики (семейного врача)».
2. Вялков А.И. О задачах Минздрава России, органов управления здравоохранением субъектов Российской Федерации по формированию системы непрерывного улучшения качества в здравоохранении // Итоги работы органов и учреждений здравоохранения в 2002 г. и меры по повышению качества медицинской помощи населению: Сб. докладов.— М., 2003.
3. Коган М.И., Якимчук Т.П., Шишков А.В., Волдохин А.В. Сравнительный анализ диагностических методов при первичном обследовании больных раком предстательной железы // Урология и нефрология.— 2000.— № 6.— С. 38–41.
4. Остащенко С.Л., Клименко Г.Я. Некоторые аспекты стандартизации медицинской помощи больным уролитиазом в воронежской области // Научно-медицинский вестник Центрального Черноземья.— 2004.— № 11.— С. 54–58.
5. Матвеев Б.П., Бухаркин Б.В., Матвеев В.Б. Рак предстательной железы.— М., 1999.— 153 с.
6. Лоран О.Б., Пушкарь Д.Ю., Франк Г.А. Простат-специфический антиген и морфологическая характеристика рака предстательной железы.— М.— 1999.— С. 190.
7. Сергеева Н.С., Мишунина М.П., Кушлинский Н.Е. и соавт. Рак предстательной железы и простатспецифический антиген // Российский онкологический журнал.— № 1.— 2000.— С. 44–48.
8. Воробьев А.В. Скрининг мужского населения, стандартное обследование пациентов, классификация рака предстательной железы // Практическая онкология.— 2001.— № 2(6).— С. 8–16.

Адрес для контакта: эл. почта: avs@box.vsi.ru, 394030, г. Воронеж, ул. Желябова, д.7, кв. 60, тел. 8 (0732) 30 41 49.

КАФЕДРА СЕМЕЙНОЙ МЕДИЦИНЫ СПБМАПО

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

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

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

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

Адрес для переписки:

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

УДК 616.69-008.1

ОРГАНИЧЕСКАЯ И ПСИХОСОМАТИЧЕСКАЯ ДИСПАРЕУНИЯ (СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ)

А.И.Федорова

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

ORGANIC AND PSYCHOSOMATIC DYSPAREUNIA (COMPARATIVE ANALYSIS)

A.I.Fedorova

St-Petersburg Medical Academy for Postgraduate Studies, Russia

© А.И.Федорова, 2006

Цель исследования — выделение критериев дифференциальной диагностики диспареунии органической природы и психосоматического варианта психогенной диспареунии. Для этого проанализированы характер и динамика болевого синдрома, гинекологический статус, характер сексуальной функции, условия половой социализации и психосексуальное развитие, личностные особенности 82 пациенток с симптоматической диспареунией и 41 — с ее психосоматическим вариантом. Выделены соматические, психические и социальные предрасполагающие факторы развития психосоматической диспареунии.

Ключевые слова: диспареуния, психосоматика.

The purpose of the research is to define differential diagnostic criteria between organic dyspareunia and psychogenic dyspareunia. For this reason the character and dynamics of the pain syndrome, the gynaecological status of the patients, the character of sexual function, the environment for sexual socialization and the psychosexual development and individual peculiarities of 123 patients were analyzed (82 patients with organic dyspareunia and 41 patients with psychosomatic dyspareunia). Somatic, psychological and social predictors of psychosomatic dyspareunia are suggested.

Keywords: dyspareunia, psychosomatic.

Диспареуния — болевые и неприятные ощущения в половых органах, связанные с половым актом — довольно распространенный симптомокомплекс. В США диспареунические жалобы отмечены у 46% женщин в возрасте 18–45 лет, обращающихся к гинекологам и семейным врачам [1]. Ситуация в России представляется достаточно близкой. Термин диспареуния включает расстройства, достаточно неоднородные по механизмам формирования. Современная классификация МКБ-10 выделяет два ее варианта — органическая диспареуния, являющаяся симптомом заболеваний мочеполовой сферы (N94.1), и психогенная диспареуния (F52.6), относящаяся к рубрике собственно половых дисфункций, не обусловленных органическим заболеванием. Под психогенной диспареунией понимают боли во время полового акта, явные причины которых не обнаруживаются, а источником их возникновения могут быть эмоциональные факторы. В литературе ее рассматривают в основном в рамках конверсионных расстройств как телесный символический симптом, имеющий смысл неприятия полового партнера или конкретных сексуальных отношений, воплощенный в болях при половом акте [2, 3]. Болевая симптоматика при конверсионном варианте имеет яркий, образный характер, тесно связана с психотравмирующим фактором и не сопровождается патологическими изменениями в половой сфере.

Разграничение диспареунии органической и психогенной природы разграничивает и зоны

ответственности гинекологов и сексологов. Однако в свете современных представлений о психосоматических взаимоотношениях такой механистичный подход оставляет без внимания значительное количество форм, в которых тесно переплетены соматические и психические патогенные факторы. Особый интерес представляет выделенный нами клинический вариант психогенной диспареунии, развивающейся по психосоматическим механизмам. Клинически он в значительной степени сходен с органической диспареунией и может имитировать ее проявления, однако требует лечения, согласованного гинекологами и сексологами [4]. На практике пациентки с психосоматическим вариантом диспареунии зачастую длительное время неэффективно лечатся у гинекологов. В связи с этим разработка критериев дифференциальной диагностики органической и психосоматической диспареунии является актуальной проблемой гинекологии.

В развитии психосоматического варианта диспареунии ведущая роль отводится стрессу — личностным проблемам, вызывающим сильный душевный разлад, приводящим к негативным эмоциям, неуверенности в себе [5, 6]. Для психосоматической диспареунии характерно присутствие не столько конкретных психотравмирующих факторов, сколько общего нарушения ситуации, затяжного эмоционального конфликта (смутных сексуальных страхов, недоверия к партнеру, неприятия женской роли в сексуальных отношениях),

необычных ощущений от гениталий, особым образом интерпретируемых, внушенных идей или страха болезни. Стресс и сопутствующие ему негативные эмоции, отражаясь в виде спастического состояния мышц тазового дна, способны вызывать боли при введении полового члена, приводить к нарушению микроциркуляции. Поначалу изменения в гениталиях носят функциональный, обратимый характер, но формирующаяся матрица долговременной памяти [7] постепенно переводит их в необратимые структурные изменения гениталий, вызванные дистрофическими процессами. Формируется порочный круг психосоматических взаимоотношений, определяющий появление органических изменений гениталий при психогенной диспареунии.

Цель исследования — выделение критериев дифференциальной диагностики органической диспареунии и психосоматического варианта психогенной диспареунии путем их сравнительного анализа.

Материалы и методы

Обследованы 123 женщины в возрасте от 17 до 50 лет с болями при половом акте: у 82 из них был диагностирован органическая диспареуния (группа I), у 41 — психосоматический вариант психогенной диспареунии (группа II). Рассматриваемые группы сопоставимы по возрасту, образованию и семейному положению. В работе исполь-

компонентов либидо и оргастической функции до заболевания и на его фоне. Экспериментально-психологическое исследование включало оценку уровня реактивной и личностной тревоги по шкале Спилбергера, уровня депрессии по шкале Зунга, алекситимии по шкале TAS. Статистический анализ результатов проведен стандартным пакетом программ прикладного статистического анализа (SPSS v. 9.0) с использованием критерия Стьюдента и α_2 -критерия Пирсона.

Результаты и их обсуждение

Сравнительный анализ болевого синдрома и гинекологического статуса

У 100% обследованных с органической диспареунией выявлены патологические изменения гениталий, соответствующие широкому спектру гинекологических заболеваний. В группе психосоматической диспареунии патология гениталий выявлена в 82,9% случаев, однако большей частью была представлена умеренными изменениями слизистой вульвы и влагалища (гиперемия, трещины, мацерация) и диффузной болезненностью гениталий при пальпации (54,3% и 31,7% соответственно), характерными для нарушений микроциркуляции, застойных явлений в малом тазу. Патогенная микрофлора у обследованных II группы отсутствовала, либо была устранена в результате лечения. Различался в группах также характер болей при половом акте (табл. 1).

Таблица 1.

Сравнительная характеристика диспареунических жалоб (%)

Характеристика жалоб	I группа	II группа
Умеренные диффузные боли, тяжесть внизу живота	*11,0	*29,0
Ощущение натертости во входе во влагалище	*34,1	*7,3
Выраженный зуд, жжение в области входа во влагалище	*17,1	*36,6
Ощущение давления, спазма, отека в половых органах	0	12,2
Яркие, эмоционально окрашенные ощущения	3,7	9,8
Разлитые выраженные боли в проекции матки	24,4	34,1
Резкие кратковременные боли внизу живота	*15,9	*
Иные болевые ощущения	0	4,9
Всего	82	41

* — здесь и далее — достоверность различий $< 0,05$.

зованы клинический, клинико-анамнестический и клинико-психологический, лабораторный и статистический методы исследования. Детально изучен анамнез заболевания (характер, локализация и динамика болей при половом акте, обстоятельства их возникновения), анамнез жизни с акцентом на особенностях раннего детского развития, наличии различных «болевых» событий, связанных с половой сферой — фактора «проторенных путей» [8]. Изучена сексуальная функция с подробным выяснением особенностей психосексуального развития, полового воспитания. Проанализированы интенсивность половой жизни, состояние

У обследованных группы I характер болей соответствовал локализации, характеру и выраженности анатомических изменений гениталий, а в группе II он, соответствуя топике патологических изменений, был более выражен и вызывал более сильные реакции, нежели этого можно было ожидать. Достоверные различия наблюдались также в стойкости болей: в группе II они в 5,5 раз чаще длительно сохранялись после полового акта ($p < 0,05$).

Развитие органической диспареунии в 100% случаев было связано с патологическим процессом в половых органах, психотравмирующие фа-

кторы отмечались всего в 2,4% случаев. В 68,3% случаев психосоматической диспареунии просматривалась временная связь появления болей при половом акте с психотравмирующими переживаниями (в их числе семейная партнерская проблематика — в 26,9%, социальные психотравмирующие ситуации — в 19,5%). Большинство женщин не осознавали связи диспареунии с психотравмирующими факторами, предпочитали ее соматическую интерпретацию, хотя тщательное интервьюирование и анализ развития динамики болевого синдрома показывали обратное.

У обследованных с психосоматической диспареунией в 6 раз чаще, чем при органической были диагностированы дисфункция яичников ($p = 0,001$), в 4 раза чаще — дисменорея ($p = 0,01$), в 3,5 раза — гипостроения ($p = 0,003$). Средние величины конституциональных параметров также были достоверно ниже ($4,12 \pm 0,5$ в сравнении с $5,32 \pm 0,9$ при органической диспареунии, $p < 0,05$). Полученные данные отражают большую дефектность гормональной системы и конституциональную уязвимость сексуального функционирования.

Сравнительный анализ условий половой социализации и психосексуального развития

Сравнение характера родительского воспитания в группах (табл. 2) показало, что при органической диспареунии оно достоверно чаще было

альной информации (73,2% в сравнении с 31,7% в I группе, $p < 0,05$). Таким образом, в группах статистически достоверны различия условий, в которых проходили половая социализация и психосексуальное развитие обследованных. Они коррелируют с особенностями психосексуального развития (ПСР). Во II группе чаще отмечались задержки ПСР на фоне нормального полового развития (51,2% в сравнении с 22,0% в I группе, $p < 0,05$), что свидетельствует о наличии при психосоматической диспареунии психических факторов, тормозящих соответствующее конституции становление сексуальности.

У обследованных с психосоматической диспареунией также была выявлена большая насыщенность «болевого» анамнеза жизни: в 2,5 раза чаще в прошлом встречались гинекологические заболевания и в 5 раз чаще — их длительное, травматичное лечение; в 3 раза чаще — болезненная дефлорация и альгодисменорея ($p < 0,05$). В 34,1% случаев у них наблюдались периодические абдоминальные боли неясной этиологии (в сравнении с 1,2% у женщин с органической диспареунией, $p < 0,05$).

Сравнительный анализ сексуальной функции

Установлены достоверные различия в структуре различных параметров сексуальной функции в группах. Органическая диспареуния досто-

Таблица 2.

Характер родительского воспитания

Характер родительского воспитания	Группа I (%)		Группа II (%)	
	Мать	Отец	Мать	Отец
Эмоционально теплое, любящее	*67,1	**57,3	*12,2	**22,0
Гиперопекающее, ограничивающее	*1,2	—	*19,5	—
Повышенная моральная ответственность	11,0	11,0	17,1	7,2
Отстраненное, лишенное эмоциональной заботы	*6,1	**8,5	*31,7	**29,3
Потворствующее, все позволяющее	6,1	2,4	2,4	—
Строгое, подавляющее	4,8	6,1	14,6	24,4
Отсутствие воспитывающего влияния	3,7	14,7	2,4	17,1

гармоничным, эмоционально теплым, а в группе психосоматических диспареуний преобладало отстраненное, лишенное эмоциональной заботы воспитание, а также материнское гиперопекающее, ограничивающее со сверхзаботливым отношением к физическому здоровью, к «правильному» физиологическому функционированию организма.

В I группе обследованные в 4 раза чаще отмечали положительное отношение родителей к сексуальным аспектам жизни и в 3 раза чаще говорили, что получили от матери положительную и достаточную информацию о женской сексуальности ($p < 0,05$). Во II группе большинство женщин ничего не знало об отношении родителей к сексуальности (61,0% в сравнении с 28,0% в I группе, $p < 0,05$) и не получило от матери никакой сексу-

верно чаще наблюдалась в качестве единственного расстройства сексуальности (40,2% в сравнении с 22,0% при психосоматической диспареунии, $p < 0,05$), либо являлась манифестным сексуальным расстройством, к которому впоследствии присоединялись другие сексуальные дисфункции. Психосоматическая же диспареуния чаще развивалась на фоне других сексуальных дисфункций (71,4% в сравнении с 26,1% при органической, $p < 0,05$), преимущественно нарушения эротического компонента либидо и различных вариантов оргазмических дисфункций. Она также достоверно чаще приводила к еще более глубокому поражению сексуальной функции. Так, на ее фоне достоверно возрастало количество абсолютных аноргазмов (с 22,0% до 41,5%,

при $p < 0,05$, в группе же органических диспареуний негативная динамика была не столь выраженной и касалась в основном снижения оргастичности (с 12,2 до 35,4%, при $p < 0,05$).

Анализ частоты и регулярности половой жизни, как в определенном смысле интегративного показателя отношения к ней показал, что на фоне постоянных диспареунических болей женщины I группы больше склонны к сохранению регулярной половой жизни, а во II группе к поддержанию лишь редких половых контактов либо к полному отказу от нее (табл. 3). Различными были также мотивы сохранения половой жизни. В группе симптоматической диспареунии орга-

нта психогенной диспареунии позволили выделить критерии, дающие гинекологам основание заподозрить включение психосоматических механизмов в формирование «необъяснимых» и трудно поддающихся общепринятой соматически ориентированной терапии случаев диспареунии. К таким критериям относятся:

- патологические изменения гениталий, характерные для нарушений микроциркуляции, дистрофических процессов, застойных явлений в малом тазу;
- преобладание зуда, жжения, монотонных, неопределенных, диффузных болей;

Таблица 3.

Частота и регулярность половой жизни на фоне постоянных болей при половом акте

Характер половой жизни	Группа I (%)	Группа II (%)
Половая жизнь отсутствует	12,0	25,0
Редкие половые контакты, сопровождающиеся болями	44,0	67,4
Регулярная половая жизнь	*44,0	*6,6
Всего	100	100

нической природы они в большей степени связаны с реализации сексуальных потребностей, а в группе психосоматической диспареунии — с желанием поддержания партнерских отношений, соответствия общепринятым образцам женского ролевого поведения, со сложностью вербализации отказа от половой жизни.

Сравнительный анализ результатов психологических исследований

В группе II (психосоматическая диспареуния) выявлены достоверно более высокие показатели реактивной ($31,5 \pm 1,2$ баллов в сравнении с $26,3 \pm 0,6$ баллов) и личностной тревожности ($51,9 \pm 1,1$ и $41,9 \pm 0,7$ баллов), депрессии ($42,2 \pm 0,6$ и $38,0 \pm 0,6$ баллов) и алекситимии ($71,0 \pm 1,0$ и $57,4 \pm 0,6$ баллов), при значении $p = 0,001$. Сравнение групп по частоте показателей, превышающих нормативные значения, показало, что у пациенток с психосоматической диспареунией в 2,8 раза чаще встречалась высокая личностная тревожность ($p < 0,001$). Особенно значимо различались показатели алекситимии. В I группе не было выявлено ни одного случая алекситимии, лишь у 11,1% обследованных шкальные баллы соответствовали сомнительной алекситимии, в то время как во II группе алекситимия отсутствовала лишь у 9,8% женщин, была сомнительной у 53,7% и констатировалась у 36,6%.

Заключение

Результаты сравнительного анализа органической диспареунии и психосоматического вари-

анта несоответствие выраженности болевой симптоматики, связанной с половым актом, наблюдаемым структурным изменениям гениталий;

— большая стойкость болевого синдрома после полового акта;

— появление диспареунических жалоб на фоне стертого, затяжного, но личностно значимого эмоционального конфликта;

— присоединение диспареунии к другим нарушениям сексуального функционирования;

— большее деструктивное влияние на сексуальную функцию, нежели этого можно было ожидать, исходя из наблюдаемых структурных изменений в гениталиях;

— наличие в анамнезе жизни пациентки факторов, способствующих соматизации стресса и его реализации в виде психосоматического варианта диспареунии (особенности раннего детского развития, связанные с дефицитом эмоционального контакта, замалчиванием и дезактуализацией сексуальности; задержки психосексуального развития; конституциональная уязвимость половой сферы; насыщенный «болевым» жизненный опыт, связанный с половой сферой; такие личностные особенности как повышенная тревожность, алекситимические черты).

В этих случаях целесообразно проведение сексологического консультирования для подтверждения психосоматической природы расстройства и определения тактики совместного ведения больной сексологом и гинекологом.

Литература

1. Jamieson D.J., Steege J.F. The prevalence of dysmenorrhea, dyspareunia, pelvic pain, and irritable bowel syndrome in primary care practices // *Obst.-Gynec.*— 1996.— 87 (1).— P. 55–58.
2. Святоц А.М. Женская сексопатология.— Изд-во «Штиинца».— 1991.— 184 с.
3. Здравомыслов В.И., Анисимова З.И., Либих С.С. Функциональная женская сексопатология.— Алма-Ата: Казахстан.— 1985.— 272 с.
4. Федорова А.И. Дифференцированный патогенетический подход к терапии диспареунии// *Российский семейный врач.*— 2005.— № 2.— С. 22–27.
5. Бройтигам В., Кристиан П., Рад М. Психосоматическая медицина.— М.: Гэотар Медицина.— 1999.— 376 с.
6. Губачев Ю.М., Стабровский Е.М. Клинико-физиологические основы психосоматических соотношений.— Л.: Медицина.— 1981.— 214 с.
7. Бехтерева Н.П. Здоровый и больной мозг человека.— Л.: Наука.— 1980.— 208 с.
8. Аверкина Н.А., Филатова Е.Г. Психологические факторы при хронической боли // *Журнал неврологии и психиатрии.*— 2000.— № 12.— С. 21–27.

Адрес для контакта: Санкт-Петербург, В.О., 15 линия, д.4–6, ГПБ №7 «Клиника неврозов», кафедра сексологии СПбМАПО, тел. (812) 328 44 86, e-mail — feanna@inbox.ru.

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.

МОРФОМЕТРИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ СЕРДЦА У ЮНОШЕЙ С БЕЛКОВО-ЭНЕРГЕТИЧЕСКОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Л.В.Щеглова, Д.Р.Кириянова

Санкт-Петербургская государственная педиатрическая медицинская академия, Россия

MORPHOMETRIC CHARACTERISTICS OF THE HEART IN YOUTHS WITH PROTEIN- ENERGY MALNUTRITION

L.V.Scheglova, D.R.Kirjanova

St-Petersburg State Pediatric Medical Academy, Russia

© Л.В.Щеглова, Д.Р.Кириянова, 2006

В статье представлены морфометрические характеристики сердца юношей с белково-энергетической недостаточностью различной степени тяжести.

Ключевые слова: юноши, белково-энергетическая недостаточность.

The article contains data about the morphometric characteristics of the heart in youths with protein-energy malnutrition of different degrees.

Keywords: youths, protein-energy malnutrition.

Введение. В последние годы значительно возрос интерес к белково-энергетической недостаточности (БЭН), особенно у юношей призывного возраста. Это обусловлено социально-экономической значимостью проблемы и увеличением числа призывников с недостаточностью питания [1]. При решении экспертных вопросов пригодности службы в армии наибольшие трудности для вра-

чей представляет оценка критериев функционального состояния сердечно-сосудистой системы у подростков с белково-энергетической недостаточностью различной степени тяжести [2].

Материал и методы исследования. Обследованы 104 юноши с белково-энергетической недостаточностью (средний возраст — 18,1±2,75 лет), проходившие обследование и лечение в гастроэн-

Т а б л и ц а .

**Сравнительная характеристика морфометрических показателей сердца
в обследованных группах подростков**

Показатели ЭхоКГ, мм	Группы обследованных подростков (М±m)			p
	I (контрольная) n=26	II (БЭН*) n=45	III (БЭН и СТД*) n=59	
Диаметр корня аорты	30,8±0,4	29,9±0,3	29,4±0,3	pI-II и pI-III<0,01 pII-III>0,05
Аортальный клапан	20,1±0,3	19,8±0,2	20,0±0,2	pI-II-III>0,05
Левое предсердие	34,3±0,5	32,2±0,3	32,1±0,4	pI-II и pI-III<0,01 pII-III>0,05
Конечный диастолический размер ЛЖ	51,5±0,6	48,2±0,3	48,7±0,4	pI-II и pI-III<0,01 pII-III>0,05
Конечный диастолический объем ЛЖ	126,9±1,7	120,1±1,5	121,1±1,3	pI-II и pI-III<0,01 pII-III>0,05
Толщина межжелудочковой перегородки	9,5±0,1	9,0±0,09	8,9±0,1	pI-II и pI-III<0,01 pII-III>0,05
Толщина задней стенки левого желудочка	9,5±0,1	9,1±0,08	9,0±0,1	pI-II и pI-III<0,01 pII-III>0,05
Ударный объем, мл	80,3±0,9	77,0±0,8	76,9±0,7	pI-II и pI-III<0,01 pII-III>0,05
Фракция выброса %	63,4±0,5	64,3±0,5	63,5±0,2	pI-II-III>0,05
Правый желудочек	23,0±0,3	23,0±0,3	23,6±0,4	pI-II-III>0,05
Поперечный размер правого предсердия	35,8±0,4	35,0±0,3	34,5±0,3	pI-II, pI-III и pII-III>0,05
Продольный размер правого предсердия	38,8±0,5	38,2±0,3	37,4±0,3	pI-II, pI-III и pII-III>0,05
Легочная артерия	19,1±0,2	18,8±0,1	18,6±0,1	pI-II, pI-III и pII-III>0,05

* БЭН — белково-энергетическая недостаточность, СТД — соединительнотканная дисплазия.

терологическом, кардиологическом и эндокринологическом отделениях СПб ГУЗ «Городская Мариинская больница» по направлению поликлиник и военкоматов Санкт-Петербурга с диагнозом: недостаточность питания.

Все юноши подвергнуты клинико-инструментальному обследованию с использованием рентгенологических, ультразвуковых, эндоскопических и лабораторных методов. По показаниям пациентов консультировали невролог, эндокринолог, отоларинголог и другие специалисты. Из 104 подростков с БЭН у 59 выявлены фенотипические признаки синдрома соединительнотканной дисплазии (СТД). Трофологический статус оценивали с помощью соматометрических и лабораторных критериев [3, 4]. Ультразвуковое исследование сердца проведено на аппарате «Logic-400 MD» в М- и В-режимах [5]. Измеряли (в мм) следующие показатели: диаметр корня аорты (dAo), размеры аортального клапана — раскрытие створок — (АК), левого предсердия (ЛП), полости левого желудочка — конечный диастолический размер (КДР), правого желудочка (ПЖ), поперечный и продольный размеры правого предсердия (ПП), легочной артерии (ЛА), а также толщину миокарда межжелудочковой перегородки (ТМЖП) и задней стенки левого желудочка (ТЗСЛЖ).

По формуле L.Teichholz (1976) были рассчитаны конечный диастолический объем (КДО в мл) левого желудочка [6]. Для оценки сократительной способности миокарда определяли фракцию выброса крови из левого желудочка (ФВ в %) [7]. Статистическая обработка полученных результатов проведена в пакете «Statistica 6.0» с помощью t-критерия Стьюдента для параметрических и U-теста Манна — Уитни для непараметрических данных.

Результаты исследования. Обследованные были разделены на 3 группы: I группу (контрольную) составили 86 юношей с нормальной массой тела, II группу — 45 юношей с белково-энергетической недостаточностью (БЭН), в III группу были включе-

ны 59 юношей с белково-энергетической недостаточностью и синдромом СТД. Степень тяжести белково-энергетической недостаточности определяли по индексу Кетле: при 17–19,4 кг/м² — легкая степень; при 15–16,9 кг/м² — средней тяжести. Юношей с тяжелой степенью белково-энергетической недостаточности в исследование не включали.

Сравнительная характеристика основных морфометрических показателей в группах подростков с БЭН, БЭН с синдромом СТД и в контрольной группе представлена в таблице.

Как видно из таблицы, как в группе подростков с БЭН, так и с БЭН и синдромом СТД по сравнению с контрольной группой определено достоверное снижение диаметра корня аорты, конечного диастолического размера и диастолического объема левого желудочка, размера левого предсердия, величины ударного объема левого желудочка, а также толщины задней стенки левого желудочка и межжелудочковой перегородки. У подростков с БЭН и синдромом СТД также выявлены достоверно меньшие размеры правого предсердия и легочной артерии. Таким образом, в группе подростков с БЭН по сравнению с подростками контрольной группы наблюдалось уменьшение левых камер сердца, а в группе подростков с БЭН и синдромом СТД выявлено уменьшение не только левых, но и правых камер сердца.

С помощью корреляционного анализа выявлена линейная зависимость между индексом массы тела и размерами полостей сердца ($r=0,21-0,97$ при $p<0,01$).

Заключение. Выявлена зависимость основных морфометрических показателей от трофологического статуса. В группе подростков с белково-энергетической недостаточностью имеет место уменьшение левых камер сердца, в группе подростков с белково-энергетической недостаточностью на фоне синдрома соединительнотканной дисплазии уменьшены не только левые, но и правые камеры сердца, что обусловлено аномалией развития его соединительнотканного каркаса.

Литература

1. Левина Л.И. О вкладе ученых педиатрической медицинской академии в проблему изучения подростковой патологии. — СПб. — 2002. — 19 с.
2. Луфт В.М. Причины, распространенность и клинические аспекты недостаточности питания // Военно-медицинский журнал. — 1994. — № 4. — С. 59–63.
3. Craig R. Criteria for the diagnosis of malnutrition // J. Am. Med. Assoc. — 1986. — Vol. 256. — P. 866–887.
4. Detsky A.S., McLaughlin J.R., Baker J.P. What is Subjective Global Assessment of Nutritional Status? // J. PEN. — 1987. — Vol. 11. — P. 8–13.
5. Козуница Г.С., Кельцев В.А. Морфологические изменения сердца, кардиогемодинамики и механизмов ее регуляции в процессе возрастной адаптации к различным двигательным режимам // Педиатрия. — 1993. — № 2. — С. 108.
6. Гнусаев Г.Ф., Белозеров Ю.М. Эхокардиографические критерии диагностики и классификации малых аномалий сердца у детей // Ультразвук. диагностика. — 1997. — № 3. — С. 21–27.
7. Домницкая Т.М., Алехин М.Н., Сидоренко Б.А., Гаврилова В.А., Корнопева Л.С. Использование М-режима тканевого доплеровского исследования для оценки локальной диастолической функции левого желудочка у детей с аномально расположенными хордами сердца // Кардиология. — 2000. — № 5. — С. 39–41.

КОМПЛЕКСНАЯ ДИАГНОСТИКА СТЕНОЗА ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНОГО КАНАЛА И ВТОРИЧНЫХ НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ

Э.Б.Пачулия, Н.М.Жулев, Т.Н.Трофимова, Л.А.Полякова, С.Н.Жулев, Т.В.Лалаян, Т.С.Скородумова
Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования, Россия

THE COMPLEX DIAGNOSIS OF CERVICAL SPINAL STENOSIS AND SECONDARY NEUROLOGIC FAILURES

E.B.Pachuliya, N.M.Zhulev, T.N.Trofimova, L.A.Polyakova, S.N.Zhulev, T.V.Lalayan, T.S.Scorodumova
Saint-Petersburg Medical Academy of Postgraduate Studies, Russia

© Коллектив авторов, 2006

Приведены данные комплексного неврологического, рентгенологического, компьютерно-томографического и магнитно-резонансного томографического обследования 53 больных со стенозом шейного отдела позвоночного канала. Выделены ведущие неврологические синдромы, из которых у 62,3% пациентов были диагностированы рефлекторные синдромы, у 60,4% — радикулопатии и у 90,6% — радикуломиелопатии. Представлены качественные и количественные критерии заболевания.

Ключевые слова: стеноз шейного отдела позвоночного канала, шейная миелопатия, магнитно-резонансная томография.

Data of complex neurologic, radiographic, computed tomographic and magnetic-resonance imaging investigation performed on 53 patients are presented. There are prominent neurologic syndromes distinguished, among them reflector syndromes (62,3%), radiculopathy (60,4%) and 90,6% — radiculomyelopathy. The quantitative and qualitative criteria of cervical spinal stenosis are presented.

Keywords: cervical spinal stenosis, cervical myelopathy, magnetic-resonance imaging.

Введение. В современной вертеброневрологии диагностика стеноза позвоночного канала и вторичных компрессионных спинальных синдромов остается мало изученной и дискуссионной проблемой. Дегенеративно-дистрофические изменения позвоночника становятся источником постоянной травматизации корешков и спинного мозга и причиной развития компрессионных неврологических симптомов и синдромов.

Вследствие клинического полиморфизма проявлений стеноза позвоночного канала количество заболеваний, с которыми приходится проводить дифференциальную диагностику (опухоль спинного мозга, рассеянный склероз, боковой амиотрофический склероз, сирингомиелия, болезнь Штрюмпеля и др.) весьма велико [1–3].

Внедрение в неврологическую практику методов медицинской интраскопии — компьютерной (КТ) и магнитно-резонансной томографии (МРТ) значительно расширило представление о механизме неврологических нарушений при патологии позвоночника. Однако семиотика данных КТ и МРТ при стенозе позвоночного канала разработана недостаточно [4–6].

Материалы и методы. В клинике нервных болезней Санкт-Петербургской медицинской академии последипломного образования обследованы 53 больных в возрасте 20–72 лет со стенозом позвоночного канала на шейном уровне (32 мужчины и 21 женщина). В качестве контрольной группы обследованы 40 больных, неврологическое обследование которых не выявило симптомов поражения корешков спинного мозга на шейном уровне, а при лучевом исследовании выявлялись

экстравертебральная патология или изменения в паравертебральных мягких тканях.

Цель исследования. Оптимизировать диагностику стеноза позвоночного канала путем совершенствования диагностических алгоритмов, разработанных на основе комплексного клинико-неврологического, рентгенологического, компьютерно-томографического и магнитно-резонансного томографического обследования.

Результаты. Анализ неврологических синдромов у обследованных позволил выделить, согласно классификации И.П.Антонова (1985) и Д.Г.Германа и А.А.Скоромца (1985), следующие компрессионные синдромы: рефлекторные (62,3%), радикулопатии (60,4%) и радикуломиелопатии (90,6%). Рефлекторные синдромы у 18 больных были представлены вегетативно-сосудистыми расстройствами рук; у 13 — синдромом Клода Бернара — Горнера и у 2 — синдромом Наффцигера.

Компрессионные радикулопатии выявлены у 32 человек (60,4%). Наиболее часто поражались корешки C_{VI} (30 случаев), C_{VI} (28), C_V (20), C_{VIII} (14), C_{IV} (5), C_{II} и C_{III} — по одному. Односторонние радикулопатии встречались в 43,4% случаев, бирадикулопатии — в 35,8%, полирадикулопатии — в 20,8% наблюдений. Радикулопатии в 58,5% случаев предшествовали спинальным симптомам. Многоуровневые радикулопатии преобладали у больных с врожденным стенозом позвоночного канала (в 35,3% случаев) и лишь в 13,9% у больных с приобретенным стенозом.

Компрессионно-спинальный синдром (шейные миелопатии) выявлен у 48 больных (90,6%) со стенозом позвоночного канала. В клинической

картине миелопатии преобладали двигательные расстройства (71,7%) вследствие поражения пирамидных путей, степень выраженности которых колебалась от рефлекторных изменений вплоть до парезов.

Ишемическая миелопатия чаще проявлялась синдромом бокового амиотрофического склероза (в 37,7%), синдромом боковых столбов (28,3%) и реже — синдромом Персонайджа — Тернера (13,2%), и лишь в 3,8% — синдромом Броун-Секара.

Особенностями бокового амиотрофического склероза при миелоишемии являлись доброкачественность и ремиттирующее течение, отсутствие бульбарных расстройств, поражение проксимальных мышц рук в начале заболевания, наличие корешковых чувствительных расстройств и отсутствие системности поражения пирамидного пути.

Синдром бокового амиотрофического склероза (28,3%) характеризовался медленным нарастанием двухсторонних пирамидных симптомов с умеренной выраженностью двигательных расстройств и преобладанием мышечной гипертонии над парезами.

При синдроме Персонайджа — Тернера формулу двигательных расстройств и ее генез за счет ишемии мотонейронов C_V-VI сегментов спинного мозга подтверждены данными ЭМГ исследований.

Компрессионная радикуломиелопатия с синдромом полного поперечного поражения спинного мозга наблюдалась у 6 больных (11,3%), а в 1 случае был диагностирован классический синдром Броун-Секара.

Особенностью выделенных нами компрессионных спинальных синдромов был полиморфизм в виде сочетания с другими компрессионными синдромами — радикуло- и полирадикулопатиями (60,4%), рефлекторными синдромами (62,3%), синдромом позвоночной артерии (37,7%). Полиморфизм этих синдромов объясняется многоуровневым характером компрессии и вовлечением различных структур позвоночного канала — корешков, сосудов, вегетативных волокон и спинного мозга.

В соответствии с современными подходами [9, 10], мы выделяли:

1) Комбинированный стеноз (подгруппа I, 17 человек), когда на имеющийся конституциональный стеноз накладываются дегенеративно-дистрофические изменения позвоночника, декомпенсирующие анатомический дефект.

2) Вторичный (приобретенный) стеноз (подгруппа II, 36 человек) — в связи с дегенеративными процессами, травмой, костной патологией.

Величину позвоночного канала мы оценивали при анализе спондилограмм по трем параметрам: 1) качественная оценка включала анализ образований, формирующих стенки позвоночного канала;

2) сагиттальный диаметр измеряли в абсолютных величинах и сопоставляли с литературными данными и контрольной группой; и 3) в относительных показателях, основанных на сопоставлении сагиттальных размеров позвоночного канала и размера тела позвонка, то есть использовали «цервикальный» коэффициент Чайковского [9]. За норму принимали коэффициент 1,0–1,2.

Диагностика стеноза позвоночного канала базировалась на качественных и количественных планиметрических критериях, полученных при лучевом исследовании шейного отдела позвоночника (рентгенологическом, КТ и МРТ).

При качественном анализе спондилограмм у всех 53 больных были установлены дегенеративно-дистрофические изменения в виде остеохондроза, деформирующего спондилеза и спондилоартроза (79,2%) и их сочетания. Остеохондроз позвоночника в 88,3% случаев наблюдался в нижнешейном отделе на уровне C_{IV}-VII. Множественное (больше двух) поражение дисков отмечено у 69% больных, преимущественно на уровне C_{IV}-VII межпозвоноковых сегментов. Задние остеофиты выявлены в 75,5%, утолщение задней продольной связки — в 41,5%. Показателем врожденной узости позвоночного канала считали наслоение контура верхнего суставного отростка на тело вышележащего позвонка, что свидетельствовало об укорочении либо фронтальном расположении ножки дуги, а также уменьшение размера изображения пластины дуги вплоть до ее исчезновения на боковой спондилограмме. Слабость связочного аппарата с подвывихами позвонков от 2 до 5 мм наблюдалась в 24,5%, что способствовало сужению переднезаднего размера позвоночного канала.

По данным рентгенологического исследования, в основной группе абсолютные значения переднезаднего размера на уровне C_{III}-VII позвонков варьировали от 13 до 22 мм. Переднезадний размер в группе с врожденным стенозом составил в среднем $14,5 \pm 0,36$, что отличалось от группы контроля ($18,4 \pm 0,27$) и группы больных с приобретенным стенозом ($17,4 \pm 0,18$). Величина индекса Чайковского (ИЧ) в контрольной группе составляла в среднем $1,06 \pm 0,01$, в группе с врожденным стенозом была в среднем $0,92 \pm 0,03$, а в группе с приобретенным стенозом соответствовала группе контроля. Эти различия между группами были статистически достоверными. В группе с приобретенным стенозом абсолютные величины переднезадних размеров и ИЧ были выше, что исключало наличие врожденной узости позвоночного канала.

Наши исследования показали, что стандартная рентгенограмма с количественным и качественным анализом костных структур позвоночного канала позволяет выявить признаки и локализацию дегенеративно-дистрофических измене-

ний позвоночника и может быть использована для диагностики стеноза позвоночного канала.

КТ-исследование шейного отдела позвоночника на уровне CIII–IV, CIV–V, CV–VI позволили оценить форму и измерить позвоночный канал. Врожденный стеноз на шейном уровне выявлен у 7 больных, при этом определялась фронтальная позиция пластин дуг позвонков, вентральное расположение верхних суставных отростков, по отношению к задней стенке тела позвонка. Сагиттальный размер на уровне CIV–V, CV–VI составил $13,4 \pm 0,66$ мм, размер межпозвонкового отверстия (МПО) — $3,0 \pm 0,66$. Анализ компьютерных томограмм позволял диагностировать стеноз позвоночного канала и локализовать направление компрессии, однако предварительно необходимо четко определить зону возможного поражения.

Качественный анализ МРТ показал, что основными компримирующими факторами стеноза позвоночного канала являлись грыжи межпозвонковых дисков. Грыжи и протрузии дисков выявлены у всех 53 больных. На поперечных МРТ-изображениях мы могли оценить характер грыжи и степень компрессии спинного мозга или корешка (рисунок). Задние грыжи межпозвонковых дисков были медианными в 41% случаев, парамедианными — в 48,6%, фораминальными — в 10,5%. Компрессия спинного мозга грыжей межпозвонкового диска выявлена в 64,1% случаев. Нами отмечено, что обязательным условием развития неврологических синдромов является стеноз позвоночного канала, нередко усугубляющийся нестабильностью позвонков (24,5%).

Учитывая, что семиотика МРТ-данных при стенозе позвоночного канала недостаточно раз-

работана [4, 5], а количественные параметры стеноза практически отсутствуют, мы провели измерения сагиттального диаметра и парасагиттальных размеров позвоночного канала, сагиттального диаметра спинного мозга, и размеров межпозвонкового отверстия (МПО) (табл. 1 и 2).

Статистические исследования показали достоверность различий в основной группе пациентов с группой контроля. Значимые различия между группами ($p < 0,005$) получены по ранговому критерию Манна — Уитни, причем в группе контроля доминируют более высокие значения размеров позвоночного канала (сумма рангов выше).

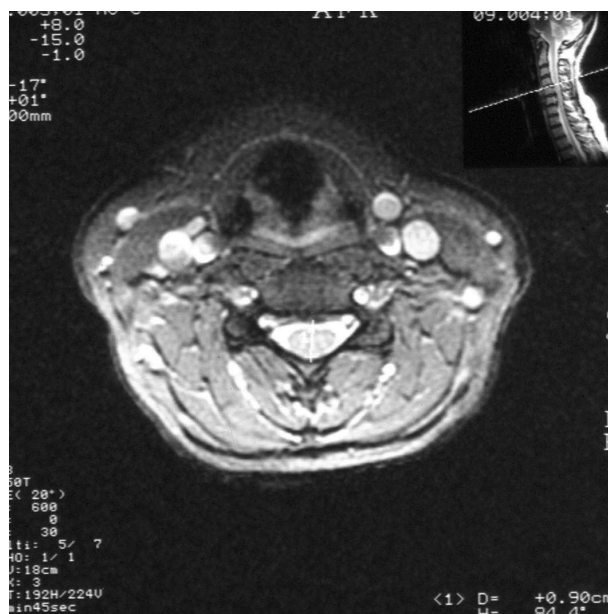
Выявлены достоверные различия в размерах позвоночного канала при синдромах бокового амиотрофического склероза и боковых столбов: переднезадний размер на уровне CV–VI при синдроме бокового амиотрофического склероза был значительно меньше, чем при синдроме боковых столбов, что, по-видимому, определяло тяжесть клинического синдрома. Снижение размера МПО на различных уровнях меньше 5 мм (от 2 до 4 мм) выявлено у всех обследованных, что и определяло развитие радикулярного синдрома и полиморфизм всех компрессионных неврологических проявлений.

Учитывая, что стеноз позвоночного канала уменьшает резервные пространства спинного мозга, а также вариабельность его размеров [10, 11], мы расценили резервное пространство спинного мозга (РПСМ) и коэффициент резервных пространств как наиболее приемлемые критерии диагностики стеноза позвоночного канала.

Выявлены значимые различия в РПСМ и коэффициенте резервных пространств в группе



а



б

Рисунок. Б-ая Ч-ва, 47 лет. Радикулопатия CV–VII. МРТ шейного отдела позвоночника. Сужение просвета позвоночного канала до 0,71 см. Диски сегментов CIV–V, CV–VI, и CVI–VII выступают кзади по дуге большого радиуса на 0,26 см, суживая переднее субарахноидальное пространство.

а — срединно-сагиттальный срез, T2 ВИ; б — аксиальный срез на уровне CIV–V T2 ВИ.

Таблица 1

**Размеры позвоночного канала и спинного мозга на уровне СIII–VII–ThI
у пациентов контрольной группы (n=40) по данным МРТ**

Показатель	Размеры, мм (M±m)				
	CIII–IV	CIV–V	CV–VI	CVI–VII	CVII–ThI
Сагиттальный диаметр ПК	13,9±0,17	13,6±0,19	13,8±0,17	13,8±0,18	13,7±0,15
Сагиттальный диаметр СМ	7,8±0,09	7,7±0,08	7,7±0,07	7,5±0,05	7,2±0,07
Аксиальный диаметр ПК	13,8±0,15	14,0±0,15	13,2±0,2	13,9±0,19	13,3±0,18
Аксиальный диаметр СМ	8,1±0,08	8,0±0,08	8,0±0,09	7,7±0,06	7,4±0,08
Парасагиттальный диаметр ПК	8,9±0,11	9,3±0,19	9,2±0,16	9,0±0,17	9,1±0,16
Диаметр МПО	5,1±0,09	5,1±0,07	5,2±0,08	5,1±0,09	5,3±0,10
РПСМ	6,1±0,18	6,1±0,18	6,1±0,18	6,3±0,19	6,4±0,13
Коэффициент резервных пространств	0,79±0,03	0,79±0,02	0,79±0,03	0,84±0,02	0,86±0,02

Таблица 2

**Размеры позвоночного канала и спинного мозга на уровне СIII–VII–ThI
у пациентов основной группы (n=53) по данным МРТ**

Показатель	Размеры, мм (M±m)				
	CIII–IV	CIV–V	CV–VI	CVI–VII	CVII–ThI
Сагиттальный диаметр ПК	11,7±0,32**	11,0±0,33**	10,0±0,34**	10,2±0,32**	12,7±0,21*
Сагиттальный диаметр СМ	7,5±0,10	7,3±0,09**	7,0±0,11**	7,0±0,11**	7,5±0,07*
Аксиальный диаметр ПК	12,3±0,35*	11,5±0,35**	10,7±0,33**	10,8±0,32**	12,9±0,30
Аксиальный диаметр СМ	7,7±0,08*	7,6±0,09*	7,3±0,10**	7,3±0,09*	7,7±0,08*
Парасагиттальный диаметр ПК	8,6±0,19	8,3±0,2*	7,2±0,20*	7,5±0,18**	8,8±0,23
Диаметр МПО	4,1±0,11**	4,0±0,01**	3,8±0,11**	3,8±0,13**	4,3±0,10**
РПСМ	4,2±0,27**	3,8±0,28**	0,4±0,03**	3,2±0,27**	5,1±0,20**
Коэффициент резервных пространств	0,56±0,04**	0,51±0,04**	0,43±0,04**	0,45±0,04**	0,74±0,03*

* — $p < 0,005$, ** — $p < 0,0005$ различия с контрольной группой (см. табл. 1).

ПК — позвоночный канал, СМ — спинной мозг, МПО — межпозвоночное отверстие, РПСМ — резервные пространства спинного мозга.

контроля и основной. В контрольной группе вариабельность РПСМ на уровне СIII–VII–ThI от 2,2 мм до 8,9 мм, а C1–3 от 5,6 до 17,6 мм. При этом наибольший размер РПСМ и коэффициента резервных пространств выявлен на уровне СIII–VII–ThI в обеих группах, наименьший — на уровне CV–VI в основной группе. Значения РПСМ в подгруппе I колебались от 0,1 до 8,5 мм, а коэффициента резервных пространств от 0,03 до 1,12, в подгруппе II от 0 до 7,0 мм, коэффициента резервных пространств от 0 до 1,10. Наибольший размер РПСМ выявлен на уровне CII–III в обеих подгруппах, наименьший — на уровне CV–VI. Статистически значимые различия в значениях РПСМ и коэффициента резервных пространств по подгруппам получены на уровне CVI–VII. Различия между подгруппами получены лишь на уровне C1.

Наибольший коэффициент резервных пространств выявлен при синдроме радикулопатии (0,61) и при синдроме боковых столбов (0,55), наименьший — при синдроме поперечного поражения спинного мозга (0,19) и синдроме Броун-Секара (0,18). При синдромах бокового амиотрофического склероза и Персонайджа — Тернера ко-

эффициент резервных пространств составил 0,44. Статистическая достоверность количественных МРТ-показателей позвоночного канала позволила использовать их в качестве диагностических критериев стеноза.

Сопоставляя неврологические синдромы по двум группам стенозов, мы могли отметить их особенности. В группе с врожденным стенозом выявлена стадийность развития симптомов с наличием предвестников (в сроки от двух месяцев до двух лет) в виде алгических и рефлекторных вегетативно-сосудистых синдромов с последующим развитием двигательных расстройств, выраженность которых не достигала значительной степени. Отмечен множественный, многоуровневый и двусторонний характер сопутствующих радикулопатий в молодом возрасте пациентов.

Таким образом, одновременное проведение качественного и количественного анализа результатов спондилографии, КТ- и МРТ-исследований дополняют друг друга и делают диагностику стеноза позвоночного канала математически точной, что способствует оптимизации диагностического процесса.

Литература

1. Brunholzi C., Claus D., Bianehi C. Central motor conduction time in diagnosis of spinal processes // Nervenarzt.— 1993.— Vol. 64.— № 4.— P. 233–237.
2. Li T.M., Day S.J., Alberman E., Swach M. Differential diagnosis of motoneuron disease from other neurological conditions // Lancet.— 1986.— Vol. 2.— № 8509.— P. 731–733.
3. Uldry P.A., Regli F., Uske A. Magnetic resonance imaging in spinal cord disease. 127 cases // Schweiz. Rundsch. Med. Prax.— 1992.— Vol. 81.— № 36.— P. 1048–1054.
4. Гуревич Д.В. Шейная дискогенная миелопатия (дифференциально-диагностические и социальные аспекты): Автореф. дисс... канд. мед. наук: 14.00.13.— СПб.: СПбМАПО, 1995.— 22 с.
5. Тюлькин О.Н. Вертеброгенная шейная миелопатия при врожденном узком позвоночном канале: Автореф. дисс... канд. мед. наук: 14.00.28.— Новокузнецкий гос. ин-т усовершенствования врачей, 1988.— 25 с.
6. Reul J., Gievers B., Weis J., Thron A. Assessment of the narrow cervical spinal canal: a prospective comparison of MRI, myelography and CT-myelography // Neuroradiology.— 1995.— Vol. 37.— № 3.— P. 187–191.
7. Рамих Э.А., Колтун В.Г., Лившиц Д.Н. Комбинированный стеноз позвоночного канала при поясничном сколиозе // Вестн. травматол.— 1994.— № 3.— С. 140–144.
8. Epstein B.S., Epstein J.A., Jones M.D. Cervical spinal stenosis // Radiol. Clin. North. Am.— 1977.— Vol. 15.— № 2.— P. 227–239.
9. Чайковский М.Н. Остеохондрозы позвоночника. Материалы к клинике и рентгенологической картине шейного остеохондроза.— Новокузнецк, 1966.— 307 с.
10. Johnsson K.E., Rosen I., Uden A. The natural course of lumbar spinal stenosis // Clin. Orthop.— 1992.— Vol. 279.— № 6.— P. 82–86.
11. Ros L., Mota J., Guedea A., Bidgood D. Quantitative measurements of the spinal cord and canal by MR imaging and myelography // Eur. Radiol.— 1998.— Vol. 8.— № 6.— P. 966–970.

Адрес для контакта: СПбМАПО, каф. невропатологии им. акад. С.Н.Давиденкова, 191015, Санкт-Петербург, Кирочная ул., д.41, тел. (812) 275-76-86.

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).

УДК 616.12-089

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ С ПОМОЩЬЮ КАТЕТЕРНОЙ АБЛЯЦИИ**К.Бломстром Ландквист, Л.Бергфелдт, Т.А.Дубикайтис**

Университет Уппсалы, Университет Гетеборга, Швеция, ГОУ ДПО Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования Росздрава, Россия

SURGICAL TREATMENT OF ATRIAL FIBRILLATION BY CATHETER ABLATION**C.Blomström Lundqvist, L.Bergfeldt, T.Dubikaytis**

Uppsala University, Gothenburg University, Sweden, St-Petersburg Medical Academy of Postgraduate Studies, Russia

© Коллектив авторов, 2006

Перевод М.Лариваара, Финляндия и Т.А.Дубикайтис, Россия**Translation by M.Larivaara, Finland and T.A.Dubikaytis, Russia**

Представленный обзор литературы подготовлен сотрудниками SBU при совместной работе с Кариной Бломстром Ландквист (эксперт), профессор, заведующая лабораторией по лечению аритмий, отделение кардиологии, клиника университета Уппсалы (Швеция) и Леннартом Бергфелдт (рецензент), профессор, заведующий отделением кардиологии, клиника университета Гетеборга, при участии Татьяны Дубикайтис, доцент, заведующая лабораторией по оценке технологий в здравоохранении СПбМАПО.

The report has been carried out by SBU in collaboration with: Carina Blomström Lundqvist (expert), professor, chief physician, Section for Arrhythmias, Cardiology Clinic, University Hospital (or Academic Hospital), Uppsala and Lennart Bergfeldt (reviewer), professor, chief physician, Cardiology Clinic, Sahlgren University Hospital, Gothenburg with participation of Tatiana Dubikaytis, HTA lab in SPbMAPS.

Обзор представлен в формате отчета центра по оценке медицинских технологий в Швеции (SBU) для новых методов лечения.

Описание проблемы

Фибрилляция предсердий (ФП) — вид аритмии сердца, характеризующийся отсутствием координированной активации и нормальной сократительной функции предсердий, при этом ритм работы желудочков сердца становится нерегулярным и, как правило, слишком частым.

При ФП электрическая активация сердца не контролируется синусовым узлом (рис.), а осуществляется множеством эктопических очагов, функционирующих в предсердиях хаотично и с избыточной частотой (частота ритма предсердий при ФП намного выше, чем при синусовом ритме). Фибрилляция предсердий является самым частым видом нарушений ритма. Риск развития этого состояния увеличивается с возрастом [1]. Данное состояние также ассоциировано с патологией клапанного аппарата сердца, ишемической болезнью сердца, сердечной недостаточностью, артериальной гипертензией и сахарным диабетом. Приблизительно в одной трети случаев невозможно определить точную причину ФП [2].

ФП является причиной нерегулярного ритма сердца и тахикардии, частым ее следствием является целый ряд нарушений: сердцебиение, одышка и снижение качества жизни [3], а также тромбозомболические осложнения [4] и риск преждевременной смерти [5]. Существует три формы ФП: пароксизмальная, персистирующая

и перманентная. В первом случае аритмия проявляется эпизодами кратковременных приступов. Если аритмия носит затянувшийся характер, но восстановление синусового ритма возможно, ее называют персистирующей. Перманентная ФП практически резистентна к лечению. Медикаментозное лечение антиаритмическими средствами в большинстве случаев дает удовлетворительный результат. Когда все возможности медикаментозного лечения исчерпаны, а результата нет, показано использование хирургических методов лечения. Катетерная абляция является новым видом оперативного лечения ФП, существует несколько методов катетерной абляции при лечении мерцательной аритмии.

Данный обзор был выполнен для оценки эффективности лечения ФП с помощью катетерной абляции.

Описание метода лечения

Метод катетерной абляции для лечения ФП предложен во второй половине 90-х гг., после того как было обнаружено, что очаги спонтанной электрической активности, приводящие к развитию ФП, располагаются в области впадения легочных вен (ЛВ). Метод первоначально заключался в использовании тепловой энергии, которую с помощью радиочастотного катетера доставляли к источникам спонтанной электрической активности в левом предсердии (ЛП) для разрушения этих очагов и предотвращения развития пароксизмальной ФП.

С тех пор методика совершенствовалась и прошла целый ряд этапов развития, что приве-

ло к появлению различных способов абляции. Один из методов — электрическая изоляция одной или нескольких легочных вен (ИЛВ) [6, 7]. Другой метод — анатомический. В этом случае воздействие термической энергии осуществляется по предварительно определенным линиям в левом предсердии [8]. Для этого с помощью электроанатомического картирования формируется вид левого предсердия и анатомия легочных вен с помощью специального катетера для картирования. После этого радиочастотная абляция осуществляется по окружности впадения ЛВ в ЛП, немного отступая от устьев в сторону левого предсердия. Кроме того, абляция проводится по линии, соединяющей эти окружности, чтобы уменьшить степень электрической активности предсердий [8]. Как вариант этого метода тепловую энергию применяли вдоль указанных линий, но избирательно, только в тех местах, где была выявлена электрическая активность [9], чаще это вмешательство ограничивается ЛП.

Применение общей анестезии не обязательно для данного вида хирургического лечения, требуется только премедикация: седативные препараты, обезболивающие средства. Проведение радиочастотной абляции может сопровождаться ощущением дискомфорта. Продолжительность оперативного лечения составляет от 2 до 6 часов и зависит от варианта вмешательства и опыта хирургической бригады. Рентген используется в течение 20–100 минут. Продолжительность госпитализации, как правило, составляет 3–4 дня.

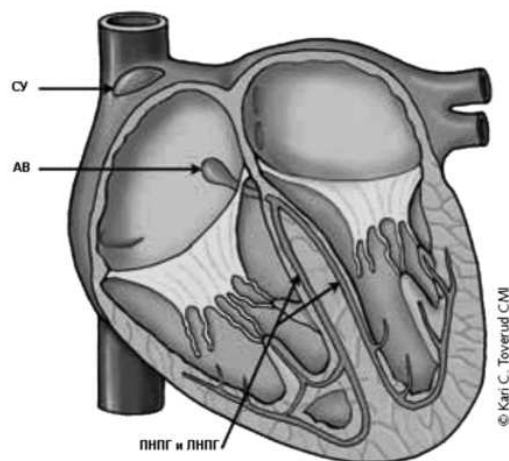


Рис. Схема нормальной проводящей системы сердца, состоящей из синусового узла (СУ), АВ-узла, правой и левой ножек пучка Гиса.

Группа пациентов, которым показано лечение

При разработке данной процедуры предполагалось, что она показана пациентам с ФП, сопровождающейся выраженной симптоматикой при неэффективности фармакологического лечения. Величина группы пациентов, которым выполнение данной процедуры целесообразно, зависит от

того, как определять показания к лечению. Возрастных ограничений нет, однако возраст пациентов, участвовавших в исследованиях, составил от 50 до 65 лет. Если принять во внимание тот факт, что вероятность развития тромбоэмболических осложнений ассоциирована с возрастом [10], данный метод лечения следует применять у пациентов моложе 70 лет. На сегодня в Швеции насчитывается 3800 пациентов, которым показано подобное лечение. Кроме того, установлено, что ежегодно выявляют 5600 новых случаев ФП у лиц в возрасте до 70 лет [11, 12]. Приблизительно у 15% из них заболевание носит тяжелое течение, несмотря на грамотное медикаментозное лечение. В Швеции потенциальная потребность в таком оперативном лечении составляет 850 человек в год.

Сравнение с общепринятыми методами лечения

На первом этапе лечения ФП, сопровождающейся развитием симптоматики, используют медикаментозное лечение, целью которого является предотвращение развития пароксизмов с помощью моно- или комбинированной терапии. Такой вид лечения иногда недостаточен для поддержания нормального ритма сердца и в ряде случаев провоцирует развитие желудочковых нарушений ритма, и других осложнений [13].

Операция на открытом сердце. Операция «MAZE» (в переводе с английского обозначает «лабиринт»). Вмешательство заключается в проведении хирургических надрезов в предсердиях, которые затем зашивают, для создания лабиринтоподобных путей. Таким образом достигается проведение электрических импульсов от СУ к АВ-соединению (см. рис.) [14]. Проводится удаление ушек предсердий, так как они являются источником формирования тромбов. Для проведения операции необходимо использовать аппарат искусственного кровообращения, поэтому этот вид лечения по затратам аналогичен проведению коронарного шунтирования. В 90% случаев удается достичь восстановления синусового ритма с помощью этой операции типа «лабиринт», однако, рандомизированные контролируемые исследования по оценке эффективности метода не проводились. Операция типа лабиринт может быть предпочтительнее катетерной абляции для лечения ФП с выраженной симптоматикой и тромбоэмболическими осложнениями, несмотря на терапию антикоагулянтами.

Катетерная абляция пучка Гиса [15] является методом, цель которого — сформировать полную блокаду нормально функционирующей проводящей системы сердца (см. рис.) и имплантировать кардиостимулятор, это позволяет регулировать сердечный ритм. Данный метод не элиминирует ФП, и не снижает риск развития тромбоэмболических осложнений, он предназначен для регуляции частоты сокращения желудочков во время

Т а б л и ц а
Сводная таблица результатов исследований эффективности лечения фибрилляции предсердий (ФП) с помощью катетерной абляции

Автор, год, ссылка, тип исследования	Метод *	Пациенты (n)	Не было ФП без лекарственных средств	Одно оперативное вмешательство	Наблюдение, месяцы	Осложнения	% случаев с положительным эффектом, вид аритмии
Haissaguerre, 2000 [21], F/E Pappone, 2001 [8], F/E	ИЛВ Анатомический	225 251	70% 80%	— 100%	— 10	СЛВ 4% Тампонада 1%	71% ПФП 29% перманентная ФП 83% ПФП
Oral, 2002 [20], F/E	ИЛВ	70	63%	100%	5	СЛВ 3%, ТЭ 1%	17% персистирующая ФП 92% ПФП
Deisenhofer, 2003 [19], F/E	ИЛВ	75	51%	60%	8	СЛВ 17%, Тампонада 5%	8% персистирующая ФП
Schwartzman, 2003 [6], F/E Pappone, 2003 [18], КИ	ИЛВ Анатомический	112 1171	63% 80%	100% 100%	6 29	СЛВ 5% Тампонада 1%	69% ПФП 31% перманентная ФП 87% ПФП
Knight, 2003 [30], F/E	ИЛВ	103	70%	100%	6	СЛВ 5%	13% персистирующая ФП
Saad, 2003 [23], F/E Marrouche, 2003 [24], F/E	ИЛВ ИЛВ	335 315	70% 86%	100% 100%	6 13	СЛВ 7%, Тампонада 1,5%	13% персистирующая ФП 36% перманентная ФП 84–88% ПФП
Marchlinski, 2003 [7], F/E	ИЛВ	75	80%	88%	12	Тампонада 1%	100% ПФП
Oral, 2003 [33], РКИ	ИЛВ очаговая ИЛВ	32 40	45% 67%	78% 100%	12 6	ПТ 2,5 % ПТ 2 %, Тампонада 2%	45% ПФП 55% персистирующая ФП 79% ПФП
Stabile, 2003 [28], F/E	Анатомический Анатомический	40 51	88% 78%	100% 100%	17	Инсульт 0,5%, Тампонада 1%, СЛВ 1%	21% перманентная ФП 100% ПФП
Ernst, 2003 [22], F/E	ИЛВ	193	63%	80%	18	Гемиплегия 2% Парез n. Phrenicus 2%	86% ПФП 13% персистирующая 55% ПФП
Hsieh, 2003 [25], F/E Tse, 2003 [32], F/E	ИЛВ очаговая ИЛВ, криоабляция	207 52	66% 35%	100% 100%	30 12	СЛВ 1% ОНМК 2%	12% персистирующая ФП 32% перманентная ФП 43% ПФП
Chen, 2004 [26], F/E	ИЛВ, ФВ < 40%	94	73%	100%	14	Отек легких 1% ОНМК 1% СЛВ 1,7%	13% персистирующая ФП 43% перманентная ФП 47% ПФП
Nademanee, 2004 [9], F/E	ИЛВ ФВ нормальная	283	87%	100%	14	ОНМК 0,8% Тампонада 1,6% Отек легких 1,6%, АВ фистула 1,6%	53% перманентная ФП
Bhargava, 2004 [10], ретроспективное	Ограниченный анатомический	121	76%	100%	12	СЛВ 1,8%	54% ПФП 11% персистирующая ФП 35% перманентная ФП
	ИЛВ, <50 лет	106	85%	90%	15	СЛВ 2,6% СЛВ 0,9% ОНМК 3%	
	ИЛВ, 51-60 ИЛВ, > 60 лет	114 103	83% 82%	87% 87%			

* — очаговая абляция, изоляция легочных вен или анатомический метод с помощью радиочастотной абляции. ИЛВ — изоляция легочных вен, F/E исследование без контрольной группы (оценивают частоту рецидива аритмии после лечения), ПФП — пароксизмальная ФП, КИ — клинические испытания с группой контроля, РКИ — рандомизированные клинические испытания. ПТ — предсердная тахикардия.

продолжающейся ФП. Таким образом, лечение используется для регуляции частоты сердечных сокращений в ситуации, когда восстановление синусового ритма не является задачей первостепенной важности и использование немедикаментозных способов лечения ФП нецелесообразно.

Профилактическая стимуляция предсердий с помощью ЭКС применялась для лечения пароксизмальной ФП, однако, существующих научных данных недостаточно для доказательства эффективности предотвращения ФП у пациентов без брадикардии, которая является частым показанием к установке кардиостимулятора [16].

Имплантация дефибриллятора в предсердия [17]. Эта система, обеспечивающая кардиоверсию при развитии пароксизма ФП, не получила широкого распространения. Невысокая популярность связана с тем, что в момент электрического разряда пациент ощущает дискомфорт, это особенно важно для больных с часто развивающимися приступами ФП.

Эффективность и влияние на качество жизни

На сегодня нет данных рандомизированных контролируемых исследований (РКИ), целью которых было бы сравнение эффективности хорошо изученного фармакологического лечения ФП с катетерной абляцией. Однако имеются данные нерандомизированного контролируемого исследования [18] и ряд публикаций, где результаты лечения оценивали сравнивая состояние пациента до и после лечения (пациенты сами служили своим контролем). Кроме того, в ходе многих исследований проводилось сравнение различных методик выполнения операции. В таблице суммированы результаты. Представлены только те исследования, в которых количество наблюдений составило 50 человек и более. В результате лечения с помощью изоляции легочных вен в 30–91% случаев было предотвращено развитие пароксизмов ФП. Однако в 50% случаев потребовалась повторная операция [6, 7, 19–25]. Сравнительными исследованиями установлено, что изоляция легочных вен эффективнее метода очаговой радиочастотной абляции [6, 7]. ИЛВ эффективнее у больных с пароксизмальной формой ФП по сравнению с персистирующей ФП [20]. Результаты лечения после изоляции легочных вен несколько хуже у больных с нарушением сократительной способности миокарда по сравнению с результатами пациентов, у которых сократительная функция сердца сохранена [26]. Качество жизни оперированных пациентов улучшилось.

В ходе единственного контролируемого исследования проводилось сравнение эффективности катетерной абляции (анатомическая методика) и профилактического медикаментозного лечения с использованием моно или комбинированной терапии [18]. Сравнение проводили по следую-

щим параметрам: качество жизни, рецидив пароксизмальной ФП, осложнения (сердечная недостаточность, тромбоэмболии), смертность. В среднем срок наблюдения составил 900 дней. Пациенты контрольной группы получали медикаментозное лечение, однако в связи с тем, что исследование не было рандомизированным, неясно в какой степени эти группы сопоставимы, если принять во внимание исходную тяжесть состояния пациентов в разных группах. В группе пациентов, которым была выполнена катетерная абляция, заболеваемость (ССЗ, сердечная недостаточность, инсульт, внезапная смерть) была ниже, чем у лиц, продолжавших получать медикаменты. Заболеваемость после абляции была на 7,4% ниже среди пациентов с ИБС и нарушенной функцией левого желудочка. В течение 3 лет наблюдения развитие сердечной недостаточности и инсульта наблюдали реже в группе пациентов, подвергнутых оперативному лечению (8% против 17%) при этом вероятность развития рецидивов ФП также была меньше (22 против 63) по сравнению с группой, получавшей консервативное лечение. Согласно опросу пациентов, после операции качество их жизни нормализовалось (достигло среднего уровня в сопоставимой популяции) через 6 месяцев. Улучшение качества жизни было также выявлено в ходе еще двух исследований, где показатели качества жизни оценивали в динамике (до и после изоляции легочных вен) [26, 27].

При использовании анатомической методики были получены следующие результаты. Через 10–17 месяцев после операции 82–90% пациентов с пароксизмальной ФП, 75% пациентов с персистирующей ФП и 55% пациентов с перманентной ФП указали на отсутствие ФП [8, 28].

Данный вид лечения предполагает больший объем повреждения тканей по сравнению с ИЛВ, этим и объясняется лучший результат [26]. Кроме того, обсуждается влияние вагусной денервации сердца (частичная деструкция нервных волокон сердца) после абляции [29]. В одном исследовании терапевтический эффект абляции изучался при воздействии на участки с замедленной проводимостью (признаком замедления является фракционированный ЭКГ-сигнал). После вмешательства 76% пациентов не испытывали симптомов заболевания и имели синусовый ритм в течение одного года наблюдения [9]. Результаты лечения и сроки, на протяжении которых пациент не отмечал эпизодов ФП, достаточно широко варьируют. Это можно объяснить различиями в критериях отбора пациентов, видах ФП, в методиках картирования и способах абляции, опыте хирурга [30], критериях эффективности и длительности наблюдения (см. табл.). Эффект может зависеть и от особенностей катетера. В одном исследовании было показано, что изоляция легочных вен с помощью радиочастотной абляции дает вы-

сокий риск рецидивов ФП при использовании обычного катетера (21%), что сопоставимо с эффективностью катетерной абляции при использовании охлаждения (15%). Применение катетера с модифицированным концом больших размеров оказалось эффективным в 100% случаев [31]. Изоляция легочных вен с применением криоабляции (охлаждение тканей до температуры -80°C) дает менее надежный результат по сравнению с радиочастотной абляцией [32]. При использовании внутрисердечной ультразвуковой визуализации внутренней анатомии сердца и титрования радиочастотной энергии (для текущего контроля) по данным УЗИ были получены лучшие результаты по сравнению с традиционным способом рентгеноскопии [24]. Кроме того, сравнивали эффективность лечения при использовании различных методов картирования: мультиполярный циркулярный катетер и электромагнитное картирование, однако разницы в эффективности выявлено не было [22]. При отсутствии рандомизированных контролируемых исследований довольно трудно сформулировать однозначные выводы из представленных результатов. Хотя в одном исследовании была продемонстрирована большая эффективность абляции при использовании «анатомической техники» по сравнению с классической изоляцией легочных вен (88% против 67%), наблюдение проводилось в течение 6 месяцев [33].

Осложнения

В целом риск развития тяжелых осложнений при лечении пациентов с ФП в 5–10 раз выше, чем при выполнении катетерной абляции по поводу других видов аритмий. Наиболее серьезным осложнением является стеноз легочных вен (СЛВ). Имеются данные о том, что вероятность развития стенозов легочных вен умеренной и средней тяжести достигает 21%, а выраженный стеноз (уменьшение просвета сосуда на 50% и более) развивается в 1–9% случаев в зависимости от продолжительности наблюдения и точности метода диагностики [19, 22, 23, 32, 34]. Было отмечено, что вероятность развития стеноза может быть меньше, если производить абляцию, немного отступая от устья впадения легочной вены [6], и при проведении абляции под контролем интракардиального ультразвукового исследования [24, 34]. Частота легочных стенозов при радиочастотной абляции вероятно недооценивается, так как может выявляться не раньше чем через 3 месяца после лечения и чаще протекает бессимптомно. Если стеноз легочных вен не проявляется непосредственно после лечения [34], то это не исключает вероятности формирования стеноза в дальнейшем. Ведущими симптомами является одышка, кашель, кровохаркание, легочное кровотечение. Стеноз легочных вен может проявиться через 1 неделю — 6 меся-

цев симптоматикой, которую сложно интерпретировать. Для лечения данного состояния необходимо выполнение баллонной дилатации стенозированного участка с последующей установкой стента [35]. Опубликована информация об одном случае летального исхода [36].

К другим осложнениям относят кровотечение ($<1\%$), тампонаду сердца (1–4%), острое нарушение мозгового кровообращения и другие тромбоэмболические осложнения (1–10%), парез диафрагмы (1%). Риск развития тампонады сердца выше, чем при выполнении других операций с катетеризацией сердца, вероятно, это связано с необходимостью использования более высоких доз гепарина и близостью линии абляции легочных вен, расположенных слева, к ушку левого предсердия. Риск развития эмболий снижается при назначении более высоких доз антикоагулянтов до 1%, по информации последних лет. Парез диафрагмального нерва может развиваться при абляции правых легочных вен; для его предотвращения используют специальные стимуляторы сокращения диафрагмы. Существует мнение, что использование анатомической техники позволяет снизить риск развития стеноза легочных вен [8]. Кроме того, при использовании анатомического метода межпредсердная перегородка пунктируется только один раз, этим и объясняется малая вероятность развития тампонады (0,7%) и нарушений мозгового кровообращения 0%, по данным выполненных исследований.

К редким осложнениям относят формирование фистулы между левым предсердием и пищеводом после выполнения абляции на задней стенке левого предсердия, данное осложнение несет угрозу жизни [37]. Частота развития данного состояния — 0,05% по данным авторов, имеющих большой опыт проведения подобного лечения [37].

Экономические аспекты

Стоимость

Установлено, что лечение фибрилляции предсердий требует существенных затрат от здравоохранения [38]. Стоимость катетерной абляции зависит от применяемой методики, а также от стандарта подготовки пациента к операции и дальнейшего послеоперационного наблюдения. Средняя стоимость проведения одного оперативного вмешательства в Швеции составляет 85 тыс. крон, включая такие необходимые диагностические методики как ультразвуковое исследование, компьютерная томография, магнитно-резонансная томография, катетеры и расходные материалы, а также 3–4 дня пребывания в стационаре. Однако общая средняя стоимость лечения пациента будет дороже одного оперативного вмешательства, так как в ряде случаев потребуются повторное вмешательство для достижения желаемого результата. Затраты на выполнение кате-

терной абляции могут быть компенсированы отсутствием необходимости приема антиаритмических средств в течение 5 лет [39].

Соотношение стоимость-эффективность. В настоящее время данные об экономической эффективности данного метода лечения не достаточны.

Структура и организация медицинской помощи

Катетерная абляция для лечения ФП является экспериментальным методом и находится на стадии разработки. Для ее внедрения необходимы современное медицинское оборудование, и новые знания по усовершенствованию самого метода. Опыт и навыки хирурга, а также его ассистентов имеют ключевое значение. Кроме того, очень важно, чтобы эффективность метода оценивали в тех исследовательских центрах, где доступны соответствующие научные ресурсы для развития данной технологии.

Если внедрение данной методики в текущую практику врачей станет актуальным, потребуются дополнительные ресурсы для удовлетворения потребности в лечении. Это связано с тем, что численность потенциальной группы пациентов, нуждающихся в оперативном лечении, насчитывает 3800 человек.

Этические аспекты

Данное хирургическое вмешательство показано при ФП, сопровождающейся выраженным дискомфортом. Такие пациенты стремятся избавиться от симптомов ФП. Вместе с тем, чрезвычайно важно информировать больных о реальной

эффективности данного оперативного метода лечения и о риске развития осложнений.

Использование метода в Швеции

Данный метод лечения ФП начали разрабатывать на базе семи университетских стационаров. В общей сложности было оперировано 300 больных. Хирурги использовали различные методики оперативного вмешательства. Кроме того, в отдельных клиниках применяли разные показания к оперативному вмешательству.

Продолжающиеся исследования

В настоящее время проводятся рандомизированные контролируемые испытания, цель которых — установить оптимальный метод абляции, картирования, а также оценить эффективность лечения. Очень важно оценить влияние методики на функцию сердца, риск развития тромбоэмболических осложнений, по показателям заболеваемости в сравнении с медикаментозными и нефармакологическими методами лечения. До сих пор не известно, что же эффективнее — изоляция легочных вен, или же использование анатомического метода. Кроме того, не установлено, какими методами следует пользоваться для снижения риска развития осложнений. Потенциально изоляция легочных вен должна быть эффективнее при пароксизмальной ФП, а анатомический метод целесообразнее применять в случае перманентной и персистирующей ФП. В заключение следует заметить, что для лечения пациентов с ФП требуется индивидуальный подход, который требует новых знаний.

Литература

1. Go A.S., Hylek E.M., Phillips K.A., Chang Y., Henault L.E., Selby J.V. et al. Prevalence of diagnosed atrial fibrillation in adults: national implications for rhythm management and stroke prevention: the Anticoagulation and Risk Factors in Atrial Fibrillation (ATRIA) Study // JAMA.— 2001.— 285(18).— P. 2370–2375.
2. Benjamin E.J., Levy D., Vaziri S.M., D'Agostino R.B., Belanger A.J., Wolf P.A. Independent risk factors for atrial fibrillation in a population-based cohort. The Framingham Heart Study // JAMA.— 1994.— 271(11).— P. 840–844.
3. Lonnnerholm S., Blomstrom P., Nilsson L., Oxelbark S., Jideus L., Blomstrom-Lundqvist C. Effects of the maze operation on health related quality of life in patients with atrial fibrillation // Circulation.— 2000.— 101(22).— P. 2607–2611.
4. Wolf P.A., Abbott R.D., Kannel W.B. Atrial fibrillation as an independent risk factor for stroke: the Framingham Study // Stroke.— 1991.— 22(8).— P. 983–988.
5. Benjamin E.J., Wolf P.A., D'Agostino R.B., Silbershatz H., Kannel W.B., Levy D. Impact of atrial fibrillation on the risk of death: the Framingham Heart Study / Circulation.— 1998.— 98(10).— P. 946–952.
6. Schwartzman D., Bazaz R., Nosbisch J. Catheter ablation to suppress atrial fibrillation: evolution of technique at a single center // J Interv Card Electrophysiol.— 2003.— 9(2).— P. 295–300.
7. Marchlinski F.E., Callans D., Dixit S., Gerstenfeld E.P., Rho R., Ren J.F. et al. Efficacy and safety of targeted focal ablation versus PV isolation assisted by magnetic electroanatomic mapping // J Cardiovasc Electrophysiol.— 2003.— 14(4).— P. 358–365.
8. Pappone C., Oreto G., Rosanio S., Vicedomini G., Tocchi M., Gugliotta F. et al. Atrial electroanatomic remodeling after circumferential radiofrequency pulmonary vein ablation: efficacy of an anatomic approach in a large cohort of patients with atrial fibrillation // Circulation.— 2001.— 104(21).— P. 2539–2544.
9. Nademanee K., McKenzie J., Kosar E., Schwab M., Sunsaneewitayakul B., Vasavakul T. et al. A new approach for catheter ablation of atrial fibrillation: mapping of the electrophysiologic substrate // J Am Coll Cardiol.— 2004.— 43(11).— P. 2044–2053.

10. Bhargava M., Marrouche N.F., Martin D.O., Schweikert R.A., Saliba W., Saad E.B. *et al.* Impact of age on the outcome of pulmonary vein isolation for atrial fibrillation using circular mapping technique and cooled-tip ablation catheter // *J Cardiovasc Electrophysiol.*— 2004.— 15(1).— P. 8–13.
11. Stewart S., Hart C.L., Hole D.J., McMurray J.J. Population prevalence, incidence, and predictors of atrial fibrillation in the Renfrew/Paisley study // *Heart.*— 2001.— 86(5).— P. 516–521.
12. Benjamin E.J., Levy D., Vaziri S.M., D'Agostino R.B., Belanger A.J., Wolf P.A. Independent risk factors for atrial fibrillation in a population-based cohort. The Framingham Heart Study // *JAMA.*— 1994.— 271(11).— P. 840–844.
13. Gronefeld C., Bender B., Li Y.G., Hohnloser S.H. Pharmacological therapy of atrial fibrillation // *Thorac Cardiovasc Surg.*— 1999.— 47 Suppl 3.— P. 334–338. Review.
14. Cox J.L., Schuessler R.B., Lappas D.G., Boineau J.P. An 8 1/2-year clinical experience with surgery for atrial fibrillation // *Ann Surg.*— 1996.— 224(3).— P. 267–273.
15. Wood M.A., Brown-Mahoney C., Kay G.N., Ellenbogen K.A. Clinical outcomes after ablation and pacing therapy for atrial fibrillation: a meta-analysis // *Circulation.*— 2000.— 101(10).— P. 1138–1144.
16. Brignole M., Gianfranchi L., Menozzi C., Alboni P., Musso G., Bongiorni M.G. *et al.* Assessment of atrioventricular junction ablation and DDDR mode-switching pacemaker versus pharmacological treatment in patients with severely symptomatic paroxysmal atrial fibrillation: a randomized controlled study // *Circulation.*— 1997.— 96(8).— P. 2617–2624.
17. Wellens H.J., Lau C.P., Luderitz B., Akhtar M., Waldo A.L., Camm A.J. *et al.* Atrioverter: an implantable device for the treatment of atrial fibrillation // *Circulation.*— 1998.— 98(16).— P. 1651–1656.
18. Pappone C., Rosanio S., Augello G., Gallus G., Vicedomini G., Mazzone P. *et al.* Mortality, morbidity, and quality of life after circumferential pulmonary vein ablation for atrial fibrillation: outcomes from a controlled nonrandomized long-term study // *J Am Coll Cardiol.*— 2003.— 42(2).— P. 185–197.
19. Deisenhofer I., Schneider M.A., Bohlen-Knauf M., Zrenner B., Ndrepepa G., Schmieder S. *et al.* Circumferential mapping and electric isolation of pulmonary veins in patients with atrial fibrillation // *Am J Cardiol.*— 2003.— 91(2).— P. 159–163.
20. Oral H., Knight B.P., Tada H., Ozaydin M., Chugh A., Hassan S. *et al.* Pulmonary vein isolation for paroxysmal and persistent atrial fibrillation // *Circulation.*— 2002.— 105(9).— P. 1077–1081.
21. Haissaguerre M., Shah D.C., Jais P., Hocini M., Yamane T., Deisenhofer I. *et al.* Mapping-guided ablation of pulmonary veins to cure atrial fibrillation // *Am J Cardiol.*— 2000.— 86(9 Suppl 1).— K9–K19.
22. Ernst S., Antz M., Ouyang F., Vogtmann T., Goya M., Bansch D. *et al.* Ostial PV isolation: is there a role for three-dimensional mapping? // *Pacing Clin Electrophysiol.*— 2003.— 26(7 Pt 2).— 1624–1630.
23. Saad E.B., Marrouche N.F., Saad C.P., Ha E., Bash D., White R.D. *et al.* Pulmonary vein stenosis after catheter ablation of atrial fibrillation: emergence of a new clinical syndrome // *Ann Intern Med.*— 2003.— 138(8).— P. 634–638.
24. Marrouche N.F., Martin D.O., Wazni O., Gillinov A.M., Klein A., Bhargava M. *et al.* Phased-array intracardiac echocardiography monitoring during pulmonary vein isolation in patients with atrial fibrillation: impact on outcome and complications // *Circulation.*— 2003.— 107(21).— P. 2710–2716.
25. Hsieh M.H., Tai C.T., Tsai C.F., Lin W.S., Lin Y.K., Tsao H.M. *et al.* Clinical outcome of very late recurrence of atrial fibrillation after catheter ablation of paroxysmal atrial fibrillation // *J Cardiovasc Electrophysiol.*— 2003.— 14(6).— P. 598–601.
26. Chen M.S., Marrouche N.F., Khaykin Y., Gillinov A.M., Wazni O., Martin D.O. *et al.* Pulmonary vein isolation for the treatment of atrial fibrillation in patients with impaired systolic function // *J Am Coll Cardiol.*— 2004.— 43(6).— P. 1004–1009.
27. Tada H., Naito S., Kurosaki K., Ueda M., Ito S., Shinbo G. *et al.* Segmental pulmonary vein isolation for paroxysmal atrial fibrillation improves quality of life and clinical outcomes // *Circ J.*— 2003.— 67(10).— P. 861–865.
28. Stabile G., Turco P., La Rocca V., Nocerino P., Stabile E., De Simone A. Is pulmonary vein isolation necessary for curing atrial fibrillation? // *Circulation.*— 2003.— 108(6).— P. 657–660.
29. Pappone C., Santinelli V., Manguso F., Vicedomini G., Gugliotta F., Augello G. *et al.* Pulmonary vein denervation enhances long-term benefit after circumferential ablation for paroxysmal atrial fibrillation // *Circulation.*— 2004.— 109(3).— P. 327–334.
30. Knight B.P., Oral H., Chugh A., Scharf C., Lai S.W., Pelosi F. Jr., *et al.* Effects of operator experience on the outcome and duration of pulmonary vein isolation procedures for atrial fibrillation // *Am J Cardiol.*— 2003.— 91(6).— P. 673–677.
31. Marrouche N.F., Dresing T., Cole C., Bash D., Saad E., Balaban K. *et al.* Circular mapping and ablation of the pulmonary vein for treatment of atrial fibrillation: impact of different catheter technologies // *J Am Coll Cardiol.*— 2002.— 40(3).— P. 464–474.
32. Tse H.F., Reek S., Timmermans C., Lee K.L., Geller J.C., Rodriguez L.M. *et al.* Pulmonary vein isolation using transvenous catheter cryoablation for treatment of atrial fibrillation without risk of pulmonary vein stenosis // *J Am Coll Cardiol.*— 2003.— 42(4).— P. 752–758.
33. Oral H., Scharf C., Chugh A., Hall B., Cheung P., Good E. *et al.* Catheter ablation for paroxysmal atrial fibrillation: segmental pulmonary vein ostial ablation versus left atrial ablation // *Circulation.*— 2003.— 108(19).— P. 2355–2360.
34. Saad E.B., Rossillo A., Saad C.P., Martin D.O., Bhargava M., Erciyes D. *et al.* Pulmonary vein stenosis after radiofrequency ablation of atrial fibrillation: functional characterization, evolution, and influence of the ablation strategy // *Circulation.*— 2003.— 108(25).— P. 3102–3107.

35. Ernst S., Ouyang F., Goya M., Lober F., Schneider C., Hoffmann-Riem M. et al. Total pulmonary vein occlusion as a consequence of catheter ablation for atrial fibrillation mimicking primary lung disease // J Cardiovasc Electrophysiol.— 2003.— 14(4).— P. 366–370.
36. Nilsson B., Chen X., Pehrson S., Jensen H.L., Sondergaard L., Helvind M. et al. Acute fatal pulmonary vein occlusion after catheter ablation of atrial fibrillation // J Interv Card Electrophysiol.— 2004.— 11(2).— P. 127–130.
37. Pappone C., Oral H., Santinelli V., Vicedomini G., Lang C.C., Manguso F. et al. Atrio-esophageal fistula as a complication of percutaneous transcatheter ablation of atrial fibrillation // Circulation.— 2004.— 109(22).— P. 2724–2726.
38. Stewart S., Murphy N., Walker A., McGuire A., McMurray J.J. Cost of an emerging epidemic: an economic analysis of atrial fibrillation in the UK // Heart.— 2004.— 90(3).— P. 286–292.
39. Weerasooriya R., Jais P., Le Heuzey J.Y., Scavee C., Choi K.J., Macle L. et al. Cost analysis of catheter ablation for paroxysmal atrial fibrillation // Pacing Clin Electrophysiol.— 2003.— 26(1 Pt 2).— P. 292–294.

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

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

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

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

Продолжительность курса 36 часов.

Преподаватели:

Кузнецова Ольга Юрьевна, доктор медицинских наук,

Дубикайтис Татьяна Александровна, кандидат медицинских наук,

Лебедев Анатолий Константинович, кандидат медицинских наук.

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

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

Адрес кафедры:

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

СИНДРОМ ЭЛЕКТРОКАРДИОСТИМУЛЯТОРА

Т.А.Дубикайтис

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

PACEMAKER SYNDROME

T.A.Dubikaytis

St-Petersburg Medical Academy of Postgraduate Studies, Russia

© Т.А.Дубикайтис, 2006

В обзоре представлена информация о синдроме искусственного водителя ритма. Описана симптоматика и ряд объективных нарушений, связанных с недостатками искусственной кардиостимуляции.

Ключевые слова: кардиология, кардиостимуляция.

Pacemakers provides relief from life-threatening arrhythmias. However, they can also function in a non-physiologic manner and causes some complications. Those are presented in the article.

Keywords: cardiology, pacemaker.

Искусственный водитель ритма сердца эффективно помогает предотвратить развитие угрожающих жизни нарушений ритма и проводимости, но вместе с тем нарушает целый ряд физиологических процессов.

Понятие «Синдром электрокардиостимулятора (ЭКС)» впервые появилось в 1969 г., когда Mitsui и соавт. обнаружили сочетание симптомов, встречающееся у лиц с постоянной однокамерной стимуляцией желудочков. Позднее в 1994 г. Furman описал нарушения, характерные для синдрома ЭКС:

- асинхронная деятельность предсердий и желудочков;
- ретроградное проведение импульсов с желудочков на предсердия;
- отсутствие нарастания частоты сердечных сокращений при физиологической потребности в учащении пульса.

Нарушение физиологической последовательности возбуждения предсердий и желудочков, а также полное разобщение деятельности предсердий и желудочков инициирует ряд патофизиологических процессов. Так, отсутствие сокращения предсердий и изменение распространения возбуждения в желудочках (с верхушки) способствует снижению сердечного выброса и проявляется головокружением и синкопальными состояниями, ортостатической гипотензией, слабостью, снижением толерантности к физическим нагрузкам. Несвоевременное сокращение предсердий в момент, когда трикуспидальный и митральный клапаны уже закрыты, является причиной развития ряда симптомов: пульсации в области шеи, головной боли, кашля и болей в нижней челюсти. Кроме того, к осложнениям синдрома ЭКС относят развитие фибрилляции предсердий и тромбоэмболию.

Повышение давления в предсердиях способствует повышению давления в легочных венах

и может привести к развитию отека легких и увеличению печени. Проведение импульсов с желудочков на предсердия является одной из причин нарушения правильного сокращения камер сердца. Нефизиологический характер возбуждения желудочков при их искусственной стимуляции может привести к снижению сердечного выброса.

Вероятность развития синдрома ЭКС зависит от типа кардиостимулятора. Основные типы ЭКС описываются трехбуквенным кодом, первая буква указывает, какая камера стимулируется: A (atrium) — предсердие, V (ventricle) — желудочек, D (dual) — и предсердие, и желудочек. Вторая буква — активность какой камеры воспринимается (A, V или D), третья буква обозначает тип реагирования на воспринимаемую активность (I — inhibition, T — triggering, D — dual). Так в режиме VVI и стимулирующий, и воспринимающий электроды располагаются в желудочке, а при возникновении спонтанной активности желудочка стимуляция его блокируется. В режиме DDD как в предсердии, так и в желудочке расположены по 2 электрода (стимулирующий и воспринимающий). Тип реагирования D означает, что при возникновении спонтанной активности предсердия стимуляция его будет блокироваться и через запрограммированный промежуток времени (интервал AV), будет выдан стимул на желудочек, при возникновении же спонтанной активности желудочка, напротив, будет блокироваться стимуляция желудочка, а через запрограммированный интервал VA запустится стимуляция предсердия. Типичные режимы однокамерной ЭКС — VVI и AAI. Типичные режимы двухкамерной ЭКС — DVI и DDD. Четвертая буква R (Rate-adaptive) означает, что кардиостимулятор способен увеличивать частоту стимуляции в ответ на изменение двигательной активности или зависящих от уровня нагрузки

физиологических параметров (например, интервала QT, температуры тела).

Чаще всего, приблизительно в 15% случаев, синдром ЭКС развивается у лиц с искусственным водителем ритма, работающим в режиме VVI. Субклиническая форма этого состояния развивается намного чаще, так как при переустановке ЭКС с режима VVI на режим DDD в подавляющем большинстве случаев наблюдается улучшение состояния.

В связи с тем, что симптомы синдрома ЭКС носят неспецифический характер, его диагностировать трудно. Синкопальные состояния, застойная сердечная недостаточность и снижение толерантности к физической нагрузке часто отмечаются у пожилых людей. При появлении этих симптомов необходимо оценить, корректно ли работает ЭКС, исключить избыточную кардиостимуляцию, атриовентрикулярную диссоциацию и ретроградное проведение импульса с желудочков на предсердия. Необходимо также исключить нарушения навязывания и детекции. При нарушении навязывания имеются артефакты стимуляции, за которыми не следуют комплексы деполяризации соответствующей камеры; при нарушении детекции имеются артефакты стимуляции, которые при нормальной детекции предсердной или желудочковой деполяризации должны быть блокированы. Следует сопоставить время развития симптоматики с характером ритма по данным Холтеровского мониторирования. По данным ЭхоКГ можно выявить снижение сердечного выброса в момент функционирования кардиостимулятора, которое отсутствует в период синусового ритма (при работе кардиостимулятора в режиме «по требованию»). Кроме того, мо-

жно выявить митральную регургитацию. По данным ЭКГ можно установить удлинение интервала PQ, наличие AV диссоциации.

Лечение. Необходима консультация кардиолога, и в ряде случаев — электрофизиологическое исследование. Пациентам с режимом стимуляции VVI при развитии синдрома ЭКС, как правило, показана установка двухкамерного кардиостимулятора. При развитии синдрома ЭКС на фоне DDD-стимуляции целесообразно перепрограммировать ЭКС. Эти мероприятия находятся в компетенции кардиологов и кардиохирургов.

На амбулаторном этапе показано проведение симптоматического лечения, коррекция артериальной гипотензии, тахикардии, тахипноэ, гипоксии. Необходимо ограничить физические нагрузки до уровня легко переносимых данным пациентом.

Профилактика дисфункции кардиостимулятора. Оптимальным вариантом является режим DDD, в ряде случаев необходимо программировать стимулятор на удлиненный вариант AV-проведения, чтобы максимально увеличить вероятность проведения импульса с предсердий на желудочки естественным путем. Целесообразно оценить показатели сердечного выброса сразу после установки кардиостимулятора для сравнения в будущем, при развитии жалоб, характерных для синдрома ЭКС.

Обучение пациента. Пациента следует предупредить, что он должен избегать контакта с магнитными и электрическими полями, особенно это касается МРТ-исследований, нахождения в непосредственной близости к крупным моторам и генераторам. При пользовании мобильным телефоном следует прикладывать его к уху с противоположной стороны от места имплантации ЭКС.

Литература

1. Andersen H.R., Nielsen J.C., Thomsen P.E., et al. Long-term follow-up of patients from a randomised trial of atrial versus ventricular pacing for sick-sinus syndrome // *Lancet*.— 1997.— Vol. 350.— № 9086.— P. 1210–1216.
2. Bordachar P., Lafitte S., Reuter S., et al. Echocardiographic parameters of ventricular dyssynchrony validation in patients with heart failure using sequential biventricular pacing // *J Am Coll Cardiol*.— 2004.— Vol. 44.— № 11.— P. 2157–2165.
3. Hesselton A.B., Parsonnet V., Bernstein A.D., Bonavita G.J. Deleterious effects of long-term single-chamber ventricular pacing in patients with sick sinus syndrome: the hidden benefits of dual-chamber pacing // *J Am Coll Cardiol*.— 1992.— Vol. 19.— № 7.— P. 1542–1549.
4. Lamas G.A., Orav E.J., Stamler B.S., et al. Quality of life and clinical outcomes in elderly patients treated with ventricular pacing as compared with dual-chamber pacing. Pacemaker Selection in the Elderly Investigators // *N Engl J Med*.— 1998.— Vol. 338.— № 16.— P. 1097–1104.
5. Rosenqvist M., Isaz K., Botvinick E.H., et al. Relative importance of activation sequence compared to atrioventricular synchrony in left ventricular function // *Am J Cardiol*.— 1991.— Vol. 67.— № 2.— P. 148–156.
6. Sulke N., Dritsas A., Bostock J., et al. «Subclinical» pacemaker syndrome: a randomized study of symptom free patients with ventricular demand (VVI) pacemakers upgraded to dual chamber devices // *Br Heart J*.— 1992.— Vol. 67.— № 1.— P. 57–64.
7. Theodorakis G.N., Kremastinos D.T., Markianos M., et al. Total sympathetic activity and atrial natriuretic factor levels in VVI and DDD pacing with different atrioventricular delays during daily activity and exercise // *Eur Heart J*.— 1992.— Vol. 13.— № 11.— P. 1477–1481.

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

УДК 617.7:616-07:614.253

ПРИМЕНЕНИЕ ТРАНСПАЛЬПЕБРАЛЬНОЙ ТОНОМЕТРИИ ВНУТРИГЛАЗНОГО ДАВЛЕНИЯ В ОБЩЕЙ ВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИКЕ

Л.Н.Дегтярева

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

THE TRANSPALPEBRAL MEASUREMENT OF INTRAOCULAR PRESSURE IN GENERAL PRACTICE

L.N.Degtyareva

St-Petersburg Medical Academy of Postgraduate Studies, Russia

© Л.Н.Дегтярева, 2006

В статье описано применение двух методик измерения внутриглазного давления — контактного роговичного тонометром Маклакова и транспальпепбрального индикатором ИГД-02 «ПРА» под торговой маркой diathera. **Ключевые слова:** внутриглазное давление, контактная тонометрия, транспальпепбральная тонометрия.

The article describes two methods of measurement of intraocular pressure. The contact method of measurement of intraocular pressure by Maklakov and the method of transpalpebral tonometry are presented.

Keywords: measurement of intraocular pressure, contact method of Maklakov, transpalpebral tonometry.

В общей врачебной практике тонометрия глаза является одним из ведущих методов обследования пациентов с подозрением на повышение внутриглазного давления (ВГД). Это обусловливается широким спектром помощи, оказываемым врачом общей практики и необходимостью проведения профилактических осмотров и диспансеризации.

Внутриглазное давление обусловлено действием упругих сил, возникающих в оболочках глаза при его растяжении, его уровень определяется циркуляцией водянистой влаги в глазу и давлением в эписклеральных венах. ВГД — это динамичная, непрерывно изменяющаяся величина. Различают системные, ритмичные его колебания относительно постоянного уровня (они зависят от кровенаполнения внутриглазных сосудов и внешнего давления на глазное яблоко) и кратковременные изменения случайного характера, например, ВГД повышается при переходе из вертикального положения в горизонтальное. В значительной мере из-за ритмичных колебаний офтальмотонуса данные последовательных измерений ВГД могут различаться.

Мигание, сжатие глаза круговой мышцей или наружными мышцами глазного яблока кратковременно повышают ВГД, осуществляют массаж глаза и уменьшают венозный застой, но вместе с тем и являются причинами погрешности при измерении ВГД. Статистически нормальное ВГД (P0) варьирует от 9 до 21 мм рт. ст. (в среднем 15–16 мм рт. ст.) В пожилом возрасте увеличивается число людей с ВГД от 16 до 21 мм рт. ст. Более 3% здоровых лиц имеют ВГД выше 21 мм рт. ст. [1].

В российской медицинской практике для измерения ВГД наиболее часто используется ап-

планационный тонометр А.Н. Маклакова, относящийся к тонометрам роговичного типа. На практике обычно измеряют тонометрическое внутриглазное давление при нагрузке 10 г. Также широко применяется пальпаторный метод измерения ВГД, позволяющий ориентировочно оценить состояние офтальмотонуса. Оба этих метода имеют особенности, затрудняющие их широкое применение при проведении диспансеризации и профосмотров. К недостаткам тонометрии по Маклакову относятся трудоемкость и длительность процедуры измерения ВГД, вероятность занесения инфекции на слизистую оболочку глаза, возможность аллергической реакции на анестетик, сложность проведения измерения при работе вне кабинета. Пальпаторный метод является субъективным и не позволяет выявить умеренные изменения офтальмотонуса в начальных стадиях.

На государственном Рязанском приборном заводе разработаны и серийно выпускаются тонометры нового поколения, в основу которых положен транспальпепбральный (через веко) метод измерения ВГД. Тонометр ТГДц-01 diaton и индикатор ИГД-02 diathera позволяют измерить офтальмотонус без контакта с роговицей глаза и мгновенно получить достоверное цифровое значение ВГД. Принцип действия приборов основан на обработке функции движения штока в результате его свободного падения и взаимодействия с упругой поверхностью глаза в склеральной области через веко. Транспальпепбральный метод измерения ВГД расширяет клинические возможности офтальмотонометрии. Прибор можно применять при массовых профилактических осмотрах населения, при наличии у пациентов патологии роговицы, хронического конъюнктивита, в послеоперационном периоде. Доступен суточ-

ный мониторинг офтальмотонуса в домашних условиях, контроль ВГД при подборе лекарственных препаратов. Возможно измерение ВГД у иммобилизованных пациентов и детей, на выезде. Приемлемо измерение ВГД при контактной коррекции зрения, не снимая линз.



Рис. 1. Общий вид прибора — Индикатор ИГД-02 diathera.

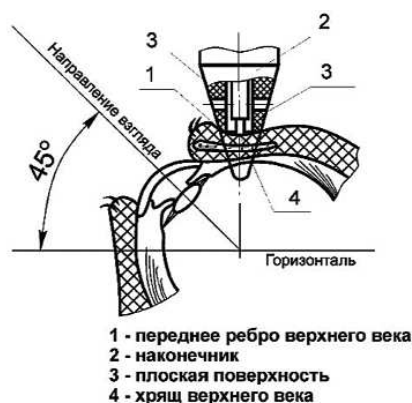


Рис. 2. Схема измерения ВГД с помощью индикатора ИГД-02 diathera.



Рис. 3. Положение пациента и рук исследователя.



Рис. 4. Положение наконечника индикатора на верхнем веке.

Индикатор ИГД-02 diathera разработан с учетом особенностей отечественной офтальмологи-

ческой школы. Он позволяет измерить тонометрическое ВГД по Маклакову при нагрузке 10 г с отображением величины ВГД на дисплее. Дополнительно на дисплее высвечивается оценка ВГД: «1» — норма (ВГД менее 26 мм рт. ст.) «0» — выше нормы (ВГД равно и более 26 мм рт. ст.)

Изменение ВГД и нарушение зрения выявляются уже на амбулаторном этапе диагностики. Именно в условиях общей врачебной практики, где созданы условия для длительного и постоянного наблюдения за пациентами и ведется семейный анамнез, применение скрининговых методик для выявления повышения ВГД представляется наиболее целесообразным. Это приемлемо и необходимо при проведении профилактических осмотров, где измерение ВГД пациентам старше 40-лет обязательно, и при проведении диспансеризации. Владение методикой тонометрии включено в квалификационную характеристику врача общей практики, а хорошее и удобное оснащение — залог реализации всего спектра медицинской помощи.

Измерение ВГД является основой ранней диагностики глаукомы. Бессимптомное течение открытоугольной глаукомы затягивает обращение пациентов к врачу и затрудняет диагностику заболевания на ранней стадии. Профилактические массовые осмотры населения позволяют на ранней стадии заболевания поставить правильный диагноз и начать лечение. Одним из ведущих факторов патогенеза глаукомы является внутриглазное давление (ВГД). Именно оно при выходе за пределы толерантного для данного пациента уровня служит пусковым фактором механизма поражения зрительного нерва. В 81,2% случаев лицам с глаукомой уже при первичном освидетельствовании устанавливается I или II группы инвалидности, что свидетельствует о поздней диагностике и запущенности болезни [2, 3].

На базе кафедры семейной медицины СПбМАПО — в центре семейной медицины — проводилась тонометрия ВГД с помощью индикатора ИГД-02 diathera у пациентов с отсутствием диагностированной глазной патологии. Полученные данные сравнивали с показателями, полученными у тех же пациентов с помощью тонометра Маклакова. Обследовано 40 пациентов (80 глаз): совпадение значений офтальмотонуса выявлено в 62 случаях, в 18 измерениях расхождение показателей было более 3 мм рт. ст., однако обе методики выявляли нормативные показатели ВГД. У четырех пациентов с ранее выявленной глаукомой, получавших медикаментозное лечение, выявлено совпадение показателей ВГД при применении обеих методик.

ВГД с помощью индикатора ИГД-02 diathera также исследовали во время профосмотра на одном из промышленных предприятий Санкт-Петербурга. Данные тонометрии, сравнивали с дан-

ными пальпаторного исследования офтальмотомуса. Измерение проводили по показаниям лицам старше 40 лет (36 человек). Все обследованные проходили профосмотр ежегодно, и ни у кого не было выявлено повышения ВГД в анамнезе. Во всех случаях показатели ВГД были в пределах нормы. Два пациента с пограничными показателями ВГД были направлены на дополнительное обследование к офтальмологу, где диагноз глаукомы не был подтвержден.

Результаты использования индикатора ИГД-02 diathera позволяют сделать следующие выводы.

1. Индикатор внутриглазного давления ИГД-02 diathera комфортен для пациентов, не требует анестезии и непосредственного контакта с роговицей.

2. Измерение ВГД с помощью индикатора позволяет избежать чувства страха и дискомфорта у пациентов, что отмечали все обследованные.

3. Результаты оценки тонометрии с помощью индикатора ИГД-02 diathera объективны в большинстве случаев. (Эти данные совпадают со сведениями, полученными в других исследованиях) [4].

4. Техническое обслуживание прибора в амбулаторных условиях не вызывает затруднений.

5. Индикатор ИГД-02 diathera может быть рекомендован для применения в проведении профосмотров и диспансеризации.

6. Применение индикатора ИГД-02 diathera требует определенной подготовки и тренированности персонала, технические погрешности измерений значительно влияют на результаты.

Литература

1. Нестеров А.П. Глаукома.— М.: Медицина.— 1995.— 160 с.
2. Неотложная офтальмология / Под ред. Е.А.Егорова: Уч. пособие.— М.: ГЭИТАР-Мед, 2004.— 184 с.
3. Современная офтальмология. Руководство для врачей / Под ред. В.Ф. Даниличева.— СПб.: Питер, 2000.— 606 с.
4. Девятаева М.А., Черкашина И.Г. и соавт. Клиническая оценка применения индикатора измерения ВГД ИГД-02 «ПРА» в условиях общей врачебной (семейной) практики // Вестник семейной медицины.— 2004.— № 2.— М.— С. 36–38.

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

Кафедра семейной медицины СПбМАПО в 2007 году проводит следующие циклы:

1. Общая врачебная практика /семейная медицина/. Подготовка и прием экзамена на подтверждение сертификата специалиста (для врачей общей практики /семейных врачей/) — **10.09–29.09.**
2. Общая врачебная практика /семейная медицина/ 1-й этап прерывистого цикла (для терапевтов и педиатров поликлиник, цеховых врачей) областной — **1.10–31.10.**

Обучение проводится на базе Учебно-клинического центра семейной медицины СПбМАПО, оказывающего помощь в рамках обязательного медицинского страхования всем категориям пациентов, включая детей и беременных. В преподавании участвуют высококвалифицированные специалисты, прошедшие подготовку в зарубежных университетах и использующие современные интерактивные методы обучения. Кафедра располагает набором манекенов и муляжей для отработки мануальных навыков, электронными базами данных, библиотекой, состоящей из современной отечественной и переводной литературы, а также учебных пособий и руководств, подготовленных сотрудниками кафедры и рекомендованных Росздравом для медицинских вузов Российской Федерации.

Зав. кафедрой профессор О.Ю.Кузнецова

Адрес кафедры пр. Просвещения, д. 45; телефон (812) 598 9320, e-mail: fammedmapo@yandex.ru

РИСК РАЗВИТИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ СО СТОРОНЫ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА ПРИ ПРИЕМЕ СЕЛЕКТИВНЫХ И НЕСЕЛЕКТИВНЫХ НЕСТЕРОИДНЫХ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ СРЕДСТВ

Ю.Хиппислей-Кокс, К.Коуплэнд, Р.Логан
Университет Ноттингема, Англия

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

RISK OF ADVERSE GASTROINTESTINAL OUTCOMES IN PATIENTS TAKING CYCLO-OXYGENASE-2 INHIBITORS OR CONVENTIONAL NON-STEROIDAL ANTI-INFLAMMATORY DRUGS

J.Hippisley-Cox, C.Coupland, R.Logan
University of Nottingham, United Kingdom

St-Petersburg Medical Academy of Postgraduate Studies, Russia

Перевод с сокращением Е.А.Будковой, Н.А.Гуриной
Selective translation by E.A.Budkova, N.A.Gurina

© Ю.Хиппислей-Кокс, К.Коуплэнд, Р.Логан, 2006

© Е.А.Будкова, 2006

В сообщении приведены результаты популяционного исследования типа гнездный случай-контроль сравнительного риска возникновения неблагоприятного влияния на верхние отделы желудочно-кишечного тракта у пациентов, принимающих ингибиторы циклооксигеназы-2 и традиционные нестероидные противовоспалительные средства. Исследование проводилось с использованием новой исследовательской базы данных первичного звена здравоохранения.

Ключевые слова: показатель риска, ингибиторы циклооксигеназы-2, неселективные нестероидные противовоспалительные средства, влияние на верхние отделы желудочно-кишечного тракта.

There are the results of a population based nested case-control study, using a new general practice research database to determine the comparative risk of adverse upper gastrointestinal events in patients taking different cyclo-oxygenase-2 inhibitors and conventional non-steroidal anti-inflammatory drugs in primary care.

Keywords: risk, cyclo-oxygenase-2 inhibitors, non-selective non-steroidal anti-inflammatory drugs, adverse upper gastrointestinal events.

Нестероидные противовоспалительные средства (НПВС) являются наиболее часто назначаемыми препаратами в Англии и Уэльсе. Их используют при болях различного происхождения, но, как известно, они могут вызвать такие серьезные осложнения со стороны желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), как диспепсический синдром, пептические язвы, осложняющиеся кровотечением.

В Великобритании ингибиторы циклооксигеназы-2, относящиеся к группе селективных НПВС, включены в стандарт ведения пациентов с остеоартрозами и ревматоидном артритом для длительного приема. Они были разработаны как обезболивающие средства без отрицательного влияния на ЖКТ в отличие от традиционных НПВС, и их использование закреплено включением в национальные рекомендации [1]. В настоящее время принято лечение неселективными НПВС в сочетании с противоязвенными препаратами или лечение ингибиторами циклооксигеназы-2 без защиты слизистой оболочки желудка. Научных исследований, поддерживающих эту точку зрения, особенно касающихся пожилых лиц, немного [2].

Целью данного исследования явилось определение риска развития неблагоприятных воздействий на верхние отделы ЖКТ у пациентов, принимающих ингибиторы циклооксигеназы-2, по сравнению с пациентами, получавшими неселективные НПВС.

Результаты были получены в исследовании типа гнездный случай-контроль.

Исследование охватывало 367 центров общей врачебной практики в Англии, Шотландии и Уэльсе. Обследованные лица — пациенты в возрасте 25 лет и старше с впервые выявленным поражением верхних отделов ЖКТ (пептические язвы и эрозии) в период с 1.08.2000 г. по 31.07.2004 г. Результаты сравнивали с контрольными группами (10 контрольных случаев на каждый), сопоставимыми по возрасту, полу, календарному периоду и уровню оказания медицинской помощи.

Результаты оценивались с использованием методики расчета отношения шансов развития неблагоприятного эффекта при приеме целекоксиба, рофекоксиба, ибупрофена, диклофенака,

напроксена и других НПВС, включая аспирин, на верхние отделы ЖКТ.

В результате анализа было выявлено следующее. Частота новых случаев неблагоприятных осложнений со стороны ЖКТ составила 1,36 на 1000 человек (95% ДИ=1,34–1,39). В данное исследование было включено 9407 новых случаев с осложнениями со стороны ЖКТ и соответственно 88 867 случаев парного контроля.

Во всех случаях применения ингибиторов циклооксигеназы-2 и неселективных НПВС определялся повышенный риск развития осложнений со стороны верхних отделов ЖКТ. Вероятность развития риска осложнений снижался после коррекции влияния на анализируемый эффект вмешивающихся факторов. Однако, риск развития осложнений оставался статистически значимым при приеме напроксена (ОШ=2,12, 95% ДИ=1,73–2,58), диклофенака (ОШ=1,96, 95% ДИ=1,78–2,15), и рофекоксиба (ОШ=1,56, 95% ДИ=1,30–1,87), но не для целекоксиба (ОШ=1,11, 95% ДИ=0,87–1,41). Были получены клинически важные результаты, состоящие в том, что прием противоязвенных препаратов наряду с НПВС сводило к минимуму повышенный риск их неблагоприятного влияния на ЖКТ. Исключение составил диклофенак, кото-

рый даже при комбинированном приеме повышал шансы развития осложнений ЖКТ (ОШ=1,49, 95% ДИ=1,26–1,76).

Авторы провели сравнительный анализ полученных данных с другими исследованиями в этой области. В одном из исследований было показано, что частота неблагоприятных воздействий на верхние отделы ЖКТ увеличивается с возрастом и выше у мужчин, чем у женщин [3, 4]. В данном исследовании, однако, частота случаев осложнений со стороны ЖКТ была выше в целом, включая все вновь диагностированные пептические язвы или желудочно-кишечные кровотечения, независимо от того, были ли пациенты госпитализированы или лечились амбулаторно.

Таким образом, авторы не обнаружили достаточных доказательств защитного влияния на ЖКТ новых селективных ингибиторов циклооксигеназы-2 в сравнении с неселективными НПВС. Однако, одновременное применение противоязвенных препаратов снижало риск развития осложнений со стороны верхних отделов ЖКТ при приеме всех НПВС, кроме диклофенака, при применении которого, даже в сочетании с противоязвенными препаратами, риск развития осложнений со стороны верхних отделов ЖКТ оставался значительно повышенным.

Литература

1. *National Institute for Clinical Excellence. The clinical effectiveness and cost effectiveness of celecoxib, rofecoxib, meloxicam and etodolac (cox-II inhibitors) for rheumatoid arthritis and osteoarthritis.*— London: NICE, 2000.
2. *Hooper L., Brown T., Elliott R., Payne K., Roberts C., Symmons D. The effectiveness of five strategies for the prevention of gastrointestinal toxicity induced by non-steroidal anti-inflammatory drugs: systematic review // BMJ.*— 2000.— Vol. 329.— P. 948–952.
3. *Blatchford O., Davidson L.A., Murray W.R., Blatchford M., Pell J. Acute upper gastrointestinal haemorrhage in west of Scotland: case ascertainment study // BMJ.*— 1997.— Vol. 315.— P. 510–514.
4. *Rockall T., Lofan R., Devlin H., Northfield T. Incidence of and mortality from acute upper gastrointestinal haemorrhage in the United Kingdom // BMJ.*— 1995.— Vol. 311.— P. 222–226.

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

«Российский семейный врач»

Свидетельство о регистрации № 017794 от 22.06.98 г.

Подписной индекс по каталогу «Роспечать» 29950

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

Редактор В.П.Медведев
Оригинал-макет ООО «ПринтЛайн», тел.: (812) 988-9836, 09.

Санкт-Петербург, издательство Санкт-Петербургской медицинской академии последипломного образования.
Подписано в печать 23.08.2006 г. Формат 60×90^{1/8}. Бумага офсетная. Гарнитура Journal. Печать офсетная.
Усл. печ. л. 6,5. Тираж 1000 экз. Заказ № 056. Цена договорная.
193015, Санкт-Петербург, Кирочная ул. д. 41.
Отпечатано в ООО «Сигма».