

РОССИЙСКИЙ СЕМЕЙНЫЙ ВРАЧ

МЕДИЦИНСКИЙ НАУЧНО-
ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

Учредитель

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

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

Президенты:

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

Главный редактор:

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

Заместители главного редактора:

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

Редакционная коллегия:

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

Редакционный совет:

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

Ответственный секретарь:

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

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

Адрес редакции:

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

Подписной индекс по каталогу «Роспечать» 29950

Том 13
3—2009
ВЫПУСКАЕТСЯ
ЕЖЕКВАРТАЛЬНО



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

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

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

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

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

Колонка главного редактора 4	Editorial 4
Лекция	Lecture
ГРИПП. ЧТО ДОЛЖЕН ЗНАТЬ ВРАЧ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ <i>Н. И. Кузнецов</i> 5	INFLUENZA. WHAT SHOULD GENERAL PRACTITIONER KNOW <i>N. I. Kuznetsov</i> 5
Оригинальные научные исследования	Original data
КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ОЦЕНКЕ ДОЛГОСРОЧНОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРОГРАММ НА ПРИМЕРЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ <i>Н. А. Гурина, С. Л. Плавинский</i> 13	INTEGRATED APPROACH FOR THE EVALUATION OF LONG-TERM EFFECTIVENESS OF CVD PREVENTIVE PROGRAM <i>N. A. Gurina, S. L. Plavinski</i> 13
ВОЗМОЖНЫЕ СПОСОБЫ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ <i>И. Е. Моисеева, О. Ю. Кузнецова, Е. В. Фролова, С. Л. Плавинский</i> 17	POSSIBLE WAYS OF QUALITY ASSESSMENT OF TREATMENT OF PATIENTS WITH HYPERTENSION IN PRIMARY HEALTH CARE <i>I. E. Moiseeva, O. Yu. Kuznetsova, E. V. Frolova, S. L. Plavinski</i> 17
ТРЕВОГА И ДЕПРЕССИЯ У ПАЦИЕНТОВ С СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ С СОХРАНЕННОЙ СИСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИЕЙ <i>А. Н. Андрюхин, Е. В. Фролова</i> 24	ANXIETY AND DEPRESSION IN PATIENTS WITH HEART FAILURE PRESERVED SYSTOLIC FUNCTION <i>A. N. Andryukhin, E. V. Frolova</i> 24
Вопросы профессиональной подготовки	Professional training
КЛИНИЧЕСКИЙ РАЗБОР В ПОДГОТОВКЕ ВРАЧА ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ <i>Е. В. Фролова</i> 32	CLINICAL REVIEW IN TRAINING OF GENERAL PRACTITIONER <i>E. V. Frolova</i> 32
Сестринское дело	Nursing
РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ВЕДЕНИИ БОЛЬНЫХ С АЛЛЕРГИЕЙ <i>В. Н. Петров, А. Г. Захарчук</i> 42	THE ROLE OF NURSES IN THE MANAGEMENT OF ALLERGIC DISEASES <i>V. N. Petrov, A. G. Zaharchuk</i> 42
Случай из практики	Clinical case
ОСТРЫЙ КОРОНАРНЫЙ СИНДРОМ В ПРАКТИКЕ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА <i>Н. И. Рябова, Е. В. Фролова</i> 51	CORONARY SYNDROME IN GENERAL PRACTICE: THE CASE <i>N. I. Ryabova, E. V. Frolova</i> 51

Уважаемые читатели!

Данный номер журнала содержит ряд публикаций, которые объединяет одна проблема — профилактика и лечение сердечно-сосудистых заболеваний. В статье И. Е. Моисеевой, Е. В. Фроловой, О. Ю. Кузнецовой и С. Л. Плавинского рассматривается проблема качества оказания помощи больным с артериальной гипертензией. Используя госпитализацию больных с этим заболеванием в качестве определенного индикатора качества амбулаторной помощи таким пациентам, авторы поставили перед собой задачу определить, в каких амбулаторных ЛПУ профилактика и лечение артериальной гипертензии более эффективны. При сравнении учреждений, различных по организационной структуре, было убедительно продемонстрировано, что в отделении общей практики к таким пациентам относятся более внимательно, что позволяет избежать ненужной госпитализации, а самое главное — предотвратить тяжелые осложнения заболевания. В статье Н. А. Гуриной и С. Л. Плавинского приведены результаты многофакторного анализа профилактического вмешательства, направленного на предупреждение развития сердечно-сосудистых заболеваний. Эта статья может быть интересна как для семейных врачей, поскольку в ней представлена эффективность даже кратковременного профилактического вмешательства, так и для организаторов здравоохранения, так как в ней приведены новые подходы к оценке профилактической работы в амбулаторных условиях. Безусловный интерес вызывает статья А. Н. Андрюхина и Е. В. Фроловой, посвященная взаимосвязи сердечной недостаточности и таких нарушений в эмоциональной сфере как тревога и депрессия. Авторы демонстрируют эффективность работы школ для пациентов, страдающих сердечной недостаточностью, и подробно останавливаются на закономерностях развития тревоги и депрессии в зависимости от ее выраженности. Клинический случай, приведенный в этом номере журнала, также выбран не случайно. На примере острого коронарного синдрома продемонстрирована вся сложность работы врача общей практики, столкнувшегося с нетипичным течением заболевания, и подробно описана тактика, которая должна использоваться в подобных случаях. В нашей «образовательной рубрике» читатель найдет интересные материалы, посвященные методологии проведения клинических разборов в общей практике. Е. В. Фролова подробно описывает методологию обучения врачей на различных клинических примерах, что может быть интересно как для преподавателей, так и врачей-наставников, обучающих молодых специалистов в условиях амбулаторного учреждения. Учитывая современную эпидемическую ситуацию в мире и выход этого номера журнала в начале осени, мы не могли не посвятить лекцию, опубликованную в этом номере, актуальнейшей проблеме респираторных заболеваний и, в частности, свиному гриппу. В материалах, представленных Н. И. Кузнецовым, читатели найдут современную информацию о тактике и лечении при обычном гриппе, наиболее типичных его осложнениях, а также при заболевании, о котором в последние месяцы сообщается много противоречивой информации. Для медицинских сестер и преподавателей медицинских колледжей окажется полезной рубрика «Сестринское дело», в которой в этом номере подробно освещена тактика медицинской сестры при аллергических состояниях.

Уважаемые читатели, мы хотели бы вас пригласить к сотрудничеству. Ждем от вас интересных статей, описания клинических случаев, обзоров литературы и просто писем, которые могут положить начало дискуссии. Эти материалы мы также с удовольствием опубликуем.

*Главный редактор журнала «Российский семейный врач»
вице-президент Всероссийской ассоциации врачей общей практики
заведующий кафедрой семейной медицины ГОУ ДПО СПбМАПО
профессор Ольга Юрьевна Кузнецова*

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

УДК 616.921.5:614.254

ГРИПП. ЧТО ДОЛЖЕН ЗНАТЬ ВРАЧ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ

Н. И. Кузнецов

ГОУ ДПО Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования Росздрава,
Россия**INFLUENZA. WHAT SHOULD GENERAL PRACTITIONER KNOW**

N. I. Kuznetsov

St-Petersburg Medical Academy of Postgraduate Studies, Russia

© Н. И. Кузнецов, 2009

Острые респираторные инфекции являются наиболее частой причиной обращения населения за амбулаторной медицинской помощью. Грипп представляет собой достаточно серьезное заболевание, отличающееся высокой контагиозностью и возможностью развития осложнений. Высокая изменчивость антигенной структуры вируса гриппа обуславливает отсутствие стойкого иммунитета и трансформацию вируса в новые патогенные штаммы. В лекции описаны современные методы диагностики и тактики ведения пациентов в практике семейного врача. Обращено внимание на особенности выявления и оказания помощи при свином гриппе типа А (H1N1).

Ключевые слова: грипп, эпидемиология, клиника, диагностика, терапия.

Acute respiratory infections are the most frequent causes of visits of primary health care settings. Influenza is one of the serious diseases which characterized by high contagiousness and possibility for complications. High variability of antigen structure of influenza virus determines the absence of durable immunity and transformation the virus in new pathogenic cultures. The modern diagnostic tools and management of the influenza are presented in this lecture. The focus made on family physicians practice. The special attention is given to particularities of the identification and treatment of swan flue type A (H1N1).

Keywords: influenza, epidemiology, clinic, diagnosis, treatment.

Введение. По данным ряда исследователей, острые респираторные инфекции служат наиболее частым поводом для обращения пациентов за медицинской помощью в первичное звено здравоохранения [1]. Учитывая, что грипп является наиболее контагиозным заболеванием, вызывающим достаточно большое число осложнений, которые могут явиться причиной летального исхода, проблема своевременной диагностики и лечения этого заболевания была всегда актуальной для врача общей практики. Появление нового серотипа вируса гриппа А (H1N1), стремительно распространяющегося во всем мире с апреля 2009 г., послужило поводом для официального объявления Генеральным директором ВОЗ доктором Маргарет Чен о начавшейся пандемии, вызванной свиным гриппом А (H1N1) [2]. Появление данного типа вируса возможно и в нашей стране, а следовательно, врачи общей практики уже в ближайшее время могут встретиться с больными, у которых будет диагностирована новая разновидность гриппа.

Определение. Грипп (Influenza) — это острое инфекционное заболевание с аэрозольным механизмом передачи возбудителя, характеризующееся массовым распространением, кратковременной лихорадкой, интоксикацией и поражением воздухоносных путей [3].

Эпидемиология. Грипп и острые респираторные вирусные инфекции (ОРВИ) занимают первое место по частоте и количеству случаев в мире, и составляют 95% всех инфекционных заболеваний. В России ежегодно регистрируют от 27,3 до 41,2 млн больных гриппом и другими ОРВИ. При всей трудности оценки эпидемического процесса при гриппе предполагается, что во время ежегодных эпидемий во всем мире регистрируется от трех до пяти миллионов тяжелых случаев заболевания и от 250 тыс. до 500 тыс. смертельных исходов. Гриппом чаще болеют дети в возрасте от 1 до 14 лет (37%), что в 4 раза превышает заболеваемость пожилых. Вместе с тем, у людей старше 65 лет чаще наблюдаются смертельные исходы [4].

Основным источником вируса является больной гриппом с различными формами проявления заболевания. Особенность эпидемиологии гриппа в том, что у людей существует естественная восприимчивость к этой инфекции. Интенсивность развития эпидемии во многом зависит от состояния иммунитета населения к данному типу вируса. После перенесенного заболевания развивается типоспецифический постинфекционный иммунитет. После перенесенного гриппа А он сохраняется в течение 1,5–3 лет, после гриппа В — в течение 3–6 лет. Повторное заболевание гриппом того же типа воз-

можно не ранее чем через 1,5–2,5 года. Это связано не только с уменьшением напряженности иммунитета, но и с изменением антигенной структуры вируса.

Материнские антитела к вирусу гриппа у детей, вскармливаемых грудным молоком, могут выявляться в течение 9–10 месяцев, титр их постепенно снижается, и пассивный иммунитет, полученный от матери, не полноценен. Поэтому при возникновении вспышки гриппа в родильных домах заболеваемость новорожденных выше материнской [3].

Этиология и патогенез. Вирусная этиология гриппа была доказана только в 1933 г., через 15 лет после пандемии 1918 года. Вирусы гриппа относятся к семейству Orthomyxoviridae (греч. orthos — прямой, муха — слизь), род Influenza virus. Антигенные различия позволили выделить три серотипа вируса гриппа: А, В, С. Наибольшее эпидемиологическое значение имеют вирусы гриппа А и В, вызывающие ежегодные эпидемии.

Вирусы гриппа имеют внутренние и поверхностные антигены. Антитела, вырабатываемые к внутренним антигенам, не оказывают существенного защитного эффекта. Поверхностные антигены, представленные белками наружной липопротеиновой оболочки, гемагглютинин (Н) и нейраминидаза (N) определяют подтип вируса и индуцируют выработку специфических защитных антител. Вирус гриппа серотипа А является самым патогенным из трех известных серотипов и вызывает наиболее тяжелые формы заболевания [5]. Вирус поражает как человека, так и некоторых животных (лошади, свиньи, хорьки, птицы). Серотипы вируса гриппа А специфичны для каждого вида макроорганизма. В природе существует естественный своеобразный резервуар вируса гриппа А, сформированный дикими водоплавающими птицами. Именно этот серотип вируса может быть причиной не только эпидемии, но и пандемии.

Вирус гриппа серотипа В менее патогенен. Он не вызывает пандемий и служит причиной локальных вспышек и эпидемий. Вспышки гриппа В могут совпадать с подъемом заболеваемости гриппом А или предшествовать ему. Вирусы гриппа В циркулируют только в человеческой популяции, чаще вызывая заболевание у детей. Вирус гриппа С мало изучен. Как правило, заболевание, вызванное им, протекает в легкой форме. Этот вирус ведет к спорадическим случаям заболевания, чаще у детей.

Эпидемии и пандемии гриппа возникают при изменении поверхностных антигенов вируса. Наибольшая изменчивость поверхностных антигенов характерна для вируса гриппа серотипа А, при этом изменения Н- и N-антигенов происходят независимо друг от друга. Вирус серотипа В более стабилен. Постоянную антигенную структуру имеет и вирус гриппа серотипа С.

Существует два механизма антигенной изменчивости: относительно небольшие изменения (*антигенный дрейф*) и сильные изменения (*антигенный шифт*).

антигенный дрейф) и сильные изменения (*антигенный шифт*). Антигенный дрейф — это незначительные изменения в структуре поверхностных антигенов, вызываемые точечными мутациями в генах. Эти изменения не приводят к изменению штамма вируса. Как правило, такие изменения происходят ежегодно. В результате возникают эпидемии, так как защита от предыдущих контактов с вирусом сохраняется, хоть она и недостаточна. Антигенный шифт — изменения антигенной структуры гемагглютинина (Н), а реже и нейраминидазы (N), происходят через нерегулярные интервалы времени (10–40 лет), вследствие чего появляются вирусы, значительно отличающиеся от основной популяции, что приводит к развитию пандемии [5]. Такие изменения происходят вследствие реассортации (рекомбинации) генов двух или более видов вируса гриппа, которые одновременно инфицировали одну клетку. В результате появляется новый антигенный вариант вируса гриппа, обладающий свойствами, отличными от родительских вирусов. Не только новизна антигенной структуры вируса и отсутствие к нему иммунитета служит причиной пандемии. Для развития пандемического процесса вирус должен иметь возможность внедряться в клетки организма человека. Одной из особенностей эпидемического процесса последнего десятилетия является то, что одновременно циркулируют два наиболее патогенных для людей подтипа гриппа А: H3N2 и H1N1, первый из них в настоящее время является основной причиной смертельных исходов.

Вирус гриппа наиболее устойчив при низких температурах. Он может сохраняться при температуре -40°C в течение 2–3 недель. При температуре $+50-60^{\circ}\text{C}$ в течение нескольких минут происходит инактивация вируса. Дезинфицирующие растворы убивают вирус мгновенно.

Механизм передачи вируса — аэрозольный, а основной путь распространения инфекции — воздушно-капельный. При кашле, чихании или разговоре из носоглотки больного или вирусоносителя выбрасывается аэрозоль (частицы слюны, слизи, мокроты с болезнетворной микрофлорой, в том числе с вирусами гриппа). Дальность его рассеивания обычно не превышает 2–3 м. Поэтому эпидемиологическая значимость пациента определяется количеством вируса в отделяемом из верхних дыхательных путей и выраженностью катарального синдрома. В инкубационном периоде заболевания и при отсутствии катаральных симптомов выделение вируса в окружающую среду неинтенсивное. Период контагиозности начинается с конца инкубационного периода, достигая максимума через 1–2 дня после начала заболевания. После 5–7-го дня болезни больной становится практически не опасным для окружающих. Длительное выделение вируса определяется у больных с тяжелым и ослож-

ненным течением гриппа [4]. Источником выделения вируса могут оказаться реконвалесценты при наличии у них остаточных катаральных симптомов, а также транзиторные носители вируса. Контактно-бытовой путь инфицирования, который наблюдается более редко, возможен, благодаря свойствам вируса сохранять свою жизнеспособность при определенных условиях в окружающей среде и на предметах обихода. Так, некоторые штаммы вируса серотипа А могут сохраняться на металле и пластмассе 24–48 ч, на бумаге и картоне до 12 ч, а на поверхности стекла до 10 суток. В мокроте вирус сохраняет свою вирулентность до 2–3 недель. На поверхности рук человека вирус сохраняет вирулентность в течение 5 минут.

Входными воротами инфекции является респираторный тракт. Вирус гриппа обладает эпителиотропными свойствами и репродуцирует в цилиндрических эпителиальных клетках слизистой оболочки верхних дыхательных путей. Репликация вируса происходит в течение 4–6 ч, чем объясняется короткий инкубационный период. Поражение клеток трахеи и бронхов характеризуется процессами дегенерации, некроза и отторжения. Патологический процесс при гриппе развивается быстро, вслед за репродукцией вируса в клетках дыхательных путей развивается фаза вирусемии с характерными проявлениями интоксикации. Вирусемия длится 10–14 дней. Вирус, попадая в кровь, вызывает угнетение кроветворения и иммунной системы, развиваются лейкопения и другие осложнения.

Ведущим звеном в патогенезе гриппа является поражение сосудистой системы, которое возникает вследствие токсического действия эндогенных биологически активных веществ [5]. Воздействию, в основном, подвержены сосуды микроциркуляторного русла. Эти изменения обуславливают появление у больных носовых кровотечений, геморрагической сыпи на коже и слизистых, кровоизлияний во внутренние органы. Падение тонуса мелких сосудов и повышение их проницаемости приводит к развитию ранних изменений в легких: к отеку легочной ткани и множественным кровоизлияниям в альвеолы и интерстициальную ткань. Циркуляторные нарушения играют ведущую роль и в развитии неврологических синдромов. Нарушения микроциркуляции в гипоталамической области головного мозга ведут к расстройствам деятельности вегетативной нервной системы, что способствует в свою очередь нарушению работы сердечно-сосудистой и других систем организма. В процессе своей жизнедеятельности вирус гриппа поражает мерцательный эпителий респираторного тракта. Эти изменения более интенсивны в трахее и крупных бронхах, менее — в средних и редки в мелких бронхах. Степень их выраженности зависит от сроков болезни: дистрофия эпителиальных клеток,

полнокровие сосудов с небольшими очагами инфильтрации в верхней трети трахеи отмечаются уже в 1–2 день заболевания гриппом, к 3–5 дню они нарастают в интенсивности и сохраняются на 6–7 день, а нередко и позже. Картина гнойного, фибринозно-геморрагического трахеобронхита обусловлена присоединением бактериальной флоры, что в тяжелых случаях происходит уже в первые дни болезни. Клинически выраженные бронхиты и пневмонии развиваются при присоединении бактериальной инфекции, что в значительной мере обуславливает длительность и тяжесть заболевания. В этой фазе патологического процесса главную роль играют вирусно-бактериальные ассоциации, доминирует бактериальная инфекция (*Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* или *Staphylococcus aureus*) [6].

Тяжесть заболевания обусловлена не только вирулентностью вируса гриппа, но и состоянием иммунной системы макроорганизма.

Клиника. Клинические проявления гриппа варьируют в зависимости от возраста больного, состояния иммунитета, серотипа вируса и его патогенности. По течению заболевания выделяют легкое, средней тяжести, тяжелое и молниеносное. Кроме того, учитывают наличие осложнений. Тяжесть неосложненного гриппа зависит от выраженности и продолжительности интоксикации. Инкубационный период при гриппе короткий, от 10–12 ч до нескольких суток (не более 5 сут). В среднем он составляет от 1 до 1,5 сут. Заболевание всегда начинается остро. Вся клиническая картина гриппа складывается из нескольких синдромов.

Токсический синдром характеризуется наличием высокой лихорадки, головной боли, преимущественно в лобно-теменной области; переходящими менингеальными симптомами, ретроорбитальными болями, разлитыми остеомиалгиями и астенией. У пациентов отмечаются озноб и повышенная потливость. Лихорадка достигает максимума (39–40 °С) уже в первые часы болезни. Средняя длительность лихорадочного периода составляет, по данным большинства исследователей, 4,4 дня. Продолжительность лихорадки более 5 суток может свидетельствовать о наличии осложнений. Головная боль при гриппе является одним из основных симптомов заболевания. Выраженная головная боль в сочетании с бессонницей, рвотой и симптомами менингизма может наблюдаться при тяжелой форме заболевания.

Респираторно-катаральный синдром является вторым ведущим синдромом при гриппе. Его основное проявление — это трахеобронхит, характеризующийся сухим болезненным кашлем, часто с прожилками крови, болями и жжением за грудиной. В первые дни заболевания отмечается отек и набухание слизистой оболочки носа с развитием в последующие дни обильной ринореи. Из-за повы-

шенной кровоточивости слизистой оболочки носа возможны сукровичные выделения. Носовое дыхание затруднено. При гриппе помимо ринита, как правило, имеются признаки фарингита и ларингита: першение и боль в глотке, гиперемия и набухание ее слизистой оболочки, а также осиплость голоса.

При легких формах заболевания респираторно-катаральный синдром выражен слабо. Длительность его не более 7–10 дней [4]. При осмотре больного выявляются гиперемия и одутловатость лица, инъекция сосудов склер, гиперемия конъюнктив, цианоз губ, зернистость мягкого нёба, точечные геморрагии. Патологические изменения со стороны сердечно-сосудистой системы проявляются снижением артериального давления, приглушенностью сердечных тонов с нежным систолическим шумом на верхушке. Имеет место корреляция этих изменений с выраженностью токсикоза; после снижения температуры тоны сердца становятся более звучными, исчезает систолический шум. ЧСС может соответствовать температуре, однако наиболее характерна относительная брадикардия, которая встречается у 40% больных гриппом. Стойкая тахикардия в разгар заболевания имеет неблагоприятный прогноз для пациентов старшего возраста, страдающих хроническими заболеваниями сердечно-сосудистой и дыхательной систем. Изменения на ЭКГ при неосложненной форме гриппа имеют транзиторный характер. Развитие миокардита для гриппа не характерно (он встречается редко, как правило, в сочетании с аденовирусной, микоплазменной инфекцией и при бактериальных осложнениях). В остром периоде заболевания при рентгенологическом обследовании легких у части пациентов может выявляться усиление сосудистого рисунка.

Диспепсический синдром для сезонного гриппа не характерен. Появление диспепсического синдрома на фоне лихорадки и интоксикации может быть связано с бактериальной инфекцией или другими вирусными заболеваниями (энтеровирусы, ротавирусы). Нарушения мочеотделения и патологические изменения в печени и селезенке при неосложненной форме сезонного гриппа не возникают.

При неосложненной форме сезонного гриппа у больных часто определяются лейкопения, выраженность которой прямо пропорциональна тяжести эндотоксикоза, эозинопения и нейтропения, а также относительный лимфоцитоз и моноцитоз.

Молниеносная форма гриппа характеризуется высокой лихорадкой до 40–40,5 °С, развитием острого геморрагического отека легких на фоне резко выраженной интоксикации с признаками энцефалопатии. Летальный исход может наступить в первые трое суток заболевания.

Осложнения, которые развиваются при гриппе, можно разделить на специфические и неспецифические. При тяжелых формах наиболее грозными

специфическими осложнениями, развивающимися в первые дни заболевания, являются: инфекционно-токсический шок, инфекционно-токсическая энцефалопатия, отек/набухание головного мозга, острая дыхательная недостаточность, геморрагический синдром.

Наиболее частыми осложнениями при гриппе являются пневмонии [6]. Первичные вирусно-бактериальные пневмонии развиваются на фоне вирусной инфекции у пациентов группы риска (лица пожилого возраста с хроническими заболеваниями легких и сердца). Постгриппозные пневмонии развиваются в конце первой и в начале второй недели заболевания. Пневмония может иметь как интерстициальный, так и очаговый характер. У пациентов пожилого возраста, отягощенных сопутствующей патологией, пневмонии могут протекать по типу сливных псевдолобарных.

Из неспецифических осложнений наиболее часты отиты и синуситы.

При гриппе выделяют две возрастные группы риска, в которых наблюдается самая высокая доля госпитализации и летальных исходов. Первая группа — это дети до 1 года. Вторая возрастная группа представлена пациентами 60 лет и старше.

Диагностика. В период эпидемической вспышки гриппа диагностика заболевания не вызывает затруднений и основывается на характерных клинических признаках заболевания (интоксикация, катаральный синдром в виде трахеита), с учетом данных эпидемиологического анамнеза. Специфические методы диагностики гриппа используют для окончательного лабораторного подтверждения диагноза. Вирус гриппа может быть выделен в мазках из зева и носоглотки в течение первых 3 дней болезни. Материал от больного, взятый с помощью стерильного тампона, должен быть помещен в пробирку с 5,0 мл среды Игла или среды 199 с антибиотиками и немедленно отправлен в лабораторию. Культивирование проводят на 10–11 дневных куриных эмбрионах (в амниотической или аллантоической жидкости) в течение 48 ч. Для определения типа вируса требуется 1–2 дня. Ввиду сложности и длительности процедуры, такая диагностика имеет смысл только для определения этиологии локальной эпидемии. Прямой метод иммунофлюоресцентного анализа (МИФ) позволяет обнаружить цитоплазматические вирусные включения в клетках эпителия слизистой оболочки носа. Исследование наиболее эффективно при проведении его в острой фазе заболевания (первые 3 дня). Серологические тесты (ИФА). Пробы крови для диагностики острой фазы инфекции получают в течение 5 дней от начала болезни, пробы крови выздоравливающего пациента берут на 10–14 или 21-й день болезни. Реакция связывания комплемента (CF) используется для выявления различий между S-антигенами и позволяет определить тип вируса (А или В).

Реакция торможения гемагглютинации (НИ) основана на том, что специфические антитела ингибируют агглютинацию вирусами гриппа человеческих или куриных эритроцитов. Это позволяет определить различие между V-антигенами (поверхностными белками) и, таким образом, подтип вируса. Для верификации диагноза гриппа могут быть использованы молекулярно-генетические методы исследования (ПЦР-диагностика), а также прямое определение антигена с помощью специальных тестов для быстрого определения антигена вируса гриппа А в клетках верхних дыхательных путей после их взаимодействия со специфическими антителами [3].

Лечение. При легких формах сезонного гриппа этиотропная терапия не проводится. Использование противовирусных препаратов показано при среднетяжелых и тяжелых формах заболевания. Этиотропные средства назначают не позднее 48 ч от появления первых признаков болезни. Они смягчают симптомы интоксикации, сокращают количество осложнений, продолжительность лихорадки и заболевания в целом. В настоящее время противовирусные препараты, используемые в лечении гриппа, представлены, в основном, двумя группами: ингибиторы нейраминидазы — озельтамивир и занамивир и ингибиторы вирусного белка М2 — амантадин и ремантадин [7]. Мембранный белок М2 обнаружен только у вируса гриппа А. Ингибиторы белка М2 нарушают процесс «раздевания» вируса и препятствуют высвобождению в клетке вирусного генома, что в итоге подавляет репликацию вируса. К препаратам этой группы довольно быстро развивается резистентность вирусов. Ингибиторы нейраминидазы препятствуют распространению вируса, связанного с инфицированными клетками, нарушая репликацию вируса. Необходимо отметить, что ремантадин эффективен только при гриппе, вызванным вирусом серотипа А. В терапевтических концентрациях он практически полностью блокирует фагоцитарную активность клеток иммунной системы. Детям до 7 лет препарат не назначают. У взрослых пациентов он применяется по следующей схеме: 1-е сутки по 100 мг 3 раза (или 300 мг однократно), 2–3-и сутки по 100 мг 2 раза, 4-е сутки 100 мг однократно. У детей старше 7–10 лет: по 50 мг 2 раза в сутки, 11–14 лет по 50 мг 3 раза в сутки в течение 5 дней. Препарат принимают после еды. Детям старше 1 года ремантадин можно назначать в виде 2% сахарного сиропа («АЛЬГИРЕМ») [8].

К другой группе этиотропных препаратов относится Арбидол (производное индола). Арбидол обладает умеренной противовирусной и интерферогенной активностью, что способствует стимуляции клеточного и гуморального иммунитета. Препарат назначают в суточной дозе 600–800 мг в течение 5–7 дней [8]. В качестве дополнительных средств про-

тивовирусной терапии при лечении сезонного гриппа могут быть использованы препараты интерферона и их индукторы. Наибольшее распространение в лечении гриппа получили лейкоцитарный человеческий интерферон и рекомбинантные интерфероны (реаферон). Индукторы интерферона представлены как синтетическими препаратами: амиксин, циклоферон, неовир, так и природными соединениями: кагоцел, ларифан, ридостин [5]. Патогенетическая терапия неосложненного гриппа включает антигистаминные препараты, рутин, аскорбиновую кислоту, препараты кальция. Антибактериальные препараты не назначают. Исключение составляют лица с сопутствующими хроническими заболеваниями органов дыхания, сахарным диабетом, которым рекомендуют антибиотики широкого спектра действия в средних терапевтических дозах в течение 5–7 дней. Для дезинтоксикации больным с легкой формой гриппа рекомендуют обильное питье в объеме до 2 л/сут. Из средств симптоматической терапии используют препараты от кашля и отхаркивающие. При выраженной заложенности носа местно в виде капель применяют сосудосуживающие средства в течение 5–6 дней. Более длительный прием не рекомендуется из-за опасности развития медикаментозного ринита [7]. Для снижения температуры тела рекомендуют средства, не содержащие производные ацетилсалициловой кислоты, такие как парацетамол (ацетаминофен, эффералган и др.) или другие нестероидные противовоспалительные препараты.

Показания к госпитализации больных гриппом можно условно разделить на клинические и эпидемиологические. С учетом клинических показаний необходимо госпитализировать больных с тяжелым или осложненным течением заболевания. Нельзя оставлять дома пациентов при наличии у них лихорадки выше 39,5–40 °С, признаков поражения ЦНС; развитии геморрагического синдрома, сердечно-сосудистой и/или дыхательной недостаточности. Обязательной госпитализации подлежат больные с сопутствующими заболеваниями, относящиеся к группе риска: тяжелые формы сахарного диабета, хроническая ИБС, хронические неспецифические заболевания легких, болезни крови, заболевания ЦНС. По эпидемиологическим показаниям изоляции подлежат больные гриппом, находящиеся в общежитиях, интернатах, детских домах, гостиницах [3].

Профилактика. Профилактические мероприятия при гриппе имеют комплексный характер и включают: вакцинопрофилактику, химиофилактику и противоэпидемические меры. ВОЗ рекомендует использовать для вакцинации инактивированные гриппозные вакцины. Эти вакцины имеют низкую реактогенность и обладают высокой степенью безопасности и иммуногенности. Профилактическая эффективность вакцинации населе-

ния зависит от совпадения антигенной структуры вакцинального штамма и штамма вируса гриппа, вызвавшего эпидемию. Поэтому химиопрофилактика населения от гриппа сохраняет актуальность, особенно при появлении новых серотипов вируса гриппа. Проведение химиопрофилактики показано в следующих ситуациях:

- как дополнение к поздней вакцинации лиц групп риска в первые 2 недели после вакцинации (на период выработки антител);

- у детей, которых вакцинируют впервые — прием препаратов показан в течение 6 недель после первой вакцинации (окончательная выработка антител заканчивается к 2 неделям после второй вакцинации);

- у лиц с иммунодефицитом, которые на вакцинацию могут дать недостаточный иммунный ответ. В этом случае показаны вакцинация и дополнительный прием ремантадина (амантадина) или тамифлю;

- у лиц, которым вакцинация против гриппа противопоказана;

- у пожилых как дополнение к вакцинации, поскольку у них эффективность вакцинации сниженная и достигает 50–70%;

- у невакцинированных людей, находящихся в контакте с заболевшими родственниками и соседями;

- при угрозе пандемии (в этом случае показан прием ингибиторов нейраминидазы);

- если вакцинный штамм не совпал с эпидемическим;

- для лиц, которые не были своевременно вакцинированы.

Препараты, которые могут быть использованы для проведения неспецифической профилактики сезонного гриппа и острых респираторных заболеваний, представлены в таблице. Однако изучение их эффективности путем рандомизированных клинических испытаний не проводилось [8].

Таблица

Перечень препаратов, рекомендуемых для проведения неспецифической профилактики гриппа и ОРВИ (Ющук Н. Д. с соавт., 2007 г.)

Название	Способ применения
Альгирем	Сахарный сироп. Для детей с 1 года
Амиксин	Только для взрослых! По 1 табл. 1 раз в неделю в течение 4–6 недель
Афлубин	Детям с 1 года до 12 лет 3–5 капель 2 раза в день в столовой ложке воды или молока. С 12 лет и взрослым — 5–10 капель с водой. Курс 20 дней
Гриппферон	Дети с 1 года и взрослые. Капли в нос
Дибазол	10 дней каждого месяца (сентябрь, ноябрь, январь) 1 раз в сутки. Дети с 6 лет — по 0,004 мг; 7–14 лет — 0,01 мг; с 15 лет — 0,02 мг
Лейкоцитарный человеческий интерферон	Дети и взрослые по 0,25 мл в каждый носовой ход в течение 20–25 дней
Оксолиновая мазь	Дети: 0,25% мазь 2 раза/сут, 15–25 дней. Взрослые — 2 раза/сут, 15–25 дней
Ремантадин	Взрослые: по 1 таблетке 5 дней (очаговая); по 1 таблетке 15–20 дней (плановая профилактика)
Рибомунил	Для детей, с хроническими заболеваниями и часто болеющих ОРВИ. Разовая доза (3 табл. или гранулят из 1 пакетика) 1 раз/сут с октября по март по схеме: первый месяц (октябрь) — первые 4 дня недели, в течение 3 недель; последующие 5 месяцев (ноябрь–март) — первые 4 дня каждого месяца
Сандра	Для детей с 1 года до 6 лет по 1 табл. (0,25 мг) сублингвально 4 раза в день. Курс лечения 5–6 дней
Элеутерококк	По 1–2 капли на год жизни ребенка 2 раза в день, взрослым — 25–40 капель в день в течение 14 дней
Эхинацея	По 10–20 капель 2 раза в день в течение 14 дней

Грипп типа А (H1N1). В 2009 г. внимание международной общественности было привлечено к сообщениям о появлении нового серотипа гриппа А

(H1N1). Случаи инфекции, вызванные гриппом свиной типа А (H1N1), который легко передается людям, были изначально выявлены в апреле 2009 г.

Это особый штамм H1N1, который ранее среди людей не циркулировал. Ранние признаки гриппа A(H1N1) сходны с признаками гриппоподобного заболевания, включая высокую температуру, кашель, головную боль, мышечную боль и боль в суставах, боль в горле и насморк. Согласно опубликованным на сегодня клиническим данным, подавляющее большинство пациентов испытывают легкие симптомы, быстро и полностью выздоравливают, зачастую без медицинского лечения. Инкубационный период в среднем составляет 3,5 дня (от 3 до 9 дней). Самые распространенные симптомы свиного гриппа: лихорадка (94%), кашель (92%), боль в горле (66%). Помимо этого, у 25% пациентов наблюдалась рвота и у 25% — понос [9]. *Наличие этих двух симптомов является отличительной чертой свиного гриппа, не характерной для сезонного гриппа.*

Новый вирус гриппа A (H1N1), по данным экспертов ВОЗ, инфицирует преимущественно молодых людей. Большинство случаев свиного гриппа A (H1N1) зарегистрированы среди людей в возрасте до 25 лет. Анализ клинически выраженных случаев свиного гриппа показал, что в основном тяжелые формы заболевания со смертельным исходом наблюдались среди взрослых в возрасте 30–50 лет, примерно в 2% случаев у больных с тяжелой формой заболевания развивалась пневмония. Тяжелое течение заболевания во многих случаях было отмечено у пациентов с сопутствующими хроническими заболеваниями (бронхиальная астма, сердечно-сосудистые заболевания, сахарный диабет, аутоиммунные нарушения и ожирение) [10].

Пациентов с инфекцией, вызванной вирусом гриппа свиной типа A (H1N1), следует считать потенциально заразными в течение 7 дней после начала болезни. Дети, особенно младшего возраста, могут быть потенциально заразны в течение более длительного периода времени. Длительность контактируемости варьирует в зависимости от штамма вируса гриппа типа A (H1N1). Более длительная контактируемость является еще одной отличительной чертой свиного гриппа. Больные с подтвержденным диагнозом гриппа типа A (H1N1) или при подозрении на него должны придерживаться режима добровольной изоляции в домашних условиях в течение по крайней мере первых 7 дней после начала болезни [10].

Подтвержденным случаем инфекции, вызванной вирусом гриппа свиной типа A (H1N1), считается случай, при котором у человека имеет место острое респираторное заболевание вызванное вирусом гриппа свиной типа A (H1N1) с лабораторно подтвержденной инфекцией одним или несколькими исследованиями: ПЦР в реальном времени, культивирование вируса или четырехкратное повышение уровня нейтрализующих антител, специфичных к вирусу гриппа свиной типа A (H1N1).

Подозрительным на инфекцию, вызванную вирусом гриппа типа A (H1N1), считают случай, при котором у человека имеется острое респираторное заболевание, сопровождающееся лихорадкой, начавшееся в течение 7 дней после тесного контакта с человеком, у которого был подтвержден диагноз гриппа, вызванного вирусом типа A (H1N1). Тесным контактом считают контакт на расстоянии менее двух метров. При дифференциальной диагностике у пациентов с острым респираторным заболеванием и заболеванием свиным гриппом необходимо принимать во внимание данные эпиданамнеза — пребывание на территориях, эпидемиологически неблагополучных по заболеваемости вирусом гриппа свиной типа A (H1N1), и наличие контактов с заболевшими этой инфекцией в течение 7 дней, предшествующих началу болезни [10]. Наибольшее количество случаев свиного гриппа A (H1N1) из европейских стран зарегистрировано в Англии, Испании, Израиле, Германии, Франции, Италии.

При легких формах свиного гриппа этиотропная терапия так же, как при сезонном гриппе не проводится. Применение противовирусных препаратов показано при среднетяжелых и тяжелых формах заболевания. При изучении чувствительности нового штамма свиного гриппа A (H1N1) к антивирусным препаратам оказалось, что некоторые варианты этого штамма резистентны к ингибиторам вирусного белка M2 [9]. Поэтому при подозрении на свиной грипп ВОЗ рекомендует использовать в качестве этиотропных средств ингибиторы нейронимидазы. Осельтамивир (Тамифлю) назначают взрослым по 75 мг два раза в день в течение 5 дней. Детям от 1 года и старше препарат назначают с учетом массы тела: до 15 кг — 30 мг два раза в день; от 15 до 23 кг — 45 мг два раза в день; от 23 до 40 кг — 60 мг два раза в день; свыше 40 кг — 75 мг два раза в день. Детям до 1 года назначать препарат не рекомендуется [10].

Принципы симптоматической терапии и показаний к госпитализации не отличаются от тех, которые были изложены при описании сезонного гриппа.

Возможности вакцинопрофилактики при свином гриппе пока ограничены из-за отсутствия специфической вакцины. Эффективным средством химиофилактики является противовирусный препарат тамифлю в дозе 75 мг один раз в день. Противоэпидемические мероприятия должны проводиться с учетом особенностей данной инфекции, которая отличается сохранением более длительной контактируемости. Не следует забывать о необходимости применения родственниками больного и медицинским персоналом, оказывающим помощь, средств индивидуальной защиты в виде перчаток и масок. Применение дезинфицирующих средств для обработки поверхностей предметов и мебели, окружающих пациента, также является

важным мероприятием, способствующим снижению распространения инфекции.

Заключение. Грипп остается одним из самых распространенных вирусных заболеваний, периодически обуславливающих развитие эпидемий и пандемий. Учитывая изменчивость антигенной структуры вируса, эпидемическая ситуация может ежегодно меняться как в Российской Федерации, так и во всем мире. Опасность заболевания заключается в возможности развития фатальных

осложнений, особенно у детей и лиц пожилого возраста, имеющих сопутствующие заболевания. Знание эпидемической ситуации, патогенетических особенностей гриппа, вызываемых новыми штаммами вируса, состояния здоровья пациентов, постоянно наблюдающихся у врача общей практики, позволяет выбрать правильную тактику профилактики и лечения данного заболевания и тем самым уменьшить количество осложнений, характерных для этой вирусной инфекции.

Литература

1. *Boerma W., Fleming D.* Роль общей практики в первичной медико-санитарной помощи. — Копенгаген: Всемирная организация здравоохранения, 2001 г. — 182 с.
2. <http://www.who.int/ru/index>. — (04.07.09).
3. *Инфекционные болезни: национальное руководство* / Под ред. Н. Д. Ющука, Ю. Я. Венгерова. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. — 1056 с. — (Серия «Национальные руководства»).
4. <http://www.who.int/csr/disease>. — (01.07.09).
5. *Ющук Н. Д. и др.* Грипп птиц у человека: угроза пандемии (этиология, эпидемиология, клиника, дифференциальная диагностика, лечение, профилактика): Учебное пособие / Под ред. Н. Д. Ющука. — М., 2007. — 72 с.
6. *Рахманова А. Г. и др.* Инфекционные болезни: руководство для врачей общей практики (2-е изд.). — СПб: Питер, 2001. — 576 с. — (Серия «Спутник врача»).
7. *Харкевич Д. А.* Фармакология: Учебник. — 9-е изд., перераб., доп. и испр. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. — 736 с.: ил.
8. *Практическое руководство по антиинфекционной химиотерапии* / Под ред. Л. С. Страчунского и др. — М.: Боррес, 2002. — 384 с.
9. <http://www.medmir.com/content/view/2556/1> — (04.07.09).
10. <http://www.rosпотреbnadsor.ru/documents/letters>.

Автор:

Кузнецов Н. И. — д. м. н. профессор кафедры инфекционных болезней с курсом лабораторной диагностики СПИД СПбМАПО

Адрес для контакта: кафедра инфекционных болезней с курсом лабораторной диагностики СПИД СПбМАПО, больница № 30 им. С. П. Боткина, Миргородская ул., д. 3/4, тел. (812) 717-64-96.

УДК 616.15

КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ОЦЕНКЕ ДОЛГОСРОЧНОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРОГРАММ НА ПРИМЕРЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ

Н. А. Гурина, С. Л. Плавинский

ГОУ ДПО Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования, Россия

INTEGRATED APPROACH FOR THE EVALUATION OF LONG-TERM EFFECTIVENESS OF CVD PREVENTIVE PROGRAM

N. A. Gurina, S. L. Plavinski

St-Petersburg Medical Academy of Postgraduate Studies, Russia

© Н. А. Гурина, С. Л. Плавинский, 2009

Технология оценки эффективности профилактических мероприятий недостаточно изучена. В описанном исследовании предлагается методика оценки долгосрочной эффективности многофакторного профилактического вмешательства на примере заболеваний системы кровообращения. Разработанный и апробированный подход заключается в комплексном использовании нескольких объективных показателей здоровья. В результате показано, что двухлетняя профилактическая программа, направленная на снижение распространенности факторов риска заболеваний системы кровообращения, сохранила эффективность на протяжении 7 лет наблюдения. Риск наступления неблагоприятного исхода (смерть или госпитализация в связи с заболеваниями системы кровообращения) снизился в 2,2 раза ($p < 0,01$).

Ключевые слова: оценка профилактических программ, заболевания системы кровообращения.

Technology of evaluation of the effectiveness of preventive measures requires more investigation. The methodology of the long-term evaluation based on CVD prevention is proposed in the described research. The developed and applied method includes integration of several objective health indicators for analysis. As a result the effectiveness of two years CVD preventive program during 7 years of observation is demonstrated. The risk of unfavorable outcome (death or hospitalization from CVD) is declined in 2,2 times ($p < 0,01$).

Keywords: evaluation of preventive program, cardio-vascular diseases.

Актуальность. Смертность от заболеваний системы кровообращения в нашей стране настолько высока [1, 2], что ее снижение стало одним из значимых целевых показателей, обозначенных в Концепции развития здравоохранения Российской Федерации до 2020 года [3]. Известно, что профилактические мероприятия могут не только привести к снижению распространенности факторов риска развития этих заболеваний, но и реально повлиять на показатели смертности [4–8]. Поэтому в Концепции также отражена необходимость профилактической направленности работы всей системы здравоохранения. Известно, что для принятия научно-обоснованных решений по внедрению профилактических технологий необходимо последовательно решить ряд задач [9, 10]. Одним из наиболее важных направлений, требующим дополнительных научных исследований, является разработка и совершенствование технологии оценки эффективности профилактических мероприятий [11].

В связи с этим, целью нашего исследования явилась оценка долгосрочной эффективности много-

факторного профилактического вмешательства на примере заболеваний системы кровообращения.

Материалы и методы. Изучаемой популяцией стало население поселка Понтонный, прикрепленное к городской поликлинике 73 Санкт-Петербурга. Администрации поликлиники и страховой компании района считали важным проводить профилактическую работу среди населения. Поэтому часть населения поселка в течение двух лет принимала участие в профилактическом вмешательстве [12]. Оно состояло из следующих мероприятий:

1. Все пришедшие участники были обследованы на предмет наличия у них факторов риска развития заболеваний системы кровообращения (артериальная гипертензия, гиперхолестеринемия, гипергликемия, избыточная масса тела, курение).

2. При их обнаружении проводили однократное врачебное консультирование об опасности выявленных нарушений, необходимости правильного питания и высокой физической активности. Беседа сопровождалась выдачей информационных буклетов.

3. Далее были выделены подгруппы пациентов, имевших артериальную гипертензию и гиперхолестеринемию, для немедикаментозной коррекции данных факторов риска с помощью диеты и повышения физической активности.

4. Пациентов, не вошедших в подгруппы вмешательства, направляли с результатами обследования к их лечащему врачу.

5. В конце профилактического вмешательства было проведено повторное обследование пациентов на предмет изменения у них изученных факторов риска.

Таким образом, пациенты, принявшие участие в профилактическом вмешательстве, в возрасте 40 лет и старше составили основную группу нашего исследования. Такой выбор возраста основан на факте, что риск смерти от заболеваний системы кровообращения повышается после 40 лет. Численность группы составила 445 человек.

Из той же популяции, что и основная группа, была сформирована группа сравнения, или 1-я группа контроля. Случайным образом были выбраны 436 человек, сопоставимых с участниками основной группы по полу, возрасту и социально-экономическому статусу.

Среди пациентов, приглашенных для участия в профилактическом вмешательстве, были отказавшиеся от участия в нем. Такие пациенты составили 2-ю группу контроля численностью 245 человек.

Для дальнейшего анализа важно было установить дату и причину смерти. Информацию получали из следующих источников: 1) врачебные свидетельства о смерти, если пациент умер дома; 2) отчет городской больницы, если пациент умер в стационаре; 3) акты о смерти из ЗАГСа в случае, если информации не оказалось в предыдущих источниках.

Окончательной причиной смерти считалась та, что была зафиксирована в отчетных документах. Для анализа использовали данные по смертности от всех причин и отдельно — от заболеваний системы кровообращения. Всего за время наблюдения умерли 190 человек, из них 133 от заболеваний системы кровообращения.

Сведения об обращаемости за стационарной помощью были получены из базы данных страховых компаний, обслуживающих население поселка. Учитывали следующие показатели: факт и дата обращения, диагноз при выписке, порядок госпитализации — экстренно или планово. Всего за время наблюдения госпитализированы 477 человек, из них 199 по поводу заболеваний системы кровообращения.

Материал для анализа был собран за период с 1998 по 2006 год. Период наблюдения составил 7,6 лет. Общее количество наблюдений — 1099 человек.

Для решения задач исследования использовали методы анализа выживаемости. Они позволяют показать влияние различных факторов на время до наступления определенного события. В нашем исследовании в качестве фактора изучали профилактическое вмешательство, а в качестве событий — случай смерти и обращение за стационарной помощью. В большинстве случаев использовали непараметрическую пропорциональную модель Кокса. В тех случаях, когда требовалась экстраполяция времени до наступления события, то есть распространения установленных в прошлом тенденций на будущий период, использовали параметрическую модель Вейбулла. Унивариантный анализ проводили с помощью расчета смертности на 1000 человеко-лет наблюдения и методом Каплана—Мейера [13].

Результаты и их обсуждение. При анализе распределения участников исследования по полу и возрасту показано, что группы сравнения в целом сопоставимы по возрасту ($p > 0,05$). Средний возраст участников основной группы и 1-й группы контроля составлял 57 лет, а 2-й группы контроля — 55 лет.

Основная группа и 1-я группа контроля сопоставимы по половому составу, доля женщин составила 58%, а мужчин — 42% ($p > 0,05$). 2-я группа контроля значимо от них отличалась ($p < 0,05$), доля мужчин составила 52%, а женщин — 48%.

Мужчины основной и контрольных групп различались по возрасту ($p < 0,05$), различий между мужчинами контрольных групп не установлено ($p > 0,05$). Женщины всех групп исследования сопоставимы по возрасту ($p > 0,05$).

Унивариантный анализ выживаемости показал, что участники основной группы умирали реже от болезней системы кровообращения, чем участники контрольных групп (рис.). Различия проявились уже через 3 года после начала профилактического вмешательства и сохранялись до конца исследования, а со 2-й группой контроля различия постоянно увеличивались. Таким образом, к концу срока наблюдения смертность от заболеваний системы кровообращения в основной группе была на 25% ниже (95% ДИ = 0,5–1,2), ($p > 0,05$), чем в 1-й группе контроля, и на 40% ниже, чем во 2-й (95% ДИ = 0,4–1,0), ($p = 0,05$).

Это привело к тому, что ожидаемая продолжительность жизни у участников основной группы стала на 4,4 года больше, чем в группах сравнения.

Отмеченные различия в половозрастной структуре групп сравнения могли повлиять на тенденции в снижении смертности. Поэтому был выполнен многомерный анализ выживаемости, при котором группы исследования были стандартизированы по полу и возрасту. Этот анализ показал, что риск смерти участников основной группы ниже на 60% (95% ДИ = 0,5–0,9), чем в группе контроля ($p = 0,02$),

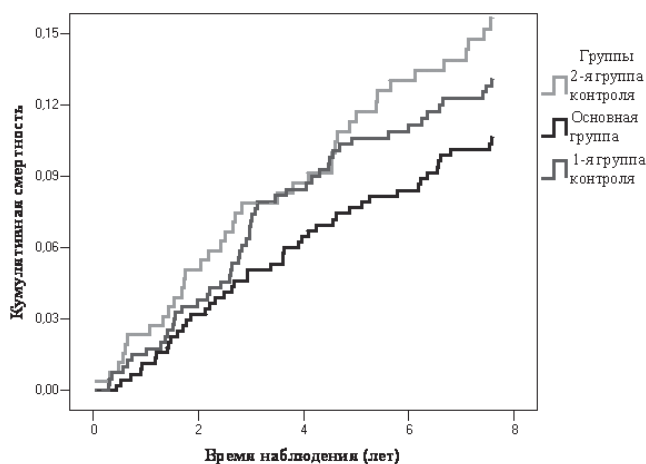


Рисунок. Смертность от заболеваний системы кровообращения (по методу Каплана—Мейера)

и что у женщин он в 2 раза ниже, чем у мужчин (95% ДИ = 1,4–2,8) ($p < 0,0001$).

Другим, важным показателем для анализа является госпитализация. Этот показатель имеет медицинскую, социальную и экономическую значимость для общественного здоровья. Госпитализация является также одной из характеристик контактов заболевших с системой здравоохранения и относится к показателям неблагоприятного течения или исхода заболевания. Целесообразность его использования обусловлена еще и тем, что диагноз, поставленный в стационаре, более точен и специфичен, а значит и более надежен для анализа. Поэтому, полученные результаты были дополнены многомерным анализом смертности от заболеваний системы кровообращения, где данные были стандартизированы по полу, возрасту и факту обращения за стационарной помощью. Установлено, что сам по себе факт обращения указывает на снижение риска смерти ($OR = 0,43$; 95% ДИ = 0,24–0,80) ($p < 0,05$), но если он был связан с заболеваниями системы кровообращения, то риск значительно повышался ($OR = 3,64$; 95% ДИ = 1,91–6,84) ($p < 0,05$).

Поэтому была создана композитная конечная точка, которая представляла собой либо смерть от заболеваний системы кровообращения, либо госпитализацию с диагнозом этого заболевания. Показано, что риск смерти или госпитализации в основной группе в 2,2 раза ниже, чем в группах сравнения ($OR = 0,47$; 95% ДИ = 0,27–0,82; $p = 0,008$).

Добавление в модель показателя обращаемости за стационарной помощью в связи со всеми причинами практически не влияло на значимость профилактического вмешательства для исходов, однако сам по себе факт обращения был положительно ассоциирован с изучаемой композитной точкой ($OR = 0,47$; 95% ДИ = 0,25–0,88; $p = 0,02$).

Эти данные свидетельствуют, что стационарная помощь иногда выполняет роль первичного звена здравоохранения, и пациенты обращаются в стационар напрямую (более двух третей всех случаев госпитализации в данном исследовании были экстренными). Поэтому можно констатировать, что профилактическое вмешательство способствует снижению отрицательных последствий заболеваний системы кровообращения (смерти и госпитализации), меняя отношение человека к здоровью, снижая выраженность факторов риска, или стимулируя обращение к системе здравоохранения.

Таким образом, показано, что анализируемое многофакторное профилактическое вмешательство привело к увеличению продолжительности жизни его участников. Такой эффект может быть обусловлен изменением факторов риска в ходе вмешательства или улучшением взаимодействия участников с системой здравоохранения. Для оценки второй гипотезы нами была предпринята попытка анализа контактов заболевших с системой здравоохранения. В условиях нашего исследования наиболее доступным индикатором стала частота контактов со стационарной помощью.

С использованием модели Вейбулла показано, что пациенты основной группы вступали в контакт с системой здравоохранения (стационарным звеном) в среднем, на 0,9 года раньше, чем пациенты 1-й группы контроля, и на 6,1 года раньше, чем участники, отнесенные ко 2-й группе контроля ($p < 0,05$). Анализ данных по контактам со стационарной помощью по поводу болезней системы кровообращения также показал, что лица основной ($p = 0,001$) и 1-й группы контроля ($p = 0,04$) контактировали с этой системой значительно раньше, чем лица, отказавшиеся от участия в исследовании. Можно заключить, что лица, отказавшиеся от участия в профилактическом вмешательстве, не обращаются за помощью, но чаще умирают от этих заболеваний, то есть возможно, что их неспособность или нежелание контактировать с системой здравоохранения является одной из причин неблагоприятного состояния их здоровья.

Заключение. Проведенное исследование позволило предложить методiku комплексной оценки профилактического вмешательства, ключевыми компонентами которой являются: выбор оптимального типа оценки, длительное (более 5 лет) наблюдение за изучаемой популяцией с обязательной регистрацией объективных показателей здоровья, использование методов математико-статистического моделирования. При проведении комплексной оценки вмешательства необходимо одновременно учитывать несколько параметров неблагоприятных исходов здоровья, например, таких как смертность и госпитализация.

Литература

1. Федеральная служба государственной статистики. Российский статистический ежегодник 2005. — М.: Росстат, 2006. — 824 с.
2. Руководство по медицинской профилактике / под ред. Р. Г. Оганова, Р. А. Хальфина. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. — 464 с.
3. Минздравсоцразвития РФ. Концепция развития здравоохранения в Российской Федерации до 2020 года [Электронный ресурс]. — 2009. — Режим доступа: www.zdravo2020.ru, свободный. — Загл. с экрана.
4. Результаты 4-летнего наблюдения в амбулаторных условиях за группой больных ишемической болезнью (данные исследования по многофакторной профилактике ИБС) / Л. В. Чазова [и др.] // Тер. арх. — 1984. — № 1. — С. 59–65.
5. Шальнова С. А. Факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний и показатели ожидаемой продолжительности жизни населения России: автореф. дис. ... д-ра мед. наук / С. А. Шальнова. — М., 1999. — 34 с.
6. Шапиро И. А. Вторичная профилактика сердечно-сосудистых заболеваний на уровне амбулаторно-поликлинических учреждений в условиях реформ здравоохранения: автореф. дис. ... д-ра мед. наук / И. А. Шапиро. — М., 2002. — 48 с.
7. Capewell S. Contribution of modern cardiovascular treatment and risk factor changes to the decline in coronary heart disease mortality in Scotland between 1975 and 1994 / S. Capewell, C. E. Morrison, J. J. McMurray // Heart. — 1999. — Vol. 81. — P. 380–386.
8. Unal B. Explaining the decline in coronary heart disease mortality in England and Wales, 1981–2000 / B. Unal, J. Crichley, S. Capewell // Circulation. — 2004. — Vol. 109. — P. 1101–1107.
9. Оганов Р. Г. Профилактика сердечно-сосудистых заболеваний в России: успехи, неудачи, перспективы / Р. Г. Оганов // Терапевтический архив. — 2004. — № 6. — С. 22–24.
10. Подходы к оценке эффективности профилактических программ / С. А. Мартынич [и др.] // Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. — 2002. — № 5. — С. 38–42.
11. Профилактические программы. Руководство по планированию, реализации и оценке / П. Аарва, А. М. Калинина, Л. Костович, Л. Е. Сырцова; под ред. Р. Г. Оганова, Н. В. Шестопалова. — М., 2000. — 140 с.
12. Фролова Е. В. Профилактика сердечно-сосудистых заболеваний в общей врачебной практике: дисс. ... д-ра мед. наук / Е. В. Фролова. — СПб., 2003. — 374 с.
13. Плавинский С. Л. Биостатистика: Планирование, обработка и представление результатов биомедицинских исследований при помощи системы SAS / С. Л. Плавинский. — СПб.: Издательский дом СПбМАПО, 2005. — 560 с.

Авторы:

Н. А. Гурина — к. м. н. ассистент кафедры семейной медицины СПбМАПО

С. Л. Плавинский — д. м. н. декан факультета общественного здравоохранения, заведующий кафедрой педагогики высшей медицинской школы и философии СПбМАПО

Адрес для контакта: 194291, пр. Просвещения, 45, кафедра семейной медицины МАПО, Санкт-Петербург, guri_nat@mail.ru

УДК 616.12-008.331.1

ВОЗМОЖНЫЕ СПОСОБЫ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

И. Е. Моисеева, О. Ю. Кузнецова, Е. В. Фролова, С. Л. Плавинский

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

POSSIBLE WAYS OF QUALITY ASSESSMENT OF TREATMENT OF PATIENTS WITH HYPERTENSION IN PRIMARY HEALTH CARE

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

© Коллектив авторов, 2009

Для оценки качества первичной медицинской помощи проведены сравнительный анализ частоты госпитализации пациентов с артериальной гипертензией в трех амбулаторных медицинских учреждениях Санкт-Петербурга (ОВП-1, ОВП-2 и ОВП-3) в 2006 и 2007 гг. и экспертная оценка их амбулаторных карт.

Частота госпитализации составила 5,6 на 10 тыс. населения в год в ОВП-1, 7,8 на 10 тыс. — в ОВП-2 и 8,9 на 10 тыс. — в ОВП-3. Выявлены различия в качестве заполнения амбулаторных карт: наиболее полными записи были в ОВП-1. Во всех трех учреждениях имелись сходные недостатки: в большинстве амбулаторных историй болезни отсутствовали записи об обследовании пациентов, о консультировании по факторам риска сердечно-сосудистых осложнений артериальной гипертензии.

Сравнительный анализ госпитализации и экспертиза медицинской документации могут применяться для оценки качества оказания амбулаторной медицинской помощи. Полученные данные свидетельствуют о более высоком качестве оказания помощи учреждениями, организованными по типу общей врачебной практики.

Ключевые слова: качество первичной медицинской помощи, госпитализация, артериальная гипертензия.

For assessment of quality of primary health care comparative analysis of hospitalization rate of hypertensive patients of different outpatient's clinics (GP-1, GP-2 and GP-3) was done. Also expertise of patients' medical records was carried out.

Hospitalization rates in GP-1 was 5,6 per 10,000 population per year, in GP-2 — 7,8 per 10,000 and in GP-3 — 8,9 per 10,000. Some differences in quality of medical records between GPs were revealed: most complete records were in GP-1. In the same time, in all GPs were some similar disadvantages: in the majority of records were no data about some laboratory and functional investigations and about consultations for risk factors of cardiovascular complications of hypertension.

Thus, comparative analysis of hospitalization rates and expertise of medical records could be used for quality assessment in primary health care. Results showed that higher quality of medical care was in clinics organized as general practice in comparing with usual polyclinic.

Keywords: quality of primary health care, hospitalization, hypertension.

В настоящее время во всем мире большое внимание уделяется проблемам оценки качества оказания медицинской помощи. Определение этого понятия может быть различным, в зависимости от того, где осуществляется медицинская помощь, кто является потребителем этой услуги, каковы источники финансирования. Очевидно, что для каждого этапа оказания помощи требуются свои подходы. Вот как сформулировано это понятие для общей врачебной практики рабочей группой экспертов Всемирной организации врачей общей практики (EQUIP WONCA): «качество — это наилучшие исходы для здоровья, возможные в настоящее вре-

мя с учетом имеющихся ресурсов, и совместимые с ценностями и предпочтениями пациента» [1].

Из определения видно, что оценка качества медицинской помощи обязательно должна быть комплексной. Как писал автор фундаментальных работ по этой проблеме, А. Донабедиан (2005), необходимо оценивать три составляющих медицинской помощи: структуру, процесс и исходы. При оценке структуры учитывают укомплектованность и подготовленность кадров, наличие необходимого оборудования и т. п. Оценка процесса подразумевает изучение соответствия процесса оказания медицинской помощи принятым доказательным стан-

дартам, адаптированным к условиям конкретного лечебного учреждения. Наконец, изучение исходов базируется на результатах оказания помощи [2].

Для оценки качества медицинской помощи можно применять различные критерии и индикаторы. В условиях общей врачебной практики эта оценка имеет некоторые особенности. В частности, для ее проведения необходимо применение индикаторов, чувствительных к изменениям качества амбулаторно-поликлинической помощи. Известно, что адекватная амбулаторная медицинская помощь может предотвратить развитие осложнений или более тяжелых заболеваний, а значит и необходимость госпитализации, при некоторых состояниях и заболеваниях. В частности, показатели госпитализации пациентов с такими хроническими заболеваниями как артериальная гипертензия, сахарный диабет и его осложнения, бронхиальная астма и обструктивные заболевания легких, хроническая сердечная недостаточность могут являться этими индикаторами. В качестве индикаторов можно также применять показатели госпитализации пациентов с бактериальной пневмонией, стенокардией, перфорацией аппендикса [3].

Оценивая качество медицинской помощи с использованием указанных индикаторов, важно учитывать, что, как правило, стандарт оптимального объема госпитализации при этих заболеваниях отсутствует. В связи с этим используют сопоставление показателей разных лечебных учреждений, при котором за «золотой стандарт» принимают наилучшие результаты, полученные при сравнительном анализе [3].

В 2007–2009 гг. в Санкт-Петербурге был проведен проект, целью которого являлось изучение и повышение качества оказания первичной медицинской помощи. В проекте принимали участие Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования (СПбМАПО), Институт общественного здравоохранения Санкт-Петербурга и Национальный институт здравоохранения и социального благополучия Финляндии. Проект проходил при поддержке Министерства здравоохранения и социального развития Финляндии, а также Комитета по здравоохранению Правительства Санкт-Петербурга.

В первом номере журнала за 2008 г. [4] мы сообщали о предварительных результатах проекта, полученных при анализе госпитализации больных, наблюдавшихся в трех отделениях общей практики Санкт-Петербурга. Были выявлены существенные различия в уровне госпитализации, что послужило поводом для более детального изучения процесса оказания помощи.

Настоящая публикация посвящена сравнительному анализу качества оказания помощи больным с АГ на основе данных о госпитализации при этом заболевании и экспертизы ведения больных на амбулаторном этапе.

Почему было выбрано именно это заболевание? Во-первых, АГ является одним из распространенных социально значимых заболеваний, что обусловлено высоким риском возникновения таких серьезных осложнений, как инсульт, инфаркт миокарда, сердечная недостаточность. Во-вторых, в настоящее время общедоступны национальные рекомендации по ведению больных АГ, отвечающие всем современным требованиям, включая высокую степень доказательности. Вместе с тем, как свидетельствуют данные литературы, в нашей стране оказание помощи этим пациентам далеко от совершенства, что является одной из причин высокой смертности от сердечно-сосудистых осложнений [5].

Целью исследования являлось изучение возможности оценки качества медицинской помощи пациентам с АГ путем сравнительного анализа показателей госпитализации и ведения пациентов на основе экспертизы первичной медицинской документации.

Материалы и методы исследования. Исследование проведено в трех амбулаторных учреждениях, оказывающих медицинскую помощь населению в различных районах Санкт-Петербурга в рамках обязательного медицинского страхования.

ОВП-1 является отделением общей врачебной практики (ОВП), в котором работают врачи, прошедшие подготовку в клинической ординатуре на кафедре семейной медицины СПбМАПО. Количество прикрепленного населения составляет 5370 человек, включая детей и беременных женщин.

ОВП-2 представляет собой поликлинику, в которой участковая служба более 10 лет назад была преобразована в общую практику при максимальном сокращении числа узких специалистов. Врачи были подготовлены на циклах профессиональной переподготовки, либо в клинической ординатуре на кафедре семейной медицины СПбМАПО по специальности общая врачебная практика/семейная медицина. Поликлиника оказывает амбулаторную помощь 8950 пациентам, включая детей различного возраста.

ОВП-3 — поликлиника, в которой работают врачи, прошедшие обучение на циклах профессиональной переподготовки по общей врачебной практике, однако переход участковой терапевтической службы на эту специальность полностью не завершён, поэтому амбулаторная помощь осуществляется и участковыми терапевтами, а также узкими специалистами. Характерной особенностью организации помощи является отсутствие предварительной записи к врачу любой специальности. Кроме того, к поликлинике прикреплены отдаленные микрорайоны, плохо обеспеченные общественным транспортом. Численность прикрепленного взрослого населения составляет 125816 человек.

Во всех трех учреждениях оценивались случаи направления на госпитализацию пациентов с АГ за период 2006 и 2007 гг. по данным, предоставленным территориальным фондом обязательного медицинского страхования Санкт-Петербурга. Учитывались диагнозы стационаров в соответствии с МКБ-10: болезни, характеризующиеся повышенным кровяным давлением (I10–I15). Данные госпитализации анализировали в зависимости от сроков пребывания в стационаре (1 день, 2–5 дней, более 5 дней).

Всего проанализировано 70 медицинских карт амбулаторного больного, из них 6 из ОВП-1 и 14 из ОВП-2. Поскольку число госпитализированных больных из ОВП-3 было значительно выше (224 чел.), для экспертизы были отобраны методом случайной выборки 50 амбулаторных карт.

Записи в амбулаторных историях болезни анализировали с помощью карты, разработанной на основе документов, использованных для проведения медицинского аудита в Дании [6, 7]. Ее содержание было приведено в соответствие с Национальными рекомендациями по артериальной гипертензии, где подробно описаны необходимые диагностические и лечебные мероприятия (схема). Оценку независимо проводили два эксперта с последующим сопоставлением результатов экспертизы.

Пациенты, карты которых отсутствовали в лечебных учреждениях, были опрошены по телефону с использованием специальной анкеты. У пациента выясняли, был ли он госпитализирован, кто направил его в стационар, в каком лечебном учреждении он наблюдается постоянно и где находится его амбулаторная карта.

Схема

Карта экспертной оценки медицинской документации

Идентификационный номер пациента			Эксперт 1	Эксперт 2
Возраст		N*		
Пол	<i>мужской</i>	1		
	<i>женский</i>	2		
Систолическое АД, мм рт. ст.		N		
Диастолическое АД, мм рт. ст.		N		
Холестерин общий, ммоль/л		N		
Холестерин ЛПНП, ммоль/л		N		
Триглицериды, ммоль/л		N		
Глюкоза крови, ммоль/л		N		
HbA1c, %		N		
Длительность наблюдения	<i>обращение первичное</i>	1		
	<i>менее 1 года</i>	2		
	<i>более 1 года</i>	3		
Количество консультаций у врача общей практики за последний год	<i>менее 1</i>	1		
	<i>1–4</i>	2		
	<i>5–12</i>	3		
	<i>более 12</i>	4		
ИМТ, кг/м ²		N		
Низкая физическая активность		0–1		
Курение	<i>нет данных</i>	0		
	<i>никогда</i>	1		
	<i>раньше</i>	2		
	<i>сейчас</i>	3		
	<i>неизвестно</i>	4		

Идентификационный номер пациента			Эксперт 1	Эксперт 2
Запись о консультации	<i>по курению</i>	0-1		
	<i>по алкоголю</i>	0-1		
	<i>по диете</i>	0-1		
	<i>по массе тела</i>	0-1		
	<i>по физической активности</i>	0-1		
Школа для больных с АГ	<i>нет данных</i>	0		
	<i>посещал</i>	1		
	<i>не посещал</i>	2		
Характер АГ	<i>неизвестен</i>	0		
	<i>вторичная</i>	1		
	<i>эссенциальная</i>	2		
Целевое АД достигнуто	<i>нет данных</i>	0		
	<i>да</i>	1		
	<i>нет</i>	2		
Лекарственная терапия	<i>диуретики</i>	0-1		
	<i>иАПФ</i>	0-1		
	<i>блокаторы рецепторов АТ₂</i>	0-1		
	<i>бета-блокаторы</i>	0-1		
	<i>антагонисты кальция</i>	0-1		
	<i>другие антигипертензивные</i>	0-1		
	<i>ацетилсалициловая кислота</i>	0-1		
	<i>статины</i>	0-1		
Обследование	<i>ЭКГ</i>	0-1		
	<i>ЭхоКГ</i>	0-1		
	<i>офтальмоскопия</i>	0-1		
	<i>УЗИ почек</i>	0-1		
	<i>креатинин</i>	0-1		
	<i>калий</i>	0-1		
Наличие осложнений АГ	<i>ОИМ</i>	0-1		
	<i>ОНМК</i>	0-1		
	<i>ТИА</i>	0-1		
	<i>отслойка сетчатки</i>	0-1		
	<i>ХПН</i>	0-1		
	<i>СН</i>	0-1		
	<i>нет данных</i>	0-1		

Идентификационный номер пациента			Эксперт 1	Эксперт 2
Причина госпитализации	<i>неизвестна</i>	0		
	<i>АГ</i>	1		
	<i>осложнение АГ</i>	2		
	<i>другое</i>	3		
Длительность госпитализации	<i>1 день</i>	1		
	<i>2–5 дней</i>	2		
	<i>более 5 дней</i>	3		
Изменение лечения после пребывания в стационаре	<i>нет данных</i>	0		
	<i>менялась</i>	1		
	<i>не менялась</i>			
Диагноз в стационаре изменен	<i>нет</i>	1		
	<i>неизвестно</i>	2		
	<i>на другое ССЗ</i>	3		
	<i>на другое заболевание (не ССЗ)</i>	4		

Примечания: * N — числовое значение.

Сокращения: АД — артериальное давление; ЛПНП — липопротеиды низкой плотности; ИМТ — индекс массы тела; иАПФ — ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента; АТ2 — ангиотензин-2; ЭКГ — электрокардиография; ЭхоКГ — эхокардиография; УЗИ — ультразвуковое исследование; ОИМ — острый инфаркт миокарда; ОНМК — острое нарушение мозгового кровообращения; ТИА — транзиторная ишемическая атака; ХПН — хроническая почечная недостаточность; СН — сердечная недостаточность; ССЗ — сердечно-сосудистое заболевание.

Результаты исследования. Изучение базы данных госпитализации показало, что по поводу артериальной гипертензии в течение двух лет были госпитализированы 6 пациентов ОВП-1, 14 пациентов ОВП-2 и 224 пациента ОВП-3. При пересчете на 10 тыс. населения получены следующие результаты: в ОВП-1 — 5,6 случаев госпитализации на 10 тыс. населения в год, в ОВП-2 — 7,8 и в ОВП-3 — 8,9 (рис. 1). Достоверные различия имелись между ОВП-1 и ОВП-3 ($p < 0,05$). При этом в ОВП-1 преобладали направления по плановым показаниям, тогда как в ОВП-2 и ОВП-3 — по экстренным.

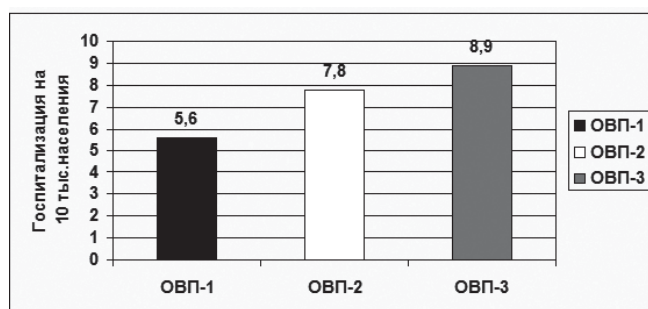


Рисунок 1. Среднее количество госпитализаций больных с АГ из отделений общей врачебной практики на 10 тыс. населения в год

Экспертиза амбулаторных карт показала, что во всех трех отделениях параметры АД регистрировались у всех пациентов. Однако полнота записей о других исследованиях существенно различалась. Так, данные о содержании общего холестерина в крови имелись в 80% амбулаторных карт ОВП-1 и ОВП-2 и только в 33% карт — ОВП-3. Показатели содержания глюкозы крови имелись также в 80% карт ОВП-1 и ОВП-2 и в 53% карт ОВП-3. В 70% карт ОВП-1 был указан индекс массы тела, тогда как в ОВП-2 и ОВП-3 эти данные содержались менее чем в 3% карт. Сведения о курении приведены в 30% карт ОВП-1 и только в 1–2% карт двух других отделений (рис. 2).

Во всех отделениях в большинстве изученных амбулаторных карт отсутствовали информация о липидном спектре крови, содержании креатинина и калия, уровне физической активности, а также записи о консультировании пациентов по факторам риска развития сердечно-сосудистых заболеваний и изменениям образа жизни.

Целевые значения АД (не выше, чем 140/90 мм рт. ст.) имели 80% госпитализированных пациентов ОВП-1 и только 25% пациентов ОВП-2 и ОВП-3 (рис. 3).

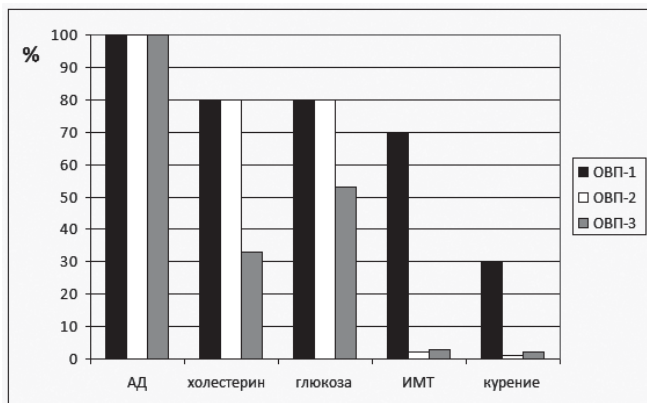


Рисунок 2. Доля амбулаторных карт пациентов с АД, в которых записаны показатели обследования

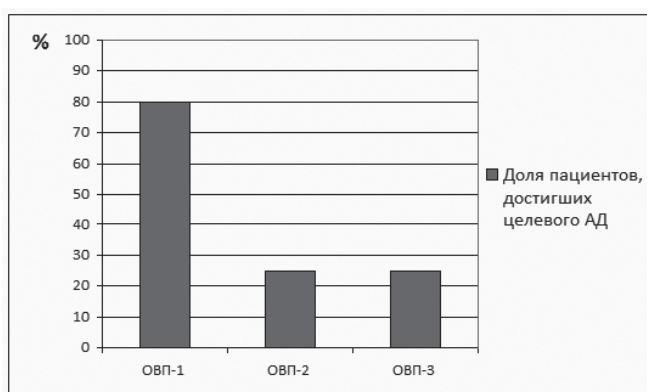


Рисунок 3. Доля пациентов, достигших целевого уровня АД в лечебных учреждениях, участвовавших в исследовании

Было также установлено, что 90% пациентов ОВП-1 постоянно наблюдаются в данном отделении и только 10% опрошенных не обращались к врачу в течение последнего года. В ОВП-2 постоянно наблюдались 75%; не обращались более одного года 25% пациентов. В ОВП-3 постоянно наблюдались только 65% пациентов. 20% не обращались в данное лечебное учреждение более одного года и еще 15% вообще не наблюдались в этом отделении (рис. 4).

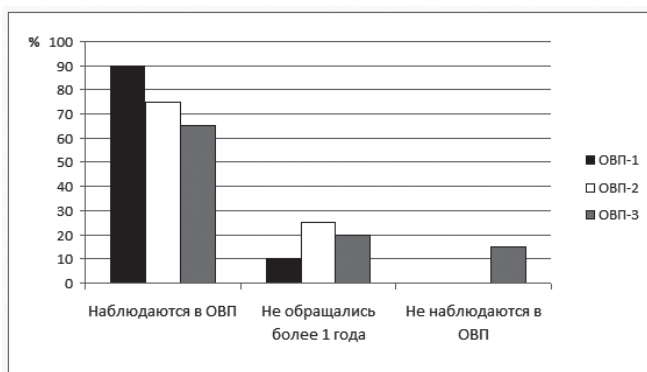


Рисунок 4. Распределение пациентов в зависимости от регулярности наблюдения в амбулаторных лечебных учреждениях

Обсуждение результатов. Как показало исследование, в ОВП-1 частота госпитализации была ниже, чем в двух других отделениях. В этом же учреждении была выше доля пациентов, достигших целевого уровня АД.

Записи в амбулаторных картах в ОВП-1 были более полными, содержали больше информации о факторах риска развития сердечно-сосудистых заболеваний, то есть качество ведения медицинской документации было выше, чем в других отделениях. В ОВП-1 90% пациентов постоянно наблюдались семейным врачом, что косвенно свидетельствует об удовлетворенности больных оказанием помощи.

Обращает на себя внимание, что 15% пациентов ОВП-3 вообще не обращались в данное лечебное учреждение. Вероятно, одной из причин этого является неадекватная организация приема пациентов, в частности, отсутствие предварительной записи к врачу, что, в свою очередь, обуславливает длинные очереди и снижает доступность первичной медико-санитарной помощи.

Экспертиза амбулаторных карт выявила как сходные недостатки во всех отделениях, так и существенные различия между ними. Большинство врачей не фиксировали в амбулаторных картах проведение бесед о факторах риска и здоровом образе жизни. Это может быть свидетельством неосведомленности врачей о важности немедикаментозной коррекции АД. С другой стороны, большая доля пациентов ОВП-1 достигла целевого АД, а это невозможно без обучения пациентов. Поэтому можно предположить, что большинство врачей консультирует больных по вопросам образа жизни, но не записывает эти мероприятия в амбулаторные карты.

Дефекты заполнения медицинских карт, чаще встречавшиеся в ОВП-3, могут приводить к ошибкам и недостаткам в лечении больных с АД. Так, отсутствие определения содержания глюкозы крови, индекса массы тела, характеристики липидного профиля может вести к неверному определению степени риска развития сердечно-сосудистых осложнений АД и, как следствие — к недостаточному лечению.

Результаты данного исследования показали необходимость регулярного анализа не только компетентности врачей, но и их способности применять знания на рабочем месте.

Следует отметить, что проблема оформления амбулаторных историй болезни является интернациональной. Так, в исследовании, выполненном в Финляндии, было отмечено низкое качество оформления амбулаторных карт врачами общей практики [8]. Однако в этой работе не изучались результаты использования других инструментов оценки качества ведения пациентов.

По данным обзора литературы, выполненным А. Донабедианом, записи врачей общей практики

в амбулаторных картах не отличаются высоким качеством и в США, но корреляция между некачественными записями и результатами лечения, как правило, отсутствует [2].

Выполненное нами сравнительное исследование качества ведения пациентов с АГ в трех различных отделениях общей практики выявило определенную связь между индикаторами, характеризующими частоту госпитализации больных с АГ и процессом оказания помощи, отраженным в амбулаторной карте. Одним из объяснений этого факта может быть различный уровень подготовки врачей в сравниваемых отделениях, в частности, в области консультирования и обучения пациентов. Владение именно этими навыками позволяет повысить степень приверженности пациентов рекомендациям врача, а значит и улучшить результаты лечения. Существенное значение имеет незавершен-

ность реорганизации поликлинических отделений по принципу общей врачебной практики.

Выводы

1. Сравнительный анализ показателей госпитализации и экспертиза медицинской документации могут применяться как методы комплексной оценки качества оказания амбулаторной медицинской помощи.

2. Различия в частоте госпитализации и качестве ведения амбулаторных карт могут быть обусловлены разным уровнем подготовки врачебного персонала.

3. Данные, полученные в ходе исследования, свидетельствуют о более высоком качестве оказания помощи учреждениями, организованными по типу общей врачебной практики, и могут быть использованы для обоснования продолжения реформирования первичного звена здравоохранения.

Литература

1. *Мякеля М., Бут Б., Робертс Р.* Путешествие в страну качественной первичной медицинской помощи. — СПб., «ЭЛБИ-СПб», 2008. — 170 с.
2. *Donabedian A.* Evaluating the Quality of Medical Care // *The Milbank Quarterly*. — 2005. — № 4, Vol. 83. — P. 691–729.
3. *McClellan M., Geppert G., McDonald K. M. et al.* Guide for prevention quality indicators. — Agency for healthcare research and quality, 2004. — 133 p.
4. *Моисеева И. Е., Кузнецова О. Ю., Фролова Е. В., Плавинский С. Л.* Оценка качества оказания медицинской помощи в общей врачебной практике // *Российский семейный врач*. — 2008. — № 1. — С. 44–46.
5. *Шальнова С. А., Баланова Ю. А., Константинов В. В. и соавт.* Артериальная гипертония: распространенность, осведомленность, прием антигипертензивных препаратов и эффективность лечения среди населения Российской Федерации // *Российский кардиологический журнал*. — 2006. — № 4. — С. 45–50.
6. *Bentzen N.* Medical Audit — The APO Method in General Practice // *Scand. J. Prim. Health Care*. — 1993. — 11. — P. 13–18.
7. *Hansen C. N., Hansen D. G., Kragstrup J., Busch O., Munck A.* The role of the APO method in improving diabetes care in general practice: the results of a Danish prospective multipractice audit circle // *Quality in Primary Care*. — 2003. — 11. — P. 225–31.
8. *Vainiomaki S., Kuusela M., Vainiomaki P. et al.* The quality of electronic patient records in Finnish primary healthcare needs to be improved // *Scandinavian Journal of Primary Health Care*. — 2008. — P. 1–6.

Авторы:

И. Е. Моисеева — к. м. н. ассистент кафедры семейной медицины СПбМАПО

О. Ю. Кузнецова — д. м. н. профессор заведующая кафедрой семейной медицины СПбМАПО

Е. В. Фролова — д. м. н. профессор кафедры семейной медицины СПбМАПО

С. Л. Плавинский — д. м. н. декан факультета общественного здравоохранения, заведующий кафедрой педагогики высшей медицинской школы и философии СПбМАПО

Адрес для контакта: dr-moiseeva@yandex.ru

УДК 616.12-008.46:616.8-008.64

ТРЕВОГА И ДЕПРЕССИЯ У ПАЦИЕНТОВ С СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ПРИ СОХРАНЕННОЙ СИСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ

А. Н. Андрюхин, Е. В. Фролова

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

ANXIETY AND DEPRESSION IN PATIENTS WITH HEART FAILURE PRESERVED SYSTOLIC FUNCTION

A. N. Andryukhin, E. V. Frolova

St-Petersburg Medical Academy of Postgraduate Studies, Russia

© А. Н. Андрюхин, Е. В. Фролова, 2009

Тревога и депрессия хорошо изучены при систолической сердечной недостаточности (СН), однако пациенты с клиникой СН чаще имеют сохраненную систолическую функцию (СН-ССФ). В рандомизированном исследовании с участием 85 амбулаторных пациентов изучено влияние тревоги и депрессии на динамику показателей, влияющих на прогноз, и проведена оценка эффективности обучения пациентов и последующего наблюдения за ними. Методы исследования включали госпитальную шкалу тревоги и депрессии, тест с шестиминутной ходьбой (ТШХ), уровень N-концевого мозгового натрийуретического пептида (N-концевой МНП). Тревога и депрессия выявлены у 63% и 67% пациентов соответственно. Выраженность депрессии нарастала по мере ухудшения функционального класса СН и была связана с неблагоприятными прогностическими факторами: сокращением дистанции ТШХ и повышением содержания N-концевого МНП. В то же время снижение выраженности депрессии улучшало эти прогностические факторы. Обучение пациентов изменению образа жизни, модификации факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний и непрерывное наблюдение за ними с участием медицинской сестры приводило к уменьшению тревоги и депрессии.

Ключевые слова: тревога, депрессия, обучение пациентов, тест с шестиминутной ходьбой, уровень N-концевого мозгового натрийуретического пептида, сердечная недостаточность с сохраненной систолической функцией.

In systolic heart failure (HF) anxiety and depression have studied well. However, the most patients with clinical picture of HF have preserved systolic function (HFPSF). In the randomized study with the participation 85 outpatients we investigated the effect of anxiety and depression on course of factors influencing prognosis and the effect of patient education and follow-up monitoring. The research methods Hospital Anxiety and Depression Scale, 6-minute walk test (6MWT) and level N-terminal pro-brain natriuretic peptide (NT-proBNP) are used. Anxiety and depression was found in 63% and 67% patients respectively. Intensity of depression increased at the same time functional class of HF worsened. So intensity of depression interrelated with factors influencing prognosis: reduction of the distance 6MWT and high of the level NT-proBNP. Decrease in the intensity of depression led to improvement of these factors influencing prognosis. Patient education regarding possibility of individual lifestyles changes and modifications of risk factors of cardiovascular disease and follow-up monitoring from nurse led to reduction of anxiety and depression.

Keywords: anxiety, depression, patient education, 6-minute walk test, N-terminal pro-brain natriuretic peptide and heart failure with preserved systolic function.

Актуальность. Врачам общей практики часто приходится наблюдать и лечить больных, у которых тревога и депрессия сочетаются с сердечной недостаточностью. Распространенность депрессии у пациентов с сердечной недостаточностью, наблюдающихся в амбулаторных учреждениях, может достигать 48% [1], а тревоги — 45% [2]. Установле-

но, что оба этих расстройства повышают риск неблагоприятных исходов сердечной недостаточности [3].

Несмотря на важность проблемы, опыт лечения таких пациентов пока недостаточен. В частности, в рекомендациях Европейского общества кардиологов [4] отмечено, что доказательства эффектив-

ности психологических и фармакологических вмешательств у пациентов с сердечной недостаточностью и депрессией ограничены и обоснованы лишь доказательствами уровня С. Российские национальные рекомендации по диагностике и лечению хронической сердечной недостаточности (ХСН) [5] вообще не содержат информации о необходимости и способах лечения таких пациентов.

Важной составляющей лечебной помощи при психоэмоциональных расстройствах является психотерапия. Групповая психотерапия — одна из психотерапевтических методик, имеющих наибольшее значение при лечении психосоматических заболеваний. Эффективной формой групповой психотерапии служат школы для соответствующих категорий больных [6]. Обучение в формате школ и последующее наблюдение за состоянием пациентов являются одними из составляющих «программ управления болезнью» («disease management programmes») — мультидисциплинарного подхода к лечению больных с определенной нозологической формой, улучшающего качество лечения хронического заболевания и уменьшающего его стоимость [7]. Эффективность «программ управления болезнью» показана в крупных исследованиях [8].

Тревога и депрессия как состояния, сопутствующие сердечной недостаточности, и эффективность воздействия на них комплексных лечебных программ подробно изучались у пациентов со сниженной систолической функцией, однако у 74% пациентов с сердечной недостаточностью систолическая функция может быть сохранена (фракция выброса левого желудочка 50% и более) [9].

Таким образом, представляется актуальным изучение состояний тревоги и депрессии и возможности их коррекции у пациентов с сердечной недостаточностью с сохраненной систолической функцией с помощью обучения в школе для больных и последующего непрерывного наблюдения в условиях общей врачебной практики.

Целью работы было изучение влияния тревоги и депрессии на динамику показателей, определяющих прогноз течения сердечной недостаточности, и оценка эффективности обучения пациентов и последующего наблюдения за ними в амбулаторных условиях.

Материалы и методы. Пациенты для участия в исследовании отбирались при помощи сетевой выборки, объем которой составил 100 человек в возрасте 50 лет и старше с диагнозом ХСН в стабильном состоянии, с фракцией выброса левого желудочка более или равной 50%. Все пациенты дали письменное информированное согласие на участие в исследовании. Исследование было разрешено этическим комитетом СПбМАПО.

Диагноз сердечной недостаточности с сохраненной систолической функцией устанавливали в со-

ответствии с критериями Российских национальных рекомендаций по диагностике и лечению ХСН. Функциональный класс (ФК) сердечной недостаточности (НУНА, 1964) определяли с помощью специальной шкалы активности, разработанной на основе расчета метаболической стоимости различных видов деятельности человека [10].

Для решения задач исследования было предпринято 2 подхода.

1. Для оценки эффективности коррекции тревоги и депрессии с помощью обучения пациентов и последующего наблюдения за ними в амбулаторных условиях были сформированы группы контроля и вмешательства. Группы формировали путем стратификации выборки по полу и последующей рандомизации при помощи «конвертов». В группе контроля проводилось стандартное лечение сердечной недостаточности в соответствии с национальными рекомендациями. Частота контактов между врачом и пациентом зависела от самочувствия пациента и от плана диспансерного наблюдения. В группе вмешательства дополнительно проводилось групповое обучение пациентов изменению образа жизни и снижению возможности развития неблагоприятных исходов сердечно-сосудистых заболеваний и непрерывное наблюдение в амбулаторных условиях с участием медицинской сестры.

2. Влияние тревоги и депрессии на динамику показателей, определяющих прогноз, было проанализировано в группе контроля. По окончании исследования в ней были выделены две подгруппы. Одна — с положительной динамикой по тревоге или депрессии включала пациентов, у которых эти состояния не выявлялись, а также тех, у которых они имелись в начале исследования, но отсутствовали по его окончании. Подгруппа с отрицательной динамикой включала пациентов, у которых состояние тревоги или депрессии выявлялось в начале и в конце исследования, и пациентов, у которых тревога или депрессия не выявлялась в начале исследования, но была отмечена в конце исследования.

Пациенты включались в исследование последовательно группами по 5–6 человек, по мере обучения, и подвергались проспективному наблюдению в течение 6 месяцев. 9 человек из группы контроля и 6 из группы вмешательства отказались от участия в исследовании перед его началом. Таким образом, в контрольной группе остался 41 участник, а в группе вмешательства — 44.

Обучение проходило на базе отделения общей врачебной практики поликлиники г. Выборга в формате школы и включало 4 еженедельных лекционно-практических занятия по 90 мин. Основной целью обучения было информирование пациентов, создание, поддержание и усиление мотивации к активному участию в программе реабилитации.

Темы занятий включали представления об анатомии и физиологии сердечно-сосудистой системы

и изменениях в организме при сердечной недостаточности; информацию о факторах риска развития и исходов сердечно-сосудистых заболеваний, обучение методам их коррекции; особенности питания при сердечной недостаточности; информацию о необходимой физической активности и методике тренировок; обучение навыкам самоконтроля и действиям при изменениях состояния; ознакомление с принципами медикаментозного лечения, побочным действием лекарств и обоснование необходимости выполнять предписания врача. В ходе занятий пациентам предлагалось задавать вопросы, высказывать мнения, делиться опытом, то есть активно участвовать в обсуждении проблемы. Роль медицинской сестры заключалась в том, чтобы ненавязчиво направлять дискуссию, акцентируя внимание на правильных установках и корректируя неправильные представления пациентов.

Одновременно с обучением еженедельно под контролем инструктора по лечебной физкультуре в соответствии с национальными рекомендациями проводились физические тренировки продолжительностью 30 минут, всего 4. Пациентам подбирался уровень нагрузок, соответствующий их функциональному статусу, и объем упражнений для дальнейших самостоятельных занятий. Также участники обучались принципам контроля эффективности и интенсивности тренировок.

Непрерывное наблюдение за пациентами силами медицинских сестер проводилось после окончания занятий в школах в виде еженедельных консультаций продолжительностью 15–30 минут, в том числе (для удобства пациента), по телефону. Предварительно были созданы протоколы для проведения таких телефонных бесед. Во время консультаций медсестра интересовалась успехами и неудачами пациента в изменении образа жизни; контролировала прием медикаментов; выявляла изменения в состоянии пациента, которые подлежали коррекции в амбулаторных условиях. Все медицинские сестры, проводившие занятия, предварительно были подготовлены на специальных курсах по обучению пациентов в соответствии с программой, разработанной и утвержденной для циклов тематического усовершенствования в ГОУ ДПО СПбМАПО.

Тревогу и депрессию выявляли с помощью госпитальной шкалы тревоги и депрессии [11]. Опросник содержит по 7 вопросов для выявления тревоги и депрессии и самостоятельно заполняется пациентами. Для каждого вопроса предложено 4 варианта ответа, соответствующих выраженности тревоги или депрессии (от 0 до 3 баллов). Суммарный балл в каждой шкале может быть от 0 до 21. Выделяют три области значений суммарного балла по каждой шкале: от 0 до 7 — норма, 8–10 — субклинически выраженная тревога или депрессия, 11 и более баллов — клинически выраженная тревога или депрессия. Таким образом, 8 и более баллов

указывает на наличие у пациента депрессии или тревоги. В таком стандартном виде госпитальная шкала тревоги и депрессии валидизирована как для амбулаторных, так и стационарных больных, и рекомендована к использованию для непсихиатрических популяций [12]. Следует заметить, что ряд исследователей, для повышения чувствительности или специфичности данного опросника, предлагает использовать иные точки разделения нормы от патологии [13]. В нашем исследовании мы использовали общепринятый подход к интерпретации ответов, описанный выше, который обеспечивает оптимальный баланс между чувствительностью и специфичностью этого метода [14].

В качестве показателей, определяющих прогноз у пациентов с сердечной недостаточностью, использовали толерантность к физическим нагрузкам и уровень N-концевого мозгового натрийуретического пептида в плазме крови. Толерантность к физической нагрузке оценивали по стандартному протоколу теста шестиминутной ходьбы [15]. Уровень N-концевого мозгового натрийуретического пептида определяли иммуноферментным методом на анализаторе «Biorad 680» с использованием тест-системы производства «Biomedica». Диагностическое значение для данного теста, в соответствии с рекомендациями производителя, составляет более 350 фг/мл.

Статистическую обработку данных проводили с использованием пакета прикладных программ STATISTICA 5.5 (StatSoft Inc., 1999 год). Применялись непараметрические методы. Описание данных — медиана (интерквартильный размах) 95% доверительный интервал. Сравнение групп — критерий Манна — Уитни (U-тест), Вилкоксона (W-тест) и χ^2 для бинарных признаков. Для анализа связи признаков применялась ранговая корреляция по Спирмену.

Результаты. Средний возраст участников в выборке составил 67 лет (59–71 год). Доля мужчин была 31%, а женщин — 69%. Функциональный статус 17% пациентов отнесен к 1 ФК, 35% — к 2 ФК и 48% — к 3 ФК сердечной недостаточности. Пациенты в группах контроля и вмешательства были сопоставимы по возрасту, полу, функциональному классу и лекарственной терапии ($p < 0,05$).

Тревога и депрессия были выявлены у 63 и 67% пациентов соответственно без различий по возрасту, причем у 61% тревога и депрессия обнаруживались одновременно. Доля мужчин с тревогой составила 42%, а с депрессией 65%. У женщин эти показатели были достоверно ($p = 0,007$) выше: 73 и 68% соответственно. Женщины характеризовались и достоверно более высоким уровнем тревоги: 10 баллов (7–13) против 6 (4–10) баллов у мужчин ($p = 0,003$).

Были выявлены достоверные различия выраженности тревоги и депрессии у больных с 1 и 3 ФК ($p = 0,018$), с 1 и 2 ФК ($p = 0,026$) (см. рисунок).

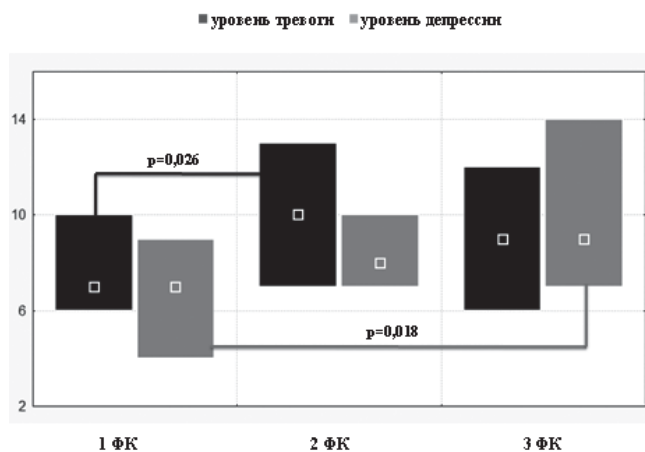


Рисунок. Выраженность тревоги и депрессии у больных сердечной недостаточностью 1-3 ФК

У пациентов с более высоким функциональным классом сердечной недостаточности регистрировался более высокий уровень депрессии.

Изучение выраженности тревоги и депрессии в зависимости от дистанции, пройденной пациентом за 6 минут, показало, что пациенты, проходившие меньше 300 м, имели достоверно более высокий уровень депрессии, чем пациенты, проходившие 300 м и более: 9,5 баллов (8-13) против 8 (6-10) соответственно ($p = 0,042$).

При анализе взаимосвязи между содержанием в плазме крови N-концевого мозгового натрийуретического пептида и выраженностью тревоги или депрессии было установлено, что более низкому содержанию пептида в плазме крови соответствовал более высокий балл уровня тревоги ($r = -0,332$; $p = 0,048$).

К окончанию исследования в группе контроля 4 пациента отказались от повторного обследования и 2 пациента умерли (причины смерти: инсульт и хроническая ИБС). В группе вмешательства таких пациентов было соответственно 3 и 1 (причина смерти: хроническая ИБС). Таким образом, динамика изучаемых показателей оценивалась у 35 пациентов группы контроля и у 40 пациентов группы вмешательства.

В начале исследования пациенты в контрольной и экспериментальной группах не различались по тревоге и депрессии. После завершения исследования в группе обучения распространенность тревоги и депрессии снизилась: с 57,5 до 47,5% и с 62,5 до 52,5% соответственно. Различия между группами по распространенности тревоги достоверны ($p = 0,017$). Анализ динамики уровня тревоги и депрессии в группах контроля и вмешательства показал, что у пациентов в группе вмешательства также достоверно уменьшилась выраженность тревоги и депрессии (табл. 1).

Таблица 1

Динамика уровня тревоги и депрессии в группах контроля и вмешательства

Группа	В начале исследования	В конце исследования	Достоверность различий (W-тест)
Тревога			
Контроля	10 баллов (7-13) 95% ДИ 9-12	10 баллов (8-14) 95% ДИ 9-12	$p = 0,77$
Вмешательства	9,5 баллов (6-11) 95% ДИ 8-10	7 баллов (5-10,5) 95% ДИ 7-9	$p = 0,026$
Депрессия			
Контроля	9 баллов (7-13) 95% ДИ 8-11	10 баллов (7-13) 95% ДИ 9-12	$p = 0,285$
Вмешательства	8 баллов (6-10) 95% ДИ 7-9	7,5 баллов (5-9) 95% ДИ 6-8	$p = 0,016$

Влияние тревоги и депрессии на динамику показателей, определяющих прогноз, было изучено в группе контроля (табл. 2). Подгруппы пациентов с положительной и отрицательной динамикой по депрессии или тревоге достоверно не различались по возрасту, полу, функциональному классу и лекарственной терапии. В подгруппах с положительной динамикой, как по тревоге, так и по депрессии

уровень N-концевого мозгового натрийуретического пептида снижался, в то время как дистанция теста с шестиминутной ходьбой увеличивалась. Противоположная тенденция наблюдалась в подгруппах с отрицательной динамикой тревоги или депрессии. При этом достоверные различия в динамике изученных показателей были получены только для депрессии.

Динамика показателей, влияющих на прогноз у пациентов с сердечной недостаточностью, в подгруппах пациентов с положительной и отрицательной динамикой по депрессии или тревоге

Динамика показателей	В начале исследования	В конце исследования	Достоверность различий (U-тест)
Уровень N-концевого мозгового натрийуретического пептида в плазме крови			
Отрицательная динамика депрессии	420 фмоль/мл (270–756) 95% ДИ 262–938	746 фмоль/мл (446–1110) 95% ДИ 531–1064	p = 0,042
Положительная динамика депрессии	641 фмоль/мл (535–1351) 95% ДИ–230–2116	528 фмоль/мл (378–1070) 95% ДИ–106–1554	
Отрицательная динамика тревоги	420 фмоль/мл (240–732) 95% ДИ 201–933	741 фмоль/мл (412–1020) 95% ДИ 479–1042	p = 0,601
Положительная динамика тревоги	662 фмоль/мл (620–960) 95% ДИ 154–1739	660 фмоль/мл (396–1200) 95% ДИ 199–1439	
Дистанция теста с шестиминутной ходьбой			
Отрицательная динамика депрессии	300 м (251–358) 95% ДИ 280,4–330,5	278 м (262–312,4) 95% ДИ 268,8–308,9	p = 0,049
Положительная динамика депрессии	301,4 м (246,2–324) 95% ДИ 248,6–371,9	313,4 м (274–382,5) 95% ДИ 270,5–398	
Отрицательная динамика тревоги	300 м (251–357) 95% ДИ 278,5–324,4	278 м (260,2–312,4) 95% ДИ 265,7–301,5	p = 0,376
Положительная динамика тревоги	301,4 м (243,8–377) 95% ДИ 244,9–405,2	369,1 м (290,8–423,8) 95% ДИ 292,6–434,2	

Обсуждение. По данным литературы, распространенность как тревоги, так и депрессии в общей популяции, изученной с использованием госпитальной шкалы депрессии и тревоги, составляет около 10% у лиц в возрасте 55 до 74 лет [16]. К этой же возрастной группе принадлежат и наши пациенты. По сравнению с общей популяцией, тревога и депрессия у пациентов в нашем исследовании были выявляемы чаще.

Наибольшая распространенность тревоги и депрессии у пациентов с сердечной недостаточностью, выявленная с помощью госпитальной шкалы тревоги и депрессии, была установлена M. Scherer и соавт. — около 28% [17]. Однако в этом исследовании наличие депрессии или тревоги устанавливали в том случае, если показатель превышал 8 или 10 баллов. В нашем исследовании был использован традиционный подход [11] к оценке шкалы: балл от 8 и выше расценивали, как указывающий на наличие депрессии или тревоги у пациента. Использование нами более низкой точки разделения между нормой и патологией увеличивало вероятность выявления этих состояний, что и показали полученные нами результаты. Различия между нашими данными и данными, полученными M. Scherer и соавт. могут быть связаны и с половозрастными характеристиками изученных групп. Известно, что

в общей популяции частота депрессии уменьшается с возрастом [18] и среди пациентов с сердечной недостаточностью старше 65 лет распространенность тревоги в 2,4 раза, а депрессии в 1,6 раз выше у женщин, чем у мужчин [19]. В нашем исследовании пациенты были достоверно моложе (67 лет против 72,5 лет), и достоверно в большем количестве представлены женщинами (69% против 53,3%, p = 0,01). Среди женщин отмечалась большая распространенность и более высокий уровень тревоги в сравнении с мужчинами.

По данным метаанализа, проведенного в 2006 г., распространенность депрессии увеличивается соответственно функциональному классу сердечной недостаточности от 11% при 1 ФК до 42% при 4 ФК [20]. Более высокий уровень тревоги также отличает пациентов с сердечной недостаточностью 3 ФК в сравнении с пациентами 1 и 2 ФК [21]. В нашем исследовании было обнаружено, что уровень тревоги достоверно увеличивался к 2 ФК (см. рисунок) и затем несколько снижался у пациентов с 3 ФК. Уровень депрессии достоверно увеличивался от 1 ФК к 3 ФК.

Аналогичная ситуация была обнаружена и при сопоставлении данных теста с шестиминутной ходьбой (ТШХ). Известно, что дистанция менее 300 м свидетельствует о неблагоприятном прогно-

зе у пациентов с сердечной недостаточностью [22]. Как показано в нашей предыдущей публикации [23], дистанция ТШХ так же объективно отражает функциональный статус пациентов с сердечной недостаточностью с сохраненной систолической функцией, как и пациентов с сердечной недостаточностью с нарушенной систолической функцией [15] и может использоваться для объективизации функционального статуса. Дистанция ТШХ менее 300 метров практически соответствует 3–4 ФК сердечной недостаточности. В нашем исследовании уровень, и тревоги, и депрессии оказался выше у пациентов, проходивших в ТШХ дистанцию менее 300 метров.

Содержание натрийуретических пептидов в крови может служить объективным критерием оценки толерантности к физическим нагрузкам у пациентов с сердечной недостаточностью. В литературе показано значительное повышение уровня N-концевого мозгового натрийуретического пептида у пациентов с 3–4 ФК, в сравнении с 1–2 ФК [24]. Наши результаты показали, что у пациентов с выраженной тревогой содержание N-концевого мозгового натрийуретического пептида в крови ниже, но у них же лучше функциональный статус. Таким образом, можно предположить, что при сердечной недостаточности тревога играет большую роль у пациентов с 1–2 ФК, а депрессия нарастает по мере ухудшения функциональных возможностей человека.

Низкая дистанция теста с шестиминутной ходьбой [22] и высокий уровень N-концевого мозгового натрийуретического пептида [25] ассоциируются с неблагоприятным прогнозом у пациентов с сердечной недостаточностью. В нашем исследовании в подгруппе с положительной динамикой депрессии уровень N-концевого мозгового натрийуретического пептида достоверно снижался, в то время как дистанция теста с шестиминутной ходьбой достоверно увеличивалась. Противоположная тенденция наблюдалась в подгруппе с отрицательной динамикой депрессии. Таким образом, можно предположить, что снижение выраженности депрессии в ходе лечения может улучшать прогноз у пациентов с сердечной недостаточностью с сохраненной систолической функцией. Становится объяснимым тот факт, что именно депрессия, а не тревога, является независимым фактором, увеличивающим смертность у амбулаторных пациентов с сердечной недостаточностью [2].

Данные, полученные в нашем исследовании, могут служить подтверждением гипотезы, рассматривающей тревогу и депрессию в рамках единого заболевания [26]. Согласно современным представлениям, тревога и депрессия связаны общим патогенетическим вектором — «острый стресс — тревога — хроническая тревога — депрессия». Право-

мочность существования этого типа аффективного расстройства подтверждается тем, что коморбидность тревоги и депрессии является больше правилом, чем исключением, у 60% пациентов с депрессией [27].

Любое соматическое заболевание рассматривается личностью как представляющее угрозу жизни, семейному и социальному статусу, и таким образом, выступает в качестве психической травмы, на которую больной реагирует отрицательными эмоциями. Тревога и депрессия присутствуют уже на первой стадии осознания болезни. Состояние пациента характеризуется амбивалентностью: с одной стороны, желанием знать правду о болезни, с другой — нежеланием принять случившееся. Вторая стадия характеризуется потребностью в защите. В это время человек сосредотачивается на себе и становится зависимым, может прекратить отношения с окружающим миром, думает только о своих ощущениях. Третья стадия — это потребность найти новое существование перед лицом болезни. Результат зависит во многом от социальной поддержки, отношений в семье, и от поддержки, которую может обеспечить врач. Чем с большим спокойствием больной принимает свое заболевание, тем более эффективно его лечение [28].

В процессе занятий в школе пациенты получают квалифицированную информацию о своем заболевании, способах его лечения. Обсуждения в группе позволяют поделиться своими проблемами с равными и при поддержке специалиста выработать конструктивное решение. Последующие еженедельные консультации с медсестрой, в ходе которых она интересуется успехами и неудачами пациента по изменению образа жизни, контролирует прием медикаментов, выявляет изменения в состоянии пациента, которые возможно корректировать в амбулаторных условиях, обеспечивают, в том числе, и постоянную психоэмоциональную поддержку. Хотя в настоящее время однозначно не определены патогенетические механизмы влияния физических тренировок на депрессию и тревогу у пациентов с сердечной недостаточностью, показано, что они могут уменьшать ее выраженность [29]. Способность образовательных программ уменьшать выраженность тревожно-депрессивных расстройств доказана у пациентов с сердечной недостаточностью со сниженной систолической функцией [30]. В нашем исследовании такой же достоверный результат получен и у пациентов с сохраненной систолической функцией.

Выводы

1. Тревога и депрессия часто сопутствуют сердечной недостаточности с сохраненной систолической функцией. В большинстве случаев тревога и депрессия выражены субклинически и встречаются одновременно у пациента.

2. Выраженность депрессии у пациентов с сердечной недостаточностью с сохраненной систолической функцией нарастает по мере ухудшения состояния и взаимосвязана с такими неблагоприятными прогностическими факторами, как сокращение дистанции шестиминутной ходьбы и повышенное содержание N-концевого мозгового натрийуретического пептида. Снижение выраженности депрессии приводит к улучшению этих прогностических факторов.

3. Комплексная программа лечения пациентов с сердечной недостаточностью с сохраненной систолической функцией, включающая, помимо стандартной медикаментозной терапии, обучение пациентов изменению образа жизни, модификации факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний и непрерывное наблюдение за ними в амбулаторных условиях с участием медицинской сестры, уменьшает выраженность тревоги и депрессии.

Литература

1. *Gottlieb S. S., Khatta M., Friedmann E. et al.* The influence of age, gender, and race on the prevalence of depression in heart failure patients // *J. Am. Coll. Cardiol.* — 2004. — V. 43. — P. 1542–1549.
2. *Friedmann E., Thomas S. A., Liu F. et al.* Sudden Cardiac Death in Heart Failure Trial Investigators. Relationship of depression, anxiety, and social isolation to chronic heart failure outpatient mortality // *Am. Heart. J.* — 2006. — V. 152. — P. 940. e2–940. e8.
3. *Moser D. K., Worster P. L.* Effect of Psychosocial Factors on Physiologic Outcomes in Patients with Heart Failure // *J. Cardiovasc. Nurs.* — 2000. — V. 14. — P. 106–115.
4. *ESC Guidelines* for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure // *Eur. J. Heart Fail.* — 2008. — V. 10. — P. 933–989.
5. *Российские национальные рекомендации ВНОК и ОССН по диагностике и лечению ХСН (второй пересмотр).* Москва: ООО ОССН, 2007. — 76 с.
6. *Погосова Г. В.* Депрессия и артериальная гипертония. Методическое пособие для врачей. — Москва: ГУП «Медицина для вас», 2004. — 32 с.
7. *Rumsfeld J. S., Masoudi F. A.* Heart failure disease management works, but will it succeed? // *Eur. Heart J.* — 2004. — V. 18. — P. 1565–1567.
8. *Jaarsma T., Stromberg A., De Geest S. et al.* Heart failure management programmes in Europe // *Eur. J. Cardiovasc. Nurs.* — 2006. — № 5. — P. 197–205.
9. *Vasan R. S., Benjamin E. J., Levy D.* Prevalence, clinical features and prognosis of diastolic heart failure: an epidemiologic perspective // *J. Am. Coll. Cardiol.* — 1995. — V. 2. — P. 1565–1574.
10. *Goldman L., Hashimoto B., Cook F. et al.* Comparative reproducibility and validity of systems for assessing cardiovascular functional class: advantages of a new specific activity scale // *Circulation.* — 1981. — V. 64. — P. 1227–1234.
11. *Zigmond A. S., Snaith R. P.* The Hospital Anxiety and Depression Scale // *Acta. Psychiatr. Scand.* — 1983. — V. 67. — P. 361–370.
12. *Herrmann C.* International experiences with the Hospital Anxiety and Depression Scale — a review of validation data and clinical results // *J. Psychosom. Res.* — 1997. — V. 42. — P. 17–41.
13. *Haworth J. E., Moniz-Cook E., Clark A. L. et al.* An evaluation of two self-report screening measures for mood in an out-patient chronic heart failure population // *Int. J. Geriatr. Psychiatry.* — 2007. — V. 22. — P. 1147–1153.
14. *Bjelland I., Dahl A. A., Haug T. T., Neckelmann D.* The validity of the Hospital and Depression Scale an updated literature review // *J. Psychosom. Res.* — 2002. — V. 52. — P. 69–77.
15. *Crapo R. O., Casaburi R., Coates A. L. et al.* ATS Statement: Guidelines for the six-minute walk test // *Am. J. Respir. Crit. Care Med.* — 2002. — V. 166. — P. 1111–1117.
16. *Kilkkinen A., Kao-Philpot A., O'Neil A. et al.* Prevalence of psychological distress, anxiety and depression in rural communities in Australia // *Aust. J. Rural Health.* — 2007. — V. 15. — P. 114–119.
17. *Scherer M., Stanske B., Scherer F. et al.* Psychological distress in primary care patients with heart failure: a longitudinal study // *Br. J. Gen. Pract.* — 2007. — V. 57. — P. 801–807.
18. *Chapman D. P., Perry G. S.* Depression as a major component of public health for older adults // *Prev. Chronic. Dis.* — 2008. — V. 5. — A. 22.
19. *Sayers S. L., Hanrahan N., Kutney A. et al.* Psychiatric Comorbidity and Greater Hospitalization Risk, Longer Length of Stay, and Higher Hospitalization Costs in Older Adults with Heart Failure // *J. Am. Geriatr. Soc.* — 2007. — V. 55. — P. 1585–1591.
20. *Rutledge T., Reis V. A., Linke S. E. et al.* Depression in heart failure a meta-analytic review of prevalence, intervention effects, and associations with clinical outcomes // *J. Am. Coll. Cardiol.* — 2006. — V. 48. — P. 1527–1537.

21. *Majani G., Pierobon A., Giardini A. et al.* Relationship between psychological profile and cardiological variables in chronic heart failure. The role of patient subjectivity // *Eur. Heart J.* — 1999. — V. 20. — P. 1579–1586.
22. *Roul G., German P., Bareiss P.* Does 6 min walk test predict the prognosis in patients with NYHA class II and III heart failure? // *Am. Heart J.* — 1998. — V. 136. — P. 449–457.
23. *Фролова Е. В., Андрюхин А. Н.* Организация медицинской помощи больным с сердечной недостаточностью в ОВП // Всероссийская научно-практическая конференция «Клинические протоколы в общей врачебной практике». — СПб., 2007. — С. 23–25.
24. *Karabulut A., Kaplan A., Aslan C. et al.* The association between NT-proBNP levels, functional capacity and stage in patients with heart failure // *Acta. Cardiol.* — 2005. — V. 60. — P. 631–638.
25. *Fonarow G. C., Peacock W. F., Phillips C. O. et al.* ADHERE Scientific Advisory Committee and Investigators. Admission B-type natriuretic peptide levels and in-hospital mortality in acute decompensated heart failure // *J. Am. Coll. Cardiol.* — 2007. — V. 49. — P. 1943–1950.
26. *Аведисова А. С.* Контролирование симптомов тревоги и лечение тревожно-фобических расстройств — альтернатива или нет? // Психиатрия и психофармакотерапия. — 2006. — Т. 7. — С. 3–6.
27. *Aina Y., Susman J. L.* Understanding Comorbidity With Depression and Anxiety Disorders // *JAOA.* — 2006. — V. 106. — P. 9–14.
28. *Фролова Е. В.* Обучение пациентов — современная медицинская технология амбулаторной практики. Учебное пособие для преподавателей Школ по обучению пациентов. — СПб.: СПбМАПО, 2006. — 147 с.
29. *Witham M. D., Struthers A. D., McMurdo M. E.* T. Exercise Training as a Therapy for Chronic Heart Failure: Can Older People Benefit? // *JAGS.* — 2003. — V. 51. — P. 699–709.
30. *Вологдина И. В.* Тревожно-депрессивные расстройства и качество жизни у больных старческого возраста с ишемической болезнью сердца, осложненной хронической сердечной недостаточностью, возможности коррекции: Автореф. дисс. ... докт. мед. наук. — СПб., 2009. — 40 с.

Авторы:

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

Фролова Елена Владимировна — д. м. н. профессор кафедры семейной медицины СПбМАПО

Адрес для контакта: sulkus_m@mail.ru

УДК 614.254

КЛИНИЧЕСКИЙ РАЗБОР В ПОДГОТОВКЕ ВРАЧА ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ

Е. В. Фролова

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

CLINICAL REVIEW IN TRAINING OF GENERAL PRACTITIONER

E. V. Frolova

St-Petersburg Medical Academy of Postgraduate Studies, Russia

© Е. В. Фролова, 2009

Статья посвящена методическим проблемам семейной медицины — организации и подготовке занятия на клиническую тему. Автор предлагает отойти от традиционной схемы клинического разбора, содержащей привычные разделы о патогенезе, этиологии и лечении. Несколько представленных автором моделей занятия, построены в соответствии с потребностями практики, и могут быть использованы не только в аудиторных занятиях, но и для тех семинаров и тренингов, которые ведут врачи, курирующие клинических ординаторов или курсантов. В статье приведены конкретные примеры из авторского преподавательского опыта, материалы Европейской академии преподавателей семейной медицины, а также истории болезни пациентов отделения общей практики, являющегося базой кафедры семейной медицины СПбМАПО. Представлены схемы занятий, даны полезные ссылки на литературные и интернет источники.

Ключевые слова: семейная медицина, обучение.

The article is devoted to methodological problems of family medicine — the organization and preparation of training on the clinical topic. The author proposes to deviate from the traditional pattern of clinical review, contains the usual sections of the pathogenesis, etiology and treatment. Several models of lessons, described by the author, constructed in accordance with the needs of the practice. The paper used specific examples from the author's teaching experiences, materials of European Academy of Teachers in General Practice, as well as the patient's medical records from the Center of Family Medicine, which is the base of the department of Family medicine of MAPS. Plans of classes and useful links to the literature and Internet sources are given.

Keywords: family medicine, training.

Введение. Обучение врача общей практики отличается от процесса подготовки специалиста, который работает или будет работать в поликлинике или стационаре. Ведь больные, которые обращаются к врачу общей практики, имеют иную клиническую картину, поскольку ранние проявления любого заболевания менее специфичны. Не зря J. Allen, советник министерства здравоохранения Великобритании по первичной помощи, сказал: «Обучающийся предмету “общая врачебная практика” должен быть там, где пациенты — в отделении общей практики». Об этом же говорит и большинство зарубежных преподавателей, советуя преобразовать отделение общей практики в учебную аудиторию, где обучаются клиническим дисциплинам клинические ординаторы, а преподают более опытные врачи [1]. Однако провести и подготовить клиническое занятие с методической точки зрения бывает не просто. Почему же не всегда наше преподавание бывает эффективным?

Причин может быть несколько. Одна из возможных — неверный выбор формы обучения.

Цикл эффективного обучения взрослого состоит из нескольких этапов. Первый — получение информации; затем осмысление ее, оценка влияния этой информации на некоторые аспекты жизни обучающегося; выяснение, как информация согласуется с опытом взрослого обучающегося; решение об использовании информации, с тем чтобы на ее основе действовать по новому образцу.

Современные методы эффективного обучения в медицине включают такие формы как ролевая игра, занятия в малых группах, видеозапись и анализ собственных консультаций, посещение и наблюдение консультаций коллег, изучение клинических примеров. На клинических занятиях обсуждаются вопросы диагностики, лечения, профилактики заболеваний, патологических состояний и другие проблемы, с которыми пациенты обращаются к врачу общей практики. Основная цель таких занятий — научить молодого специалиста принимать клиническое решение. Таким образом, *клиническое занятие — это анализ принятия решения, необходимого в общей врачебной практике.*

Наиболее распространенной формой клинического занятия является анализ и разбор клинического примера. Он может служить иллюстрацией типичного случая, нетипичного случая, отношений врач—пациент, организации наблюдения (диспансеризации) больных с хроническими заболеваниями, организации профилактики, организации рабочего места. Основой клинического занятия является собственный клинический опыт преподавателя. Во время занятия важно организовать дискуссию, привлечь собственный практический опыт, упомянуть о проблемных ситуациях, возникающих как повседневно, так и в чрезвычайных ситуациях.

В обучении лучше сосредоточиться на типичных ситуациях, чем на демонстрации редких заболеваний. Однако, если у обучающихся есть желание разбирать редкую патологию, этому не стоит препятствовать. Надо только помнить, что, согласно определению семейной медицины, врач общей практики должен знать данные эпидемиологии, частоту заболеваний в данной местности.

МОДЕЛИ КЛИНИЧЕСКИХ ЗАНЯТИЙ

Для проведения клинического занятия нужно правильно выбрать модель и организационную форму. Целесообразно ориентироваться на потребности практики, отделения, где работают обучающиеся. Тему может подсказать трудный диагностический случай, задержка в постановке диагноза, претензии со стороны пациентов, диагностические ошибки. Можно устроить клиническое занятие для лучшей организации диспансерного наблюдения, организации профилактических мероприятий. Во всех случаях ориентация на потребности обучающихся создаст мотивацию и повысит эффективность занятия.

1. Занятие, посвященное оценке симптома в клинической картине

Правильная оценка ранних неспецифических проявлений заболевания очень важна для врача первичного этапа помощи. Поэтому целью такого занятия является, в первую очередь, выработка умения определять наиболее опасное состояние, а также наиболее частое состояние или заболевание, проявляющееся определенным симптомом. В ходе занятия нужно сосредоточить внимание группы на важности систематического опроса, чтобы не упустить ценных сведений о заболевании, а это означает тренировку навыков общения, беседы с больным.

Схема занятия, посвященного оценке симптома

Цель занятия: выработать умение оценки ранних неспецифических проявлений заболевания.

В результате по окончании занятия слушатели:

1. Будут знать наиболее опасные причины возникновения симптома.
2. Будут знать наиболее частые причины возникновения симптома.

Описанные ниже клинические примеры, использованные в моделях занятий, взяты из практики Центра семейной медицины — амбулаторной клинической базы кафедры семейной медицины ГОУ ДПО СПБМАПО Росздрава.

Центр семейной медицины организован в 1996 г. В нем наблюдается около 6000 жителей одного из районов Санкт-Петербурга, это обычная городская популяция, в которой представлены в основном горожане среднего и низкого достатка, как пенсионеры, так и работающие. В Центре работают четыре семейных врача, которые наблюдают взрослых, детей, начиная с периода новорожденности, ведут женщин во время беременности, и курируют пациенток с гинекологическими заболеваниями в соответствии с компетенцией. В отделении осуществляются хирургические процедуры, а также в соответствии с потребностями пациентов и квалификационными требованиями манипуляции оториноларингологического и офтальмологического профилей.

Существуют различные варианты клинических занятий, которые можно с успехом использовать для обучения врача общей практики [2]. Можно посвятить их оценке симптома в клинической картине заболевания, особенностям ведения больных с разными заболеваниями, комплексной оценке медико-социальных проблем.

Кроме того, рекомендуем проведение занятия, посвященного оценке пациента с большим количеством сопутствующих заболеваний для выработки навыка оценки приоритетной проблемы — как с позиции пациента, так и с позиции врача.

3. Смогут составить план обследования пациента с первичной жалобой в виде конкретного симптома.

4. Выработают навык беседы с пациентом, научатся структурировать опрос для получения наиболее полной информации.

Перед подготовкой занятия рекомендуется ознакомить учащихся с темой предстоящего разбора, а также дать небольшие задания. Например, излагая наиболее частые причины головной боли, представить сведения по эпидемиологии заболеваний в данной местности.

Для составления плана обследования потребуются знания о методах обследования, их диагностической ценности, золотом стандарте диагностики, чувствительности и специфичности различных тестов, противопоказаниях к ним.

В качестве примера приводим план и содержание занятия на тему «Головная боль» (схема 1).

Структура клинического занятия, посвященного оценке симптома «головная боль»

Модуль	Название	Метод проведения	Время — 110 мин	Исполнители, участники
М 1.1	Введение: почему разбирается случай головной боли	Устная презентация	5 мин	Преподаватель
М 1.2	Изложение клинического примера	Доклад-презентация	5 мин	Стажер, наблюдавший больную
М 1.3	Каковы наиболее частые причины головных болей?	Мозговой штурм в группе	10 мин	Малые группы; доклад представителя группы
М 1.4	Каковы наиболее опасные причины головных болей?	Мозговой штурм в группе	5 мин	Малые группы; доклад представителя группы
М 1.5	Обсуждение предположительного диагноза на основании данных первого посещения	Обсуждение всей группой	10 мин	Вся большая группа
М 1.6	Планирование обследования	Обсуждение в малой группе	15 мин	Доклад представителя группы
М 1.7	Алгоритм обследования пациента с головной болью	Презентация	15 мин	Преподаватель
М 1.8	Оценка консультации: что было сделано хорошо?	Обсуждение в группе	10 мин	Представители групп
М 1.9	Оценка консультации: что было сделано недостаточно хорошо	Обсуждение в группе	10 мин	Представители групп
М 1.10	Окончание клинического примера	Результаты обследования пациента и заключительный диагноз	10 мин	Доклад стажера, общее обсуждение
М 1.11	Заключение	Что я вынес для себя из клинического занятия?	15 мин	Общее обсуждение — все по очереди

В «Практическом руководстве врача общей практики» [3] приведены алгоритмы обследования больного, предъявляющего жалобы или имеющего определенный симптом. Описана последовательность дифференциальной диагностики при 24 симптомах или синдромах, встречающихся в работе врача общей практики. Схемы сопровождаются пояснениями, какие наиболее частые и наиболее опасные состояния могут вызвать тот или иной симптом.

Обсуждая причины головной боли и алгоритм обследования, следует обязательно подчеркнуть, какие вопросы нужно задать пациенту, чтобы получить информацию о предполагаемом заболевании. Обобщая данные осмотра, можно попросить учащихся показать практические навыки неврологического обследования больного. По окончании этого или на следующем занятии можно предложить небольшой *тест множественного выбора* «Головная боль» для закрепления полученных знаний и навыков.

2. Занятия, посвященные особенностям ведения пациентов с различными заболеваниями

Занятие, ориентированное на заболевание, преследует цель осветить особенности клинической картины, либо патогенеза, либо наблюдения за пациентом с данным заболеванием в общей врачебной практике. Что может послужить причиной для организации подобного занятия? Например, в отделении ежемесячно проводится согласно специальной карте оценка ведения каждого пятого больного с артериальной гипертензией. В карте отме-

чается, собрана ли информация по факторам риска, достигнуто ли целевое АД, назначена ли немедикаментозная коррекция и т. д. В результате аудита в работе врачей установлены определенные повторяющиеся ошибки. Для их устранения и проводят разбор клинического случая, посвященный определенному заболеванию. Чтобы не ухудшить восприятие и не снизить эффективность обучения, лучше не стараться охватить всю тему —

например, «артериальная гипертензия», а выбрать тот раздел, по которому в отделении отмечены дефекты ведения больных — например, не назначаются немедикаментозная коррекция факторов риска осложнений.

Подготовка занятия должна быть особенно тщательной. Поручите одному из стажеров или учащихся литературный поиск, ограничив давность публикаций тремя годами. Попросите другого подготовить клинические рекомендации по данному заболеванию, с указанием градаций доказательности, сейчас доступны Национальные рекомендации по диагностике, лечению и профилактике артериальной гипертензии [3].

Разделите участников занятия на пары. Каждую пару попросите обсудить и затем изложить всем примеры успешного и неэффективного назначения немедикаментозной коррекции артериальной гипертензии. Как правило, в ходе такого обсуждения обязательно найдутся истории неэффективного лечения из-за того, что больной плохо выполнял рекомендации врача. Затем проведите общий мозговой штурм и с помощью всех слушателей перечислите и запишите на доске или листе флип-чарта причины несоблюдения пациентами врачебных рекомендаций. На следующем этапе занятия разделите аудиторию на группы по количеству причин невыполнения рекомендаций. Каждой группе дайте задание: сформулировать способ преодоления препятствия на пути выполнения рекомендации больным. После этого попросите тех

стажеров, кто готовил информацию, изложить ее в виде презентации. Обратите внимание слушателей на два важных пункта: немедикаментозная коррекция является стандартом лечения АГ; немедикаментозная коррекция является доказанно эффективным мероприятием ведения больных с АГ.

Последним этапом станет оценка причин редкого назначения врачами немедикаментозной коррекции АГ. Их может быть не менее двух: первая — врачи думают, что пациенты не верят в эффективность этих мер; вторая — врачи сами не верят в эффективность немедикаментозных мероприятий. В заключение представьте заранее подготовленную презентацию «Как помочь пациенту выполнять рекомендации врача» (схема 2).

Схема клинического занятия, посвященного ведению больного с артериальной гипертензией

Цель занятия: осветить особенности ведения больных с АГ в условиях общей врачебной практики, уделив внимание назначению немедикаментозной коррекции АД.

В результате по окончании занятия слушатели:

1. Будут знать стандартные рекомендации по ведению больных с АГ.
2. Будут понимать необходимость немедикаментозной коррекции АГ.
3. Будут знать наиболее частые причины неэффективности немедикаментозной коррекции АГ.
4. Будут знать причины несоблюдения врачебных рекомендаций.
5. Смогут в каждом конкретном случае помочь больному выполнять рекомендации врача.

Схема 2

Структура занятия, посвященного ведению больного с артериальной гипертензией

Модуль	Название	Метод проведения	Время — 110 мин	Исполнители, участники
М 1	Введение: почему выбрана тема занятия	Устная презентация с изложением результатов аудита ¹	5 мин	Преподаватель
М 2	Обсуждение примеров эффективной и неэффективной немедикаментозной коррекции у ваших пациентов	Обсуждение в парах	10 мин	Вся группа, разделенная на пары
М 3	Примеры эффективной и неэффективной немедикаментозной коррекции	Доклады каждой пары	10 мин	Представители каждой пары
М 4	Выяснение причин несоблюдения врачебных рекомендаций	Мозговой штурм в группе	15 мин	Вся группа
М 5	Способы преодоления барьеров — как помочь пациенту выполнять рекомендации врача	Обсуждение в малых группах	15 мин	Малые группы по количеству установленных ранее причин несоблюдения рекомендаций

¹Аудит — оценка качества работы в медицинском учреждении. Аудит проводят сами сотрудники, выбирая определенную цель (www.euract.org).

Модуль	Название	Метод проведения	Время — 110 мин	Исполнители, участники
М 6	Обзор литературы: доказательства эффективности немедикаментозной коррекции АГ	Доклад-презентация	20 мин	Стажер
М 7	Изложение стандарта лечения АГ	Доклад -презентация	10 мин	Стажер
М 8	Обсуждение причин редкого назначения немедикаментозной коррекции	Обсуждение	5 мин	Вся группа
М 9	Заключение: «Как помочь пациенту выполнять рекомендации врача по немедикаментозной коррекции АГ»	Доклад, презентация в формате PowerPoint	20 мин	Преподаватель

3. Занятие, посвященное оценке медико-социальных проблем

Ориентация на социально-экономические характеристики при обеспечении населения первичной медико-санитарной помощью включает умение согласовывать потребности отдельных пациентов в медицинской помощи с потребностями всей обслуживаемой группы населения и с имеющимися ресурсами.

В российской клинической практике тем для таких занятий можно найти множество. Медико-социальные проблемы возникают, когда невозможно отделить клинические ситуации от проблем ухода за пациентом, доступности лекарственных препаратов. Можно рассмотреть проблемы паллиативной помощи. Следует отметить, что трудности в решении медико-социальных проблем часто возникают у молодых врачей. В подобных ситуациях необходимо четко выделить медицинскую проблему, определить роль врача в ее решении, а затем уже с учетом социальной обстановки и обстоятельств комплексно решать возникшие вопросы.

Темами таких занятий могут быть вопросы состояния здоровья специфических популяций: мигрантов, безработных; наблюдение врачами общей практики пациентов с психическими расстройствами; ведение больных, злоупотребляющих наркотическими веществами; насилие в семье; уход за терминальными пациентами.

Для подготовки надо выбрать пример из клинической практики отделения. Лучше, если этот пример предложат сами врачи или обучающиеся. Например, случай из практики нашего отделения.

На приеме у врача женщина 23 лет, срок повторной беременности 18 недель. Она страдает хроническим гепатитом В и С, вводит внутривенно наркотики, о чем свидетельствуют свежие следы инъекций на руках. Однако она утверждает,

что сейчас наркотики не принимает, эти следы — от взятия крови, а ее наркотическая зависимость уже в прошлом. Первая беременность разрешилась кесаревым сечением. Ребенок жив. Она не замужем, но хочет рожать. У нее определяются аускультативные признаки поражения клапанов сердца, а также признаки сердечной недостаточности.

Для подготовки к этому разбору надо дать задание нескольким участникам. Во-первых, подготовить оценку клинического состояния пациентки; во-вторых, необходимо изучить юридические аспекты проблемы. Каковы права врача и права пациента? Как госпитализировать больную, если к этому возникнут показания? Какой вид специализированной помощи необходим в первую очередь? Должны ли мы указывать в направлении на госпитализацию ее наркотическую зависимость? Нужно ли подтверждение нарколога для диагностики наркотической зависимости? Что делать с первым ребенком, если мать будет госпитализирована, кто будет присматривать за ним? Безусловно, это очень сложный случай, но разбор такой ситуации поможет молодым врачам в будущем решать сходные проблемы (схема 3).

Схема занятия, посвященного особенностям ведения беременной пациентки с наркозависимостью, хроническим гепатитом и экстрагенитальной патологией

Цель занятия: научить слушателей выделять медицинские и социальные проблемы пациента и уметь их оценивать отдельно.

В результате занятия слушатели будут знать:

1. Особенности ведения беременной с экстрагенитальной патологией — гепатитом В и С, эндокардитом.

Структура занятия, посвященного медико-социальным проблемам

Модуль	Название	Метод проведения	Время — 100 мин	Исполнители, участники
М 1	Изложение клинического примера	Устная презентация с историей болезни	5 мин	Лечащий врач пациентки
М 2	Выделение медицинских проблем	Мозговой штурм	10 мин	Вся группа
М 3	Выделение приоритетной проблемы и ранжирование остальных	Подведение итогов мозгового штурма	5 мин	Преподаватель
М 4	Обоснование способа решения каждой медицинской проблемы	Обсуждение в малых группах	15 мин	Малые группы (3–4 человека) по количеству выделенных ранее проблем
М 5	Решение медицинских проблем пациента	Доклады представителей групп	15 мин	Малые группы
М 6	Определение потребности в ресурсах здравоохранения; проблемы взаимодействия со специалистами	Презентация преподавателя	10 мин	Преподаватель
М 7	Выделение правовых и юридических аспектов данного случая	Мозговой штурм	10 мин	Все участники
М 8	Предложения по решению правовых и юридических проблем	Обсуждение и представление соответствующих документов	10 мин	Эксперт (приглашенный консультант или преподаватель или участник на основе подготовленных заранее документов)
М 9	Заключение: как врачу помочь больной, не совершив медицинских и юридических ошибок	Устная презентация	5 мин	Преподаватель
	План ведения пациентки	Обсуждение в группах и представление результатов	15 мин	Представители групп

2. Показания к прерыванию беременности по клиническим причинам.

3. Особенности наблюдения пациентов, принимающих наркотические препараты.

4. Особенности решения социальных проблем пациентов, употребляющих наркотики.

5. Юридические особенности ведения пациентов с угрожающими жизни заболеваниями при отказе от госпитализации.

Приводим пример анализа данного случая, проведенного клиническими ординаторами во время занятия.

Последовательность действий лечащего врача: выяснить, почему пациентка обратилась к врачу именно в этот момент — медицинские проблемы (проявления сердечной недостаточности, угроза

прерывания беременности); социальные проблемы пациентки; другие проблемы.

Выяснить причины, по которым пациентка хочет сохранить беременность, понимает ли она угрозу рождения больного или нежизнеспособного ребенка?

Наладить доверительные отношения с пациенткой и добиться признания факта приема наркотических веществ в период беременности.

Наконец, обсудить преимущества и потери в случае сохранения беременности.

Клинические ординаторы успешно справились с проблемой, предложив в итоге подробный реальный план ведения пациентки, умело разделив социальные и медицинские проблемы и определив приоритеты.

4. Клинический разбор пациента с несколькими хроническими сопутствующими заболеваниями

Самым сложным и в подготовке, и в проведении является занятие, посвященное пациенту с несколькими заболеваниями. Как правило, это люди, страдающие несколькими хроническими заболеваниями, принимающие много препаратов. В работе с такими пациентами важно выделить приоритетную проблему, и оценка должна быть направлена именно на ее решение. Клинический разбор такого рода легче построить, используя определение, данное общей врачебной практикой [4] Всемирной организацией семейных врачей (WONCA), и материалы, размещенные на сайте Европейской академии преподавателей семейной медицины в виде презентаций клинических случаев (www.euract.org). Для подготовки к этому виду клинического занятия надо заранее подобрать больного, ознакомиться с его историей заболевания. Самое сложное в этом разборе — выделить приоритетную проблему. Для пациента это может быть совершенно иное проявление заболевания, нарушающее качество жизни, например, боль. В то же время врач должен понять, что более опасно для жизни человека, какие осложнения ему угрожают. Еще одна сложность возникает при изучении амбулаторной карты больного. В ней, как правило, собраны результаты многих исследований, лабораторных и инструментальных. Поучительно предложить распределить все результаты в хронологическом порядке, а, возможно, и составить таблицу, отражающую динамику заболевания. Это нужно сделать, чтобы не запутаться в данных, не пропустить важные показатели, свидетельствующие о декомпенсации. Здесь же важно прокомментировать ситуацию: все ли обследования назначены по показаниям? Укладываются ли назначенные исследования в схемы, которые рекомендованы при тех или иных заболеваниях? Наконец, важно выбрать те показатели, необходимые для оценки приоритетной проблемы с позиции пациента и с позиции врача. Оптимальное завершение консультирования такого больного — это соглашение между ним и врачом, объяснение и обучение, назначение правильного лечения, удовлетворяющего и врача, и больного. План подготовки к разбору выглядит следующим образом.

1. Сначала предоставьте возможность всем слушателям осмотреть больного, побеседовать с ним.

2. После совместного осмотра проведите анализ полученных сведений по следующему плану:

А) На основании анализа анамнестических данных и жалоб определите, почему пациент обратился за помощью? Почему он пришел именно сейчас?

Б) Каков предположительный диагноз?

В) В каких исследованиях нуждается пациент для уточнения диагноза, какие медицинские службы необходимо привлечь?

Эти вопросы можно обсудить непосредственно во время первой консультации. Следующий этап — выделение наиболее важной, приоритетной проблемы.

Чтобы сделать это, необходимо оценить прогноз каждого из острых состояний, каждого симптома или синдрома, послужившего поводом к обращению или имеющегося у больного. Нужно также привлечь эпидемиологические сведения: как часто встречается эта проблема в стране/городе/сообществе/в нашем отделении? Это болезнь или нормальное состояние? Насколько это серьезно? Чтобы ответить на эти вопросы, нужно дать обучающимся время на подготовку, изучение литературных источников, работу в библиотеке или в Интернете.

Вторую часть такого клинического занятия можно провести через неделю или несколько дней. Можно задать слушателям следующие вопросы: Какие рекомендации необходимы для постоянного наблюдения этого пациента? Какое лечение наиболее экономично и эффективно? Какой совет по образу жизни будет самым значимым для пациента? Будет ли он выполнять рекомендации? Можно ли передать решение части задач членам команды отделения общей практики? Как помочь врачу, который наблюдает пациента и испытывает трудности? Что вы можете ему посоветовать?

Приводим пример разбора пациента с несколькими сопутствующими заболеваниями.

Пациент 75 лет, страдает ишемической болезнью сердца, стабильной стенокардией 2 ФК, рецидивирующей персистирующей мерцательной аритмией. У него также имеется компенсированный сахарный диабет 2 типа с нормальными показателями содержания глюкозы в крови за последние несколько месяцев. В прошлом перенес инфаркт миокарда. Во время очередного обследования, проведенного после пароксизма мерцательной аритмии, по данным суточного мониторирования были выявлены эпизоды миграции водителя ритма по предсердиям, ускоренные предсердные ритмы и экстрасистолы, а также несколько пауз длительностью 1400–1500 мсек.

Пациент был приглашен на консультацию, на которой присутствовали обучающиеся клинические ординаторы. Предварительно они были ознакомлены с амбулаторной картой.

Во время консультации больной предъявил жалобы на боли в правой руке, от которых он вынужден просыпаться ночью, чувство распирания, набухания, онемения I, II и III пальцев кисти. Кроме того, он не может удерживать этими пальцами паяльник, с которым работает в лаборатории.

Остальные жалобы касались периодических болей в сердце, купирующихся нитроглицерином, а также приступов аритмии, которые требуют вызова скорой помощи и прекращаются после введения новокаинамида и панангина.

После опроса и осмотра преподаватель попросил сформулировать основную проблему пациента. На этом этапе у ординаторов возникли трудности. С одной стороны, у пациента выявлено сложное нарушение ритма, которое может привести к тяжелым осложнениям; с другой стороны, его больше всего беспокоит боль в руке! Каковы же приоритеты? Как сформулировать диагноз?

Чтобы ответить на эти вопросы, преподаватель дал задание подготовить сообщение о характеристиках и отличиях болевого синдрома при инсульте, диабетической ангиопатии, диабетической нейропатии, артериальной непроходимости, а также проекционном болевом синдроме. Больного попросили прийти через несколько дней, пригласив на следующую совместную консультацию невролога.

Предварительный диагноз был поставлен, выделена проблема пациента: боль в руке. Объективной же проблемой является опасное для жизни нарушение ритма. По поводу нарушения сердечного ритма на консультацию был приглашен кардиолог.

В повторной консультации участвовали кардиолог, невролог, лечащий врач пациента, а также клинические ординаторы и руководитель отделения общей практики. Перед началом консультации учащиеся представили выполненное домашнее задание — дифференциальную диагностику болевого синдрома при различных заболеваниях. Затем совместно с неврологом осмотрели пациента. При осмотре было уделено внимание дифференциально-диагностическим признакам болевого синдрома различной этиологии. В результате было установлено, что наиболее вероятной причиной болей является диабетическая нейропатия, протекающая с сенсорными нарушениями по типу раздражения. Кардиолог рекомендовал лечение ишемии миокарда, которая служит причиной развития мерцательной аритмии, и воздержаться от назначения антиаритмических препаратов. В данном случае риск побочного действия антиаритмических препаратов может превысить их положительное действие. По поводу диабетической нейропатии было назначено лечение в условиях дневного стационара.

Пациент, присутствовавший на консультации вместе с женой, был очень доволен столь внимательным отношением и подробным анализом его состояния.

Преподаватель обобщил информацию и сделал заключение.

Почему пациент обратился за помощью? Почему он пришел именно сейчас?

Субъективным поводом для обращения послужил болевой синдром, развившийся в результате диабетической ангиопатии. Однако главной проблемой для здоровья и прогностически более опасной является ишемия миокарда, осложнившаяся мерцательной аритмией. Прогноз течения заболевания неблагоприятный, так как высока вероятность развития синдрома слабости синусового узла и сердечной недостаточности. Следует подчеркнуть, что субъективным поводом для обращения чаще становится нарушение качества жизни, в то время как прогностически более опасное заболевание может оставаться недооцененным пациентом. Такая ситуация требует обязательного обучения больного, информирования его об опасности существующей патологии, возможных осложнениях.

Затем был сформулирован предположительный диагноз, составлен перечень мероприятий по обследованию больного.

Подготовлено и заслушано небольшое сообщение о распространенности сахарного диабета, ИБС и их осложнений. Продуманы и обсуждены со всей группой рекомендации для дальнейшего наблюдения, выбрано экономичное и эффективное лечение.

Будет ли пациент выполнять рекомендации?

Наш пациент — инженер-химик, он продолжает работу, будучи пенсионером. Люди с высшим образованием, имеющие профессию высокой квалификации, лучше выполняют рекомендации, так что в этом случае есть надежда, что все будет выполнено с точностью. Кроме того, больной живет с любящей, заботливой женой, которая поддерживает его. В то же время супруги недавно пережили трагедию — умерла от тяжелого заболевания их дочь. Состояние горя и депрессии, как правило, снижает приверженность больных к назначениям врача.

Можно ли передать решение части задач членам команды отделения общей практики? Как помочь врачу, который наблюдает пациента и испытывает трудности? Что вы можете ему посоветовать?

Врачу можно посоветовать привлечь к наблюдению за этим пациентом невролога, кардиолога, а также проконсультировать семью у психолога для подбора эффективных мероприятий и уточнения диагноза «депрессия» (схема 4).

Схема проведения занятия

«Клинический разбор пациента с несколькими сопутствующими заболеваниями»

Цель занятия: научить оценивать состояние пациента в комплексе, выделяя наиболее важную проблему, оценивать прогноз заболеваний и составлять план ведения больных с сопутствующими заболеваниями.

По окончании занятия слушатели будут знать:

1. Принципы дифференциальной диагностики болевого синдрома при диабетической ангио- и ней-

Структура занятия, посвященного клиническому разбору пациента с несколькими хроническими заболеваниями

Модуль	Название	Метод проведения	Время 1-й и 2-й части по 75 мин	Исполнители, участники
Часть первая				
М 1	Представление пациента	Устная презентация с историей болезни	5 мин	Лечащий врач пациента
М 2	Консультирование пациента с сопутствующими хроническими заболеваниями	Опрос, осмотр, физикальное обследование	20 мин	Все участники и преподаватель
М 3	Знакомство с историей болезни (амбулаторной картой)	Чтение истории заболевания, составление таблиц с результатами обследований	20 мин	Все участники
М 4	Выработка представления о пациенте (предварительный диагноз, приоритетная проблема)	Мозговой штурм	10 мин	Все участники
М 5	Обоснование предварительного диагноза. Выделение приоритетной проблемы.	Представитель группы	15 мин	Все участники
М 6	Распределение домашнего задания	Преподаватель дает задание в зависимости от потребностей в дифференциальной диагностике и обоснования плана ведения	5 мин	Преподаватель
Часть вторая				
М 7	Представление домашнего задания	Презентации учащихся	По 2–3 мин на каждую презентацию	Участники, получившие задание
М 8	Совместная консультация кардиолога и невролога	Клинический опрос и осмотр, демонстрация патогномичных клинических признаков	25 мин	Кардиолог, невролог и все участники
М 9	Заключение специалистов; беседа с пациентом	Предоставление информации пациенту, лечащему врачу; разъяснение симптомов, прогноза, обсуждение необходимых исследований, рекомендации по лечению	10 мин	Специалисты и лечащий врач
М 10	Итоговое обсуждение	По плану: 1. Почему пациент обратился за помощью? 2. Каков заключительный диагноз? 3. План обследования. 4. Какие службы нужно привлечь к ведению пациента? 5. План ведения и рекомендации по лечению.	15 мин	Преподаватель Представители групп

ропатии, радикулопатии, ишемических болях, болях, осложняющих инсульт.

2. Принципы оценки прогноза и подбора антиаритмической терапии у больных с мерцательной аритмией.

3. Уметь проводить неврологический осмотр больного с периферической невралгией.

4. Уметь составлять план ведения больного в зависимости от приоритетной проблемы.

Заключение. Описанные модели клинических занятий, безусловно, не являются единственно

возможными для преподавания семейной медицины. Каждый преподаватель может создавать свою модель клинического занятия, ориентируясь на возможности и потребности клинического и академического подразделения. Однако, как нам кажется, предложенные варианты будут полезны тем, кто начинает свою преподавательскую деятельность, в особенности врачам, не имеющим специальной педагогической подготовки. Все модели регулярно используются в работе преподавателей кафедры семейной медицины СПбМАПО.

Литература

1. *de Lepeleire J. (ed.) Back to the future. Reflections on the general Practice in a changing world.* — Antwerp: Apeldoorn, 2008. — 206 p.

2. *Руководство для преподавателей и врачей общей практики / Пер. с норв. под ред. проф. О. Ю. Кузнецовой.* — СПб.: СПбМАПО, 2005. — 352 с.

3. *Практическое руководство для врачей общей (семейной) практики / Под ред. акад. РАМН И. Н. Денисова.* — М.: Гэотар-Мед, 2001. — 719 с.

4. *Избранные лекции по семейной медицине / Под ред. О. Ю. Кузнецовой.* — СПб.: ЭЛБИ-СПб, 2008. — 736 с.

Рекомендуемые адреса в Интернете для подготовки по педагогике и общественному здравоохранению

1. www.euract.org — сайт Европейской академии преподавателей семейной медицины

2. www.globalfamilydoctors.org — сайт всемирного объединения семейных врачей

3. www.pubhealth.spb.ru — сайт Института общественного здравоохранения Санкт-Петербурга

Автор:

Фролова Е. В. — д. м. н. профессор кафедры семейной медицины СПбМАПО

Адрес для контакта: efrolovamd@yandex.ru

РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ВЕДЕНИИ БОЛЬНЫХ С АЛЛЕРГИЕЙ

В. Н. Петров, А. Г. Захарчук

ГОУ ДПО Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования Росздрава,
Санкт-Петербургский городской гериатрический медико-социальный центр, Россия

THE ROLE OF NURSES IN THE MANAGEMENT OF ALLERGIC DISEASES

V. N. Petrov, A. G. Zaharchuk

St-Petersburg Medical Academy of Postgraduate Studies, St-Petersburg City Geriatric Medical
Social Centre, Russia

© В. Н. Петров, А. Г. Захарчук, 2009

В статье изложены вопросы этиологии, патогенеза, принципы диагностики, профилактики и лечения острых аллергических заболеваний: ринита, конъюнктивита, крапивницы, ангионевротического отека, дерматита, а также анафилактического шока. Рассмотрены компоненты сестринской помощи при этих заболеваниях.

Ключевые слова: аллергические заболевания, этиология, патогенез, диагностика, профилактика, лечение, сестринская помощь.

The paper describes the etiology and pathogenesis, diagnostics, prevention and treatment of allergic diseases: rhinitis, conjunctivitis, urticaria, angioneurotic edema, dermatitis, anaphylactic shock. The basic components of nursing care in these diseases are given.

Keywords: allergic diseases, etiology and pathogenesis, diagnostics, prevention, treatment, nursing care.

В настоящее время в мире наблюдается рост количества аллергических заболеваний. Не случайно аллергию относят к болезням цивилизации. Ее широкое распространение теснейшим образом связано с изменением образа жизни населения, социально-экономическими, экологическими и гигиеническими проблемами современного общества.

Распространенность аллергии в различных регионах России варьирует от 15 до 35%.

Этиология и патогенез. Аллергические реакции и заболевания обусловлены нарушением деятельности иммунной системы, характеризующимся повышением ее чувствительности (гиперчувствительностью) к чужеродным для организма и нередко безопасным факторам (веществам) окружающей среды.

Аллергическая реакция возникает при попадании в организм веществ, называемых аллергенами (антигенами). В их числе:

— пыльца деревьев и трав, споры плесени, пыль и шерсть домашних животных, перья птиц и др.;

— пищевые продукты: орехи (арахис и др.), морепродукты, рыба, яйца, молоко, грибы, мед, фрукты (цитрусовые и др.), ягоды (клубника, земляника), соя, злаки;

— лекарственные средства: антибиотики, сульфаниламиды, анальгетики, витамины, новокаин, вакцины и сыворотки и др.;

— яды насекомых (ос, пчел, шершней, слепней, комаров и др.;

— изделия бытовой химии (синтетические моющие и чистящие средства, лаки, краски и др.), латекс, парфюмерия и др.

При попадании этих антигенов в организм при вдыхании, с пищей, при инъекциях или контактным путем в нем вырабатываются специфические антитела, которые представляют собой иммуноглобулины E (IgE). Последние связываются со специфическими рецепторами на поверхности *тучных клеток* (кожа, слизистые оболочки) и циркулирующих в крови *лейкоцитов* (базофилы). Развивается сенсibilизация — повышенная чувствительность клеток к аллергену.

Повторное поступление определенного аллергена стимулирует развитие аллергической реакции. Из гранул тучных клеток высвобождаются *биологически активные вещества* — *медиаторы* («инициаторы») воспалительного процесса: гистамин, триптаза, химаза, фактор активации тромбоцитов, хемотаксические факторы, лейкотриены, простагландины и другие вещества. Их воздействие на ткани и органы определяет клиническую картину остро развивающейся аллергической реакции, обусловленной расширением сосудов микроциркуляторного русла, повышением проницаемости клеточных мембран, в том числе и сосудов, с развитием отека тканей, усилением секреторной функции желез, спазмом гладкой мускулатуры бронхов, кишечника, матки.

Общие принципы диагностики. Важной частью расспроса пациента является сбор *аллергологического анамнеза*. Последний позволяет заподозрить аллергическое, в том числе атопическое, происхождение острого заболевания (ринит, конъюнктивит и др.). При сборе аллергологического анамнеза выясняют:

- были ли раньше у пациента или его родственников аллергические реакции;
- какие причины способствовали их возникновению (пыльцевые и пылевые аллергены, шерсть домашних животных, продукты бытовой химии, определенные виды пищи и лекарственных средств и др.);
- клинические признаки аллергических реакций;

— время появления, характер (клинические особенности) и причины последней острой аллергической реакции;

— способы лечения предшествующих острых аллергий и их эффективность;

— применялось ли самолечение, и какое.

Объективное исследование включает осмотр кожи и видимых слизистых оболочек (цвет, элементы сыпи, наличие отека), глаз, полости носа и рта, пальпацию пульса (частота, ритмичность, наполнение, напряжение), измерение артериального давления, выслушивание легких (характер дыхания, хрипы), определение температуры тела. При последующих лабораторных и инструментальных исследованиях и консультации врачей будет уточнена причина аллергического состояния и характер заболевания.

Аллергический ринит и конъюнктивит

Аллергический ринит и аллергический конъюнктивит — воспалительные заболевания соответственно слизистой оболочки носа и конъюнктив. Нередко встречается их сочетание — риноконъюнктивит.

Эти заболевания широко распространены, особенно среди детей и подростков, могут быть сезонными и круглогодичными. Сезонная форма характеризуется периодическим появлением симптомов — преимущественно весной и осенью, круглогодичная — постоянной клинической симптоматикой в течение года. К факторам риска развития заболеваний относят наследственную предрасположенность (аллергические заболевания у близких родственников), контакт новорожденного, особенно в первые 6 месяцев жизни, с различными аллергенами (пищевые продукты, пыль и шерсть домашних животных и др.), курение (сигаретный дым).

Наиболее важные и частые причины аллергического риноконъюнктивита:

— сезонного: аллергены пыльцы деревьев (береза, клен, вяз, ольха, орешник и др.), луговых и культивируемых трав (овсяница, тимopheевка, пырей, лебеда, мятлик, амброзия и др.), злаковых растений (овес, рожь, пшеница) в периоды их цветения (пыления). Эти аллергические заболевания называют поллинозами;

— круглогодичного: аллергены домашней пыли (преимущественно продукты жизнедеятельности клещей), домашних животных (шерсть, слюна), спор грибов; профессиональные аллергены (компоненты синтетических моющих и чистящих средств, древесная пыль, мука, ковровые покрытия и др.).

Выделяют легкое, средней тяжести и тяжелое течение заболевания.

Диагностика. Основными клиническими проявлениями заболевания являются чихание, частые водянистые выделения из носа (ринорея), его заложенность и затруднение носового дыхания. Боль-

ных беспокоят слезотечение, светобоязнь, «ощущение песка» и зуд в глазах. Дополняют клиническую картину заболевания, особенно при продолжительном его течении ухудшение обоняния, носовые кровотечения, общая слабость, повышенная утомляемость, раздражительность, ухудшение аппетита и сна.

При *поллинозе* эти признаки возникают преимущественно весной во время цветения растений, они усиливаются при выходе пациента на улицу, особенно в ветреную погоду, при нахождении его в лесной зоне, на пригородном участке.

Обследование позволяет выявить отек слизистой оболочки носа, покраснение (гиперемия) конъюнктив, отек век, лица, сужение глазной щели, темные круги под глазами. Иногда можно обнаружить признаки других аллергических заболеваний — крапивницы, ангионевротического отека.

Компоненты сестринской помощи. Лечение больных обычно проводят в амбулаторно-поликлинических (домашних), реже — в стационарных условиях. Показанием к госпитализации служит тяжелое или осложненное течение заболевания.

При расспросе и объективном исследовании пациента медицинская сестра выявляет его проблемы и в соответствии с ними планирует и осуществляет сестринскую помощь. Проблемы могут быть обусловлены клиническими проявлениями заболевания — чихание, ринорея, нарушение носового дыхания, слезотечение, неприятные ощущения и зуд в глазах; необходимостью изменения привычного образа жизни (отказ от курения, употребления некоторых видов пищи, смена профессии и др.), недостаточной осведомленностью пациента о способах профилактики и лечения аллергического риноконъюнктивита. Решение этих проблем в равной степени зависит как от квалифицированного сестринского ухода в сочетании с обучающей и просветительской деятельностью, так и от эф-

фективности назначенных врачом профилактических и лечебных мероприятий.

Сестринский уход осуществляется с учетом гигиенических и экологических особенностей профессиональной деятельности и проживания больного, возможности возникновения пылевой, пищевой, лекарственной, контактной аллергии. Компоненты ухода:

- обучение пациента гигиеническим мероприятиям и контроль их выполнения (частое и тщательное мытье рук, опрыскивание лица, промывание глаз и носа, гигиена полости рта);

- обучение навыкам закапывания капель в глаза и нос;

- влажная уборка и проветривание помещений (палаты) с последующим очищением и осушением воздуха с помощью кондиционера;

- исключение прогулок в ветреную погоду весной, ношение защитных очков (предупреждение попадания пыльцевых и пылевых аллергенов);

- применение диеты, не содержащей пищевых аллергенов (гипоаллергенная диета);

- подготовка пациента к лабораторным и инструментальным исследованиям;

- контроль выполнения больным назначенного врачом медикаментозного лечения, выявление лекарственной аллергии;

При посещении пациента на дому медицинская сестра учитывает следующие факторы риска развития заболевания и способствует их устранению:

- наличие плесени (в ваннных комнатах, туалетах);

- обилие домашней пыли;

- пуховые подушки, перины, ковры в комнате больного; не застекленные книжные шкафы и стеллажи;

- цветы в горшках;

- домашние животные и птицы;

- курение и использование в помещении косметических средств (аэрозоли, пахучие мыла и др.);

- близкое расположение кухни (запахи).

Лечение. Для повышения эффективности медикаментозного лечения необходимо максимально сократить дальнейший контакт пациента с аллерге-

нами. Медицинская сестра должна информировать пациента о наиболее распространенных причинах, способствующих сенсibilизации к бытовым и эпидермальным аллергенам. Следует объяснить пациенту, что постельные принадлежности (подушки, одеяла, пледы) не должны содержать натуральных компонентов — пух, перья, шерсть. Их следует заменить на постельные принадлежности с синтетическим наполнителем и регулярно сдавать в чистку. Не рекомендуется держать в доме ковры с длинным ворсом или вешать их на стены. Все книги должны быть помещены на застекленные полки. Необходимо рекомендовать как можно чаще проводить влажную уборку помещения, следить за тем, чтобы мусор не скапливался в емкостях дома и ежедневно выбрасывать его в мусоропровод или контейнеры на улице. Больного надо предупредить, что ему не следует работать в сырых и пыльных помещениях. Не рекомендуется содержать дома домашних животных и птиц.

В период обострения применяют *медикаментозную* (противоаллергическую) терапию.

Антигистаминные препараты применяются местно в виде интраназальных средств и глазных капель — левокабастин по 2 инстилляции в каждый носовой ход 2–4 раза в сутки и по 1 капле в каждый конъюнктивальный мешок 2–4 раза в сутки. При наличии выраженной назальной обструкции хороший эффект дает использование топических форм глюкокортикостероидов — беклометазон 400 мкг в сутки (1–4 дозы в сутки), мометазон (100 мкг) по 2 дозы 2 раза в сутки. В случае полной назальной блокады применяют α -адреномиметики для местного применения в виде спрея — нафазолин или оксиметазолин. При тяжелом течении аллергического конъюнктивита показано применение преднизолона в виде 0,5% раствора по 1–2 капли 3 раза в сутки. При наличии обострения заболевания местное лечение комбинируют с системным применением антигистаминных средств — клемастин по 1 табл. 2–3 раза в сутки, либо лоратадин или цетиризин.

Больные с сезонным и круглогодичным аллергическим ринokonъюнктивитом должны наблюдаться у аллерголога.

Крапивница и ангионевротический отек

Крапивница и ангионевротический отек (отек Квинке) являются достаточно распространенными заболеваниями, они встречаются преимущественно в молодом и среднем возрасте и чаще у женщин. Ангионевротический отек может быть самостоятельным или сочетающимся с крапивницей заболеванием.

Этиология и патогенез. Причины и механизмы развития крапивницы и ангионевротического оте-

ка во многом идентичны. Выделяют следующие этиопатогенетические варианты этих заболеваний:

- *иммунологический* (аллергический), обусловленный IgE-зависимой острой аллергической реакцией на ингаляционные (пыль, пыльца и др.), пищевые, лекарственные, контактные и др. аллергены;

- *анафилактиктоидный* (псевдоаллергический), развивающийся под влиянием прямого действия пищевых, лекарственных, рентгеноконтрастных и др.

веществ на тучные клетки с последующим высвобождением медиаторов воспаления (гистамин и др.);

— *физический*, вызываемый механическим давлением на кожу, действием холода и тепла и др.

Иногда крапивница и отек Квинке могут быть проявлениями острых системных заболеваний (системная красная волчанка, ревматоидный артрит, геморрагический васкулит и др.), заболеваний желудочно-кишечного тракта, щитовидной железы. При невозможности выявить причину крапивницы и отека Квинке их называют *идиопатическими*.

Диагностика. По продолжительности течения выделяют *острую* (до 6 недель) и *хроническую* (свыше 6 недель), а по распространенности поражения кожи и тяжести течения — *локализованную* и *генерализованную* крапивницу.

Типичными клиническими признаками заболевания являются внезапно появляющийся зуд и поражения кожи. При тяжелом (генерализованном) течении крапивницы больного беспокоит общая слабость, повышенная утомляемость, головокружения, головные боли, ухудшение аппетита, сердцебиение и одышка. Повышается температура тела.

Осмотр — основной компонент диагностики крапивницы. Кожа краснеет, отекает и покрывается зудящими волдырями величиной от нескольких миллиметров до 1–2 см и более. По мере развития отека красный цвет волдыря сменяется белым, может образоваться пузырек. Причина появления волдырей — повышение проницаемости сосудов микроциркуляторного русла с отеком сосочкового слоя кожи. При поражении всей поверхности кожи (генерализованная крапивница) нередко волдыри сливаются.

Ангioneвротический отек (отек Квинке) — быстро развивающийся ограниченный отек кожи, подкожной клетчатки, слизистых оболочек верхних дыхательных путей (гортани), наружных половых органов, стенки кишки. Приблизительно в 30–50% случаев отмечают сочетание ангионевротического отека с крапивницей.

При отеке гортани появляются «лающий» кашель, затруднение дыхания, одышка, возможно развитие асфиксии. Достаточно редко встречающийся отек мозговых оболочек проявляется интенсивной головной болью и менингеальными симптомами.

При крапивнице, ангионевротическом отеке и их сочетании наибольшую диагностическую ценность имеют расспрос со сбором аллергологического анамнеза, объективное исследование, главным образом осмотр кожи и видимых слизистых оболочек. Медицинской сестре, как правило, достаточно этой информации, чтобы распознать крапивницу и ангионевротический отек кожи, видимых слизистых оболочек и гортани. Объем лечебных мероприятий, а также лабораторных и инструментальных иссле-

дований определяет врач, обязательны клинический анализ крови, кожные пробы для идентификации аллергена, тесты для выявления физической крапивницы и ангионевротического отека (штриховое раздражение кожи, физическая нагрузка, холодовая и тепловая пробы).

Сестринская помощь. Перечень основных мероприятий при крапивнице и ангионевротическом отеке такой же, как при аллергическом рините и конъюнктивите. Однако при локализации отека Квинке в области гортани может потребоваться проведение реанимационных мероприятий в связи с развитием асфиксии. Поэтому медицинская сестра должна быть осведомлена о том, какие лекарственные средства и инструменты входят в набор для оказания экстренной помощи при развитии асфиксии. Если заболевание не требует проведения экстренных мероприятий, медицинская сестра сообщает пациенту о целесообразности изменения образа жизни: смена профессии, связанной с тяжелыми физическими нагрузками, вибрацией, возможностью травматизации; об исключении вредных привычек (курение, злоупотребление алкоголем), переохлаждения и перегревания, контакта с определенными предметами бытовой химии и косметическими средствами. Она обучает больного общим принципам (мероприятиям) профилактики крапивницы и ангионевротического отека.

Лечение. Легкие формы заболевания лечат в амбулаторно-поликлинических условиях, тяжелые формы служат показанием к госпитализации. Срочная госпитализация в условиях бригады скорой помощи необходима больным с ангионевротическим отеком гортани. Однако еще до приезда машины «скорой помощи» должна быть начата интенсивная терапия, направленная на восстановление проходимости дыхательных путей.

Общие принципы лечебных мероприятий аналогичны изложенным ранее (см. «Аллергический ринит и конъюнктивит») и включают *элиминацию предполагаемого аллергена, гипоаллергенную диету и медикаментозную терапию*.

Тактика медикаментозного лечения зависит от тяжести течения заболеваний:

— легкое течение: *монотерапия антигистаминными препаратами* для приема внутрь (фексофенадин, лоратадин, ранитидин и др.);

— тяжелое течение: глюкокортикостероиды (преднизолон 60–150 мг/сут внутривенно) в сочетании с антигистаминными препаратами;

— хроническая крапивница: *антигистаминные средства* в сочетании с *блокаторами H₂-рецепторов* гистамина (ранитидин, фамотидин и др.).

При подозрении на ангионевротический отек гортани (лающий кашель, затруднение дыхания,

одышка, удушье, осиплость голоса), который может привести к асфиксии и смерти пациента, медицинская сестра обязана немедленно вызвать врача.

Компоненты неотложной помощи:

— немедленная установка катетера в вену и внутривенное введение 0,3–0,5 мл 0,1% раствора адреналина;

— внутривенное введение 60–150 мг преднизолона в физиологическом растворе хлорида натрия;

— закапывание интраназально α -адреномиметиков (нафазолин);

— при нарастании асфиксии показана коникотомия (вскрытие гортани между перстневидным и щитовидным хрящами).

Аллергический дерматит

К числу наиболее часто встречающихся в клинической практике медицинской сестры аллергических заболеваний кожи относятся *атопический* и *контактный* дерматиты.

Атопический дерматит — хроническое воспалительное заболевание кожи, возникает преимущественно в раннем детском возрасте и связано с наследственной предрасположенностью. Заболеваемость в России достигает 5,9%, она существенно выше у детей по сравнению со взрослыми. Заболевание часто сочетается с аллергическим ринитом, конъюнктивитом, бронхиальной астмой.

Этиология и патогенез. К факторам, способствующим возникновению заболевания, относятся: наследственная предрасположенность; курение, вирусные заболевания, применение антибактериальных средств и чрезмерное употребление молока и молочных продуктов в период беременности; ранний (до 6 мес) перевод ребенка с отягощенным аллергологическим семейным анамнезом на смешанное или искусственное вскармливание с использованием молочных смесей и молочных каш. Белок коровьего молока — один из первых аллергенов, способствующих развитию атопического дерматита.

Причиной заболевания чаще всего являются *пищевые* (орехи, яйца, рыба, ракообразные — крабы, раки, креветки и др., молоко, соя, пшеница и др.) *бытовые* (домашняя пыль, шерсть домашних животных, плесень и др.), *пыльцевые* (пыльца деревьев, трав и злаковых растений), *лекарственные* (антибиотики, сульфаниламиды, анальгетики и др.), *химические* (продукты бытовой химии, косметические средства, красители, резиновые изделия) аллергены. Существенную роль играют частые респираторные заболевания, наличие хронических очагов инфекции, паразитарные инфекции.

Атопический дерматит относят к острым аллергическим заболеваниям, обусловленным IgE-зависимой (атопической) аллергической реакцией гиперчувствительности немедленного типа.

Диагностика. Расспрос пациента и сбор аллергологического анамнеза нередко позволяет медицинской сестре выявить наследственную предрасположенность, заподозрить аллергическое (атопическое) происхождение и возможные аллергены. Характерен зуд кожи, который может иметь раз-

личную интенсивность. Характер поражения кожи зависит от возраста пациента. При обострении заболевания у взрослого пациента на фоне покраснения и отека кожи возникают папулы и мелкие пузырьки, иногда сливающиеся в крупные пузыри. Слияние папул сопровождается появлением очагов сплошной инфильтрации, вскрытие пузырьков — возникновением эрозий с капельками серозной жидкости. Кожа сухая, шелушится, со следами расчесов.

В зависимости от распространенности поражения кожи выделяют *ограниченно-локализованный*, *распространенный* и *диффузный* атопический дерматит. Для первого характерно поражение не более 10% кожного покрова (кожа кистей, локтевых и подколенных складок, шеи, лица). Распространенный вариант характеризуется поражением 10–50% кожи с дополнительным вовлечением в воспалительный процесс участков кожи груди, спины, плеч, предплечий, голеней и бедер. При диффузном варианте в патологический процесс вовлечено более 50% кожного покрова.

Распространенность поражения кожи существенно влияет на тяжесть течения заболевания, которое может быть *легким* при ограниченном (локализованном) поражении и редких (1–2 в год) обострениях, *средней тяжести* при распространенном дерматите с 3–4 обострениями в год и *тяжелым* при распространенном или диффузном дерматите с частыми и длительными обострениями.

Устранение (элиминация) аллергена сопровождается самопроизвольным и бесследным исчезновением дерматита.

Спектр лабораторных и инструментальных исследований, определяемый врачом, включает: клинический анализ крови, кожные тесты, включающие *prick*-тесты (тесты уколом), скарификационные и внутрикожные пробы со стандартным набором аллергенов, выполняемые аллергологом, а также определение уровня общего и специфических IgE с помощью иммуноферментного анализа, множественного аллергосорбентного теста и других методов.

Контактный дерматит — воспалительное заболевание кожи, обусловленное соприкосновением с ней контактных аллергенов. В последние годы отмечен рост заболеваемости в связи с увеличением

количества потенциальных контактных аллергенов (более 3000 веществ).

Наиболее частой *причиной заболевания* является контакт в быту и на производстве со следующими аллергенами:

- изделия бытовой химии (синтетические моющие и чистящие средства, мыла, шампуни, содержащие ферменты и ароматические добавки; лаки, краски, растворители и др.);

- косметические средства (духи, кремы, дезодоранты, содержащие красители консерванты и ароматические вещества) и украшения (бижутерия) в связи с присутствием в них аллергена никеля;

- сок растений (борщевик, крапива и др.), овощей и фруктов;

- одежда и ткани с потенциальными аллергенами — красителями, синтетическими волокнами, шерстью;

- лекарственные средства преимущественно для местного применения (мази, пасты, жидкости), содержащие пенициллин и полусинтетические пенициллины, тетрациклины, аминогликозиды, сульфаниламиды, местноанестезирующие средства, нестероидные противовоспалительные препараты, парааминобензойная кислота);

- пищевые продукты (орехи, молоко, яйца и др.) и пищевые добавки. Последние содержат аллергены — консерванты, красители и ароматические вещества;

- изделия из резины, содержащие латекс (медицинские перчатки, катетеры, маски, лейкопластыри, презервативы, спортивная обувь, игрушки и др).

При контактном дерматите развивается клеточно-опосредованная аллергическая реакция гиперчувствительности замедленного типа. Аллергены проникают через кожу, связываются белками-носителями и поступают в лимфатические узлы. Аллергены сенсибилизируют Т-лимфоциты, которые при повторном контакте с аллергенами выделяют лимфокины и инициируют поражение кожи (дерматит). Контактный дерматит развивается через 48–72 ч после местного воздействия аллергена. Он характеризуется поражением ограниченных участков кожи, зудом, покраснением, отеком, появлением пузырьков и пузырей, при вскрытии которых образуются эрозии с отделением серозной жидкости.

Контактный дерматит можно отнести к профессиональным заболеваниям, и риск его развития особенно высок у медицинских сестер, работников фармацевтической отрасли, строительной индустрии, общественного питания, сферы обслуживания (продавцы, парикмахеры, уборщицы, сантехники).

Диагностика включает расспрос, анализ данных объективного, лабораторного и инструментального исследования и во многом совпадает с распо-

знаванием атопического дерматита. На основании расспроса и последующего осмотра пациента медицинская сестра может заподозрить дерматит, но зологическую идентификацию которого осуществляет врач (терапевт, аллерголог, дерматолог и др.).

Провоцируют обострение заболевания перегревание, в том числе при воздействии солнечных лучей, охлаждение кожи, потливость, психоэмоциональные стрессовые ситуации.

Сестринская помощь при аллергических дерматитах. Компоненты сестринской помощи такие же, как при крапивнице и ангионевротическом отеке.

Медицинская сестра принимает активное участие в обучающей деятельности, касающейся правильного ухода за кожей и предупреждения ее поражений (контакта с аллергенами). Она рекомендует пациенту:

- устранять сухость кожи и увлажнять ее: применять мягкое мыло без ароматических добавок, принимать теплую ванну с добавлением смягчающих средств (оливковое, ромашковое, миндальное масла), применять увлажняющие и смягчающие кожу мази, кремы и лосьоны без ароматизаторов и красителей, содержащие оливковое и другие масла, календулу, лекарственную ромашку, алоэ;

- избегать перегревания и охлаждения кожи, защищать ее от действия солнечных лучей специальными кремами и мазями;

- использовать хлопчатобумажные перчатки при контакте с цементом, лаками, красками, растворителями;

- избегать контакта кожи с синтетическими моющими средствами, косметическими средствами, содержащими ароматические вещества, красители и консерванты;

- не пользоваться изделиями, содержащими латекс;

- исключать интенсивные физические нагрузки, способствующие повышенному потоотделению и зуду кожи.

Перечисленные рекомендации имеют отношение и к другим аллергическим заболеваниям — крапивнице и ангионевротическому отеку.

Лечение. Показаниями для госпитализации больного являются тяжелое течение (диффузный атопический дерматит) и осложнения (инфицирование) аллергических дерматитов. Лечение, осуществляемое аллергологом и дерматологом, направлено на ликвидацию или ослабление воспалительных явлений, восстановление целостности кожи и предупреждение осложнений дерматитов вирусной, бактериальной или грибковой инфекцией.

Комплексное лечение аллергических дерматитов включает:

- исключение контакта пациента с предполагаемым аллергеном;

- соблюдение гипоаллергенной диеты;

- местную и системную фармакотерапию;
- аллергеноспецифическую иммунотерапию (АСИТ).

В качестве местного лечения наиболее эффективны глюкокортикоиды для наружного применения в виде мази, крема или лосьона. Их используют дифференцированно в зависимости от остроты, тяжести, распространенности, локализации воспалительного процесса — поражения кожи.

Глюкокортикоиды различают по выраженности (силе) противовоспалительного действия и подразделяют на слабые (гидрокортизон), средней силы (микозолон, лоринден) сильные (флуцинар, фторокорт, элоком) и очень сильные (дермовейт).

При осложнении аллергического дерматита инфекцией местно используют антисептические, антибактериальные и противогрибковые средства, предпочтение отдают комбинированным препаратам, обладающим противовоспалительным, анти-

бактериальным и противогрибковым действием (микозолон, тридерм и др.).

К системной фармакотерапии относят антигистаминные, дезинтоксикационные и седативные средства. Антигистаминные препараты для внутреннего (лоратадин, фексофенадин, цетиризин и др), реже для парентерального (супрастин, димедрол, тавеги) применения показаны преимущественно при атопическом дерматите, особенно в сочетании с аллергическими ринитом, конъюнктивитом.

Тяжелое течение заболевания и неэффективность предшествующего местного и системного лечения может служить показанием для внутреннего и парентерального применения глюкокортикоидов, плазмафереза.

По окончании амбулаторного или стационарного лечения больные подлежат диспансерному наблюдению аллергологом и дерматологом.

Анафилактический шок

Анафилактический шок — остро развивающаяся и угрожающая жизни генерализованная аллергическая реакция немедленного типа, характеризующаяся снижением артериального давления и нарушением кровоснабжения жизненно важных органов.

Анафилактический шок наблюдается у 1 из 2700 госпитализированных пациентов, в 1% случаев сопровождается летальным исходом.

Наиболее частые причины:

- парентеральное введение лекарственных средств (пенициллины, сульфаниламиды, анальгетики и анестетики, нестероидные противовоспалительные и белковые препараты, вакцины и др.) и рентгеноконтрастных веществ;

- укусы (яд) насекомых (пчелы, шершни и др.);

- некоторые пищевые продукты (орехи, яйца, рыба, морепродукты, молоко, грибы, земляника и др.);

- латекс, содержащийся в резиновых изделиях (перчатки, катетеры, игрушки, презервативы);

- аллергены при неправильном проведении специфической иммунотерапии.

По механизму развития анафилактический шок в большинстве случаев является IgE-зависимой (реагиновой) аллергической реакцией, развивающейся в сенсibilизированном организме. Повторное поступление антигенов и их связывание с антителами (IgE) сопровождается высвобождением из тучных клеток и базофилов биологически активных веществ — медиаторов. Последние снижают тонус и повышают проницаемость сосудов, вызывают спазм гладкой мускулатуры бронхов, кишечника и матки, нарушение микроциркуляции (тромбоз мелких сосудов) с последующим отеком и повреждением тканей и органов. Наиболее зна-

чимы поражения сердечно-сосудистой и дыхательной систем.

Диагностика. Существенную роль играет правильно собранный *аллергологический анамнез*. Наличие у пациента в прошлом аллергических реакций на лекарственные, пищевые и другие аллергены, укусы насекомых является поводом для тщательного сестринского наблюдения за ним, исключения поступления соответствующего антигена в организм. Медицинская сестра сообщает врачу об обнаруженной повышенной чувствительности больного к определенным аллергенам.

Клинические проявления анафилактического шока возникают через 3–30 мин после парентерального введения лекарственных веществ и в течение 2 ч после употребления аллергенной пищи. Может наблюдаться короткий период предвестников: больные жалуются на общую слабость, недомогание, чувство тревоги и страха, головные боли, головокружения, шум в ушах, боли в грудной клетке и животе, ощущения жара, онемение и покалывание пальцев, языка и губ, зуд кожи и др. При осмотре пациента выявляют бледность кожи и слизистых оболочек, нередко отек кожи и элементы крапивницы, признаки ринита и конъюнктивита.

Дальнейшее течение заболевания характеризуется ухудшением клинической картины. Наряду с усилением выраженности симптомов появляются признаки острой сосудистой недостаточности: резкая бледность кожи и слизистых оболочек с синюшным оттенком, холодный липкий пот, нитевидный пульс, падение АД (менее 90/60 мм рт. ст.), тахикардия. Возникают выраженная одышка, удушье, стридорозное дыхание (отек гортани) с опасностью развития асфиксии, рвота, непроизвольное мочеиспускание и дефекация, тонические и клони-

ческие судороги. В легких выслушиваются сухие и влажные хрипы, тоны сердца глухие. Происходит нарушение или полная потеря сознания.

В зависимости от выраженности клинических симптомов различают 3 степени тяжести шока: *легкую, средней тяжести и тяжелую*. Первая характеризуется наличием периода предвестников (5–10 мин), снижением АД (90/60–50/0 мм рт. ст.), отсутствием или кратковременной потерей сознания, хорошим эффектом лечения. При анафилактическом шоке средней тяжести период предвестников короткий (секунды, минуты), АД не определяется, потеря сознания длится десятки минут, замедлен эффект лечения. Тяжелому течению свойственно молниеносное развитие тяжелой клинической симптоматики, как правило, без предвестников, отсутствие артериального давления, длительная (1 ч и более) потеря сознания, неэффективность лечебных мероприятий. При тяжелом течении больные, как правило, погибают.

Лечение анафилактического шока предусматривает максимально быстрое и последовательное проведение мероприятий, способствующих восстановлению и поддержанию жизненно важных функций организма, в первую очередь сердечно-сосудистой и дыхательной систем. При малейшем подозрении на развитие анафилактического шока медицинская сестра должна срочно сообщить об этом врачу, знать принципы противошоковых мероприятий, оказать пациенту неотложную доврачебную помощь. Учитывая, что полный комплекс реанимационных мероприятий осуществить в амбулаторных условиях невозможно, необходимо обеспечить быструю госпитализацию пациента, вызвав реанимационную бригаду скорой помощи. Доврачебная помощь, осуществляемая медицинской сестрой, должна быть направлена на прекращение поступления аллергена в организм. С этой целью следует выполнить следующие действия:

- прекратить парентеральное введение лекарственных средств или удалить из ранки жало насекомого;

- наложить на 25–30 мин венозный жгут на конечность выше места инъекции или укуса насекомого, обколоть эти места раствором 0,1% адреналина (0,5 мл), разведенного в 5 мл физиологического раствора, и положить на них пузырь со льдом или грелку с холодной водой на 15–20 мин;

- с целью увеличения венозного возврата, стабилизации гемодинамики и предотвращения нарушения проходимости верхних дыхательных путей

следует уложить пациента на ровную поверхность, приподнять ноги, повернуть голову в сторону, выдвинуть нижнюю челюсть, удалить протезы, фиксировать язык.

Дальнейшие мероприятия осуществляются под контролем и совместно с врачом и включают следующее:

- обеспечение внутривенного доступа и струйное введение кристаллоидных растворов (0,9% раствор натрия хлорида, 5% раствор глюкозы и др.) для восполнения дефицита объема циркулирующей крови;

- немедленное введение внутривенно 0,3–0,5 мл 0,1% раствора адреналина, при необходимости повторять инъекции каждые 5–20 минут под контролем АД;

- внутривенное введение глюкокортикоидов (90–150 мг преднизолона, 200–400 мг гидрокортизона гемисукцината и др.);

- для купирования бронхообструктивного синдрома применяют бронхорасширяющие средства: в/в инъекции 2,4% раствора эуфиллина, ингаляции сальбутамола, беродуала;

- введение антигистаминных препаратов (1–2 мл 2% раствора супрастина в/в или в/м, 1–2 мл 1% раствора димедрола в/м) может потребоваться для устранения кожных аллергических реакций (крапивница, ангионевротический отек и др.), однако следует отметить, что кожные проявления аллергической реакции могут появиться позднее, на фоне уже развившейся гипотонии.

Медицинская сестра при наблюдении за больным оценивает его общее состояние, динамику клинических проявлений заболевания, контролирует состояние сердечно-сосудистой системы (ЧСС, АД определяют каждые 5 мин) и органов дыхания (ЧД, наличие хрипов в легких).

При отеке гортани может потребоваться коникотомия. При остановке кровообращения проводят легочно-сердечную реанимацию.

Период выхода из анафилактического шока может осложняться острым нарушением мозгового кровообращения (инсульт), поражением сердца (инфаркт миокарда, миокардит), развитием полиорганной недостаточности. В связи с этим больной должен быть доставлен в стационар как можно скорее. При благоприятной исходе пациент должен находиться в стационаре под наблюдением врача не менее 48 ч, так как в течение этого времени возможно повторное развитие анафилактического шока.

Профилактика аллергических заболеваний

Суть профилактики аллергических заболеваний — максимально возможное ограничение воздействия на организм человека потенциально аллергенных веществ.

Эффективность мероприятий по прекращению контакта пациента с предполагаемым или доказанным аллергеном во многом зависит от взаимопонимания в совместной деятельности команды: врач, ме-

дицинская сестра, больной и его семья. Медицинская сестра контролирует соблюдение этих мероприятий в больничных и домашних условиях. Она обучает пациента и членов его семьи принципам профилактики аллергических заболеваний и рекомендует:

1) соблюдать чистоту производственных и жилых помещений, устранять пыль, запахи, дым, шерсть домашних животных;

2) исключить контакт с пыльцевыми аллергенами в период цветения растений: избегать прогулок в садах, парках и лесных массивах, особенно в ветреную погоду, носить защитные очки;

3) увлажнять кожу, избегать перегревания, охлаждения, контакта кожи с аллергенными синтетическими моющими, чистящими и косметическими средствами, изделиями из резины, содержащими латекс, лаками, красками;

4) защищать кожу от укусов насекомых (одежда, маски, мази).

5) исключить из рациона питания аллергены (орехи, яйца, молоко и др.) применять гипоаллергенную диету;

6) выявить лекарственные средства, способствующие возникновению аллергических заболеваний (антибиотики, сульфаниламиды, нестероидные противовоспалительные препараты) и прекратить их использование.

В дальнейшем пациенты должны находиться под наблюдением врача-аллерголога. Целесообразно их участие в занятиях специальных школ для больных с аллергическими заболеваниями или перенесших тяжелые аллергические реакции. Информация о перенесенной аллергической реакции или анафилактическом шоке должна быть представлена в амбулаторной карте пациента, целесообразно выдать больному специальный паспорт с указанием аллергенов, представляющих для него потенциальную опасность.

Литература

1. *Верткин А. Л., Лукашов М. И.* Острые аллергические заболевания: диагностика и лечение на догоспитальном этапе. // *Медицинская помощь*. — 2007. — № 1. — С. 38–41.

2. *Верткин А., Дадькина А., Лукашев М., Гамбаров Р.* Острые аллергические заболевания // *Врач*. — 2007. — № 2. — С. 66–70.

3. *Догоспитальная помощь при острых аллергических заболеваниях. Методические рекомендации для врачей скорой медицинской помощи, терапевтов, педиатров и аллергологов.* // *Неотложная терапия*. — 2001. — № 2. — С. 17–33.

4. *Емельянов А. В.* Анафилактический шок. Пособие для врачей. — СПб, 2001. — 24 с.

5. *Кузнецова О. Ю., Лебедев А. К.* Шок. Тактика врача общей практики. — СПбМАПО, 2009. — 47 с.

6. *Клинические рекомендации. Стандарты ведения больных.* — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006 — 928 с.

Авторы:

В. Н. Петров — профессор кафедры сестринского дела и социальной работы СПбМАПО

А. Г. Захарчук — врач Городского гериатрического медико-социального центра Санкт-Петербурга, кандидат медицинских наук

Адрес для контакта: СПб, Заневский пр., д. 1/82. Кафедра сестринского дела и социальной работы. Телефон: 8 (812) 445-34-05.

УДК 616.12-009.72/ 127-005.8:614.254

ОСТРЫЙ КОРОНАРНЫЙ СИНДРОМ В ПРАКТИКЕ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА

Н. И. Рябова, Е. В. Фролова

ГОУ ДПО Санкт-Петербургская академия последипломного образования Росздрава, Россия

ACUTE CORONARY SYNDROME IN GENERAL PRACTICE: THE CASE

N. I. Ryabova, E. V. Frolova

St-Petersburg Medical Academy of Postgraduate Studies, Russia

© Н. И. Рябова, Е. В. Фролова, 2009

Сегодня в России резко выросла смертность от сердечно-сосудистых заболеваний, и, в отличие от других стран, — у лиц молодого, трудоспособного возраста. Первое место в структуре смертности у женщин занимают заболевания сердечно-сосудистой системы. Ежегодно умирают более 2 млн европейских женщин [1]. И именно заболевания сердечно-сосудистой системы (а не рак молочной железы, как ошибочно полагают многие) лидируют среди причин смерти женщин. Традиционно эти заболевания считались в основном мужской проблемой. На самом же деле женщины чаще болеют сахарным диабетом, артериальной гипертензией, ожирением. В 2000 г. в структуре смертности сердечно-сосудистые заболевания составляли 30% у мужчин, 37% у женщин в возрасте 25–64 лет.

Клиническая картина ишемической болезни сердца (ИБС) у женщин имеет свои особенности. Как правило, симптомы у них проявляются лишь с достижением возрастного порога в 60 лет, то есть почти на 10 лет позже по сравнению с мужчинами. Часто ишемия протекает в форме безболевой, и регистрируется при дополнительных исследованиях — пробе с физической нагрузкой или суточном мониторинге. Известно, что до наступления менопаузы женщин защищают гормоны. Но полагать, что до этого времени женщина обладает неким иммунитетом против сердечно-сосудистых заболеваний, совершенно неверно. Понятно, что выбор правильной стратегии ведения больных с заболеваниями сердца может оказать существенное влияние на снижение смертности в нашей стране.

Причиной развития ИБС является нарушение кровоснабжения миокарда. Как правило, нарушение кровотока формируется на почве атеросклеротического поражения коронарных артерий. Но ишемия может развиваться на фоне спазма артерий и артериол, что встречается у лиц как с измененными, так и с нормальными артериями; нарушения внутрисердечной гемодинамики при некоторых пороках сердца (аортальный стеноз, аортальная недостаточность, гипертрофическая кардиомиопатия), при поражении артерий на фоне сифилитического аортита, коллагенозов, васкулитов, врожденных аномалий, а также стенозирования коронарных артерий в момент систолы при наличии анатомических особенностей. Полная окклюзия коронарной артерии формируется в результате образования тромба в зоне атеросклеротической бляшки или тромбоэмболии. Анемия, сепсис и тиреотоксикоз относятся к состояниям, которые могут способствовать развитию ишемии миокарда при условии уже имеющегося атеросклеротического поражения коронарных артерий [2].

Одним из вариантов течения ИБС является острый коронарный синдром.

Клинический случай. В центр семейной медицины в 13.00 обратилась женщина 36 лет с жалобами на приступ продолжительных сжимающих болей в области сердца, возникший ночью, с иррадиацией в левую руку. Боли усиливались при физической нагрузке (ощутила это, когда шла на прием к врачу), активных движениях, ощущала также перебои в работе сердца, учащенное сердцебиение. Принимала корвалол — без эффекта.

Боли подобного характера беспокоят в течение полугода, но за последний месяц, после перенесенного стресса, стали более интенсивными, появилась иррадиация в левую руку. При болях ощущает тревогу, необоснованный страх. В течение этого времени стала эмоционально лабильной, мнительной.

В анамнезе аллергический ринит (обострение в период весеннего цветения), хронический тонзиллит (последнее обострение 3 года назад). В 2004 г. перенесла правостороннюю пневмонию.

Гинекологический анамнез: беременность — 1, роды — 1. Менструальный цикл регулярный. Наследственность отягощена по сердечно-сосудистым заболеваниям (у матери ИБС, АГ с 55 лет, в 2009 г. перенесла ОИМ). Пациентка не курит, алкоголем не злоупотребляет. В свободное время занимается танцами. Особых диетических ограничений не соблюдает.

Clinical case

Образование высшее. Работает инженером, уровень дохода средний.

В течение последнего месяца перенесла стрессовую ситуацию — потеря работы, тяжёлая болезнь близкого родственника.

Одна воспитывает сына 14 лет.

Объективно: рост 170 см, масса тела 72 кг, ИМТ 24,9.

АД 120/80 мм рт. ст., за период наблюдения в пределах 110/70–120/80 мм рт. ст., пульс

80 ударов в 1 мин, ритмичный, симметричный. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧДД 17 в 1 мин. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги.

Во время посещения зарегистрирована ЭКГ (рис. 1): ритм синусовый, ЧСС 74 удара в 1 мин, депрессия сегмента ST 1 мм во II, III, в aVF 1,2 мм. Данные изменения соответствуют субэндокардиальному повреждению в области задней стенки левого желудочка.

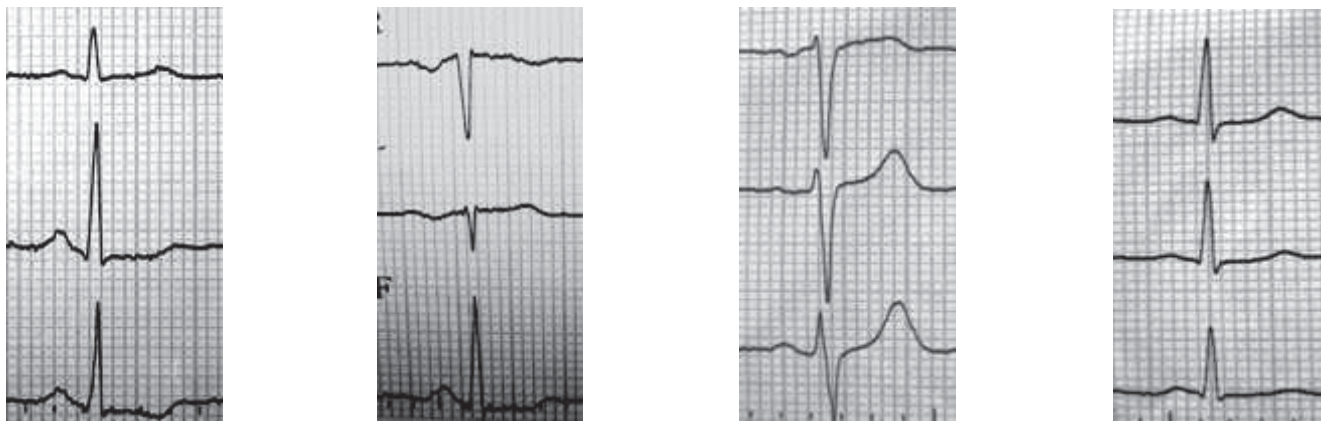


Рисунок 1. Картина ЭКГ исследования, проведенного во время посещения врача

Проведено сравнение снятой ЭКГ с предыдущей (рис. 2), снятой в 2001 г. во время профосмотра. Изменений подобного характера выявлено не было.

На основании клинической картины и изменений ЭКГ был поставлен предварительный диагноз: острый коронарный синдром. Впервые возникшая стенокардия.

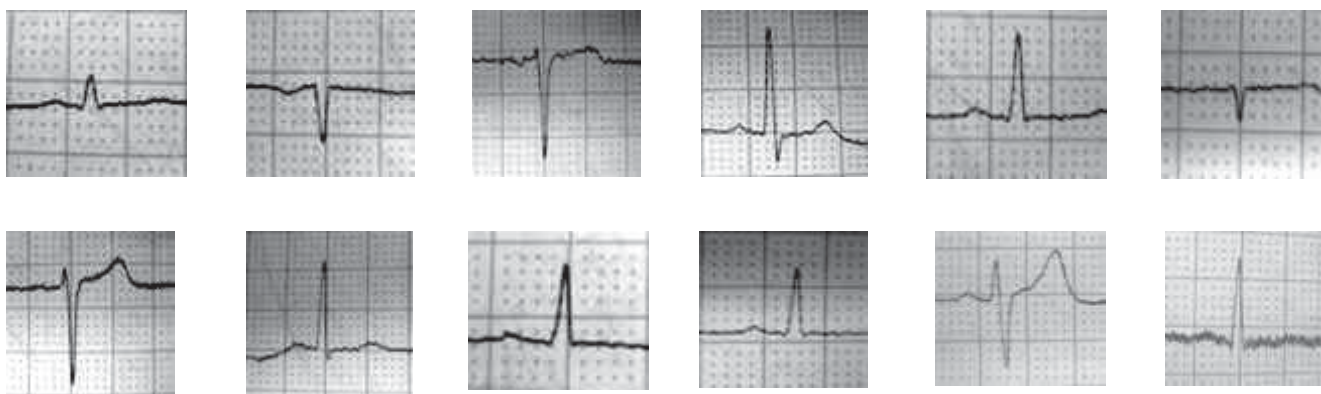


Рисунок 2. Картина ЭКГ исследования, проведенного в 2001 г. во время профосмотра

Принято решение об экстренной госпитализации. До прибытия бригады скорой помощи проведены лечебные мероприятия. Дана внутрь ацетилсалициловая кислота 0,5 г с рекомендацией разжевать и запить теплой водой. Нитроспрей 2 дозы (800 мкг) под язык. После приема нитратов боль полностью не купирована, но отмечено снижение ее интенсивности.

Пациентка экстренно госпитализирована в стационар. Передана бригаде «скорой помощи» в гемодинамически стабильном состоянии в 15.00.

В приемном покое стационара предварительный диагноз подтвержден. Пациентка переведена в кардиологическое отделение.

За период пребывания в стационаре (9 дней) проведены следующие лабораторно-инструментальные исследования (по данным выписки):

Клинический анализ крови: гемоглобин — 137 г/л, эритроциты — $4,7 \times 10^{12}$ г/л, тромбоциты — 205×10^9 , СОЭ 11 мм/ч, гематокрит 41.

Креатинин 69 мкмоль/л, общий холестерин 4,0 ммоль/л, триглицериды 0,45 ммоль/л, били-

рубин — 10,9 мкмоль/л, АЛТ — 12 МЕ/л, АСТ — 12 МЕ/л, КФК — 57 МЕ/л, ЛДГ — 176 МЕ/л, глюкоза — 4,5 ммоль/л, калий 4,3 ммоль/л, натрий 142 ммоль/л, протромбиновый индекс 98, железо 11,4 мкмоль/л.

Общий анализ мочи: удельный вес 1017, реакция кислая, белок — 0.

Обзорная рентгенограмма грудной клетки без патологии.

УЗИ щитовидной железы — без эхоструктурных изменений.

Эхокардиографическое исследование проведено на 2-е сутки пребывания в стационаре.

Заключение: Полости сердца не расширены. Миокард не утолщен. Прогиб передней створки митрального клапана. МН 0–I степени. Прогиб створки трикуспидального клапана. ТН 0–I степени. Миксоматозные изменения клапанов. Сократительная функция сохранена. Зоны гипокинезии, акинезии, дискинезии не выявлены.

Данные суточного мониторирования ЭКГ (5 суток):

1. ЧСС:

— средняя днем 64 уд./мин;

— средняя во время ночного сна 61 уд./мин.

2. За время обследования наблюдались следующие типы ритмов:

— синусовый ритм. На фоне данного ритма с ЧСС от 54 до 110 уд./мин.

— зарегистрирована одиночная наджелудочковая экстрасистолия с предэктопическим интервалом 656 мсек. Всего 1.

3. Изменений ST-T не обнаружено.

Велоэргометрическое исследование (6-е сутки) на фоне приема β-блокатора (эгилок).

Заключение: На первой минуте IV этапа (125 Вт) достигнута субмаксимальная ЧСС (164 уд./мин). Клинических проявлений нет. ЭКГ изменения — признаки систолической перегрузки. Восстановление ЧСС, ЭКГ, ЧД в течение 5 минут. Проба отрицательна. Переносимость физических нагрузок хорошая. Восстановительный период — норма. (ЭКГ, зарегистрированная во время велоэргометрической пробы, не представлена).

На ЭКГ, снятой на 6-е сутки пребывания в стационаре, динамики по сравнению с ЭКГ при поступлении, не выявлено (рис. 3).

В стационаре получала лечение: аспирин, гепарин, эгилок.

Окончательный диагноз при выписке: вегетососудистая дистония по кардиальному типу.



Рисунок 3. Картина ЭКГ исследования, проведенного в стационаре на 6-е сутки

Острый коронарный синдром (ОКС) — это группа клинических признаков или симптомов, позволяющих подозревать острый инфаркт миокарда или нестабильную стенокардию. Включает острый инфаркт миокарда (ОИМ) с подъемом сегмента ST, ОИМ без подъема сегмента ST, нестабильную стенокардию.

Острый коронарный синдром — предварительный диагноз, позволяющий врачу определить неотложные лечебные и организационные меры. В настоящее время разработаны оптимальные лечебные мероприятия, эффективность которых доказана результатами рандомизированных клинических испытаний [3]. Так, при остром коронарном синдроме со стойким подъемом сегмента ST (или впервые возникшей полной блокадой левой ножки

пучка Гиса), отражающим острую тотальную окклюзию одной или нескольких коронарных артерий, целью лечения является быстрое, полное и стойкое восстановление просвета коронарной артерии с помощью тромболитика (если он не противопоказан) или первичной коронарной ангиопластики (если она технически выполнима). При остром коронарном синдроме без подъема сегмента ST речь идет о пациентах с болями в грудной клетке и изменениями на ЭКГ, свидетельствующими об острой ишемии (но не обязательно о некрозе) миокарда. У таких больных часто обнаруживаются стойкая или преходящая депрессия сегмента ST, а также инверсия, уплощение или «псевдонормализация» зубцов Т. Кроме того, изменения ЭКГ могут быть неспецифическими или вовсе отсут-

ствовать. В эту категорию могут быть включены и некоторые пациенты с указанными выше изменениями на ЭКГ, но без субъективных симптомов (то есть случаи безболевой «немой» ишемии и даже инфаркта миокарда). Стратегия ведения таких больных заключается в устранении ишемии и симптомов, наблюдении с повторной (серийной) регистрацией ЭКГ и определением маркеров некроза миокарда (сердечных тропонинов и/или креатинфосфокиназы МВ-КФК). В лечении таких больных тромболитические препараты неэффективны и не используются. Лечебная тактика зависит от степени риска (тяжести состояния) больного [4]. Диагностическая тактика при верификации диагноза острый коронарный синдром включает обязательную регистрацию серии (не менее трех) электрокардиограмм и анализов крови на содержание тропонина.

Любого больного с болью в грудной клетке необходимо вести как больного с ишемией миокарда [1].

На догоспитальном этапе следует:

1. Определить причину болевого синдрома.
2. Оценить индивидуальный риск и сопутствующие клинические проявления (одышка, гемодинамическая нестабильность, нарушения сердечного ритма).

3. Купировать болевой синдром.

4. Обеспечить доступ в периферическое венозное русло.

Первичная оценка состояния больного включает следующие этапы [4]:

1) *Тщательный сбор анамнеза.* В типичных случаях пациенты жалуются на боль за грудиной давящего или сжимающего характера длительно — более 20 мин. Прием нитратов в большинстве случаев устраняет боль, но она исчезает не полностью или возобновляется в течение короткого времени. Однако следует помнить, что возможна атипичная симптоматика: боли в эпигастрии, внезапно возникшая диспепсия, колющие боли в груди, «плевральные» боли, нарушение сознания, а также усиление одышки. Особенно часто атипичные проявления ОКС наблюдаются у пациентов молодого (25–40 лет) и старческого (более 75 лет) возраста, а также у женщин и больных сахарным диабетом. Кроме того, в редких случаях, заболевание может протекать на первых этапах бессимптомно и проявиться угрожающими жизни осложнениями вплоть до остановки кровообращения.

2) *Физикальное обследование.* Результаты осмотра и пальпации грудной клетки, данные аускультации сердца, а также показатели частоты сердечных сокращений и артериального давления обычно находятся в пределах нормы. Целью физикального обследования является в первую очередь исключение внесердечных причин боли в грудной клетке (плеврит, пневмоторакс, ТЭЛА, воспалительные заболевания костно-мышечного аппарата,

травмы грудной клетки и др.). Кроме того, при физикальном обследовании следует выявлять заболевания сердца, не связанные с поражением коронарных артерий (перикардит, пороки сердца), а также оценить стабильность гемодинамики и тяжесть проявлений сердечной недостаточности.

3) *Дополнительные исследования.* Всем пациентам с подозрением на ОКС обязательно следует регистрировать ЭКГ в 12 стандартных отведениях. В идеале следует записать ЭКГ во время болевого приступа и сравнить ее с ЭКГ, записанной после исчезновения боли. Очень полезно также сравнить ЭКГ со «старыми» пленками (если таковые доступны), особенно при наличии признаков гипертрофии левого желудочка или перенесенного инфаркта миокарда.

Необходимо обратить внимание на наличие следующих изменений [1]:

1. Транзиторный подъем сегмента ST (стойкие изменения предполагают наличие ИМ).

2. Динамические изменения зубца Т в виде инверсии, нормализации или увеличения амплитуды острого положительного зубца Т.

3. Депрессия сегмента ST (косовосходящая, косонисходящая или горизонтальная).

4. Впервые появившаяся блокада левой ножки пучка Гиса.

Следует помнить, что полностью нормальная ЭКГ у больных с характерными симптомами не исключает диагноза ОКС.

На основании изменений ЭКГ у больных с подозрением на ОКС выделяют три категории риска наличия ИБС [1]:

Высокий риск — подъем или депрессия сегмента ST ≥ 1 мм; выраженная симметричная инверсия зубца Т в нескольких прекардиальных отведениях; динамические изменения ЭКГ, сопровождающиеся ангинозной болью.

Средний риск — депрессия сегмента ST от 0,5–1 мм; инверсия зубца Т ≥ 1 мм в грудных отведениях с преобладающим зубцом R.

Низкий риск — нормальная ЭКГ; уплощение или инверсия зубца Т менее 1 мм в грудных отведениях с преобладающим зубцом R.

На догоспитальном этапе лечение больных с подозрением на ОКС должно обязательно включать следующие меры.

1. Назначение ацетилсалициловой кислоты (уровень обоснованности А) — в дозе 300–500 мг, таблетку следует разжевать, затем по 75–325 мг, 1 раз в сутки.

2. Назначение нитратов — нитроглицерин или изосорбида динитрат (сублингвально или спрей каждые 5 мин до 3 приемов). При продолжающейся или повторяющейся боли в грудной клетке дозу повышают до снижения среднего АД не более, чем на 30% от исходного (или систолического АД менее 90 мм рт. ст.) или появления головной боли.

3. Назначение β -блокаторов при отсутствии противопоказаний.

Больные с подозрением на ОКС должны быть немедленно госпитализированы в специализированные отделения интенсивной терапии и кардиореанимации (уровень обоснованности С) [1].

Заключение. В представленном клиническом случае предварительный диагноз «острый коронарный синдром» был поставлен на основании характерной клинической картины, отсутствия анамнестических и физикальных данных, указывающих на некоронарогенные причины болевого синдрома и заболевания сердца, не требующие экстренного

вмешательства. Были выявлены изменения ЭКГ, соответствующие среднему риску наличия ИБС. Объем помощи на догоспитальном этапе проводили согласно рекомендациям по лечению ОКС, разработанным экспертами ВНОК в 2008 г. и утвержденным на Российском национальном конгрессе кардиологов.

Несмотря на несовпадение предварительного и окончательного диагнозов, тактика на догоспитальном этапе была верна. Описанный случай подтверждает важность действий врача общей практики как специалиста первичного звена здравоохранения.

Литература

1. *Российский терапевтический справочник. Острый коронарный синдром* / Под ред. акад. РАМН А. Г. Чучалина. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2005. — 15 с.
2. *Дубикайтис Т. А. Острый коронарный синдром. Избранные лекции по семейной медицине* / Под редакцией профессора О. Ю. Кузнецовой. — СПб.: ЭЛБИ, 2008. — 344 с.
3. *Сыркин А. Л., Добровольский А. В. Острый коронарный синдром без подъема сегмента ST на ЭКГ* / РМЖ. — 2001. — Т. 9, № 18. — С. 773.
4. *Рекомендации ВНОК по лечению острого коронарного синдрома без стойкого повышения ST.* — <http://www.cardiosite.ru>.

Авторы:

Рябова Н. И. — клинический ординатор кафедры семейной медицины СПбМАПО

Фролова Е. В. — д. м. н. профессор кафедры семейной медицины СПбМАПО

Адрес для контакта: efrolovamd@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. — Vol. 355. — № 9201. — P. 330–331.

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

Редакция организует рецензирование, научное и литературное редактирование рукописей статей.

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

Подписной индекс по каталогу «Роспечать» 29950

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

Редактор В. П. Медведев

Санкт-Петербург, издательство Санкт-Петербургской медицинской академии последипломного образования.
Подписано в печать 00.00.2009 г. Формат 60 × 90 1/8. Бумага офсетная, Гарнитура Journal. Печать офсетная.
Усл. печ. л. . Тираж 1000 экз. Заказ № . Цена договорная.
193015, Санкт-Петербург, ул. Кирочная, д. 41.
Отпечатано в типографии