

РОССИЙСКИЙ СЕМЕЙНЫЙ ВРАЧ

МЕДИЦИНСКИЙ НАУЧНО-
ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

Учредитель

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

Журнал выпускается при поддержке:

Королевского колледжа врачей общей практики (Великобритания)
Университета штата Айова (США)

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

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

Президенты:

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

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

Главный редактор:

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

Редакционный совет:

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

Заместители главного редактора:

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

Редакционная коллегия:

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

Ответственный секретарь:

Н.А.Гурина (Санкт-Петербург, Россия)

ПОДПИСНОЙ ИНДЕКС ПО КАТАЛОГУ «РОСПЕЧАТЬ» 29950

Адрес редакции:

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

**Том 10
4-2006**

**ВЫПУСКАЕТСЯ
ЕЖЕКВАРТАЛЬНО**



Журнал является официальным
печатным изданием Всероссийской
ассоциации семейных врачей.

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

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

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

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

СТАТЬИ

ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ОСНОВНЫХ
ФАКТОРОВ РИСКА У ЖЕНЩИН ПО ДАННЫМ
ПРОСПЕКТИВНОГО ПОПУЛЯЦИОННОГО
ИССЛЕДОВАНИЯ И ШКАЛА РИСКА СМЕРТИ ОТ ССЗ
С.И.Плавинская, С.Л.Плавинский, Д.Б.Шестов 4

РЕЗУЛЬТАТЫ ИЗУЧЕНИЯ ВОЗМОЖНЫХ ПУТЕЙ
ЗАРАЖЕНИЯ И РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ВИРУСНОГО
ГЕПАТИТА С В ОДНОМ ИЗ РАЙОНОВ
САНКТ-ПЕТЕРБУРГА
Н.В.Златыева, Н.И.Кузнецов, С.Л.Плавинский,
О.Ю.Кузнецова 10

ВРАЧ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ ГЛАЗАМИ
ПАЦИЕНТОВ
В.З.Русович, Е.А.Воронко, У.Г.У.Боерма, Ф.Г.Шеллевис 15

О СООТНОШЕНИИ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО
И ХИРУРГИЧЕСКОГО В ЛЕЧЕНИИ ЭПИЛЕПСИИ
В.С.Матковский, А.С.Иова, С.Р.Болдырева 22

ОРИГИНАЛЬНЫЕ НАУЧНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

МЕТОД РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ ЛОКАЛЬНЫХ
ФОРМ МИАСТЕНИИ
В.Д.Косачев, Н.М.Жулев, А.В.Лоев 25

СОСТОЯНИЕ МЕХАНИЗМОВ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ
АДАПТАЦИИ У КЛИНИЧЕСКИ ЗДОРОВЫХ ЛИЦ
МОЛОДОГО ВОЗРАСТА
А.И.Кодочигова, В.Ф.Киричук, Т.М.Демина,
М.Г.Кучеров 28

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПОЗДНЕЙ
АСТМЫ В ПЕРИОДЕ СТАБИЛЬНОГО ТЕЧЕНИЯ
С.А.Собченко, Е.В.Бейда, В.Ю.Кравцов 31

КЛИНИЧЕСКИЕ ВАРИАНТЫ И ПОВЫШЕНИЕ
ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ
НАРУШЕНИЙ БИЛИАРНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ
С ПОМОЩЬЮ КВЧ-ТЕРАПИИ
И.Р.Кокотадзе, В.А.Александрова, В.В.Кириянова 34

ОСОБЕННОСТИ РАСПРОСТРАНЕНИЯ И СТРУКТУРЫ
ТИРЕОИДНОЙ ПАТОЛОГИИ НА ТЕРРИТОРИИ ГОРОДА
С НЕБЛАГОПРИЯТНОЙ ЭКОЛОГИЧЕСКОЙ
ОБСТАНОВКОЙ И ДЕФИЦИТОМ ЙОДА В БИОСФЕРЕ
И.К.Битарова, Н.В.Ворожобина, А.Р.Кусова 38

ПОРАЖЕНИЯ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ СИСТЕМОЙ
КРАСНОЙ ВОЛЧАНКОЙ
О.А.Ключникова, В.И.Мазуров, Т.И.Макеева, П.Вильбурн 41

ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ И ЕГО ВЛИЯНИЕ НА
КОСТНОЕ РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ
Е.А.Кочеткова, А.С.Соловьева, О.А.Бельх, Н.А.Дицель,
С.А.Панова, Л.Г.Угай, Е.Ф.Семисотова 44

СЕСТРИНСКИЙ УХОД

СЕСТРИНСКИЙ УХОД В ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИЦИНЕ
ЧАСТЬ 1. ПСИХОЛОГИЯ ОБЩЕНИЯ
И ОБЩИЙ УХОД
Л.А.Никитина 50

НОВОСТИ В МЕДИЦИНЕ

АЛГОРИТМ БАЗИСНОЙ СЕРДЕЧНО-ЛЕГОЧНОЙ
РЕАНИМАЦИИ 2005 ГОДА
О.Ю.Кузнецова, Т.А.Дубикайтис 58

ARTICLES

PROGNOSTIC SIGNIFICANCE OF THE MAIN
CARDIOVASCULAR RISK FACTORS IN FEMALES
IN A PROSPECTIVE FOLLOW-UP STUDY, AND THE
DEVELOPMENT OF A CVD DEATH RISK SCALE
S.I.Plavinskaya, S.L.Plavinski, D.B.Shestov 4

RESULTS OF A STUDY OF PREVALENCE
AND POSSIBLE WAYS OF DISSEMINATION
OF HEPATITIS C (HCV) IN ONE DISTRICT
OF ST-PETERSBURG
N.V.Zlatyeva, N.I.Kuznetsov, S.L.Plavinski,
O.Yu.Kuznetsova 10

THE GENERAL PRACTITIONER THROUGH THE
PATIENT'S EYES
V.Z.Rusovich, E.A.Voronko, W.G.W.Boerma, F.G.Schellevis 15

THERAPEUTIC AND SURGICAL APPROACHES
TO TREATMENT OF EPILEPSY
V.S.Matkovski, A.S.Iova, S.R.Boldareva 22

ORIGINAL DATA

EARLY DIAGNOSIS OF MYASTHENIA
LOCAL FORMS
V.D.Kosachev, N.M.Zhulev, A.V.Loev 25

STATE OF PSYCHOLOGICAL ADAPTATION
MECHANISMS IN CLINICALLY HEALTHY YOUNG
PEOPLE
A.I.Kodochigova, V.F.Kirichook, T.M.Demina,
M.G.Kuchеров 28

CLINICAL AND LABORATORY FEATURES
OF LATE-ONSET ASTHMA IN ITS STABLE PHASE
S.A.Sobchenko, E.V.Beida, V.Yu.Kravtsov 31

CLINICAL TYPES AND EFFICIENCY OF EXTREMELY
HIGH-FREQUENCY WAVES THERAPY IN TREATMENT
OF FUNCTIONAL DISORDERS OF BILIARY SYSTEM
IN CHILDREN
I.R.Kokoladze, V.A.Aleksandrova, V.V.Kiryanova 34

THE PREVALENCE AND PATTERN
OF THYROID DISEASES IN A CITY WITH
A NEGATIVE ECOLOGICAL SITUATION
AND IODINE DEFICIENCY
I.K.Bitarova, N.V.Vorokhobina, A.R.Kusova 38

HEART DISEASE IN PATIENTS WITH SYSTEMIC LUPUS
ERYTHEMATOSUS
O.A.Kluchnicova, V.I.Mazurov, T.I.Makeeva, P.Wilburn 41

LITERATURE REVIEW

METABOLIC SYNDROME AND ITS EFFECT
ON BONE REMODELATION
E.A.Kochetkova, A.S.Solovyeva, O.A.Belykh, N.A.Dicel,
S.A.Panova, L.G.Ugai, E.F.Semisotova 44

NURSING

NURSING IN PALLIATIVE MEDICINE
PART I. COMMUNICATION
AND GENERAL CARE
L.A.Nikitina 50

NEWS IN MEDICINE

ADULT BASIC LIFE
SUPPORT 2005
O.Yu.Kuznetsova, T.A.Dubikaytis 58

ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ОСНОВНЫХ ФАКТОРОВ РИСКА У ЖЕНЩИН ПО ДАННЫМ ПРОСПЕКТИВНОГО ПОПУЛЯЦИОННОГО ИССЛЕДОВАНИЯ И ШКАЛА РИСКА СМЕРТИ ОТ ССЗ

С.И.Плавинская*, С.Л.Плавинский, Д.Б.Шестов

НИИ экспериментальной медицины РАМН*, ГОУ ДПО Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования Россздрав, Россия

PROGNOSTIC SIGNIFICANCE OF THE MAIN CARDIOVASCULAR RISK FACTORS IN FEMALES IN A PROSPECTIVE FOLLOW-UP STUDY, AND THE DEVELOPMENT OF A CVD DEATH RISK SCALE

S.I.Plavinskaya, S.L.Plavinski, D.B.Shestov

Research institute of experimental medicine, St-Petersburg Medical Academy of Postgraduate Studies, Russia

© С.И.Плавинская, С.Л.Плавинский, Д.Б.Шестов, 2006

Планирование и реализация профилактических мероприятий, направленных на борьбу с сердечно-сосудистыми заболеваниями во многом зависит от определения индивидуального уровня риска пациента. Для определения уровня риска следует использовать всю имеющуюся в распоряжении врача информацию, включая информацию об уровне факторов риска у данного пациента. Для построения шкалы риска были использованы данные 17-летнего проспективного наблюдения за 1545 женщинами 40–69 лет, обследованными в 1980–1982 годах в Ленинграде. У женщин были измерены демографические, антропометрические и социальные показатели, а также уровни АД и липидные показатели. За время наблюдения умерло 514 женщин, из них 55% от ССЗ. Было установлено, что основным фактором риска, который позволял выделить группу с высоким риском смерти, был повышенный уровень систолического АД (более 150 мм рт. ст., $AUC=0,668$; 95%ДИ=0,625–0,712). На втором месте находился уровень общего холестерина (более 6,3 ммоль/л, $AUC=0,607$; 95%ДИ=0,563–0,652). На основании полученных данных построена шкала риска смерти от ССЗ и приведены примеры использования этой шкалы для оценки выигрыша от лечения и стоимости-эффективности терапии.

Ключевые слова: сердечно-сосудистые заболевания, профилактика, факторы риска, стоимость-эффективность лечения.

The planning and implementation of programmes directed to the prevention of cardiovascular diseases (CVD) rely on accurate information on the individual risk level of a patient. To determine the individual risk level it is necessary to use all available information, including that on the risk factor levels. We have developed risk scale based on a 17-year prospective follow-up of 1545 females from Leningrad who were aged 40–69 when they were first screened in 1980–1982. The level of blood lipids, blood pressure as well as demographic, social and anthropometric indicators was measured. During the follow-up period 514 females has died, 55% of them from CVD. The major risk factor that allowed separation of risk groups was systolic blood pressure (more than 150 mm Hg, $AUC=0,668$; 95%CI=0,625–0,712). The second place was occupied by total cholesterol level (more than 6,3 mmol/l, $AUC=0,607$; 95%CI=0,563–0,652). The data obtained were used for the construction of a CVD death risk scale. Examples of the use of this scale for estimation of treatment effectiveness and cost-effectiveness are given.

Keywords: cardio-vascular disease, prevention, risk factors, and cost-effectiveness of treatment.

Несмотря на значительный прогресс в области кардиологии, идентификацию основных факторов риска и создание программ, направленных на борьбу с ними, сердечно-сосудистые заболевания продолжают оставаться ведущей причиной смерти и заболеваемости в Российской Федерации. Согласно данным Федеральной службы государственной статистики, только в 2004 г. от болезней системы кровообращения умерло 1,3 млн человек [1], или практически каждый сотый житель страны. Эти заболевания вызвали половину всех смертей в стране и почти в 3 раза превысили количество смертей от новообразований, болезней органов дыхания и пищеварения вместе взятых. В том же 2004 г. впервые заболели сердечно-сосудистыми заболеваниями более 3 млн россиян.

Не случайно, поэтому в современном здравоохранении борьба с сердечно-сосудистыми забо-

леваниями является одной из приоритетных. Вместе с тем, учитывая широкую распространенность проблемы и высокую стоимость многих лечебных и профилактических мероприятий, необходимо обращать внимание в первую очередь на группы риска. Например, ввиду высокой стоимости терапии статинами, National Health Service Framework for CHD prevention рекомендовал в Великобритании начинать терапию только в том случае, если риск превышает 30% за 10 лет [2]. Другие авторы предпочитают выбирать в качестве границы риска иные значения, например, 15% за 10 лет [3], однако в любом случае очевидно, что практикующий врач должен располагать материалами для оценки риска. Часто используемая для этих целей Фрамингемская шкала риска [4] вряд ли должна некритично применяться в Российской Федерации ввиду очевид-

ных различий в особенностях стиля жизни и показателей заболеваемости россиян и жителей маленького американского городка в предместье Бостона (Фрамингем).

Разработка шкалы риска требует длительного проспективного наблюдения за значительными когортами людей, что затрудняет разработку подобных шкал. Целью данной работы была оценка прогностической значимости факторов риска и построение шкалы риска смертности от ССЗ, чтобы практикующим врачам было легче принимать решение о назначении терапии.

Материал и методы

Проспективное исследование. В 1980–1982 гг. была обследована случайная выборка женщин 20–69 лет, проживавших в Петроградском районе Ленинграда, всего 2288 женщин. Протокол исследования описан в других публикациях [5,6]. Процесс сбора информации по смертности описан в работе С.Л.Плавинского и С.И.Плавинской [7]. Потери при наблюдении составили 5%, детальные данные по смертности, позволившие точно установить причину смерти, были получены в отношении 72% умерших женщин.

Анализ прогностической значимости факторов риска. Прогностическую значимость факторов риска оценивали на основе сравнения площадей под характеристической кривой. Для расчетов площади под характеристической кривой использовалась макропрограмма R.Muche [8], которая позволяла оценить площадь под кривой, рассчитать 95%-доверительный интервал оценки площади, найти точку разделения и оценить чувствительность и специфичность данного параметра при использовании найденной точки разделения.

Создание шкал риска. Для создания шкалы риска вначале была выполнена логистическая регрессия с включением в модель следующих параметров: возраст, уровень общего холестерина (ХС), уровни ХС липопротеидов высокой (ХС

ЛПВП) и низкой (ХС ЛПНП) плотности, уровень триглицеридов, индекс массы тела (ИМТ), уровень систолического артериального давления (САД), полученного образования и курения. Были отобраны параметры, имевшие достоверную связь со смертностью от сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) — возраст, САД, образование и курение, уровень холестерина (в модель включен благодаря пограничному значению достоверности). Полученная регрессионная модель была проанализирована на выявление наилучшей точки разделения с помощью макропрограмм SAS R. Muche [8] на основании выявления наивысшего значения индекса Йодена (чувствительность + специфичность – 1).

Таким образом было получено пограничное значение.

Для создания шкалы абсолютного риска была выполнена пуассонова регрессия с включением в анализ уровня образования, отношения к курению и категоризированных переменных, описывавших возраст, уровень холестерина и уровень САД. На основании регрессии были рассчитаны показатели смертности от ССЗ в процентах за год.

Весь анализ выполнялся при помощи системы SAS версии 8.2 (SAS Institutes Inc., Cary, NC).

Результаты. Средний срок наблюдения за обследованными женщинами составил 17,3 года. За это время умерло 514 (33,3%) из 1545 женщин, которым в момент начала исследования было от 40 до 69 лет. Имелась детальная информация о причинах смерти 377 женщин. Из этого числа 207 женщин (55%) умерли от сердечно-сосудистых заболеваний, в том числе 92 женщины (24,4%) — от ИБС.

Для оценки прогностической значимости проанализированных факторов риска был проведен анализ площади под характеристической кривой. Результаты этого анализа для смертности от ССЗ представлены в табл. 1.

Видно, что на первом месте находится уровень САД, с наилучшей точкой разделения на уровне

Таблица 1.

Прогностическое значение основных факторов риска для определения вероятности смерти от ССЗ

Показатель*	AUC	95% ДИ	Точка разделения	Se, %	Sp, %
САД	0,668	0,625–0,712	149,0	67,0	57,9
ХС	0,607	0,563–0,652	6,3	47,2	70,9
ХС ЛПНП	0,602	0,558–0,645	3,9	57,1	59,5
ТГ	0,591	0,549–0,632	1,0	74,2	40,8
КА	0,583	0,540–0,626	2,8	63,2	51,3
ДАД	0,570	0,520–0,619	98,0	36,2	80,3
ИМТ	0,543	0,498–0,589	30,0	46,7	64,2
ХС ЛПВП	0,517	0,473–0,561	1,3	38,5	67,2

* — полужирным шрифтом выделены показатели, чья площадь под кривой достоверно отличается от 0,5 (показатели, способные отделять лиц, умерших к концу исследования от тех, кто дожил до него).

Аббревиатуры: AUC — Площадь по характеристической кривой (Area Under Curve), ДИ — доверительный интервал, Se — чувствительность, Sp — специфичность, САД — систолическое артериальное давление, ТГ — триглицериды, ДАД — диастолическое артериальное давление, ХС — холестерин, КА — коэффициент атерогенности, ХС ЛПНП — холестерин липопротеидов низкой плотности, ИМТ — индекс массы тела, ХС ЛПВП — холестерин липопротеидов высокой плотности.

149 мм рт. ст. У 67% умерших от ССЗ уровень САД был выше этой границы, а почти у 60% женщин, доживших до конца исследования,— ниже этого значения. Поскольку граница в 149 мм рт. ст. не очень удобна для интерпретации, лучше считать, что более высокий риск смерти от ССЗ наиболее заметен, если уровень САД равен или превышает 150 мм рт. ст.

Фактором, оказывавшим наибольшее воздействие на общий риск смерти (табл. 2), продолжало оставаться САД. Среди женщин, умерших к концу исследования, уровень САД выше 150 мм рт. ст. наблюдался в 63,5% случаев, тогда как среди доживших до конца исследования — лишь у 35,9%.

На втором месте по прогностической значимости находился уровень ТГ, за которым следовали уровни ДАД, общего ХС, коэффициента атерогенности, ХС ЛПНП, ИМТ и ХС ЛПВП.

Следующим этапом анализа было построение многомерной логистической регрессионной моде-

ли, включавшей следующие показатели: возраст, уровень общего ХС, уровни ХС ЛПВП и ХС ЛПНП, ТГ, ИМТ, САД, уровень образования и статус курения (не курит, бросила курить, курит в настоящее время). Было установлено, что риск смерти от ССЗ достоверно изменяется в связи с уровнями САД, возрастом, образованием и курением. Все остальные факторы оказались малозначимыми. Вместе с тем, поскольку уровень ХС является важным показателем для определения потребности в гиполипидемической терапии, он был учтен при построении шкалы риска.

Полученная на основе логистической регрессионной модели шкала риска приведена в табл. 3. Для использования этой шкалы риска вначале надо на основании возраста пациентки и уровня САД определить базовый уровень риска в баллах. Например, у 56-летней женщины с уровнем САД 150 мм рт. ст. базовый уровень риска составит 50 баллов. Далее к этой величине надо прибавить концентрацию общего ХС в ммоль/л. Так будет

Таблица 2.

Прогностическое значение основных факторов риска для определения вероятности смерти от всех причин

Показатель*	AUC	95% ДИ	Точка разделения	Se, %	Sp, %
САД	0,682	0,654–0,710	149,0	63,5	64,1
ТГ	0,616	0,587–0,646	1,2	59,1	59,5
ДАД	0,592	0,561–0,623	94,0	40,0	75,2
ХС	0,582	0,552–0,612	5,5	70,3	43,6
КА	0,580	0,549–0,610	3,07	51,1	62,4
ХС ЛПНП	0,571	0,541–0,601	3,3	74,6	36,7
ИМТ	0,566	0,535–0,597	29,9	46,7	66,4
ХС ЛПВП	0,522	0,492–0,553	1,5	57,5	48,3

* — полужирным шрифтом выделены показатели, чья площадь под кривой достоверно отличается от 0,5 (показатели, способные отделять лиц, умерших к концу исследования от тех, кто дожил до него).

Значения аббревиатур указаны в таблице 1.

Таблица 3.

Шкала риска смерти от ССЗ на основе логистической регрессионной модели (в баллах)

САД (мм рт. ст.)	Возраст (лет)						
	40–44	45–49	50–54	55–59	60–64	65–69	70–74
менее 109	36	39	42	45	48	51	54
110–119	37	40	43	46	49	52	55
120–129	38	41	44	47	50	53	56
130–139	39	42	45	48	51	54	57
140–149	40	43	46	49	52	55	58
150–159	41	44	47	50	53	56	59
160–169	42	45	48	51	54	57	60
170–179	43	46	49	52	55	58	61
180–189	44	47	50	53	56	59	62
190–199	45	48	51	54	57	60	63
более 200	46	49	52	55	58	61	64
Высшее образование	+0						
Образование не высшее	+5						
Не курит	+0						
Бросила курить	+1						
Курит	+10						
ХС	+1 на каждый ммоль/л						

определен базовый уровень риска с учетом уровня ХС. Затем надо ввести поправку на наличие других факторов риска, приведенную внизу таблицы. Если женщина не имеет высшего образования, к базовому риску следует добавить 5 баллов, если она ранее курила, но сейчас бросила — 1 балл, если продолжает курить — 10 баллов. Анализ результатов логистического регрессионного моделирования показал, что наилучшим образом удается добиться выделения группы риска при значениях шкалы, превышающих 60 баллов. Смертность от ССЗ в группе риска составила 1,5% в год (15,1 на 1000 человеко-лет наблюдения (ЧЛН), 95%ДИ=12,7–17,7), в сравнении с 0,2% в год в группе низкого риска (1,98 на 1000 ЧЛН, 95%ДИ=1,4–2,8). Общая смертность составила 3,7% в год в группе высокого риска (37,5 на 1000 ЧЛН, 95%ДИ=33,8–41,5) и 0,8% в год (8, 40 на 1000 ЧЛН, 95%ДИ=7,1–9,9) в группе низкого риска.

Таким образом, шкала риска позволяла выделить подгруппу лиц с высоким риском смерти от ССЗ, равным 1,5% в год или 15% за 10 лет, что является пограничным значением, после которого рекомендуется назначение профилактического лечения статинами [3].

Иногда для решения вопроса о необходимости назначения профилактической терапии специалисту может потребоваться оценка абсолютного риска у данного пациента. С этой целью была разработана шкала абсолютного риска, позволяющая оценить абсолютный риск смерти от ССЗ у пациентки в зависимости от группы факторов риска. Эта шкала приведена в табл. 4.

Чтобы воспользоваться этой шкалой, вначале надо определить базовый уровень риска, который зависит от возраста, уровня САД и предполагает

наличие среднего уровня холестерина (4–6 ммоль/л). Например, если женщина 56 лет имеет уровень САД 150 мм рт. ст. и уровень ХС 5 ммоль/л, базовый риск смерти от ССЗ будет составлять 0,42%. Если она курит, то риск будет почти в три раза выше (2,87), составляя, примерно 1,2%.

Знание риска позволяет оценить возможную эффективность терапии. Двумя наиболее частыми профилактическими вмешательствами, используемыми для борьбы с ССЗ, являются назначение гипотензивной и гиполипидемической терапии (статины). Статины снижают риск смерти от ССЗ примерно на 22% (относительный риск 0,78, 95%ДИ=0,73–0,84) [9]. Однако реальная эффективность будет зависеть от абсолютного уровня риска, который можно определить по представленным таблицам. Если, как показано в приведенном выше примере, рассчитанный риск составляет 0,42%, то назначение статинов снизит эту величину до 0,33% в год (риск при терапии = исходный риск × относительный риск (RR) = 0,42% × 0,78 = 0,33%). На протяжении 10 лет риск составит 4,2% без назначения терапии и 3,3% при назначении терапии.

Полученные в исследовании данные можно также использовать для оценки стоимости-эффективности терапии [11]. Если предположить, что смертность пациентов за время исследования распределяется равномерно, то количество лет жизни, добавленных за счет терапии, составляет:

$$LY_{\Delta} = \frac{k \times p}{200} \times (1 - RR) \quad ,$$

где LY_{Δ} — количество добавленных лет жизни, k — период, за который оценивается эффективность, p — абсолютный риск (за год, например,

Таблица 4.

Шкала абсолютного риска смерти от ССЗ (в %, в год)

САД, мм рт. ст.	Возраст (годы)						
	40–44	45–49	50–54	55–59	60–64	65–69	70–74
менее 109	0,16	0,40	0,46	0,45	1,16	1,82	2,95
110–119	0,11	0,28	0,31	0,31	0,80	1,25	2,03
120–129	0,10	0,26	0,29	0,29	0,75	1,17	1,90
130–139	0,10	0,24	0,28	0,27	0,71	1,10	1,79
140–149	0,12	0,30	0,34	0,33	0,87	1,36	2,20
150–159	0,15	0,37	0,43	0,42	1,08	1,70	2,75
160–169	0,15	0,37	0,43	0,42	1,08	1,70	2,75
170–179	0,15	0,37	0,43	0,42	1,08	1,70	2,75
180–189	0,15	0,37	0,43	0,42	1,08	1,70	2,75
190–199	0,18	0,44	0,50	0,49	1,28	2,01	3,26
более 200	0,54	1,34	1,52	1,49	3,87	6,04	9,81

Множители:

Высшее образование	0,65
Курила ранее	1,45
Курит в настоящее время	2,87
ХС (7–8 ммоль/л)	1,45
ХС (>8 ммоль/л)	1,76

взятый из табл. 4 и выраженный в процентах), RR — относительный риск, показывающий, насколько реже наблюдался исход в группе вмешательства по сравнению с группой отсутствия вмешательства.

Поскольку стоимость терапии также зависит от продолжительности периода лечения, то она равна произведению продолжительности периода, за который оценивается эффективность на стоимость лечения за год. Соответственно, стоимость-эффективность (CE) равна:

$$CE = \frac{\text{стоимость за год}}{200} = \frac{200 \times \text{стоимость за год}}{p \times (1 - RR)}$$

Поясним использование описанной формулы на примере. Как было описано выше, терапия статинами приводит к снижению смертности от ССЗ с $RR=0,78$. Мета-анализ исследований гипотензивной терапии показал, что терапия диуретиками снижает риск ССЗ-смертности примерно так же ($RR=0,81$, 95% ДИ=0,73–0,92) [12]. При этом стоимость годовой терапии статинами (симвастатин) составляет примерно 9715 руб. (средняя ежедневная доза 27,4 мг), а стоимость терапии гипотиазидом — 730 руб. (средняя ежедневная доза 20 мг). Если абсолютный риск у пациентки составляет 0,42% в год, то коэффициент стоимости-эффективности составит 21,0 млн руб. за один добавленный год жизни для симвастатина и 1,8 млн руб. при терапии гипотиазидом. В том случае, если абсолютный риск равен 3% в год, то коэффициент стоимости-эффективности составит 2,9 млн руб. за 1 добавленный год жизни при терапии симвастатином и 0,256 млн руб. при терапии гипотиазидом. Следует заметить, что данный расчет не учитывал роста риска при старении. Более точную оценку можно было бы получить, усреднив значения абсолютного риска на протяжении ряда периодов времени. Например, какова стоимость-эффективность терапии гипотиазидом, если описанная выше гипотетическая пациентка будет принимать препарат как минимум 20 лет (с 56 до 76 лет)? Из табл. 4 тогда усредненное значение абсолютного риска (4 пятилет-

них интервала) составляет $p=(0,42+1,08+1,7+2,76)/4=1,49$. По приведенной выше формуле коэффициент стоимости-эффективности равен 0,516 млн руб. за 1 добавленный год жизни, что значительно ниже 1,8 млн при приеме препарата более короткий период. Этот пример показывает, что обеспечение приверженности терапии важно не только с точки зрения обеспечения наилучших клинических результатов, но и для повышения стоимостной эффективности терапии.

Таким образом, проведенное исследование продемонстрировало, что у женщин ведущими факторами риска смерти от ССЗ и всех причин в целом являются: возраст, образование, уровень САД и курение. Данные, полученные в этом исследовании на протяжении почти 20 лет наблюдения, позволяют количественно оценить риск ССЗ у женщин, что дает возможность более обоснованно назначать профилактическую терапию и выделять группы для интенсивного вмешательства.

Выводы

1. Сердечно-сосудистые заболевания — ведущая причина смерти женщин в популяции Санкт-Петербурга.
2. К основным факторам риска смерти от ССЗ у женщин в популяции относятся два модифицируемых — уровень САД и курение, и два немодифицируемых — возраст и уровень образования.
3. Разработанная на основе логистической регрессии шкала риска позволяет быстро оценить риск смерти от ССЗ у пациентки для определения степени активности профилактических вмешательств.
4. Использование разработанной шкалы абсолютного риска позволяет оценивать возможную эффективность терапии и изучать стоимость-эффективность терапии.
5. Ввиду нарастания риска смерти с возрастом, наиболее эффективное профилактическое вмешательство должно обеспечивать высокую приверженность пациенток профилактической терапии.

Литература

1. Федеральная служба государственной статистики. Российский статистический ежегодник 2005.— М.: Росстат, 2006.— 824 с.
2. Department of Health. (2000) Coronary Heart Disease: National Service Framework HMSO. <http://www.doh.gov.uk/nsf/coronary.htm>
3. Wood D., Durrington P.N., Poulter N., McInnes G., Rees A. and Wray R. Joint British Recommendations on prevention of coronary heart disease in clinical practice.— Heart.— 1998.— Vol. 80.— Suppl. 2.— S1–S29.
4. Anderson K.M., Odell P.M., Wilson P.W.F. and Kannel W.B. Cardiovascular disease risk profiles // Am. Heart J.— 1990.— Vol. 121.— P. 293–298.
5. Климов А.Н. (ред). Эпидемиология и факторы риска ишемической болезни сердца.— Л.: Медицина.— 1989.— 174 с.
6. Плавинская С.И. Роль факторов риска в прогнозе ИБС в мужской и женской популяции крупного промышленного города. Диссертация на соискание степени доктора медицинских наук.— СПб.: Институт экспериментальной медицины, 1993.

7. Плавинский С.Л., Плавинская С.И. Женское здоровье с позиций общественного здоровья. Анализ данных проспективного исследования. // Новые Санкт-Петербургские врачебные ведомости (специальный выпуск). — 2005. — 46–51.
8. Muche R., Ring C., Ziegler C. Entwicklung und Validierung logistischer Prognosemodelle anhand vordefinierter SAS-Makros // GMS Med Inform Biom Epidemiol. — 2006. — Vol. 2. — № 1. — Doc04.
9. Vrečer M., Turk S., Drinovec J., Mrhar A. Use of statins in primary and secondary prevention of coronary heart disease and ischemic stroke. Meta-analysis of randomized trials. // Int J Clin Pharmacol Ther. — 2003. — v. 41. — № 12. p. 567–577.
10. Sackett D.L., Straus S.E., Richardson W.S, et al. Evidence-Based Medicine. — Edinburgh: Churchill Livingstone, 2000. — 261 p.
11. Plavinski S.L. Use Of Data On Number Needed To Be Treated (NNT) Derived From Randomized Controlled Trials To Aid Economic Decisions on Treatment // Abstr. of the 2003 ISTACH Meeting, — Canmore, 2003. — p. 8
12. Psaty B., Lumley T., Furberg C. Health Outcomes Associated With Various Antihypertensive Therapies Used as First-Line Agents. // JAMA. — 2003. — v.289. — №19. — p. 2534–2544.

Адрес для контакта: splavinski@mail.ru

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

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

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

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

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

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

Адрес кафедры:

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

РЕЗУЛЬТАТЫ ИЗУЧЕНИЯ ВОЗМОЖНЫХ ПУТЕЙ ЗАРАЖЕНИЯ И РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА С В ОДНОМ ИЗ РАЙОНОВ САНКТ-ПЕТЕРБУРГА

Н.В. Златьева, Н.И. Кузнецов, С.Л. Плавинский, О.Ю. Кузнецова

ГОУ ДПО Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования

RESULTS OF A STUDY OF PREVALENCE AND POSSIBLE WAYS OF DISSIMINATION OF HEPATITIS C (HCV) IN ONE DISTRICT OF ST-PETERSBURG

N.V.Zlatyeva, N.I.Kuznetsov, S.L.Plavinski, O.Yu.Kuznetsova

St-Petersburg Medical Academy of Postgraduate Studies, Russia

© Коллектив авторов, 2006

В статье изложены результаты российско-финского проекта, посвященного раннему выявлению гепатита С, реализованному в одном из районов Санкт-Петербурга. В репрезентативной выборке населения выявлена высокая инфицированность населения в возрасте от 11 до 30 лет, превышающая официальные статистические данные. Среди факторов риска инфицированности гепатитом С преобладали поведенческие. Употребление наркотиков не было ведущей причиной высокой распространенности инфекции.

Ключевые слова: вирусный гепатит С, диагностика, распространенность, факторы риска инфицирования.

In the article the results of Russian–Finnish project dedicated to the early diagnosis of HCV in one of the district of St-P are presented. In a random sample the highest level of prevalence of infection was among those aged 11–30 years old, which exceeds the official statistical level of RF. The main risk factors of HCV were behavioral. Drug use was not the leading cause of high level of prevalence of disease.

Keywords: HCV, diagnosis, prevalence, risk factors.

Введение

Вирус гепатита С (ВГС) в настоящее время занимает лидирующее место среди факторов, вызывающих поражение печени. Это наиболее частая и основная причина развития хронических заболеваний печени, цирроза и гепатоцеллюлярной карциномы. В мире около 3% населения инфицированы этим вирусом. Встречаемость ВГС-инфекции в различных странах варьирует от 0,1 до 12% и более. Ежегодно регистрируется 1–3 новых случая инфекции на 100 тыс. населения [1]. В то же время число острых форм вирусного гепатита постоянно снижается. Так, по данным Центра по контролю заболеваемости (CDC), в США частота острого гепатита С с 80-х годов по 1996 г. снизилась более чем на 80%. Несмотря на снижение распространенности острой формы инфекции ВГС, число инфицированных вирусом гепатита С в США составляет около 3,9 млн человек (1,8%) [1, 2].

Санкт-Петербург и Ленинградская область относятся к субъектам Российской Федерации с наиболее высокими показателями заболеваемости гепатитом С. В Санкт-Петербурге этот показатель заболеваемости в 2003 г. составил 15,21, в Ленинградской области — 13,52 на 100 тыс. населения [3]. Если оценивать эпидемиологическую ситуацию с вирусным гепатитом С только по этому показателю, то ее можно характеризовать как положительную. Так, в Санкт-Петербурге заболеваемость гепатитом С в 2003 г. снизилась и составила 15,21 на 100 тыс. населения, что значи-

тельно ниже, чем в 1999 г. — 94,7 на 100 тыс. населения. Однако, если провести суммарную оценку распространенности ВГС по всем трем регистрируемым в РФ формам, а именно — по острому гепатиту С, хроническому гепатиту С (ХГС) и носительству анти-ВГС, то выявляется четкая тенденция к росту числа инфицированных вирусом гепатита С (рис).

По прогнозу экспертов ВОЗ предполагается, что к 2015–2020 гг. число инфицированных ВГС в мире удвоится [4]. При оценке частоты распространенности ВГС следует учитывать, что первые симптомы заболевания у части пациентов могут появляться через 20 лет и более после инфицирования, поэтому 25–30% новых случаев остаются нераспознанными. В связи с этим показатели заболеваемости не отражают истинную частоту и могут быть занижены [5].

Вирус гепатита С передается преимущественно при контакте с зараженной кровью или ее продуктами. Основную группу риска составляют внутривенные наркоманы. Так, по данным американских исследователей, проводивших исследования в исправительных учреждениях, где находится большое число внутривенных наркоманов, частота выявления ВГС значительно превышает таковую в общей популяции и составляет 39 и 1,8% соответственно [6]. Частота выявления ВГС среди внутривенных наркоманов в странах Европейского союза колеблется от 30% до 98% и составляет от 6,2 до 39,2 на 100 тыс. [7]. В 20–40% случаев установить причину заражения ВГС не удается.

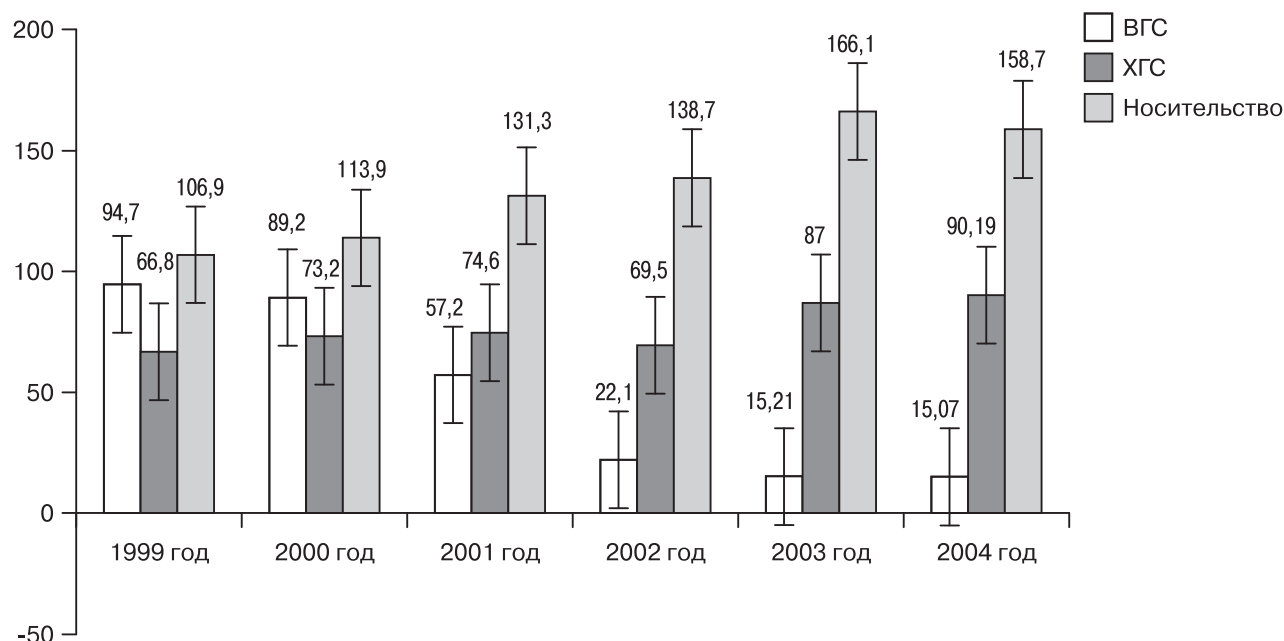


Рисунок. Распространенность ВГС на 100 тыс. населения в Санкт-Петербурге (по данным Госсанэпиднадзора Санкт-Петербурга).

В 1988–1994 гг. в США было проведено изучение распространенности ВГС с учетом демографической характеристики населения [8, 9]. В этом исследовании было показано, что распространенность инфекции выше у лиц с низким социальным статусом. Так, частота обнаружения антител к ВГС была в 2 раза выше у пациентов с плохим финансовым положением и в 2,8 раза — у разведенных. Была также выявлена зависимость частоты обнаружения антител к ВГС от пола и уровня образования. У мужчин она оказалась в 2 раза выше. У пациентов с образованием более 12 лет, в эту группу вошли лица от 17 лет и старше, частота выявления антител была в 2 раза ниже, чем у пациентов с образованием менее 12 лет.

65% пациентов, участвовавших в этом исследовании, у которых выявлялись антитела к ВГС, были в возрасте от 30 до 49 лет. Самой высокой распространенность инфекции была у чернокожих мужчин в возрасте 40–49 лет. В Российской Федерации подобные исследования не проводились.

Целью настоящей работы было изучение распространенности ВГС и факторов риска в одном из районов Санкт-Петербурга в возрастной популяции от 11 до 29 лет включительно с учетом социально-демографических показателей.

Материалы и методы. Для проведения исследования был выбран поселок Понтонный Колпинского района, расположенный на окраине Санкт-Петербурга с численностью населения около 10 тыс. человек.

Анализ заболеваемости хроническим гепатитом С и носительства анти-ВГС антител на территории Колпинского района, ее динамики, характеристики и структуры определяют этот район Санкт-Петербурга как территорию высокого риска распространения инфекции. В Колпинском районе

на протяжении последних лет отмечен постоянный рост заболеваемости ХГС и увеличение числа «здоровых носителей» анти-ВГС антител. Если в период с 1998 по 2000 год рост заболеваемости можно связать с освоением и совершенствованием методов диагностики ВГС, то с 2000 г. увеличение показателей заболеваемости ВГС, вероятнее всего, отражает объективное повышение интенсивности эпидемического процесса. Так, в 2000 г. заболеваемость ХГС на 100 тыс. населения составила 40,0, в 2001 г. — 44,8, в 2002 г. — 48,7, в 2003 г. — 64,0. Одновременно отмечен рост числа носителей анти-ВГС антител. В 2000 г. их было 30,0 на 100 тыс. населения, а в 2003 г. их число выросло в 7 раз. Такая же закономерность наблюдается при оценке заболеваемости детей. В 2000 г. показатели заболеваемости ХГС составили 0,6, в 2003 — 8,3 на 100 тыс. населения. Носительство анти-ВГС антител среди детей в 2000 г. составляло 54,0 на 100 тыс. населения, в 2003 г. оно равнялось 317,2.

Для оценки демографических показателей и выяснения возможных факторов риска использовалась анкета, включавшая 34 вопроса. Данная анкета была разработана Центром общественного здоровья и благополучия Финляндии и адаптирована к российским условиям при реализации совместных программ оценки поведенческих факторов риска у школьников. Социально-демографические характеристики определялись по следующим показателям: пол, возраст и социальное положение анкетированного и членов его семьи. Остальные вопросы анкеты позволяли выяснить состояние здоровья обследуемого, перенесенные ранее заболевания, в том числе ВГС и ВИЧ-инфекцию и возможные факторы риска инфицирования.

Для выяснения частоты распространения ВГС-инфекции у всех обследованных проведено

определение антител к ВГС методом ИФА и иммуноблоттинга с использованием тест-систем фирмы «Roch-Москва» (Россия). При положительном результате анализа дополнительно проводили обследование на РНК ВГС методом ПЦР в режиме реального времени с использованием тест-систем «Ампли Сенс HCV-FRT» (Россия) на приборе iCycler фирмы «BioRad» (США). Лабораторные исследования выполнены в ГУЗ «Городской консультативно-диагностический центр (вирусологический)» Санкт-Петербурга, который является экспертной лабораторией Росздрава.

При проведении исследования для формирования репрезентативной выборки было отобрано 1320 человек в возрасте от 11 до 30 лет (13,2% от всего населения района). Отклик составил 55,9%, то есть было обследовано 738 человек. По возрастному составу все обследованные распределялись следующим образом: 11–15 лет — 33,3%; 16–19 лет — 32,7%; 20–24 года — 17,04%; 25–29 лет — 16,14%. Женщин, из общего числа обследованных, было 51,72%, мужчин — 48,28%.

Статистический анализ включал построение и анализ таблиц сопряженности, а также, для изучения независимого воздействия факторов риска, анализ с применением логистической регрессии. Анализ выполняли при помощи статистического пакета SAS (ver. 8.2, SAS Institutes Inc., Cary, NC, США). Достоверными признавали эффекты, для которых доверительная вероятность p не превышала 0,05.

Результаты и их обсуждение. Оценка социального положения, проведенная по результатам анкетирования, показала, что наибольшее число безработных из общего числа респондентов, находилось в возрастной группе 20–24 года.

В возрастной группе 11–15 лет учащиеся составили 52,14%; безработных было 6,67%; в группе 16–19 лет учащихся — 40,48%, работающих — 16%, безработных — 23,33%; в группе 20–24 года — учащихся — 6,43%, работающих — 41,3%, безработных — 43,33%, в группе 25–29 лет — 0,95% учащихся, 40,5% — работающих и 16,67% безработных.

Антитела к ВГС были выявлены у 74 человек, то есть у 10% от общего числа обследованных. При этом только два человека знали о наличии у них инфекции. Следует также отметить, что у 40 обследованных помимо антител к ВГС была выявлена РНК вируса в сыворотке крови методом ПЦР.

Оценивая состояние своего здоровья, более половины инфицированных в возрастных группах 20–24 и 25–29 лет определяли его как хорошее, в возрастной группе 16–19 лет практически все 15 человек оценили состояние своего здоровья также как хорошее.

Среди носителей антител к ВГС женщин было 38, мужчин — 36, при этом в возрастных группах

20–24 года и 25–29 лет число мужчин и женщин было практически равным (в группе 20–24 года — 11 женщин и 16 мужчин, в группе 25–29 лет — 12 женщин и 11 мужчин). По возрасту носители антител распределились следующим образом: 9 человек были в возрасте 11–15 лет; 15 — 16–19 лет; 27 — 20–24 года и 23 — 25–29 лет. По социальному положению 30,8% носителей ВГС были учащимися, 49,5% — работающими и 19,8% — безработными. Наибольшее число безработных было в возрастных группах 20–24 года и 25–29 лет (соответственно 10 и 6 человек).

Один из вопросов анкеты касался сведений о профессии родителей, что давало возможность косвенно судить об их образовательном уровне. Анализ ответов на этот вопрос позволил установить, что уровень образования родителей в группе инфицированных был значительно ниже, чем в группе неинфицированных. Так, дополнительное образование, кроме среднего, имели лишь 23,1% родителей инфицированных, в то время как в группе неинфицированных этот показатель составил 43,1%.

При многофакторном анализе возможных путей инфицирования, выполненном методом логистической регрессии, учитывались следующие показатели: пол, возраст, общее число госпитализаций в течение жизни, госпитализации за последние 12 месяцев, число посещений стоматолога, число амбулаторных посещений, внутримышечные и внутривенные инъекции, татуировки, пирсинг, сексуальная активность. В анкету также были включены два вопроса, которые позволяли выявить употребление наркотиков как один из ведущих факторов высокой степени риска инфицирования. Вопросы эти были: «знаете ли Вы, где можно приобрести наркотики?» и «есть ли у Вас друзья, употребляющие наркотики?».

При оценке данных анкет лиц, инфицированных ВГС установлено, что ведущим фактором риска заражения является наличие татуировки (табл. 1). Анализ, проведенный с учетом возраста обследованных, не позволил выявить статистически достоверных различий в факторах риска заражения в возрастной группе инфицированных от 11 до 14 лет из-за ее малочисленности.

В возрастной группе старше 15 лет при анализе ответов на вопросы анкет было выявлено, что основные факторы риска инфицирования имеют поведенческий характер (табл. 2).

Анализ ответов анкет при помощи логистической регрессии был проведен также с учетом указания на наличие половой жизни. Число инфицированных лиц, не живущих половой жизнью, составило 10 человек. Определяющим фактором риска заражения в этой группе были внутримышечные инъекции, так относительный риск (ОР) составил 5,36 при 95% ДИ равном 1,02–28,2. В группе пациентов, живущих половой жизнью,

Таблица 1.

**Факторы, значимо влияющие на распространенность ВГС в поселке Понтонный
(результаты логистической регрессии)**

Фактор	Относительный риск (ОР)	95% ДИ
Татуировки	16,6	5,82–47,52
Госпитализации в предшествующие 12 месяцев	2,14	1,30–3,53
В/м инъекции	2,24	1,05–4,78
В/в инъекции	0,42	0,19–0,91

Таблица 2.

**Факторы, значимо влияющие на распространенность ВГС в поселке Понтонный
в возрастной группе старше 15 лет (результаты логистической регрессии)**

Фактор	Относительный риск (ОР)	95% ДИ
Татуировки	7,18	2,55–20,23
Пирсинг	3,29	1,36–7,99
Возраст	1,11	1,03–1,21
Посещение стоматолога	0,68	0,48–0,99
Госпитализация в предшествующие 12 месяцев	2,33	1,41–3,86
Более 10 половых партнеров в течение жизни	2,24	1,05–7,57
В/в инъекции	3,36	1,50–7,57

выявлены такие же закономерности, как при выполнении логистической регрессии с учетом возраста в группе старше 15 лет (табл. 3).

Результаты общего анализа данных анкет при группировке обследованных с учетом наличия половой жизни (табл. 4) практически полностью совпали с результатами такого анализа при группировке по возрасту.

Полученные результаты позволяют считать, что внутривенное употребление наркотиков не имеет ведущего значения среди факторов заражения вирусом гепатита С в изученной выборке. Косвенно это подтверждается ответами, полученными на вопросы, направленными на выявление употребления наркотиков. Так, доля положительных ответов была выше в группах

Таблица 3.

**Факторы, значимо влияющие на распространенность ВГС в поселке Понтонный в группе лиц живущих
половой жизнью (n=55) (результаты логистической регрессии)**

Фактор	Относительный риск (ОР)	95% ДИ
Татуировки	7,7	2,4–24,7
Количество госпитализаций за последние 12 месяцев	2,87	1,41–5,86
Число половых партнеров в течение жизни (1 и более 10)	11,8	2,43–55,6

Таблица 4.

**Факторы, значимо влияющие на распространенность ВГС в поселке Понтонный
(результаты логистической регрессии) суммарная группа (n=65) (группировка с учетом половой жизни)**

Факторы	Относительный риск (ОР)	95% ДИ
Татуировки	19,6	7,4–51,9
Количество госпитализаций за последние 12 месяцев	2,45	1,5–4,01
В/м инъекции	2,32	1,11–4,87
В/в инъекции	0,40	0,19–0,85
Наличие половой жизни	4,02	1,54–10,51

Как видно из табл. 4, факторами высокого риска заражения ВГС в группе инфицированных являются поведенческие факторы — татуировки. Немаловажную роль в распространении ВГС также играют госпитализации и внутримышечные инъекции. Вместе с тем указания на наличие внутривенных инъекций, по данным проведенного анализа, имеет практически нулевое значение.

неинфицированных лиц в возрасте 11–15 лет и 20–24 лет и составлял 1,5% и 35,9%, а в группе инфицированных — 0% и 26,3% соответственно. В возрастных группах 16–19 лет доля положительных ответов была практически одинакова. Наибольшая доля положительных ответов на эти вопросы выявлена при анализе анкет инфицированных в возрастной группе 25–29 —

52,9%, в группе неинфицированных она составила 27,6%.

Выводы

1. Распространенность вируса гепатита С среди населения поселка Понтонный значительно превышает официально регистрируемую.

2. Частота выявления инфекции связана с уровнем образования и социального положения обследованных. ВГС реже выявляется в семьях, где уровень образования родителей выше школьного и чаще, где он низкий (23,1% и 76,9%). Эти данные совпадают с результатами американских исследователей [8, 9].

3. Полученные результаты подтверждают также, что внутривенное употребление наркотиков, хотя и является фактором высокой степени риска, но в изучавшейся популяции не имело определяющего значения.

4. Анализ факторов риска инфицирования ВГС с учетом возраста и наличия половой жизни показал, что в возрастных группах старше 15 лет риск инфицирования ВГС обусловлен поведенческими факторами.

5. Профилактика риска инфицирования гепатитом С должна быть направлена на формирование здорового образа жизни во всех возрастных группах, включая детей с 10 лет.

Литература

1. *Anonymous*. Global surveillance and control of hepatitis C. Report of a WHO Consultation organized in collaboration with the Viral Hepatitis Prevention Board, Antwerp, Belgium // *J Viral Hepat.*— 1999.— Vol. 6.— P. 35–47.
2. *Alter M., Kruszon-Moran D., Nainan O., et al.* The prevalence of hepatitis C virus infection in the United States, 1988 through 1994 // *N Engl J Med.*— 1999.— Vol. 341.— P. 556–562.
3. *Пресс-релиз* Госсанэпид РФ от 29.01.04.
4. *Gregory L., Armstrong G.L., Wasley A., Simard E.P., McQuillan G.M., Kuhnert W.L., Alter M.J.* The prevalence of hepatitis C virus infection in the United States, 1999 through 2002 // *Internal Medicine Journal.*— Vol. 144.— Issue 10.— P. 705–714.
5. *Quer J., Mur J.I.E.* In: *Viral hepatitis* / edited by Howard Thomas, Stanley Lemon, Arie Zuckerman.— 3rd ed.— 2005.— P. 407–425.
6. *Spaulding A., Greene C., Davidson K., Schneidermann M., Rich J.* Hepatitis C in state correctional facilities // *Prev. Med.*— 1999.— Vol. 28.— P. 92–100.
7. *Roy K., Hay G., Andragetti R., et al.* Monitoring hepatitis C virus infection among injecting drug users in the European Union: review of the literature // *Epidemiol Infect.*— 2002.— Vol. 129.— P. 577–585.
8. *Anonymous*. Management of hepatitis C. NIH Consensus Statement.— 1997.— Vol. 15.— P. 1–41.
9. *McQuillan G., Alter M., Moyer L., Lambert S., Margolis H.* A population based serologic study of hepatitis C virus infection in United States. In: *Rizzetto M., Purcell RH, Gerin JL, et al eds. Viral Hepatitis and Liver Disease.*— Turin: Edizioni Minerva Medica.—1997.— P. 267–270.

Адрес для контакта: oukuznetsova@mail.ru

ВРАЧ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ ГЛАЗАМИ ПАЦИЕНТОВ

В.З.Русович, Е.А.Воронко, У.Г.У.Боерма, Ф.Г.Щелевис

Белорусская медицинская академия последипломного образования, Беларусь, Нидерландский институт исследований в области здравоохранения, Нидерланды

THE GENERAL PRACTITIONER THROUGH THE PATIENT'S EYES

V.Z.Rusovich, E.A.Voronko, W.G.W.Boerma, F.G.Schellevis

Belarusian Medical Academy of Postgraduate Studies, Belarus, NIVEL, Netherlands

© Коллектив авторов, 2006

В статье изложены результаты изучения мнений пациентов о качестве работы врачей общей практики в ходе проведения белорусско-нидерландского проекта MATRA «Усовершенствование первичной медико-санитарной помощи в Минской области» при помощи адаптированной оценочной анкеты QUOTE (Quality of care through the patient's eyes).

Мероприятия проекта MATRA по приближению работы участкового врача в сельской местности к принципам работы врача общей практики положительно оценивались пациентами (увеличение средней оценки с 3,07 до 3,10 баллов по 4-балльной шкале). Положительный результат более очевиден при сравнении с контрольной группой амбулаторий, продолжавших работать без изменений (снижение оценки с 2,99 до 2,86 баллов).

С точки зрения пациентов, наиболее важными пожеланиями по организации работы врача общей практики являются: короткое время ожидания, доступность неотложной врачебной помощи на дому, возможность консультации с врачом по телефону, наличие в местной аптеке выписанных лекарственных средств, лечение у постоянного врача, доступность амбулатории для пациентов со сниженной мобильностью, осуществление координации всей медицинской помощи пациенту, хорошее информационное обеспечение работы амбулатории.

Даны практические рекомендации по приближению организации работы врача общей практики к предпочтениям пациента и улучшению качества оказываемой первичной медико-санитарной помощи.

Ключевые слова: врач общей практики; первичная медико-санитарная помощь; инновации и усовершенствование; качество помощи; мнение пациентов; удовлетворенность медицинской помощью.

The article deals with the results on the patient's survey on quality aspects of the work of general practitioners in the Belarusian-Dutch project MATRA «Going ahead with the primary health care in Minsk region». The adapted version of the QUOTE (Quality of care through the patient's eyes) questionnaire was used in the survey.

The activities of the MATRA project of introduction of general practice in rural areas were positively evaluated by patients (rise in the mean score from 3,07 to 3,10 on a maximum four grade scale). This positive result is even more evident in the comparison with control practices with no extra activities where the mean score went down from 2.99 to 2,86.

In the patients comments, the following factors were mentioned as most important in the work pattern of GPs: short waiting time in the practice, accessibility of the GP's acute care at the patient's home, the possibility of the telephone consultations with the GP, the availability of prescribed medicines at the local pharmacy, treatment by the same doctor, accessibility of the practice for patients with low mobility, good coordination of all medical care to the patient, good informatic support of the work of the practice.

Practical recommendations were given to meet the needs of GP's work patterns, the preferences of the patients and improve the quality of primary health care.

Keywords: general practice, primary care, innovations and improvements, quality of care, patient's opinion, patient's satisfaction of care.

Введение. Несмотря на динамично протекающие процессы реформирования первичной медико-санитарной помощи и становление института врача общей практики (ВОП) в странах СНГ, сегодня по-прежнему ощущается дефицит исследований об эффектах перехода к новой системе организации первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) [1–5]. Если преимущества экономической эффективности модели организации ПМСП по принципу ВОП можно проследить в целом ряде публикаций [6–9], то восприятие пациентами процессов перехода к общей врачебной практике до сих пор мало освещено. Остаются неисследованными представления пациентов о том, каким они видят своего семейного врача, и как должна быть

организована его работа. Следует признать, что наряду со всеми преимуществами, советская система здравоохранения уделяла недостаточно внимания изучению мнения и потребностей пациентов, полагаясь в своих оценках преимущественно на объемные показатели, что вызывало справедливую критику со стороны наших зарубежных коллег [10]. Между тем, мнение пациента о деятельности врача является одним из определяющих критериев качества в системе здравоохранения [11–14], что подтверждают многочисленные англоязычные публикации [15–21].

В основу этой публикации положены результаты совместного белорусско-нидерландского проекта MATRA «Усовершенствование ПМСП

в Минской области», осуществлявшегося в Минской области с 1999 по 2001 гг. при участии Нидерландского института исследований в области здравоохранения NIVEL (координатор проекта Wienke Boerma); Минского областного управления охраны здоровья; кафедры общей врачебной практики Белорусской медицинской академии последипломного образования (БелМАПО).

Основные мероприятия проекта были сконцентрированы в десяти экспериментальных амбулаториях Минской области, расположенных в сельской местности.

В экспериментальных амбулаториях были осуществлены следующие основные мероприятия [22].

1. Улучшена техническая оснащенность рабочих мест ВОП (приобретены портативные диагностические наборы офтальмоскопы, таблицы для измерения остроты зрения, неврологические молоточки, набор хирургических инструментов, приборы для первичной лабораторной диагностики, глюкометры, тест-полоски для экспресс-диагностики анализов мочи, укладки для оказания неотложной врачебной помощи на дому).

2. Амбулатории оснащены компьютерами с адаптированной программой «Статистика для поликлиник АМУР-5» для регистрации основной информации о работе врачей общей практики.

3. За счет средств Минского облисполкома девять из десяти экспериментальных амбулаторий оснащены новым автотранспортом (автомобили Нива и УАЗ), проведен ремонт зданий амбулаторий, участвовавших в проекте.

4. В рамках проекта состоялась трехнедельная учебная поездка врачей экспериментальных амбулаторий в Нидерланды, во время которой была проведена учеба на кафедре семейной медицины Университета г. Утрехта. Во время поездки были организованы занятия по изучению принципов организации ПМСП по принципу ВОП, обучение врачей практическим навыкам работы с новым оборудованием (отработаны навыки отоскопии, офтальмоскопии, малой хирургии, извлечения поверхностных инородных тел конъюнктивы, исследование неврологического статуса). В ходе специальных семинаров (с использованием видеоаппаратуры и ролевых игр) врачи получили дополнительную подготовку по навыкам консультирования пациентов при психосоматических заболеваниях.

5. Врачи экспериментальных амбулаторий прошли тематическое усовершенствование на кафедре общей врачебной практики БелМАПО.

6. При помощи голландских коллег врачи общей практики организовали систему регулярных занятий в группе коллегиального кружка качества (peer review). В результате были разработаны и опубликованы профессиональные стандарты по следующим темам: острый средний отит, боли

в пояснице, повышение температуры у детей [23–25].

Материал и методы. Материалами для данного исследования послужили результаты анкетирования пациентов экспериментальных и контрольных амбулаторий Минской области, проведенного в начале (1999 г.) и в заключение проекта MATRA (2001 г.).

Основные вопросы исследования:

1. Как повлияли мероприятия проекта MATRA на приближение работы участковых врачей к принципам работы семейных врачей на мнение пациентов об оказании первичной медико-санитарной помощи?

2. Какие моменты работы врача общей практики приоритетны с точки зрения пациентов?

Дизайн проведенного исследования — эксперимент с измерением мнения пациентов до и после мероприятий проекта с использованием стандартизированной анкеты QUOTE (Quality of care through the patient's eyes) и в сравнении с контрольной группой пациентов аналогичных амбулаторий, не участвовавших в мероприятиях проекта MATRA.

Анкета QUOTE является признанным инструментом оценки качества работы врача общей практики с точки зрения пациента, в ней ожидания пациента сопоставляются с реальными результатами обращения за консультированием к ВОП [26]. Анкета QUOTE использовалась при проведении Европейского исследования удовлетворенности среди пациентов качеством оказываемой помощи врачом общей практики [27] и содержит две серии по 23 вопроса. В первой части анкеты (лист А) заданы вопросы, раскрывающие ожидания пациента от профессионального общения с врачом общей практики с указанием степени важности данной стороны деятельности врача по 4-балльной шкале (1 — не важно, 2 — не совсем важно, 3 — важно, 4 — очень важно). Вторая часть вопросов (лист Б) касается оценки пациентом, на основании его реального опыта, общения с врачом по уже упомянутым сферам деятельности врача (1 — врач почти никогда не выполняет этого, 2 — иногда, 3 — как правило, 4 — почти всегда). В ходе проекта анкета была переведена на русский язык, протестирована в двух малых группах пациентов Крупичской амбулатории общей практики Минского РТМО для уточнения понимания пациентами вопросов и внесения возможных дополнений.

По два вопроса (относительно типов медицинского страхования), неактуальных для белорусской ситуации, были исключены из бланка анкет. По предложению пациентов, во время пробного тестирования в анкету был добавлен вопрос о степени важности для пациента назначения лекарств, доступных в местной аптеке. Адаптированный вариант анкеты получил название «Ожидания и реальность». Контрольные амбулатории

были выбраны по предложению Управления охраны здоровья Минского облисполкома; в каждом районе определены пары амбулаторий (экспериментальная и контрольная) с приблизительно сходными условиями работы.

В течение июня 1999 г. и февраля 2001 г. пациентов, посещавших экспериментальные и контрольные амбулатории просили заполнить анкеты QUOTE. В анкетировании принимали участие случайно отобранные пациенты (каждый третий обратившийся в амбулаторию по любому вопросу). Анкету выдавал медрегистратор амбулатории, после заполнения пациент опускал ее в закрытый ящик на выходе из амбулатории. Для обеспечения максимальной достоверности результатов администрации амбулаторий было разъяснено, что анализ анкетирования будет проводиться на уровне двух групп амбулаторий без сравнения амбулаторий между собой. Если пациент по каким-то причинам отказывался заполнить анкету (из-за отсутствия времени или общего плохого самочувствия), анкету предлагалась следующему по очереди пациенту.

Каждой амбулатории было выдано 100 бланков анкет. Количество собранных анкет и доля участия пациентов в анкетировании представлены в табл. 1.

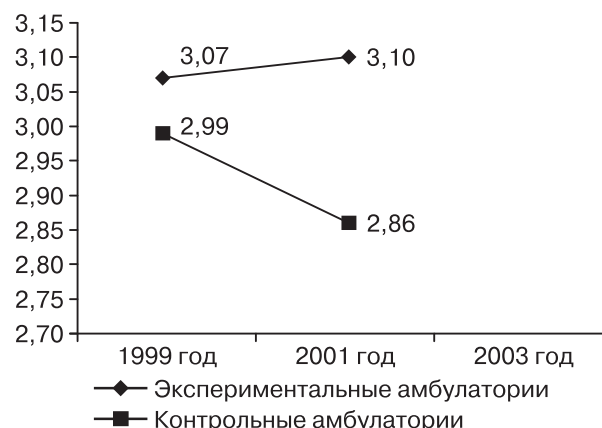


Рисунок. Оценка пациентами медицинского обслуживания в экспериментальных и контрольных амбулаториях в начале и в конце проекта (1999–2001 гг.).

жительно оценивать деятельность своих участковых врачей, что еще раз подчеркивает необходимость сравнения оценок в динамике и с контрольной группой.

При повторном анкетировании после проведения основных мероприятий проекта в 2001 г. оценка пациентов экспериментальной группы была лишь немногим более положительная, по сравнению с началом проекта: средняя оценка увеличилась лишь на 0,03 балла (с 3,07 до 3,10

Таблица 1.

Число пациентов, принявших участие в анкетировании

Амбулатории	Годы				Всего	
	1999		2001			
	Абс. число	% участия	Абс. число	% участия	Абс. число	% участия
Экспериментальные	826	83	754	75	1580	79
Контрольные	860	86	600	60	1460	73

Все правильно заполненные анкеты в последствии были внесены в электронную базу данных и проанализированы при помощи программы SPSS 8 (Statistical Product and Service Solutions) на персональном компьютере.

Результаты и обсуждение. Для оценки степени удовлетворенности пациентов оказанием первичной медико-санитарной помощи был рассчитан средний балл оценки реального опыта обращения за помощью к участковым врачам и врачам общей практики, полученный при анализе второй части анкеты (лист Б). Помимо этого проанализирована динамика оценки пациентами врачей общей практики экспериментальной и контрольной группы в начале проекта и по его завершении. Результаты анкетирования представлены на следующей диаграмме (рисунок).

Следует отметить, что пациенты демонстрировали положительные оценки (выше двух баллов по 4-балльной шкале) деятельности врачей как в контрольной, так и в экспериментальной группе. Большинство пациентов склонны поло-

баллов). В контрольной группе налицо негативная тенденция: оценка пациентов деятельности врачей в 2001 г. снизилась на 0,13 балла (с 2,99 до 2,86). Таким образом, различия в оценке пациентов в двух группах еще больше возросли в ходе проекта. Это может быть отражением общей неблагоприятной тенденции в первичном звене здравоохранения. Косвенным подтверждением этого может служить тот факт, что за 2 года реализации проекта в контрольной группе из 12 врачей уволились два врача в связи с переходом на другую работу. Состав врачей экспериментальной группы не изменялся.

Первая часть анкетирования по адаптированной анкете QUOTE позволила составить рейтинг предпочтений пациентов о работе врачей первичного звена. Пациенты по каждому из предложенных утверждений могли подтвердить степень их важности для себя по 4-балльной шкале. Пациенты обеих групп были единодушны в оценке степени важности для себя аспектов деятельности врачей по 15 из 21 позиций, которые соста-

вили рейтинг предпочтений пациентов, составленный в порядке убывания важности (табл. 2).

В табл. 2 представлены результаты анализа второй части анкетирования, характеризующие оценку пациентами опыта обращения к врачам первичного звена экспериментальной и контрольной групп пациентов в 1999 и 2001 гг. по приоритетным с точки зрения пациентов позициям.

Наиболее важные для пациента аспекты работы врача первичного звена можно разделить на организационные моменты и вопросы коммуникации врач-пациент.

В ходе реализации проекта МАТРА по целому ряду позиций пациенты оценили положительные перемены в экспериментальной группе.

В организационном отношении были отмечены следующие изменения: уменьшение времени ожидания приема (экспериментальная группа +0,03 балла, контрольная группа -0,21); увеличение конфиденциальности консультаций и организации работы в регистратуре (экспериментальная группа +0,10 балла, контрольная группа -0,19); выписка врачом медикаментов, доступных в местной аптеке (экспериментальная группа +0,03 балла, контрольная группа -0,09); улучшение координации и согласования медицинской помощи с другими медработниками и лечебными учреждениями (экспериментальная группа +0,17 балла, контрольная группа -0,31). Положительные изменения оценки этих позиций можно объ-

Таблица 2.

Оценка пациентами медицинского обслуживания ВОП в экспериментальных и контрольных амбулаториях в начале (1999 г.) и в конце (2001 г.) проекта по 15 наиболее важным с точки зрения пациентов позициям

Позиции анкетирования (в соответствии со степенью важности)	Экспериментальные амбулатории			Контрольные амбулатории		
	1999 (a)	2001 (b)	b-a	1999 (a)	2001 (b)	b-a
1. Врач не заставляет меня долго ждать на приеме (не более 15 минут)	3,35	3,38	+0,03	3,36	3,15	-0,21
2. Врач серьезно и внимательно относится ко мне	3,36	3,37	+0,01	3,34	3,18	-0,16
3. Врач всегда готов выполнить ко мне срочный визит на дом, если я об этом попрошу	3,38	3,27	-0,11	3,15	3,00	-0,15
4. Врач целенаправленно работает на уменьшение моих жалоб на здоровье	3,18	3,21	+0,03	3,18	2,88	-0,30
5. Врач в доступной для меня форме объясняет действие назначенных медикаментов	3,23	3,15	-0,08	3,07	2,99	-0,08
6. Врач легко доступен по телефону	3,27	3,21	-0,08	3,08	3,01	-0,07
7. Работа организована так, чтобы другие пациенты не могли слышать, о чем разговаривают в кабинете приема и в регистратуре	3,10	3,20	+0,10	3,07	2,88	-0,19
8. Врач выписывает медикаменты, которые есть в наличии в местной аптеке	3,15	3,18	+0,03	3,15	3,06	-0,09
9. Врач в доступной для меня форме, объясняет мне цели и ход лечения	3,17	3,21	+0,04	3,15	2,97	-0,18
10. Является моим постоянным лечащим врачом	3,28	3,20	+0,01	3,18	3,13	-0,05
11. Врач точно объясняет причину моих жалоб	3,11	3,19	+0,08	3,06	2,96	-0,10
12. Амбулатория имеет место для ожидания приема с учетом доступности для инвалидов колясок и пациентов, которые не могут долго стоять и ходить	3,15	3,12	-0,03	2,88	2,66	-0,22
13. Врач знакомит меня с содержанием медицинской карточки, если я попрошу	3,00	2,92	-0,08	3,02	2,99	-0,03
14. Врач координирует и согласовывает медицинскую помощь с другими медработниками и лечебными учреждениями	2,86	3,03	+0,17	2,89	2,58	-0,31
15. Врач предоставляет четкую информацию об организации работы: время приема, порядок обращения за помощью в нерабочее время, и т.д.)	3,21	3,20	-0,01	3,02	2,84	-0,18

яснить новой организацией приема пациентов врачами общей практики. После обучения принципам менеджмента в общей врачебной практике в 9 из 10 амбулаторий врачи по своей инициативе организовали прием пациентов без присутствия медицинской сестры. Рабочее место медсестры было организовано в соседнем кабинете либо в регистратуре. Помимо увеличения доверительности взаимоотношений врач-пациент новая форма организации приема позволила сократить временные затраты врача, который может делегировать ряд функций, не требующих врачебной квалификации, медицинской сестре (оформление справок, выписок, заполнение форм, регистрация и дооформление направлений и рецептов, выполнение сестринских манипуляций, мероприятий при медосмотрах).

Пациенты положительно оценили следующие аспекты коммуникации врач-пациент, которые произошли в ходе реализации проекта: внимательное и серьезное отношение к жалобам пациентов (экспериментальная группа +0,01 балла; контрольная группа -0,16), увеличилась направленность врачей на уменьшение жалоб пациента (экспериментальная группа +0,03 балла; контрольная группа -0,30), улучшилась конфиденциальность взаимоотношений врач-пациент (экспериментальная группа +0,10 балла; контрольная группа -0,19); улучшилось качество рекомендаций врачей общей практики (экспериментальная группа +0,04 балла; контрольная группа -0,19), объяснение причин жалоб (экспериментальная группа +0,08 балла; контрольная группа -0,10). Перечисленные положительные изменения можно объяснить результатами обучения навыкам коммуникации врачей общей практики на базе кафедры семейной медицины Утрехтского университета, заключавшегося в знакомстве с принципами медицинского интервью и структурированного консультирования в работе врачей общей практики, изучении проблемно-ориентированного подхода в работе врача общей практики, тренировкой навыков оптимального предоставления врачебных рекомендаций, закреплении этих навыков на кафедре общей врачебной практики БелМАПО.

Некоторые из позиций получили более низкую оценку пациентов в экспериментальной группе в 2001 г. по сравнению с 1999 г. (хотя средний балл составил выше трех по 4-балльной шкале и по этим позициям экспериментальная группа существенно опережает контрольную). Пациенты отмечают уменьшение частоты готовности врача выехать на срочный вызов в обеих группах (экспериментальная группа — 0,11 балла; контрольная группа — 0,15), снижение доступности консультации врача по телефону в обеих группах (экспериментальная группа — 0,08 балла; контрольная группа — 0,07), уменьшение доступности

амбулаторий для немобильных и пожилых пациентов (экспериментальная группа — 0,03 балла; контрольная группа — 0,22), снижение информационного обеспечения работы амбулатории (экспериментальная группа — 0,01 балла; контрольная группа — 0,18). Интерпретация результатов может основываться как на эффекте повышения критичности пациентов, характерном для феномена повторного анкетирования, так и на объективных причинах. Ясно обозначена потребность пациентов в телефонных консультациях, которая пока не находит ответа в обычном графике работы врача общей практики. Больше внимание нужно уделить информационной работе с пациентами.

Заключение. Мероприятия проекта МАТРА по приближению работы участкового врача в сельской местности к принципам работы семейного врача положительно оцениваются пациентами. Положительный результат еще более очевиден при сравнении с ситуацией в контрольной группе амбулаторий, продолжавших работать без изменений.

С точки зрения пациентов, наиболее важными пожеланиями в организации работы врачей общей практики являются: малое время ожидания приема в амбулатории, доступность врачебной помощи при необходимости оказания неотложной помощи на дому, возможность консультации с врачом по телефону, наличие выписанных лекарственных средств в местной аптеке, лечение у постоянного врача, доступность амбулатории (кабинета ВОП) для пациентов со сниженной мобильностью, осуществление координации всей медицинской помощи пациенту, хорошее информационное обеспечение работы амбулатории.

По мнению пациентов, для качественной работы врача общей практики очень важны следующие коммуникативные навыки врача: серьезное и внимательное отношение к пациенту; целенаправленная работа на уменьшение жалоб; объяснение в доступной для пациента форме целей, хода лечения, принципов действия назначенных лекарственных средств, возможных причин возникновения жалоб; конфиденциальность и доверительность во время консультации.

Наиболее заметные положительные перемены, отмеченные пациентами, и достигнутые в ходе проекта, касаются улучшения коммуникативных навыков врачей: увеличение эмпатии со стороны врачей при консультировании и целенаправленности работы врачей с жалобами пациентов, улучшение качества рекомендаций, доверительности и конфиденциальности консультаций, координации оказываемой помощи.

Необходимо обратить внимание на те моменты, которые, по мнению пациентов, не были улучшены в ходе проекта: готовность врача выполнить срочный визит на дом, недостаточная

доступность врача для телефонных консультаций, доступность кабинета врача для пациентов со сниженной мобильностью и информационное обеспечение работы амбулаторий.

Выводы

1. Мероприятия проекта МАТРА положительно оценены населением и могут быть рекомендованы для реализации перехода к модели врача общей практики в сельской местности. Отсутствие активных действий по укреплению первичной медико-санитарной помощи в сельской местности будет приводить к снижению уровня удовлетворенности среди населения.

2. При организации и реорганизации амбулаторий общей врачебной практики необходимо рекомендовать следующие практические моменты улучшения доступности медицинской помощи: уменьшить время ожидания приема за счет делегирования ряда функций среднему медперсоналу, внедрение системы предварительной записи для плановых консультаций (медосмотры детей, консультации пациентов с хроническими заболеваниями), улучшение оснащенности амбулаторий транспортом и современными средствами связи; выделение в графике врача времени для телефонных консультаций; переоборудование амбулаторий и кабинетов приема врачей для возможности приема пациентов с детскими колясками и на креслах-колясках.

3. Создать условия для повышения конфиденциальности и сохранения врачебной тайны: организовать работу в регистратуре с использованием «красной черты» — места ожидания пациентов, откуда не слышен разговор пациента и медрегистратора. Организовать рабочее место медсестры общей практики в смежном кабинете или помещении, увеличив степень доверительности профессионального общения врач-пациент.

4. Для повышения качества медицинского консультирования при подготовке врачей общей практики необходимо использовать современные методы обучения и тренировки навыков коммуникации.

5. В новой модели организации ПМСП необходимо предусмотреть механизмы реализации принципа свободного выбора врача и увеличить значение мнения пациентов о работе врача в методиках расчета оплаты труда семейных врачей. Для этого можно рекомендовать там, где это возможно, создание в дополнение к принципу территориального обслуживания персонального списка пациентов. В этот список могут записаться пациенты из других (соседних) врачебных участков, выразившие желание наблюдаться всей семьей у конкретного врача. Заработная плата врача общей практики и финансирование амбулатории должны пропорционально увеличиваться при увеличении числа пациентов, желающих записаться в персональный список врача.

Литература

1. Денисов И.Н., Иванов А.И. Врач общей практики (семейный врач) в системе первичной медико-санитарной помощи // Российский семейный врач. 2000.— № 1.— С. 6–12.
2. Соколовская Л.А., Цыбин А.К., Минайчева Л.М., Митрошенко И.В., Масло В.И., Гуринович Л.Н., Альферович В.И., Пименова А.Л. Организация первичной медико-санитарной помощи по принципу врача общей практики в Республике Беларусь. // Медицина.— 2000.— № 3.— С. 12–14.
3. Щепин О.П., Овчаров В.К. Научные и организационные предпосылки развития службы врача общей практики в Российской Федерации. // Проблемы социальной гигиены и истории медицины.— 2000.— №5.— стр. 22–27.
4. Щепин О.П., Овчаров В.К., Коротких Р.В., Дмитриева Н.В., Линденбратен А.Л. Оптимизация модели развития врача общей практики. // Проблемы социальной гигиены и истории медицины.— 1997.— №4.— стр. 3–7.
5. Мендрина Г.И., Олейниченко В.Ф. Итоги эксперимента по переходу к службе врача общей практики // Проблемы социальной гигиены и истории медицины.— 1997.— №4.— стр. 26–29.
6. Г.И.Нечаева, В.Э.Дворников, А.И.Чеперин, А.В.Лучко. Условия и необходимость организации работы врача общей практики. // Российский семейный врач Том 5, 4–2001, с47
7. Е.В.Фролова. Информация о совещании Минздрава РФ по реорганизации первичной медико-санитарной помощи по типу общей врачебной практики // Российский семейный врач Том 5, 4–2001, С. 66.
8. Галкин Е.С., Денисов И.Н., Иванов А.И. Опыт организации работы врача общей практики (семейного врача) с частичным фондодержанием. // Лечащий врач.— 2000.— №9.— стр. 4–7.
9. Поляков И.В., Зеленская Т.М. Проблемы семейной (общеврачебной) практики. // Здравоохранения Российской Федерации.— 2001.— №1.— стр. 24–25.
10. Field M.G. The position of the Soviet Physician: The Bureaucratic Professional. The Milbank Quarterly, Vol.66, Suppl.2, 1988: 182–199.
11. В.И.Плетинский, В.К.Виноградова, З.И.Соловьева, Н.В.Шарыпина О проблемах методики и оценки основообразующих показателей работы врача общей практики. // Российский семейный врач. 2001.— №2, с 67.
12. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. // Milbank Memorial Fund Quaterly 1966; 44: 166–203
13. Donabedian A. Exploration in Quality Assessment and Monitoring I. The definition of quality and approaches to its assessment. // Ann Arbor: Health Administration Press, 1980.

14. Boerma W.G.W., Fleming D.M. Роль общей практики в первичной медико-санитарной помощи. // ВОЗ. 2001: 61–63.
15. Bensing, J.M. Doctor-patient communication and the quality of care. Soc Sci Med 1991;11:1301–10.
16. Coulter A. Patient's view of the good doctor. (Editorial). British Medical Journal 2002; 325:668–9.
17. Hurvitz B, Vass A. What's a good doctor and how can you make one? British Medical Journal 2002; 325:667–8.
18. Jung HP, Wensing M, Grol R. What makes a good general practitioner: do patients and doctors have different views? British Journal of General Practice 1997; 47:805–9.
19. Wensing M, Jung HP, Mainz J, Olesen F, Grol R. A systematic review of the literature in patient priorities for general practice care. Part 1: description of the research domain. Social Science and Medicine 1998; 47:1573–88.
20. Thorsen H, Witt K, Hollnagel H, Malterud K. The purpose of the general practice consultation from the patient's perspective.— theoretical aspects. Family practice 2001; 18:638–43.
21. Wensing M., Grol R. The patient's role in improving quality. // Oxford Textbook of Primary Medical Care. Oxford University Press. 2004: 496–500.
22. Boerma W.G.W., Schellevis F., Русович В.З. Совершенствование первичной медико-санитарной помощи в Беларуси: Экспериментальный проект МАТРА в Минской области. // Медицина.— 2000. — №2 стр.15–17.
23. Русович В.З., Воронко Е.А., F.Schellevis, W. Boerma. Разработка профессиональных рекомендаций для врачей общей практики. Острый средний отит. // Медицина.— 2000.— №4. С. 17–20.
24. Русович В.З., Воронко Е.А., Чуйко З.А., F.Schellevis, W.Boerma. Боли в пояснице. // Протоколы (стандарты) обследования и лечения пациентов в общей (семейной) врачебной практике Республики Беларусь. Минск 2000. С 88–90.
25. Русович В.З., Воронко Е.А., F.Schellevis, W.Boerma. Синдром повышения температуры тела у детей. // Протоколы (стандарты) обследования и лечения пациентов в общей (семейной) врачебной практике Республики Беларусь. Минск 2000. С 107–109.
26. Sixma HJ, Kerssens JJ, Campen C van, Peters L. Quality of care from the patient's perspective: from theoretical concept to a new measurement instrument. Health Expect 1998; 1:82–95.
27. Brink-Muinen A van den, Verhaak PFM, Bensink JM, Bahrs O, Deveugele M, Gask L, Mead N, Leiva-Fernandez F, Messerli-Rohrbach V, Opizzi L, Peltenburg M, Perez A. Doctor-patient communication in different European health care systems: relevance and performance from the patient's perspective. Patient Education Counsel 2000, 39:115–27.

Адрес для контакта: 200714 Беларусь, Минск, ул. П.Бровки 3, каб. 307, кафедра общей врачебной практики БЕЛМАПО, тел. +375 175 069 195, эл. почта: v.rusovich@belsonet.net.

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

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

Продолжительность цикла 9 календарных дней, или 72 учебных часа.

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

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

Адрес кафедры:

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

О СООТНОШЕНИИ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО И ХИРУРГИЧЕСКОГО В ЛЕЧЕНИИ ЭПИЛЕПСИИ

В.С.Матковский, А.С.Иова, С.Р.Болдырева
ГОУ ДПО Санкт-Петербургская медицинская академия
последипломного образования Росздрава, Россия

THERAPEUTIC AND SURGICAL APPROACHES TO TREATMENT OF EPILEPSY

V.S.Matkovski, A.S.Iova, S.R.Boldareva
St-Petersburg Medical Academy of Postgraduate Studies, Russia

© В.С.Матковский, А.С.Иова, С.Р.Болдырева, 2006 г.

Эпилепсией страдает 0,5–0,7% населения. У 30% больных припадки не контролируются медикаментозными средствами, а хирургическое лечение эффективно только у половины из них. Терапевтическая и хирургическая составляющие клинической эпилептологии являются взаимодополняющими, а не альтернативными методами лечения эпилепсии. Преемственность этих двух подходов позволяет достичь хороших результатов и повысить качество жизни примерно еще у 40–50% больных с резистентной к медикаментам эпилепсией.
Ключевые слова: эпилептология, эпилептический фокус, многоочаговая эпилепсия, предоперационный отбор, терапевтическое и хирургическое лечение эпилепсии.

Approximately 0,5–0,7% of the population has epilepsy. Thirty percent of the patients are resistant to drug treatment. And surgical treatment is effective only for half from them. Therapeutic and surgical parts of clinical epileptology, are complementary, not alternative methods treatments of epilepsy. The combination of these two approaches achieves good results and increases quality of life in 40–50% of patients with intractable epilepsy.

Keywords: epileptology, epileptic focus, multifocal epilepsy, presurgical selection, therapeutic and surgical treatment of epilepsy.

Эпидемиологические исследования показывают, что 0,5–0,7% населения страдает эпилепсией. Примерно у 70% больных припадки относительно успешно контролируются медикаментами. У остальных 30% больных с наиболее тяжелыми клиническими формами заболевания консервативная терапия неэффективна, а хирургическое лечение может принципиально улучшить положение только у половины из них. Таким образом, пятнадцати процентам больных эпилепсией пока не удастся помочь [1–5]. В этой связи проведение корректной медикаментозной терапии и определение пределов ее возможностей, отбор больных, правильное и своевременное выставление показаний для хирургического лечения, проведение соответствующего оперативного вмешательства являются важными и непростыми задачами.

В первую очередь клиницисту необходимо ответить на следующие вопросы:

Являются ли приступы эпилептическими или нет?

Являются ли они следствием какого-либо другого заболевания (травма, опухоль мозга, артериовенозная мальформация, алкоголизм, и пр.) или припадки являются истинными эпилептическими и необходимо прежде всего противосудорожное лечение.

Нужно ли начинать или продолжать противосудорожную терапию, или риск повтора припадков не требует медикаментозного лечения?

Какие препараты выбрать и в каких дозировках?

При всей неопределенности последнего вопроса, эмпирического подбора антиконвульсантов и отсутствия жестких схем, соответствие между типом припадков и эффективностью препаратов давно известно. Достаточно разделить типы приступов на основные группы, чтобы указать наиболее эффективные препараты. Так, для генерализованных судорожных припадков и для любых парциальных базовыми препаратами являются гидантоины, карбамазепин, барбитураты. Для генерализованных миоклонических припадков — кортикостероиды, бензодиазепины, вальпроат, а при абсансах — сукцинимиды. Принято начинать с монотерапии. Дозировки препаратов выбирают из средних на килограмм массы тела, а лучше — с учетом концентрации препарата в крови. Дальнейшее изменение дозировки препарата осуществляют исходя из ее эффективности. При малой эффективности противосудорожной терапии увеличивают дозу до максимально допустимой, а при недостаточности добавляют последовательно еще один или два препарата, при этом дозу предыдущих снижают до субмаксимальных. Через 6–8 месяцев удастся выяснить, какая эта форма эпилепсии: доброкачественная или медикаментозно резистентная. В первом случае через 1–2 года возможно снижение дозировки препарата, во втором — возникает вопрос о необходимости хирургического лечения.

Для резистентной к медикаментам эпилепсии принципиальным является ответ на вопрос: исчерпаны ли возможности консервативной терапии?

Показанием к хирургическому вмешательству является неэффективная медикаментозная терапия в течение 1–2 лет. При электроэнцефалографических (ЭЭГ) и клинических признаках формирования многоочаговой эпилепсии эти сроки целесообразно сократить до 6–8 месяцев при частоте припадков не реже 1–3 в месяц. В отдельных случаях при серийном или статусном течении припадков, или в сочетании с агрессивными расстройствами поведения вопрос о хирургическом лечении может быть поставлен и раньше.

Несмотря на то, что возможности хирургии эпилепсии весьма велики, в целом проблема далека от окончательного решения. Из 30% больных резистентной к медикаментам эпилепсией избавиться от приступов удастся не более 40–50%. Для остальных возможности хирургической помощи незначительны. В этой связи центральным является тезис, что добиться высоких результатов хирургического лечения можно только после тщательного дополнительного предоперационного отбора больных из числа резистентных к медикаментам. Дополнительный отбор предполагает поиск очаговости в структуре припадков, данных МРТ и ЭЭГ.

Наиболее благоприятно наличие мономорфных припадков с отчетливой аурой, указывающей на локализацию раздражения как по полушарной, так и по долеой локализации. Чаще встречаются варианты, когда возможна латерализация эпилептического очага, а для височной эпилепсии — только долеая локализация без определения сторонности. Первично-генерализованные или вторично-генерализованные припадки с быстрой генерализацией (без ауры) прогностически намного менее благоприятны.

Органический очаг, выявленный при МРТ, является чрезвычайно важным дополнительным условием, склоняющим к хирургическому вмешательству.

За исключением судорожного синдрома при опухолях головного мозга, когда органический и эпилептогенный очаги совпадают, оценка значения органического очага в происхождении эпилептических припадков сложна. В случаях органического поражения в области центральных извилин, как правило, там же регистрируется и эпилептическая активность, а припадки носят характер Джексоновских. Сложнее организация эпилептической системы при двусторонней височной эпилепсии, когда органический очаг располагается в одном полушарии, а эпилептогенный — в другом. Нередки органические находки в виде кист, агенезии мозга, кальцинатов, сосудистых мальформаций, которые в действительности не имеют никакого отношения к эпилептическим припадкам, но хирурги ориентируются именно на них.

ЭЭГ-проявления фокальности повышают перспективы хирургического лечения. К таким при-

знакам можно относить только высокоамплитудные пики, пик-волны и пароксизмальные ритмы при височных припадках. Обычные для электрофизиологии акценты по амплитуде, индексу острых или медленных волн, или генерализованных вспышек с латерализацией достоверно не говорят об очаговости и вторичны по отношению к эпилептическому очагу, тем более, что большинство ЭЭГ-исследований редко фиксируют сам припадок.

Перечислим показания к хирургическому вмешательству, исходя из соотношений между семиологией припадков, ЭЭГ- и МРТ-данными.

1) Отсутствие эффекта или прогрессирование заболевания на фоне адекватной медикаментозной терапии на протяжении 1–3 лет при частоте приступов 1–3 в месяц. При серийном или статусном течении припадков, или при выраженных агрессивных расстройствах поведения сроки консервативной терапии могут быть сокращены до 6–8 месяцев.

2) Наличие мономорфных по семиологии припадков, совпадающих по локализации с органическим очагом по данным МРТ и электрофизиологическим очагом.

3) Совпадение в локализации по семиологии припадков и очага органического поражения при отсутствующей электрофизиологической очаговости или генерализованной эпилептической активности.

4) Совпадение в локализации по семиологии припадков и данным ЭЭГ, но без очаговой органической патологии.

5) Височные припадки (по семиологии) вне зависимости от органической патологии на КТ и очаговости на ЭЭГ.

6) Вторично-генерализованные судорожные припадки у больных детским церебральным параличом (ДЦП) с судорожным синдромом.

У больных, выбранных по пунктам 1–5 и оперированных, как правило, удается достичь хороших результатов. Однако почти половина больных с резистентной к медикаментам эпилепсией не соответствует этим требованиям. У этих больных не удается обнаружить органический очаг, отсутствует очаговость на ЭЭГ (даже во время припадков), сами приступы являются генерализованными судорожными. Таким больным показаны инвазивные методики ЭЭГ-обследования, самым прогрессивным из которых остается имплантация долгосрочных внутримозговых электродов. Однако катamnестические данные результатов хирургического лечения после обследования долгосрочными электродами показывают, что они только на 20–30% лучше, чем без этой сложной инвазивной диагностики. Главной причиной этого является наличие сложно организованной эпилептической системы, а не одиночного эпилептического очага и возможность реа-

лизации эпилептического припадка даже после деструкции одного или двух из очагов.

Относительными противопоказаниями для хирургического лечения являются:

а) грубые психические и интеллектуальные расстройства;

б) выраженные нарушения памяти при наличии очага в левой височной доле;

в) грубые двигательные расстройства при органических церебральных поражениях (ДЦП).

С практической точки зрения важна связь и преемственность между терапевтами, эпилептологами и нейрохирургами. Необходимо преодолеть крайне осторожное отношение клиницистов к хирургическому лечению эпилепсии. Эта проблема успешно решена только в крупных специализированных противоэпилептических центрах,

но не в практическом здравоохранении. Следует считать рациональным обязательное консультирование всех пациентов с резистентной к медикаментам эпилепсией эпилептологом-нейрохирургом с последующим решением вопроса о возможности проведения операции.

Заключение. Несмотря на бурное развитие эпилептологии, современные ее возможности не позволяют решить проблему лечения эпилепсии в целом. Терапевтическая и хирургическая составляющие клинической эпилептологии являются не альтернативными, а взаимодополняющими методами лечения эпилепсии. Преемственность этих двух подходов в лечении эпилепсии позволяет достичь максимальных результатов и повысить качество жизни дополнительно у 40–50% больных с резистентной к медикаментам эпилепсией.

Литература

1. Engel J. Jr. The timing of surgical intervention for mesial temporal lobe epilepsy: a plan for a randomized clinical trial // Arch. Neurol.— 1999.— Vol. 56.— P. 1338–1341.
 2. Wiebe S., Blume W., Girvin J., Eliasziw M. A randomized, controlled trial of surgery for temporal-lobe epilepsy // N. Engl. J. Med.— 2001.— Vol. 345.— P. 311–318.
 3. Дифференцированные методы хирургического лечения одно- и многоочаговой эпилепсии / Земская А.Г. и др.— СПб.: Лен. ГИДУВ им. С.М. Кирова.— 1982.— 26 с.
 4. Сараджишвили П.М., Геладзе. Эпилепсия.— Т. III.— М., 1977.— 303 с.
 5. Чхенкели С.А., Шрамка М. Эпилепсия и ее хирургическое лечение.— Братислава, 1990.— 273 с.
- Адрес для контакта: Санкт-Петербург, Автовская ул., д. 24, кафедра детской невропатологии и нейрохирургии, тел. 812 783 51 42.

Кафедра семейной медицины СПбМАПО в 2007 году проводит следующие циклы:

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

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

Зав. кафедрой профессор О.Ю. Кузнецова

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

МЕТОД РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ ЛОКАЛЬНЫХ ФОРМ МИАСТЕНИИ

В.Д.Косачев, Н.М.Жулев, А.В.Лоев

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

EARLY DIAGNOSIS OF MYASTHENIA LOCAL FORMS

V.D.Kosachev, N.M.Zhulev, A.V.Loiev

Saint Petersburg Medical Academy of Postgraduate Studies, Russia

© В.Д.Косачев, Н.М.Жулев, А.В.Лоев, 2006 г.

Представлены результаты обследования 176 больных миастенией с помощью импедансметрии стапедальной мышцы. В результате воздействия звукового сигнала на костно-мышечный аппарат среднего уха у больных миастенией зарегистрирована патологическая мышечная утомляемость стапедальной мышцы. Метод является объективным диагностическим критерием преимущественно локальных форм миастении на ранних и субклинических стадиях развития заболевания.

Ключевые слова: миастения, диагностика, локальные формы.

Examination results of 176 patients with myasthenia by means of stapedial muscles impedance measurement are presented. As a result of audible signal impact on the middle ear bone-muscular system, pathological muscle fatigability of stapedial muscles was found in patients with myasthenia. This method is an objective diagnostic criterion mainly in local forms of myasthenia during the early subclinical stages of disease development.

Keywords: myasthenia, diagnostic, local forms.

Введение. Миастения — тяжелое нервно-мышечное заболевание с прогрессирующим течением, главной клинической чертой которого является патологическая утомляемость мышц, приводящая к парезам и параличам [1–3].

В генезе развития заболевания большое значение имеют аутоиммунные нарушения — образование аутоантител к никотиновому холинорецептору концевой пластинки мышечного волокна, в результате чего нарушается нейротрансмиссия на уровне нервно-мышечного синапса [4–8].

Диагностика миастении основана на выявлении патологической утомляемости мышц, приводящей к парезам и параличам с последующим восстановлением мышечной силы после отдыха или под влиянием антихолинэстеразных препаратов [9, 10]. Распознавание миастении представляет существенные трудности. Диагностика более доступна в стадии развернутой клинической картины. Сложности возникают в основном в начальных стадиях заболевания и при локальных формах, когда имеются единичные симптомы болезни или атипичное течение миастении. Так, в наших наблюдениях в группе больных с развернутой клинической картиной на первом году заболевания диагноз миастении был установлен в 85,1% случаев, а в группе больных с моносимптомным течением — в 11,5% случаев. Следовательно, это является основанием для разработки новых объективных методов распознавания миастении на ранних этапах ее развития.

В настоящее время электромиографические исследования, проведенные с помощью накожных, игольчатых электродов и непрямой электростимуляции мышц являются важными и дос-

товерными методами диагностики миастении. Однако, недостатком электромиографических исследований является то, что при некоторых локальных формах миастении (глазная, глоточно-лицевая), когда поражены отдельные краниальные мышцы (глазные, глоточные, артикуляционные) исследование их биоэлектрической активности становится невозможным, так как указанные мышцы недоступны для наложения стимуляционных и отводящих электродов.

В клинике нервных болезней Санкт-Петербургской медицинской академии последипломного образования совместно с ЛОР НИИ разработан способ выявления информативных критериев патологической мышечной утомляемости, позволяющих диагностировать миастению на более ранних стадиях заболевания. Предложенный способ диагностики основан на выявлении ранних признаков патологической мышечной утомляемости стапедальной мышцы при раздражении ее повторными звуковыми сигналами путем регистрации изменения величины акустического сопротивления (импеданса) среднего уха. Исходя из эмбриогенетического сродства глазных мышц с мышцами среднего уха, мы предполагали, что при миастении в ушных мышцах должны происходить такие же нарушения, как и в глазных мышцах. Сведений об этом в отечественной и зарубежной литературе мы не обнаружили.

Цель исследования: разработать критерии диагностики локальных форм миастении на ранних стадиях ее развития с помощью импедансметрии стапедальной мышцы.

Материалы и методы. Обследовано 176 больных миастенией с различными формами заболе-

вания (генерализованная, глазная и глоточно-лицевая) в возрасте от 17 до 66 лет и длительностью заболевания от 3 месяцев до 10 лет. Женщин было 112 (63,6%), мужчин — 64 (36,4%). Средний возраст больных составил 40,7 лет. Кроме того, нами проведены исследования у 34 здоровых лиц и 23 больных с нарушением слуха различной степени выраженности, средний возраст составил 38,4 и 39,2 года соответственно.

Основным и ведущим симптомокомплексом у обследованных больных миастенией являлась патологическая утомляемость мышц, приводящая к их слабости. В патологический процесс вовлекалась, прежде всего, поперечно-полосатая мускулатура — мышцы головы и скелетные мышцы. Часто первыми симптомами заболевания было поражение наружных и внутренних мышц глаз. Появлялось опускание век, усиливающееся к вечеру, диплопия. Развивалось ограничение движения глазных яблок. Реже выявлялась утомляемость зрения, обусловленная слабостью аккомодационной мышцы и внутренних мышц глаз.

Следующим симптомокомплексом по частоте поражения мышц краниального отдела у наших больных была слабость и патологическая утомляемость мимической мускулатуры. Миастенические симптомы диффузно и симметрично распространялись на все мышцы лица, но несколько чаще и в большей степени поражались круговые мышцы глаз. Лицо больных миастенией амимично, маловыразительно, отсутствуют складки на лбу. Наблюдалось нарушение жевательных мышц, однако степень их выраженности варьировала от незначительной до умеренной.

Наиболее тяжелым синдромом миастении являлся бульбарный паралич, который проявлялся расстройством глотания, речи и ограничением объема движений языка. Нарушение глотания

умеренно выражено, что позволяло им самостоятельно передвигаться и обслуживать себя.

Метод объективной импедансметрии заключается в том, что от звукового генератора в слуховой проход (далее в барабанную перепонку, костно-мышечный аппарат среднего уха, улитку) подается постоянный «зондирующий сигнал» низкой частоты (250 Гц) с постоянной интенсивностью 80 дБ над нормальным слуховым порогом. Часть звукового сигнала отражается от перечисленных выше структур органа слуха, затем, пройдя через усиление, регистрируется на шкале прибора в виде определенной физической величины. Параметр этот индивидуальный, в литературе носит название исходный (суммарный или входной) импеданс и отражает конкретное функциональное состояние среднего уха на момент исследования.

В процессе исследования исходный акустический импеданс является величиной постоянной и держится всегда на одних и тех же цифровых значениях.

Результаты и их обсуждение. При обследовании у всех здоровых и больных с нарушением слуха исходный акустический импеданс был стабильным и при графической регистрации на ленте самописца имел вид прямой или волнистой линии, колебания которой не превышали 10 акОм, что соответствовало нормальным величинам. У 152 больных с миастенией (86,4%) определялась нестабильность величины акустического импеданса. Эти колебания не совпадали ни с пульсом, ни с частотой дыхательных движений, достигали амплитуды от 30 до 50 акОм и свидетельствовали о нарушении функции стапедальной мышцы.

Проведена сравнительная оценка величины исходного акустического импеданса стапедальной мышцы у больных миастенией, здоровых лиц и больных с нарушениями слуха (табл. 1).

Таблица 1.

Величина исходного акустического импеданса стапедальной мышцы у больных миастенией, здоровых лиц и больных с нарушением слуха (M+m)

Величина исходного акустического импеданса стапедальной мышцы (акОм)			p
Больные миастенией n=152	Здоровые лица n=34	Больные с нарушением слуха n=23	
38,3±3,2	5,2±0,9	—	<0,001
38,3±3,2	—	6,1±1,3	<0,001
—	5,2±0,9	6,1±1,3	>0,05

выражалось в затруднении проглатывания твердой пищи и поперхивании во время приема пищи. В наших наблюдениях бульбарные симптомы легкой и средней степени тяжести были выявлены у больных с генерализованной и глоточно-лицевой формами миастении.

У больных с генерализованной формой миастении, кроме краниальных мышц, поражалась и скелетная мускулатура (мышцы шеи, рук, ног и туловища). У наших больных с генерализованной формой поражение скелетной мускулатуры было

Из таблицы видно, что показатели величины исходного акустического импеданса у больных миастенией и у здоровых и больных с нарушениями слуха достоверно различались ($p<0,001$). Показатели акустического импеданса здоровых и больных с нарушением слуха достоверно не различались ($p>0,05$). Следовательно, импедансметрия стапедальной мышцы по сравнению с классическим неврологическим исследованием является более информативным и надежным методом диагностики локальных форм миастении на на-

чальных стадиях заболевания с преимущественным поражением краниальных мышц (табл. 2).

Заключение. Преимущество предложенного способа диагностики локальных форм миастении

Таблица 2.

Диагностическая значимость двух методов исследования больных миастенией

Способ диагностики	Генерализованная форма n=82		Глоточно-лицевая форма n=38		Глазная форма n=56	
	Число	%	Число	%	Число	%
Классический неврологический метод исследования	67	81,7	15	39,6	16	28,6
Импедансметрия стапедальной мышцы	77	93,9	26	68,4	49	87,5

Из таблицы следует, что при генерализованной форме миастении диагностика с помощью импедансметрии стапедальной мышцы улучшилась на 12,2%, а у больных локальными формами при поражении краниальных мышц распознавание заболевания увеличилось у пациентов глазной формы на 58,9% и глоточно-лицевой — на 28,9%.

(изобретение № 1641271, 1988) [11] заключается в его простоте, эффективной объективизации полученных данных, более точной их количественной регистрации, возможности выявления результатов уже на ранних и субклинических стадиях заболевания, доступности применения в амбулаторных условиях.

Литература

1. Жулев Н.М., Лобзин В.С., Деметьева Л.Н. Миастения у детей и подростков.— СПб.: СПбМАПО, 1999.— 210 с.
2. Кузин М.И., Гехт Б.М. Миастения.— М.: Медицина, 1996.— 224 с.
3. Лайсек Р.П., Барчи Р.Л. Миастения.— М.: Медицина, 1984.— 270 с.
4. Гехт Б.М. Теоретическая и клиническая электромиография.— Л.: Наука.— 1990.— 228 с.
5. Лобзин В.С., Полякова Л.А., Федотова Т.А. Диагностика, патогенез и лечение миастении при опухолях вилочковой железы // Сов. Медицина.— 1988.— № 12.— С. 79–82.
6. Серов В.В., Заратьянц О.В. Аутоиммунизация: Новые факты, спорные вопросы, перспективы изучения // Тер. архив.— 1991.— № 6.— С. 4–11.
7. Patrick J., Lindstrom J. Autoimmune response to acetylcholine receptor // Sci.— 1973.— Vol. 18a.— P. 871–872.
8. Drachman D.B. Myasthenia gravis // N. Engl. J. Med.— 1994.— V. 330.— P. 1797–1810.
9. Гехт Б.М., Санадзе А.Г. Миастения: диагностика и лечение // Неврологический журнал.— 2003.— Т. 8.— № 1.— С. 8–12.
10. Лобзин В.С., Сайкова Л.А., Полякова Л.А. Диагностика и лечение миастении.— Л.— 1984.— 20 с.
11. Розенблюм А.С., Лобзин В.С., Лоев А.В., Жулев Н.М., Косачев В.Д. Способ диагностики миастении // Изобретение №1641271.— 1988 г.

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

СОСТОЯНИЕ МЕХАНИЗМОВ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ АДАПТАЦИИ У КЛИНИЧЕСКИ ЗДОРОВЫХ ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

А.И.Кодочигова, В.Ф.Киричук, Т.М.Демина, М.Г.Кучеров
Саратовский государственный медицинский университет, Россия

STATE OF PSYCHOLOGICAL ADAPTATION MECHANISMS IN CLINICALLY HEALTHY YOUNG PEOPLE

A.I.Kodochigova, V.F.Kirichook, T.M.Demina, M.G.Kuchеров
Saratov State Medical University, Russia

© Коллектив авторов, 2006 г.

Исследование посвящено изучению особенностей адаптации здоровых лиц к меняющимся условиям внешней и внутренней среды организма. С использованием опросника СМОЛ и психогеомерического теста обследованы 54 клинически здоровых лица (средний возраст $25,52 \pm 3,08$) без признаков сердечно-сосудистой патологии или факторов риска ее развития. Основная группа — 43 клинически здоровых человека, группа сравнения — 11 лиц с нетяжелой соматической патологией вне обострения. Установлено, что клинически здоровые лица молодого возраста не обладали противоречивыми внутриличностными тенденциями, в то время как в группе сравнения лица с нетяжелой соматической патологией вне обострения имели интрапсихические конфликты, повышавшие уровень тревожности вследствие недостаточно эффективного функционирования механизмов психологической адаптации ($p < 0,05$).

Ключевые слова: подростки, клинически здоровые люди, механизмы адаптации, первичная профилактика.

The aim: to study the mechanisms of psychological adaptation in clinically healthy young people. Materials and methods: 54 men and women without any signs of cardiovascular pathology or risk factors for their development were examined (average age $25,52 \pm 3,08$). The principal group consisted of 43 people accepted as clinically healthy; the comparison group was 11 people with slight somatic pathology without exacerbation. The research was made with the help of The Brief Multifactor Survey for personality examination and psychogeometric testing. Conclusion: clinically healthy young people did not possess contradictory intrapersonal tendencies whereas in the comparison group, people with slight somatic pathology without exacerbation had intra psychic conflicts leading to increases their anxiety level as a result of low effective functioning of psychological adaptation mechanisms.

Keywords: adolescence, clinically healthy people, mechanisms of adaptation, primary preventive measures.

В структуре причин общей смертности в нашей стране преобладает доля болезней системы кровообращения [1]. Сердечно-сосудистыми заболеваниями в России страдают более 17 млн человек, их число возрастает с каждым годом. Решающее значение в снижении смертности и инвалидности вследствие сердечно-сосудистой патологии принадлежит первичной профилактике [1, 2]. С этой точки зрения особую актуальность приобретает такая важная проблема антропоэкологии как проблема функционирования здорового организма в различных экологических условиях. По определению ВОЗ, здоровье — это «состояние полного физического, психического и социального благополучия». Понятие нормы включает способность организма адаптироваться к определенным факторам окружающей среды [3]. Механизмы адаптации состоят из двух основных звеньев. Первое обращено вовне — механизмы психологической адаптации, включающие эмоциональное поведение и мышление, обеспечивающее поиск нового поведения в стрессовой ситуации. Второе, направленное «внутрь» организма — механизмы физиологической адаптации, состоящие из стандартного комплекса метаболических и физиологических изменений, направ-

ленных на энергетическое и структурное обеспечение нового поведения [4]. Среди адаптивных механизмов, позволяющих сохранить здоровье, важнейшую роль играют механизмы психологической адаптации [3, 4].

Цель исследования — изучение механизмов психологической адаптации клинически здоровых лиц молодого возраста на основе выявленных особенностей их личностного реагирования.

Материалы и методы исследования. Под наблюдением находились 54 человека мужского и женского пола, их средний возраст составил $25,52 \pm 3,08$ лет. При медицинском обследовании у 43 (основная группа) не было выявлено каких-либо соматических заболеваний, в том числе — патологических изменений со стороны сердечно-сосудистой системы: они не предъявляли жалоб на неприятные ощущения в области сердца и за грудиной, артериальное давление при случайном измерении не выходило за пределы 110/70–130/80 мм рт. ст., были физически активны, эмоциональные и физические нагрузки переносили удовлетворительно. Все обследованные лица не имели факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний и были признаны клинически здоровыми.

В группу сравнения включили 11 человек с хроническими заболеваниями различных систем и органов в нетяжелой форме, критериями исключения служили стадия обострения или психосоматический генез. В группе сравнения также не было обнаружено ни признаков сердечно-сосудистых заболеваний, ни факторов риска их развития. Обе группы сопоставимы по полу и возрасту.

Для изучения особенностей личностного реагирования использовали «Сокращенный многофакторный опросник для исследования личности (СМОЛ) [5] и психогеомерический (ПГ) тест [6].

Выбор психологических методик обусловлен преимуществом сочетания опросника (СМОЛ) и проективного метода (ПГ-теста), что позволяет охарактеризовать тип личности, способность к формированию механизмов психологической адаптации, стрессоустойчивости, выявить возможные интрапсихические конфликты. Тесты просты и удобны для применения.

Математическую обработку полученных результатов проводили с помощью дисперсионного анализа и расчета коэффициентов корреляции (пакет прикладных программ STATGRAPH Plus 5.1 V.2) [7, 8].

Результаты и их обсуждение. На усредненном профиле шкал СМОЛ клинически здоровых лиц молодого возраста, не имевших признаков соматической патологии (основная группа), выявлено, что шкала лжи была на низких, а коррекции — на средних значениях в сочетании с относительным повышением по шкале гипомании и относительным понижением значений Т-баллов по шкале депрессии. Психологический профиль был линейным, так как показатели по всем шкалам СМОЛ находились в диапазоне 45–55 Т-баллов. При ПГ-тестировании они отдавали предпочтение треугольнику (28,2%), зигзагу и прямоугольнику (по 23,1%), с относительным (10,3%) отвержением квадрата. Это свидетельствовало о гармоничности черт характера, отсутствии противоречивых внутриличностных тенденций и высокой устойчивости к действию стрессовых агентов. Клинически здоровым лицам из основной группы были свойственны независимость, широкий круг интересов, изобретательность, креативность, позитивная установка ко всему новому, целеустремленность, уверенность в себе, предприимчивость, находчивость, рационализм в решении проблем, оптимистичность, склонность к соперничеству, импульсивность, способность ясно мыслить и брать на себя ответственность, легко входя в роль лидера (средние значения Т-баллов по шкале коррекции, низкие — по шкале лжи и депрессии, при относительном повышении по шкале гипомании СМОЛ, предпочтение треугольника и зигзага при ПГ-тестировании).

Расчет коэффициентов корреляции в основной группе подтвердил взаимосвязь изменений показателей шкал лжи и коррекции, лжи и гипомании, коррекции и гипомании СМОЛ, а также шкал гипомании СМОЛ и выбора зигзага в ПГ-тесте, кроме того — выбора треугольника и зигзага при ПГ-тестировании. Показана статистически достоверная прямая средняя зависимость показателя шкал лжи и коррекции СМОЛ, определенная коэффициентом корреляции 0,48 ($p < 0,001$); обратная средняя зависимость показателя шкал лжи и гипомании СМОЛ, установленная коэффициентом корреляции $-0,31$ ($p < 0,001$); обратная средняя зависимость показателя шкал коррекции и гипомании СМОЛ, выявленная коэффициентом корреляции $-0,41$ ($p < 0,001$); статистическая прямая средняя зависимость показателя шкал гипомании СМОЛ и выбора зигзага в ПГ-тесте, определенная коэффициентом корреляции 0,36 ($p < 0,001$).

На усредненном профиле шкал СМОЛ лиц молодого возраста из группы сравнения отмечено относительное повышение показателей по шкалам лжи, ипохондрии, гипомании с тенденцией к пикообразованию по шкалам истерии и психастении. В ПГ-тесте — преимущественный выбор треугольника, зигзага (по 27,3% соответственно) и круга (27,2%) при абсолютном отрицании прямоугольника. Это подчеркивало такие черты характера как склонность предъявлять соматические жалобы, используя их для ухода от ответственности в стрессовых ситуациях, эгоцентризм, эмоциональная незрелость, чрезмерная приверженность установленным правилам и социальная конформность, отсутствие гибкости в подходе к решению своих проблем. Для этих лиц характерна выраженная потребность во внимании и признании, наряду с чувством враждебности по отношению к людям, отказывающим им в этом. Они демонстрируют преувеличенно оптимистичный взгляд на свои возможности, на ситуации и на мир в целом, не проявляя обеспокоенности последствиями своих поступков по отношению к другим людям, не имеют ясных и определенных целей, легко попадая в состояние фрустрации (сочетание относительного увеличения значений Т-баллов по шкалам лжи, ипохондрии, истерии и гипомании с тенденцией к пикообразованию по шкале психастении СМОЛ, полное отвержение прямоугольника в ПГ-тесте).

Расчет коэффициентов корреляции в группе сравнения подтвердил взаимосвязь изменений показателей шкал ипохондрии и истерии, истерии и психастении СМОЛ. Существует статистически значимая прямая сильная зависимость показателя шкал ипохондрии и истерии СМОЛ, определенная коэффициентом корреляции 0,87 ($p < 0,001$) и прямая средняя зависимость показателя шкал истерии и психастении СМОЛ, уста-

новленная коэффициентом корреляции 0,61 ($p < 0,001$).

При сравнении психологических особенностей представителей двух обследованных групп обращает на себя внимание появление противоречивых интрапсихических тенденций в характере лиц из группы сравнения. Периоды общительности и эмпатии сменялись у них эпизодами замкнутости и агрессии. Стремлению к высокому уровню достижений и соперничеству препятствуют отсутствие адекватной оценки собственных возможностей и страх перед ответственностью. С одной стороны, для них важно вести себя социально приемлемым образом, а с другой — осуждать других за то, что они логичны и рациональны, придерживаются правил и конформны в своих убеждениях. Являясь по сути своей зависимыми личностями, они неуверенно чувствуют себя в зависимом положении. Подобные полярные психологические черты лежат в основе их внутриличностного конфликта, повышая уровень их тревожности.

В отличие от группы обследованных лиц с признаками соматической патологии, клинически здоровые лица из основной группы были независимы, склонны успешно справляться с проблемами повседневной жизни, эффективно общаться с людьми в социальных ситуациях.

Проведенный дисперсионный анализ подтвердил существенные различия значений Т-баллов по шкалам лжи и гипомании СМОЛ, а также выбора прямоугольника в ПГ-тесте в основной группе и группе сравнения ($p < 0,05$).

Заключение. Лица из группы сравнения обладали повышенным риском развития психосо-

матических, в том числе — сердечно-сосудистых заболеваний, поскольку имели противоречивые внутриличностные тенденции, которые при неблагоприятных условиях могут привести к формированию интрапсихического конфликта и, как следствие, к повышению уровня тревожности. По мнению исследователей, высокий уровень тревоги вызывает повышение активности симпатoadреналовой и кинин-калликреиновой систем, реализующейся тахикардией и повышением артериального давления [9–11]. Тесная связь между тревожностью, вегетативными и моторными изменениями в организме, приводящими к стойкой вазоспастике, позволяет их считать составляющими единого психовисцерального синдрома [9–11]. Результатом эффективно функционирующих механизмов психологической адаптации является снижение повышенного уровня тревожности. Можно считать, что лица из основной группы были психологически хорошо приспособлены не только к уже существующим условиям внешней и внутренней среды организма, но и к возможным их изменениям, чего нельзя сказать о представителях группы сравнения, поскольку уровень их тревожности был повышен (тенденция к пикообразованию по шкале психастении СМОЛ, $p < 0,05$).

Таким образом, механизмы психологической адаптации у лиц молодого возраста, имеющих нетяжелую соматическую патологию вне обострения, были несовершенны. При неблагоприятных экологических условиях вероятность развития у них заболеваний сердца и сосудов достаточно высока, несмотря на отсутствие факторов риска сердечно-сосудистой патологии.

Литература

1. Доклад Министерства здравоохранения Российской Федерации. О ходе реализации концепции развития здравоохранения и медицинской науки, задачах на 2001–2005 гг. и на период до 2010 года. — М.: 2001. — С. 100.
2. Ощепкова Е.В. О Федеральной целевой программе «Профилактика и лечение артериальной гипертонии в Российской Федерации» // Кардиология. — 2002. — № 6. — С. 58.
3. Баевский Р.М. Проблема здоровья и нормы: точка зрения физиолога // Клиническая медицина. — 2000. — № 4. — С. 59.
4. Меерсон Ф.З., Пшенникова М.Г. Адаптация к стрессовым ситуациям и физическим нагрузкам. — М.: Медицина. — 1988. — С. 256.
5. Зайцев В.П. Вариант психологического теста Mini-Mult // Психологический журнал. — 1981. — № 3. — С. 118.
6. Гарбер Е.И., Козача В.В. Психометрическое тестирование. — Саратов: Научная книга СГУ. — 1999. — С. 72.
7. Харламов А.И., Башина О.Э., Бабулин В.Т. и соавт. Общая теория статистики. — М.: Финансы и статистика. — 1994. — С. 296.
8. Боровиков В. Программа STATISTICA для студентов и инженеров. — М.: КомпьютерПресс. — 2001. — С. 301.
9. Белова Е.В. Роль симпатико-адреналовой системы в развитии гипертонической болезни. Влияние эмоционального фактора // Кардиология. — 1991. — № 5. — С. 83.
10. Волков В.С., Мазур Е.С., Калязина В.В. О механизмах формирования психосоматических соотношений при гипертонической болезни // Кардиология. — 1998. — № 3. — С. 71.
11. Hoegholm A., Kristensen K.S., Bang L.E. White coat hypertension and target organ involvement: the impact of different cut-off levels on albuminuria and left ventricular mass and geometry // J. Hum. Hypertens. — 1998. — Vol. 12. — № 7. — P. 433.

Адрес для контакта: РФ, г. Саратов, 410009, ул. Цветочная, д. 26/32, кв. 20, тел. 8 8452 553420, 8 8452 460751.

УДК 616.2

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПОЗДНЕЙ АСТМЫ В ПЕРИОДЕ СТАБИЛЬНОГО ТЕЧЕНИЯ

С.А.Собченко, Е.В.Бейда, В.Ю.Кравцов*

ГОУ ДПО Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования Росздрава,
Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины МЧС, Россия*

CLINICAL AND LABORATORY FEATURES OF LATE-ONSET ASTHMA IN ITS STABLE PHASE

S.A.Sobchenko, E.V.Beida, V.Yu.Kravtsov*

Saint-Petersburg Medical Academy of Postgraduate Studies,
Russian Center of Emergency and Radiation Medicine, Russia*

© С.А.Собченко, Е.В.Бейда, В.Ю.Кравцов, 2006 г.

В работе представлены результаты клинико-функционального и цитоиммунологического обследования 66 больных с различными клинико-патогенетическими формами поздней астмы в стабильный (контролируемый) период течения заболевания. Выявлены особенности местного воспалительного процесса у разных групп больных, объясняющие в некоторой степени клинико-функциональные характеристики разных форм заболевания. Показана роль нейтрофилов в развитии и поддержании воспаления у больных неаллергической астмой. Полученные данные могут быть использованы как дополнительный дифференциальный критерий при диагностике различных вариантов поздней астмы, а также вносят вклад в понимание патогенеза воспаления.

Ключевые слова: поздняя астма, индуцированная мокрота, нейтрофилы, нейтрофильная эластаза.

In this research the results of clinical, functional and cytoimmunological survey of 66 patients with various forms of a late-onset asthma in stable phase are presented. The features of inflammatory process in the lungs in different groups of the patients are revealed. The significant role of neutrophils in the development and maintenance of an inflammation in patients with non-allergic asthma is shown. Our data can be used as additional differential criteria for diagnosis of variants of a late-onset asthma, and contribute to understanding the pathogenesis of inflammation in this pathology.

Keywords: late-onset asthma, induced sputum, neutrophils, neutrophil elastase.

Введение. Интерес к изучению поздней астмы, то есть астмы, впервые развившейся во взрослом периоде жизни человека, возрос в последние десятилетия. Объясняется это увеличением числа таких больных, трудностью дифференциальной диагностики, лечения, связанными с особенностями течения заболевания, большим вкладом к клиническую картину симптомов сопутствующей патологии и признаков естественного старения [1–3]. Поздняя астма отличается клинико-патогенетической неоднородностью [4–6] и в настоящее время среди ее клинических форм выделяют неаллергическую позднюю астму, которая в свою очередь подразделяют на эндогенную неаллергическую и идиосинкразическую, в большинстве своем аспириную, астму и смешанную позднюю астму, в патогенезе которой имеются эндогенный и аллергический механизмы. Особенности воспалительного процесса в дыхательных путях, объясняющие персистирующее, часто тяжелое течение заболевания вне зависимости от патогенетического варианта; клинико-функциональные характеристики различных вариантов поздней астмы, особенно в период вне обострения, изучены недостаточно.

Целью исследования было выявление клинических, функциональных и некоторых лабораторных особенностей различных клинико-патогенетических вариантов поздней астмы в период стабильного течения заболевания.

Материалы и методы исследования. Обследовано 46 больных (34 женщины, 12 мужчин) неаллергической поздней астмой (НПА) и 20 больных (18 женщин, 2 мужчин) смешанной поздней астмой с ведущим аллергическим механизмом (СПА). Средний возраст больных на период начала заболевания не имел различий в двух группах и составлял $43,6 \pm 2,3$, $42,2 \pm 2,9$ лет соответственно, а к началу исследования — $56,3 \pm 2,2$ и $52,4 \pm 2,7$ лет соответственно. У всех больных стабильное течение заболевания имелось по крайней мере в течение трех месяцев перед исследованием. В ходе работы группа НПА была разделена на две подгруппы — эндогенная неаллергическая астма (ЭНА) в которую вошли 28 больных (20 женщин, восемь мужчин) и идиосинкразическая (аспиринная) астма (АА), в которую вошли 18 больных (14 женщин, четыре мужчины), средний возраст которых на период начала заболевания, на период исследования, продолжительность течения болезни не различались. Все больные были подвергнуты комплексному клинико-функциональному, цитологическому и иммунологическому обследованию. Из лабораторных показателей были изучены цитологический состав индуцированной мокроты, уровень нейтрофильной эластазы (НЭ) в сыворотке крови и в нейтрофилах мокроты [внутриклеточная нейтрофильная эластаза (ВНЭ)], уровень интерлейкина 8 (ИЛ-8) в мокроте. Статистическую обработку полученных результатов проводили,

используя методы непараметрической статистики на ПЭВМ с применением пакета прикладных программ STATISTICA v.6.0.

Результаты и их обсуждение. Анализ анамнестических данных выявил, что, несмотря на проведенную базисную терапию глюкокортикостероидами, которая позволяла добиться контролируемого течения заболевания, стабильных показателей пикфлоуметрии, отсутствия ограничений в повседневной жизни, более половины больных в группах эндогенной неаллергической астмы и аспириновой астмы отмечали сохранение тех или иных симптомов нарушения дыхания. Для больных с ЭНА более характерным был кашель с выделением или без выделения слизистой мокроты ($f=0,64$). Больные с АА чаще отмечали нарушения дыхания по типу экспираторной приступообразной одышки ($f=0,55$). Больных со СПА характеризовало более благоприятное течение болезни в межприступный период, меньшая частота встречаемости симптомов заболевания, таких как одышка ($f=0,2$), кашель ($f=0,2$).

При оценке показателей вентиляционной функции легких выявлено, что у больных со стабильным течением поздней астмы сохранялись нормальными значения ЖЕЛ, ОФВ₁ и индекса Тиффно, однако наблюдались признаки частично или полностью обратимых нарушений на уровне периферических отделов дыхательных путей, о чем свидетельствовали низкие значения средней объемной скорости середины выдоха (СОС 25–75) — меньше 45% должного до пробы с бронхолитиком во всех трех группах. Часть пациентов имела неполностью обратимые обструктивные изменения на уровне мелких бронхов, что согласуется с данными литературы [7–11]. Такие нарушения

вентиляционной способности легких с достоверно большей частотой наблюдались у больных с ЭНА ($f=0,64$), что можно объяснить преобладанием отечно-секреторного компонента в генезе бронхообструктивного синдрома у таких больных. Однако нами не получено корреляции данного феномена ни с длительностью, ни с тяжестью течения астмы [12, 13]. При анализе показателей вентиляционной способности легких выявлена также значимая роль бронхоспазма в обструктивном синдроме. Прирост ОФВ₁ в среднем по группам больных астмой был больше 15%. Несмотря на длительность течения заболевания (в среднем больше 10 лет), сохранение клинических симптомов астмы и признаков генерализованной обструкции, у всех больных астмой имелась нормальная диффузионная способность легких. При анализе особенностей местных изменений в бронхолегочной системе в трех обследуемых группах выявлена гетерогенность клеточного состава индуцированной мокроты в зависимости от клинко-этиологической формы астмы (табл. 1).

В первую очередь обращает внимание повышенное содержание эозинофилов во всех анализируемых группах, а также выраженная нейтрофилия мокроты у пациентов с ЭНА.

Как известно, патогенез заболевания зависит не только от количества и соотношения популяций клеток, но и от их функциональной и метаболической активности. При анализе некоторых показателей активности нейтрофилов (табл. 2) также выявлена значимая роль этих клеток в патогенезе эндогенной неаллергической астмы, что проявлялось достоверно большим содержанием маркера протеолитической функции нейтрофилов — внутриклеточной нейтрофильной эластазы в мок-

Таблица 1

Клеточный состав индуцированной мокроты у больных эндогенной неаллергической астмой (ЭНА), аспириновой астмой (АА) и смешанной поздней астмой (СПА) ($M \pm m$)

Показатель	ЭНА n=28	АА n=18	СПА n=20	P ₁₋₂	P ₁₋₃	P ₂₋₃
Общее количество клеток ($\times 10^6$ /мл)	5,3 $\pm$ 0,6	3,6 $\pm$ 0,4	3,1 $\pm$ 0,3			
Лимфоциты (%)	1,4 $\pm$ 0,2	1,8 $\pm$ 0,3	1,5 $\pm$ 0,1			
Реснитчатый эпителий (%)	7,1 $\pm$ 1,3	7,6 $\pm$ 1,6	12,5 $\pm$ 3,9			
Макрофаги (%)	23,4 $\pm$ 6,1	52,5 $\pm$ 9,3	33,6 $\pm$ 6,3	p<0,05		p<0,05
Эозинофилы (%)	5,2 $\pm$ 1,3	10,6 $\pm$ 1,1	16,5 $\pm$ 2,7	p<0,05	p<0,05	p<0,05
Нейтрофилы (%)	62,9 $\pm$ 11,2	27,5 $\pm$ 7,1	25,3 $\pm$ 4,5	p<0,05	p<0,05	

Таблица 2

Содержание маркеров активности нейтрофилов в мокроте и крови у обследованных пациентов ($M \pm m$)

Показатель	ЭНА n=28	АА n=18	СПА n=20	P ₁₋₂	P ₁₋₃	P ₂₋₃
Нейтрофильная эластаза крови (нг/мл)	188,3 $\pm$ 33,9	142,3 $\pm$ 33,1	118,2 $\pm$ 21,8			
Внутриклеточная нейтрофильная эластаза мокроты (HScore*)	31,3 $\pm$ 3,7	19,5 $\pm$ 3,5	8,8 $\pm$ 1,9		p<0,05	p<0,05
ИЛ-8 мокроты (пг/мл)	762,4 $\pm$ 136,0	846,7 $\pm$ 165,1	715,0 $\pm$ 32,7			

* Histo Score — единица измерения, принятая при проведении иммуноцитохимической реакции.

роте у этой группы больных в отличие от двух других групп. В то же время уровень НЭ в крови был нормальным у всех больных, что в определенной мере свидетельствует об ограничении патологических изменений в пределах бронхолегочной системы. Уровень ИЛ8 был повышен во всех группах, но значимо не различался в зависимости от клинического варианта астмы.

Нами была выявлена прямая зависимость между активностью нейтрофилов и тяжестью течения неаллергической астмы. Значения НЭ крови и ВНЭ мокроты, ИЛ-8 мокроты нарастали от легкой степени до тяжелой. Корреляционный анализ позволил также выявить у больных неаллергической поздней астмой прямую связь между уровнем внутриклеточной нейтрофильной эластазы мокроты и СОС 25–75 ($r=0,58$, $p<0,05$), ВНЭ мокроты и степенью прироста ОФВ1 ($r=0,65$, $p<0,05$), между СОС 25–75 и ИЛ8 в мокроте ($r=0,48$, $p<0,05$). Такой взаимосвязи у больных СПА не было получено, что предполагает иной характер воспаления, формирующий обструкцию и гиперреактивность дыхательных пу-

тей у больных с аллергическим компонентом в патогенезе астмы. В частности, у этих пациентов выявлена взаимосвязь между относительным содержанием эозинофилов в мокроте и степенью прироста ОФВ1 ($r=0,49$, $p<0,05$), что предполагает значимое участие эозинофилов в формировании бронхиального воспаления, способствующего функциональным нарушениям.

Выводы

1. В стабильный период течения поздней астмы сохраняются клинические и функциональные нарушения, имеющие особенности в зависимости от клинико-патогенетического варианта болезни.

2. Значимую роль в поддержании персистирующего воспаления в дыхательных путях больных неаллергической поздней астмой играют нейтрофильные гранулоциты и продукт их синтеза — нейтрофильная эластаза.

3. Повышение уровня внутриклеточной нейтрофильной эластазы и ИЛ8 в мокроте отражает нарастание тяжести течения неаллергической поздней астмы.

Литература

1. Батагов С.Я. Особенности течения бронхиальной астмы в пожилом и старческом возрасте: Автореф. дис. ... д-ра. мед. наук.— СПб., 1999.— С. 37.
2. Волков В.Г., Стрелис А.К. Бронхиальная астма.— Томск, 1996.— 568 с.
3. Fanta Ch.H. Asthma in elderly // J. Asthma.— 1989.— Vol. 26.— № 2.— P. 87–97.
4. Собченко С.А. Особенности течения и организация длительного лечения поздней астмы: Авторская диссертация ... д. мед. наук.— СПб., 1997.— С. 302.
5. Brun J. L'asthme intrinsèque // J. Med. Caen.— 1980.— Vol. 15.— № 2.— P. 51–56.
6. Buist A.S. Asthma mortality: What have we learned? // J. Allergy Clin. Immunol.— 1989.— Vol. 84.— № 36.— P. 275–283.
7. Аля Хусейн Мали Аль-Салами. Клинико-функциональные особенности бронхиальной астмы у больных в пожилом и старческом возрасте: Автореф. дис. ... канд. мед. наук.— СПб., 1992.— С. 20.
8. Гембитский Е.В., Алексеев В.Г., Печатников Л.М., Герасимов Г.М. Бронхиальная астма в среднем и пожилом возрасте // Тер. Архив.— 1984.— № 3.— С. 16–19.
9. Nishiyama O., Taniguchi H., Kondo Y., Mizuno Y., Ito S., Wakayama H., Nakagawa T. Irreversible airflow limitation in asthmatics // Arerugi.— 1998.— Vol. 47.— № 12.— P. 1258–63.
10. Kenneth S., Paul A., Patterson R. Airways Obstruction in Patients With Long-term Asthma Consistent With 'Irreversible Asthma' // Chest.— 1997.— Vol. 112.— P. 1234–1240.
11. Куделя Л.М. Поздняя астма — особенности клинического течения, иммунологические, функциональные и цитологические маркеры оптимизации лечения: Автореф. дис. ... д. мед. наук.— Барнаул, 2002.— С. 46.
12. Weiner P., Magadle R., Waizman J., Weiner M., Rabner M., Zamir D. Characteristics of asthma in the elderly // Eur Respir J.— 1998.— Vol. 12.— P. 564–568.
13. Яшина Л.А. Клинико-функциональная диагностика бронхиальной астмы // Укр. пульмон. журн.— 2000.— № 2, дополнение.— С. 16–19.

Адрес для контакта: Санкт-Петербург, пр. Солидарности 4, кафедра пульмонологии СПбМАПО, телефон 812 583 16 00, e-mail: pulm@maps.spb.ru

КЛИНИЧЕСКИЕ ВАРИАНТЫ И ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ БИЛИАРНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ С ПОМОЩЬЮ КВЧ-ТЕРАПИИ

И.Р.Коколадзе, В.А.Александрова, В.В.Кириянова

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

CLINICAL TYPES AND EFFICIENCY OF EXTREMELY HIGH-FREQUENCY WAVES THERAPY IN TREATMENT OF FUNCTIONAL DISORDERS OF BILIARY SYSTEM IN CHILDREN

I.R.Kokoladze, V.A.Aleksandrova, V.V.Kiryanova

St-Petersburg Medical Academy of Postgraduate Studies, Russia

© И.Р.Коколадзе, В.А.Александрова, В.В.Кириянова, 2006

В статье приведены результаты сравнительного анализа клинико-функциональной характеристики и различных методов лечения 139 детей с функциональными заболеваниями желчевыводительной системы на фоне последствий перинатального поражения ЦНС и без неврологических отклонений.

Ключевые слова: функциональные нарушения желчевыводительной системы, КВЧ-терапия, последствия перинатального поражения ЦНС.

This article presents the results of a comparative study of clinical and functional characteristics and the results of different methods of treatment in 139 children with functional disorders of the biliary system with the background of consequences of perinatal nervous system damage and without neurological defects.

Keywords: functional disorders of biliary system; consequences of perinatal nervous system damage; extremely high-frequency waves therapy.

Введение. Болезни желчного пузыря и желчевыводящих путей — одни из наиболее распространенных и тяжелых заболеваний органов пищеварения. Свойственное им разнообразие клинических проявлений, длительность течения, нередко затяжные обострения обуславливают частую обращаемость больных за медицинской помощью. Заболевания желчевыводительных путей у детей занимают второе место в структуре всей гастроэнтерологической патологии [1]. Среди них у детей гораздо чаще встречаются функциональные нарушения [2, 3]. Несмотря на то, что развитие гастроэнтерологии привело к значительному прогрессу в области функциональных расстройств, до настоящего времени нет единого взгляда на эту проблему. Остается дискуссионным вопрос об этиопатогенезе функциональных нарушений желчевыводящих путей (ФН ЖВП). В литературе часто встречается мнение о значительной роли заболеваний гастродуоденальной зоны в развитии ФН ЖВП, обусловленных нарушением висцеро-висцерального взаимодействия или нарушением нейрогуморальной регуляции [4]. Многие исследователи предлагают рассматривать патологию желчевыводительной системы как следствие общего невроза у взрослых [5]. В детском возрасте часто не учитывают роль нервной системы в развитии дисфункциональных расстройств билиарной системы. При выборе метода лечения также возникает много дискуссионных вопросов, не всегда удается достичь хорошего лечебного эффекта. Недостаточно эффективная терапия может стать причиной возник-

новения желчнокаменной болезни у детей в раннем возрасте.

В развитии ФН ЖВП имеет значение нарушение не только моторно-эвакуаторной функции, но и вегетативной регуляции у детей с последствиями перинатальной патологии ЦНС.

Цель исследования: изучить клинические варианты функциональных нарушений билиарной системы у детей с последствиями перинатальной патологии ЦНС и без поражения ЦНС, а также оптимизировать результаты лечения методом КВЧ-терапии.

Материал и методы. Нами обследованы 139 пациентов в возрасте 5–12 лет с дисфункцией желчевыводящей системы. Тщательно собран анамнез заболевания, перинатальный анамнез. Органические причины и воспалительные процессы в билиарной системе были исключены с помощью ультразвуковой диагностики. Для определения функции желчевыводящей системы у части детей выполнена эхохолецистография с применением сорбита в качестве желчегонного средства.

Оценивали вегетативный статус (индекс Кердо, минутный объем крови, клиноортостатическая проба, вегетативный тонус по методике А.М.Вейна) [6]. У 112 детей обнаружены последствия перинатальной патологии ЦНС в виде минимальной мозговой дисфункции, которая развивалась у большинства детей на фоне нарушения мозгового кровообращения. У этих детей выявлены синдром вегетативной дисфункции, нарушение осанки и проблемы в шейном отделе позвоно-

чника, что играло роль в нарушении кровообращения в головном мозге. Также были выполнены фиброгастроскопия (ФГДС), реоплетизмография (РПГ) для уточнения характера гастродуоденальной патологии.

Всех обследованных разделили на две группы: А — 27 пациентов с ФН ЖВП без неврологических симптомов и Б — 112 пациентов с ФН ЖВП на фоне последствий перинатального поражения ЦНС.

Всем 139 детям после обследования было рекомендовано общепринятое традиционное лечение. 112 детей с признаками последствий перинатального поражения ЦНС получали неврологическое лечение. Кроме того, для лечения детей с дисфункциями желчевыводящих путей на фоне этих последствий (группа Б), наряду с медикаментозными средствами применяли КВЧ-терапию. Для сравнения эффективности различных схем лечения методом простой рандомизации 112 детей из группы Б были разделены на 5 подгрупп в зависимости от вида лечения: 1-я подгруппа (32 ребенка) получала традиционное медикаментозное лечение; 2-я подгруппа (31) — медикаментозное лечение и КВЧ-терапию на биологическую активную точку (БАТ) центрального действия (VG-14); 3-я подгруппа (30) — медикаментозное лечение и КВЧ-терапию на БАТ местного действия (VB-24); 4-я подгруппа (10 детей) — медикаментозное лечение и КВЧ-терапию на БАТ центрального и местного действия (VG-14 и VB-24); 5-я подгруппа (9 детей) «плацебо» — медикаментозное лечение и имитацию КВЧ-терапии на БАТ центрального действия (VG-14).

КВЧ-воздействие проводили с помощью аппарата «Стелла-1» в диапазоне частоты 53,5 ГГц (длина волны 5,6 мм). Низкочастотная модуляция КВЧ-излучения составляла 0,01 Гц в минуту, девиация — не менее 200 Мг, мощность излучения — до 10 мВт/см². Процедуры продолжительностью 10 минут проводили ежедневно. Курс лечения составлял 10–12 процедур.

Выбор биологически активных зон для воздействия КВЧ-излучением проводили по методике рефлексотерапии [7]. Были использованы 3 варианта воздействия: 1-й вариант — КВЧ-терапия на точку центрального действия VG-14; 2-й вариант — КВЧ-терапия на точку местного действия (область печени) VB-24; 3-й вариант — КВЧ-терапия как комбинация первых двух: 1-й день — VG-14, 2-й день — VB-24.

Эффективность лечения оценивали путем сопоставления общего состояния каждого больного в отдельности до и после лечения по динамике клинической симптоматики ЖКТ (болевой синдром, диспепсические явления) вегетативного статуса (по указанным выше критериям). При этом сопоставляли результаты УЗИ и эхохолецистографии.

При статистическом анализе цифрового материала использован пакет статистической программы «SPSS». Различия считали достоверными при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение. Сравнительный анализ особенностей анамнеза, характера жалоб, клинических проявлений, а также изменений, выявленных с помощью инструментального обследования, показал некоторые различия между группой А и Б.

В анамнезе у детей из группы А отмечена четкая связь начала заболевания с перенесенным в течение последних 6 месяцев острым расстройством ЖКТ или с нервным стрессом. У детей группы Б проблемы с желудочно-кишечным трактом обычно начинались в раннем возрасте, поэтому было трудно отделить анамнез заболевания от анамнеза жизни (в частности, при обработке амбулаторных карт встречались записи о многочисленных осмотрах специалистов различного профиля с разнообразными диагнозами).

Изучение ante- и перинатального анамнеза у детей группы Б показало, что неблагоприятное течение беременности и родов отмечалось у матерей всех 112 (100%) детей. Основными проявлениями перинатальной патологии у детей этой группы были, перинатальная энцефалопатия — у 105 (93,7%) пациентов и родовая травма — у 7 (6,25%). У мальчиков встречались более тяжелые формы перинатальной патологии ЦНС, чем у девочек, чаще регистрировалась и родовая травма.

Анализ клинических проявлений позволил выявить ряд качественных различий между группами. У детей в группе А (без последствий перинатальной патологии ЦНС) боли чаще локализовались в правом подреберье (85,1%) и часто носили ноющий характер (59,2%). У детей из группы Б боли, как правило, имели другую локализацию — около пупка (49,1%), преимущественно колющего и схваткообразного характера (60,7%), обычно возникали при волнении. Диспепсический синдром встречался с одинаковой частотой в обеих группах, но жалобы на тошноту чаще отмечены у детей группы А (44,4%). Астенический синдром отмечен чаще у детей группы Б (100%) и отличался сложностью течения.

При ультразвуковом обследовании патологические признаки в обеих группах встречались с одинаковой частотой (63,7–70,3%; $p < 0,05$). Однако в сократительной функции желчного пузыря выявлены некоторые различия: у детей с последствиями перинатальной патологии ЦНС отмечено некоординированное (хаотичное) сокращение, а у детей с нормальным неврологическим статусом желчный пузырь сокращался по нормо- или гиперкинетическому типу. Можно предположить, что некоординированные сокращения желчного пузыря обусловлены преимущественным расстройством ВНС. Тип сокращения жел-

ного пузыря не зависел от типа нарушения вегетативного статуса.

При сравнении фоновой гастродуоденальной патологии в группах А и Б оказалось, что хронический гастрит и гастродуоденит встречались с одинаковой частотой. В противоположность этому, Нр-инфекция обнаружена у детей группы А в 2 раза чаще (22,2%), чем у детей из группы Б (11,6%) ($p < 0,05$). У всех детей из группы «Б» (80,6%) с функциональными нарушениями желчевыводящих путей (ЖВП) на фоне последствий перинатальных повреждений ЦНС были выявлены нарушения вегетативной нервной системы (ВНС). Эти нарушения характеризовались преобладанием симпатического отдела ВНС (68,7%), тогда как парасимпатикотония встречалась гораздо реже — в 11,6%, а нарушение вегетативного статуса по смешанному типу — у 19,6%. Не отмечено корреляции между типом нарушений ВНС и спектром патологических изменений в клинической картине функциональных нарушений (ФН) ЖВП. У детей группы А грубые нарушения ВНС не были выявлены.

Второй аспект нашего исследования состоял в оценке эффективности различных методов лечения детей с ФН ЖВП.

При лечении детей группы А с типичной клинической картиной ФН ЖВП медикаментозное лечение оказалось вполне успешным и позволило быстро устранить все основные клинические проявления данного заболевания — болевой, диспепсический и астенические синдромы купированы у большинства детей, пузырьные симптомы остались только у 7,4% ($p < 0,001$), патологические изменения, выявляемые на УЗИ — у 18,5% из 70,3% ($p < 0,01$). Однако медикаментозное лечение ФН ЖВП у детей с последствиями последствиями перинатального поражения ЦНС оказалось малоэффективным для устранения патологических изменений, выявляемых на УЗИ (признаки сгущения и кристаллизации желчи купировались только у 9,4% детей ($p < 0,05$), характер сокращений желчного пузыря не изменился), и для нормализации вегетативного статуса (вегетативный статус нормализовался только у 15,6% детей ($p < 0,05$)).

Для повышения эффективности лечения в этой группе применяли КВЧ-терапию.

Устранение болевого, диспепсического и астенического синдрома отмечается при любом виде лечения, однако исчезновение этих синдромов на фоне КВЧ-терапии происходило на 2–4-й день, тогда как на фоне медикаментозной терапии — на 5–7-й день. Купирование «пузырных» симптомов, характерных для ФН ЖВП, отмечено с высокой частотой при всех схемах терапии, но 100% его ликвидация была зарегистрирована в 3-й подгруппе (медикаменты плюс КВЧ-воздействие на БАТ местного действия) и в 4-й подгруппе

(медикаменты плюс КВЧ-воздействие на БАТ центрального и местного действия).

Достоверное снижение частоты патологических изменений, выявляемых при УЗИ, наблюдалось только в подгруппах, где применялась БАТ центрального действия (VG-14) (во 2-й подгруппе, где у 51,6% детей исчезли патологические изменения, и в 4-й подгруппе, где у 50% детей была отмечена положительная динамика). На фоне традиционной медикаментозной терапии устранение УЗИ-патологии отмечено только у 9,4% ($p < 0,05$).

Со стороны вегетативного статуса, сравнительные результаты применения различных схем лечения детей с функциональными нарушениями ЖВП и признаками перинатальных повреждений ЦНС показали, что статистически достоверного положительного эффекта можно достичь только при комплексной терапии. Она включала медикаменты и КВЧ-воздействие (ежедневно) на биологическую активную точку центрального действия — во 2-й подгруппе, где у 54,8% детей нормализовался вегетативный статус, а на фоне медикаментозной терапии только у 15,6% детей ($p < 0,05$).

Выводы

1. Функциональные заболевания желчевыводящих путей у 19,4% детей развиваются на фоне хронической патологии гастродуоденальной зоны, у 80,6% детей — на фоне последствий перинатальной патологии центральной нервной системы.

2. Клинические проявления функциональных нарушений ЖВП зависят от генеза: на фоне гастродуоденита на первый план выступают признаки поражения желчевыводящей системы — болевой и диспепсический синдромы, боли локализуются преимущественно в правом подреберье и носят ноющий характер. А у детей с последствиями перинатальных повреждений ЦНС на первый план выступает астеновегетативный синдром; боли локализуются преимущественно в околопупочной зоне и носят колющий характер.

3. У детей с функциональными нарушениями ЖВП на фоне хронической патологии гастродуоденальной зоны регистрируются нормо- или гиперкинетические типы сокращения желчного пузыря на фоне невыраженных нарушений вегетативного статуса. А у детей с функциональными нарушениями ЖВП на фоне последствий перинатального поражения ЦНС регистрируются хаотичные некоординированные сокращения желчного пузыря на фоне измененного вегетативного статуса.

4. Общепринятая медикаментозная терапия функциональных нарушений желчевыводящих путей на фоне последствий перинатальных повреждений ЦНС мало эффективна для устранения патологических изменений, выявляемых при ультразвуковом исследовании (признаки сгущения и кристаллизации желчи, нарушение сокра-

щений желчного пузыря) и для нормализации вегетативного статуса.

5. КВЧ-воздействие в комплексной терапии является эффективным методом лечения функ-

циональных нарушений желчевыводящих путей. Метод не имеет побочных эффектов, может применяться как в стационарных, так и амбулаторных условиях.

Литература

1. Рабочий протокол диагностики и лечения функциональных заболеваний органов пищеварения у детей. Принят на XI Конгрессе детских гастроэнтерологов России (Москва, 2004). Детская гастроэнтерология.— 2005.— № 2.— С. 34–46.
2. Шабалов Н.П. Детские болезни. Учебник для студентов педиатрических факультетов медицинских вузов.— СПб.— 2003.— 570 с.
3. Коровина Н.А. Захарова И.Н. Холепатии у детей и подростков. Руководство для врача.— Изд. 2-е. М.: 2003.— 67 с.
4. Денисов М.Ю. Практическая гастроэнтерология для педиатра (руководства для врачей).— Изд. 5-е.— М.: 2004.— 367 с.
5. Маев И.В. Диагностика и лечение заболеваний желчевыводящих путей (учебное пособие).— М.: 2003.— 93 с.
6. Вейн А.М. Вегетативные расстройства клиника, диагностика, лечение.— М.: ООО «медицинское информационное агентство», 2003.— 752 с.
7. Лувсан Гаваа. Традиционные и современные аспекты восточной рефлексотерапии.— М.: наука, 1986.— 576 с.

Адрес для контакта: ул. Ольховая дом 2, кафедра педиатрии № 2 МАПО (детская поликлиника №77 Приморского р-на), Санкт-Петербург, 197349, тел. (812) 301 44 07 (08).

ВНИМАНИЮ ЗАКАЗЧИКОВ РЕКЛАМЫ!

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

Стоимость размещения рекламы в одном номере:

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

Рекламный модуль на обложке, цветной:

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

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

По вопросам размещения рекламы обращаться по телефонам:

275 15 56 (главный редактор О.Ю.Кузнецова),
598 93 20, 598 52 22 (ответственный секретарь Н.А.Гурина).

ОСОБЕННОСТИ РАСПРОСТРАНЕНИЯ И СТРУКТУРЫ ТИРЕОИДНОЙ ПАТОЛОГИИ НА ТЕРРИТОРИИ ГОРОДА С НЕБЛАГОПРИЯТНОЙ ЭКОЛОГИЧЕСКОЙ ОБСТАНОВКОЙ И ДЕФИЦИТОМ ЙОДА В БИОСФЕРЕ

И.К.Битарова, Н.В.Ворохобина, А.Р.Кусова

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

THE PREVALENCE AND PATTERN OF THYROID DISEASES IN A CITY WITH ANEGATIVE ECOLOGICAL SITUATION AND IODINE DEFICIENCY

I.K.Bitarova, N.V.Vorokhobina, A.R.Kusova

St-Petersburg Medical Academy of Postgraduate Studies, Russia

© И.К.Битарова, Н.В.Ворохобина, А.Р.Кусова, 2006

Цель исследования — изучение распространенности и структуры болезней щитовидной железы, выявление факторов риска, способствующих их росту в промышленном городе, расположенном в зоне с недостаточностью йода в биосфере. Показано, что среди населения, проживающего в районе размещения предприятий цветной металлургии, заболеваемость тиреоидной патологией почти в 2,5 раза превышает заболеваемость на остальной территории города, что, возможно, является следствием загрязнения окружающей среды отходами производства, в частности тяжелыми металлами, являющимися, по-видимому, струмогенными факторами. Структура тиреоидной патологии соответствует местности с умеренной степенью йодного дефицита.

Ключевые слова: заболевания щитовидной железы, эпидемиология, гигиена.

The aim of the study was to investigate the prevalence and pattern of thyroid diseases in a region with iodine deficiency and exposed to the influence of industrial chemical factors (heavy metals). The findings suggest, thyroid disorders are more frequent in the area, where the industrial plants are situated, than in the others parts of the city. Perhaps the elevated levels of some toxic metals in the environmental are the goitrogenic factors.

Keywords: thyroid disease, epidemiology, environmental hygiene.

Введение. Болезни щитовидной железы (ЩЖ) из всех видов эндокринной патологии наиболее тесно связаны с окружающей средой, поскольку структура и функция ее во многом зависят от поступления извне йода и других микроэлементов. Помимо дефицита йода значительная роль в увеличении заболеваемости патологией ЩЖ отводится антропогенному загрязнению окружающей среды, социально-экономическим факторам, т.к. часто выявляется несоответствие между высоким уровнем заболеваемости зобом среди взрослого и детского населения и легкой и средней степенью йодной недостаточности, испытываемой населением промышленных городов. [1–3]. Установлена неравномерность в распределении тиреоидной патологии на территории городов у детей. Максимум заболеваемости выявлен в районах прилегающих к территориям крупных промышленно-транспортных объектов [4]. Проведенные исследования показали, что ЩЖ обладает способностью депонировать ксенобиотики, в частности, соли тяжелых металлов. Отсутствие производственного контакта обследуемых с обнаруженными в ЩЖ химическими элементами доказывает, что попадание ядов в организм и их депонирование обусловлено антропогенным загрязнением внешней среды. [5]

Республика Северная Осетия-Алания (РСО-Алания) отнесена к территориям с легкой степенью йодной недостаточности (медиана йоду-

рии составляет 64–78 мкг/л) [6]. Столица РСО-Алания г. Владикавказ является крупным промышленным центром. Цветная металлургия занимает ведущее место в отраслевой структуре города и представлена несколькими предприятиями, отходы производства которых оказывают значительное влияние на биосферу. В атмосферном воздухе, почве, водной системе г. Владикавказа определены высокие концентрации солей тяжелых металлов — свинца, цинка, кадмия, кобальта, молибдена и др. В организме жителей города повышено содержание свинца и кадмия, что подтверждено их исследованием в волосах и моче [7].

По данным республиканского эндокринологического диспансера в г. Владикавказе за последние годы уровень заболеваемости основными заболеваниями щитовидной железы имеет тенденцию к возрастанию. Поэтому целью нашего исследования явилось изучение распространенности и структуры этих заболеваний на территории города, а также выявление вероятных факторов их риска.

Материалы и методы. Структуру и распространенность тиреоидной патологии оценивали по обращаемости. Была произведена выкопировка данных из амбулаторных карт 1706 жителей г. Владикавказа, состоящих на учете в эндокринологическом диспансере РСО-Алания, обратившихся за помощью с 1995 по 2005 гг. Информа-

цию заносили в специально разработанную анкету, содержащую паспортные данные, анамнез, результаты УЗИ, анализы гормонального фона, проводимое лечение.

Полученные сведения дифференцировали по нозологическим формам и возрастно-половым признакам. Для верификации диагноза были использованы следующие критерии. Узловые формы зоба — в данную группу включены лица, имеющие в ЩЖ одно или несколько узловых образований более 1 см в диаметре. Также были выделены многоузловые формы зоба — при наличии более одного узлового образования, превышающего в диаметре 1 см. Диффузное увеличение ЩЖ — в этой группе были представлены лица с превышением верхнего значения нормального объема железы (18 мл у женщин и 25 мл у мужчин).

Синдром гипертиреоза — в связи с методическими трудностями интерпретации сведений, содержащихся в амбулаторных картах, не всегда было возможно выделить нозологические формы с повышенной функцией ЩЖ. Мы были вынуждены объединить в данной группе всех пациентов с гипертиреозом или уровнем ТТГ ниже нормальных значений (за исключением вызванного приемом избыточных количеств L-тироксина) на настоящий момент, а также в анамнезе за последние десять лет.

Для изучения экологической обстановки в г. Владикавказе и степени ее антропогенного загрязнения был проведен сбор и ретроспективный анализ данных различных организаций и учреждений, имеющих соответствующую информацию за истекшее десятилетие (Северо-Осетинского Центра по гидрометеорологии и мониторингу окружающей среды, ФГУ «Центрводресурсы», Центра Госсанэпиднадзора РСО-Алания, ежегодный Государственный доклад «О состоянии окружающей природной среды и деятельности министерства охраны окружающей среды и природных ресурсов РСО-Алания»). Оценивалась степень загрязненности почвы, воздуха, водных ресурсов антропогенными поллютантами и солями тяжелых металлов в частности.

Согласно полученной информации, вся территория города разделена на зоны, различающиеся по степени напряженности экологической ситуации:

- зона с повышенной экологической нагрузкой — промышленная зона, с расположенными на ее территории предприятиями цветной металлургии;

- зона с относительно благоприятной экологической обстановкой.

Для выявления распределения тиреоидной патологии были рассчитаны показатели заболеваемости в вышеуказанных зонах в целом и по отдельным заболеваниям по общепринятым методикам.

Результаты и их обсуждение. Возраст обследованных составил 16–87 лет (средний возраст 58,5 лет). Среди пациентов во всех возрастных группах преобладали женщины — 87,9%. Доля узловых форм зоба составила 27%, синдрома гипертиреоза — 24%, диффузное увеличение щитовидной железы — 22%.

Среди женщин самым частым заболеванием явились узловые формы зоба (31,2%), диффузное увеличение железы отмечено в 23,3%, синдром гипертиреоза в 25,8%. Среди мужчин был наиболее распространен синдром гипертиреоза (32,4%), узловые формы зоба отмечены в 13,5%. Диффузное увеличение железы встречалось с одинаковой частотой у женщин и мужчин (25,1%).

Структура патологии щитовидной железы существенно зависела от возраста. Так, среди молодых лиц более часто встречалось диффузное увеличение щитовидной железы. Эта форма имеет максимальное распространение в самой младшей возрастной группе — 41%, и далее частота ее постепенно снижается. В противоположность этому, узловые формы зоба имели наименьшую распространенность (14,2%) и частота их возрастает по мере увеличения возраста, достигая максимума к 71–80 годам (59,3%). Распространенность многоузлового зоба, в свою очередь, также возрастала с возрастом, достигая максимума к 71–80 годам. В этой возрастной группе на долю многоузлового зоба среди всех узловых образований приходится 50%. Синдром гипертиреоза является самым частым среди лиц 31–40 лет — 26,9% и далее частота его постепенно снижается.

Выявленная структура тиреоидной патологии, а именно: высокая распространенность узлового зоба в пожилом возрасте по сравнению с молодыми и высокая распространенность диффузного увеличения щитовидной железы в молодом возрасте по сравнению с пожилыми людьми укладывается в концепцию патоморфоза йоддефицитной патологии щитовидной железы [8].

Уровень заболеваемости тиреоидной патологией для зоны с повышенной экологической нагрузкой составил 1316,14 на 100 тыс. населения, для зоны с относительно благоприятной экологической обстановкой — 565,15 на 100 тыс. населения. Таким образом, в зоне с повышенной экологической нагрузкой уровень заболеваемости превышает показатели на остальной территории города почти в 2,5 раза.

При рассмотрении уровней заболеваемости по отдельным, наиболее часто встречающимся нозологиям на территории обследованных зон выявлено следующее: в промышленной зоне диффузное увеличение щитовидной железы встречалось чаще, чем на остальной территории города, в 3,5 раза, узловые формы зоба — в 2,7 раза, синдром гипертиреоза — в 2,3 раза.

В итоге, несмотря на сопоставимую степень йодного дефицита, территориальную и климато-географическую близость, заболеваемость населения была различной в зависимости от места проживания. Причины высокого уровня заболеваемости патологией щитовидной железы на территории расположения промышленных предприятий можно, по-видимому, объяснить неблагоприятным состоянием биосферы в связи с высоким уровнем загрязнения ее тяжелыми металлами. В подобной ситуации традиционная йодная профилактика, возможно, окажется недостаточно эффективной.

Таким образом, для ликвидации зубной эндемии и предотвращения роста тиреоидной патологии необходимо улучшение экологической обстановки в регионе.

Выводы

1. Структура тиреоидной патологии на территории г. Владикавказа характерна для региона с умеренным дефицитом йода в биосфере. Наиболее частой патологией щитовидной железы во всех возрастных группах являются узловые формы зоба, и их доля возрастает с возрастом. Далее следуют диффузное увеличение щитовидной железы и синдром гипертиреоза.

2. Не исключено, что повышенный уровень заболеваемости в промышленной зоне обусловлен воздействием отходов производства предприятий цветной металлургии, что необходимо учитывать при проведении социально-гигиенического мониторинга и при разработке лечебно-профилактических мероприятий.

Литература

1. Боев В.М., Утенина В.В., Карпенко И.Л. и др. Влияние окружающей среды на распространенность тиреоидной гиперплазии у детей сельских населенных пунктов Оренбургской области // Гигиена и санитария.— 1998.— № 2.— С. 37–41.
2. Голдырева Т.П. Особенности течения йоддефицитного зоба в экологически неблагоприятной местности: Автореф. дис... канд. мед. наук.— Самара, 1998.
3. Пальчикова Н.А. Функциональное состояние щитовидной железы при действии на организм экологических факторов различной природы: Автореф. дис... канд. мед. наук.— Новосибирск, 2004.
4. Терпугова О.В., Поярков В.Б. Эндемический зоб у детей в условиях современного промышленного города. // Педиатрия.— 1996.— № 3.— С. 7–12.
5. Терещенко И.В., Голдырева Т.П., Бронников В.И. Микроэлементы и эндемический зоб // Клиническая медицина.— 2004.— № 1.— С. 62–67.
6. Дедов И.И. Стратегия ликвидации йоддефицитных заболеваний в Российской Федерации // Проблемы эндокринологии.— 2001.— № 6.— С. 5.
7. Ревич Б.А. и соавт. Основы оценки воздействия загрязнения окружающей среды на здоровье человека.— М.: 2004.— С. 167.
8. Фадеев В.В. Заболевания щитовидной железы в районе легкого йодного дефицита.— М.: 2005.— С. 97.

Адрес для контакта: bitarova_i@mail.ru

ПОРАЖЕНИЯ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКОЙ

О.А.Ключникова, В.И.Мазуров, Т.И.Макеева, П.Вильбурн

ГОУ ДПО Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования Росздрава, Россия; Университет Калифорнии, Девис, США

HEART DISEASE IN PATIENTS WITH SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS

O.A.Kluchnicova, V.I.Mazurov, T.I.Makeeva, P.Wilburn

Saint-Petersburg Medical Academy of Postgraduate Studies, Russia; University of California, Davis, US

© Коллектив авторов, 2006 г.

Обследовано 60 больных системной красной волчанкой в возрасте 17–71 года с длительностью заболевания от двух месяцев до 41 года. Поражение сердца выявлено у 47 человек (78%), из них у 44 (73,3%) диагностирован асептический эндокардит Либмана — Сакса с преимущественным поражением митрального клапана; 24 больных (40%) имели очаговые миокардиты. У 13 из 54 пациентов (21,7%) выявлен перикардит, сочетавшийся, как правило, с асептическим эндокардитом и/или с эндомиокардитом.

Ключевые слова: системная красная волчанка, эндокардит Либмана — Сакса, миокардит, перикардит.

60 patients were examined with systemic lupus erythematosus; in age from 17 and 71 and with duration of disease from two months to 41 years. 47 patients (78 percent) had heart disease. 44 patients (73,3 percent) had diagnosed noninfectious Libman-Sacks endocarditis with most involvement of the mitral valve. 24 patients (40 percent) have myocarditis in subclinical (focal) forms. 13 patients (21,7 percent) had pericarditis, combined, as a rule, with aseptic Libman — Sacks endocarditis and endomyocarditis.

Keywords: Systemic lupus erythematosus; Libman-Sacks endocarditis; myocarditis; pericarditis.

Введение. В настоящее время заболеваемость системной красной волчанкой (СКВ) составляет от 4 до 250 случаев на 100000 населения в год. Наиболее часто СКВ развивается у женщин репродуктивного возраста, пик заболеваемости приходится на возраст 15–25 лет. Смертность при СКВ в три раза выше, чем в популяции, при этом среди ее причин поражение сердечно-сосудистой системы занимает третье место после инфекций и почечной недостаточности. По данным аутопсии, кардиоваскулярные нарушения отсутствуют лишь у 7,5% больных [1–4].

Цель исследования: изучить особенности поражения сердца у больных СКВ в зависимости от возраста пациентов, вариантов течения и длительности заболевания.

Материалы и методы. Обследовано 60 больных СКВ [58 женщин и двое мужчин в возрасте от 17 до 71 года (в среднем, $42,4 \pm 1,7$ года)] с длительностью заболевания от двух месяцев до 41 года (в среднем, $10,8 \pm 1,2$ года). 24 пациента были в возрасте от 17 до 39 лет, 29 человек — 40–59 лет, 7 больных — старше 60 лет. Диагноз СКВ верифицировался на основании 4 или более из 11 критериев Американской ассоциации ревматологов (1982). Согласно классификации В.А. Насоновой (1972), у 4 пациентов течение СКВ было острым, активность III степени; у 25 человек — подострым, активность II степени; у 31 больного — хроническим, активность I степени. Все больные получали преднизолон в сочетании с азатиоприном. Эхокардиографическое исследование (ЭхоКГ) выполнялось на аппарате «Logiq 500» (General Electric) по стандартной ме-

тодике. Рассчитывали массу миокарда левого желудочка (ММЛЖ) по формуле R. Devereux и N. Reichek; индекс ММЛЖ по формуле: ММЛЖ/площадь поверхности тела; фракцию выброса (ФВ) ЛЖ по Simpson (%). Холтеровское мониторирование (ХМ) проводили на приборе «Кардиотехника-4000» («Инкарт», Россия).

Результаты. Поражение сердца выявлено у 47 из 60 больных СКВ, что составило 78,3%: среди пациентов 17–39 лет — 70,8% (у 17 из 24); 40–59 лет — 79,3% (у 23 из 29) и у 7 больных старше 60 лет. По данным разных авторов, частота поражения сердечно-сосудистой системы при СКВ составляет от 52 до 89% [5–7]. Лишь у 13 пациентов с длительностью заболевания $8,2 \pm 2,4$ года и активностью I–II степени, средний возраст которых составил $35,5 \pm 3,2$ года, патологии сердца выявлено не было, размеры камер сердца и ФВ были нормальными. Так, размеры левого (ЛП) и правого предсердий (ПП) составили $35,5 \pm 1,86$ мм и $37,4 \pm 1,84$ мм, соответственно; размер правого желудочка (ПЖ) — $22,49 \pm 1,09$ мм; конечный диастолический размер (КДР) ЛЖ — $47,3 \pm 0,92$ мм; ММЛЖ — $158,6 \pm 10,7$ г; индекс ММЛЖ — $91,7 \pm 5,52$ г/м²; ФВ ЛЖ — $65,5 \pm 1,47\%$.

Известно, что миокард вовлекается в патологический процесс приблизительно у 10% больных СКВ [8], а по данным аутопсии — в 40–80% случаев [9, 3, 10, 11]. Нами миокардит был диагностирован у 24 из 60 больных СКВ (40%). У 21 из них миокардит был очаговым (субклиническим). У данных пациентов на ЭхоКГ определялись участки фиброза в области передней стенки ЛЖ и/или в межжелудочковой перегородке (МЖП),

однако размеры камер сердца и ФВ ЛЖ были нормальными. По данным ХМ, выявлялись нарушения сердечного ритма в виде частой (более 88,3/сут.) одиночной предсердной экстрасистолы (ПЭ), пробежек и неустойчивых пароксизмов предсердной тахикардии (ПТ) (в среднем, $2,3 \pm 0,98$ /сут.) и частой мономорфной желудочковой экстрасистолы ($60,85 \pm 31,2$ /сут.). У одной из больных развилась атриовентрикулярная блокада III степени. Средний возраст этих 21 пациентов составил $48,3 \pm 2,84$ года: от 17 до 39 лет — пять человек, от 40 до 59 лет — 11, старше 60 лет — пять. Длительность СКВ колебалась от двух месяцев до 41 года. У 12 пациентов течение СКВ было хроническим, у девяти — подострым.

У трех пациентов течение болезни осложнилось развитием диффузного миокардита с исходом в дилатационную кардиомиопатию. При ЭхоКГ у них определялось расширение всех камер сердца, гипокинезия стенок, снижение ФВ, фиброз МЖП и задней стенки ЛЖ, спонтанное контрастирование и пристеночные тромбы. Средний возраст больных составил $44 \pm 14,7$ лет; длительность заболевания — от 2 месяцев до 10 лет (в среднем, $3,7 \pm 3,15$ года); преобладало подострое течение с активностью III ст. У двух больных (17 и 47 лет) с признаками эндомио- и перикардита, с легочной гипертензией II–III ст. и повторными тромбоэмболиями в сосуды малого круга кровообращения наступил летальный исход. По данным ХМ, у них выявлялась постоянная синусовая тахикардия, частые (более 100/сут.) одиночные и парные предсердные экстрасистолы, пароксизмы предсердной тахикардии (до 168/сут.).

Типичным для СКВ является развитие асептического эндокардита Либмана — Сакса, выявляемого у 50–77% больных [12–14], при этом чаще поражается митральный клапан [15], реже — аортальный, трикуспидальный и пульмональный [16, 17]. Признаки эндокардита Либмана — Сакса были выявлены нами на ЭхоКГ у 44 из 60 больных СКВ, т.е. в 73,3% случаев. Створки митрального, аортального и трикуспидального (МК, АК, ТК) клапанов были неравномерно утолщены и фиброзированы, однако без вегетаций, тромбоцитарных наложений и деформаций. Определялось пролабирование передней створки или обеих створок МК, утолщение и укорочение хорд МК и ТК. В результате этих изменений на МК возникала регургитация 1–2 ст., на ТК — 1 ст., на АК — 1 ст. Чаще всего поражался МК, затем МК+ТК+АК, и, редко, МК+ТК. Определялось уплотнение стенок аорты, колец МК и ТК с кальцинозом отдельных сегментов и корня аорты, утолщение пристеночного эндокарда. У пяти больных были утолщены пульмональные полулуния (ПК) с регургитацией 1 ст. Лишь у одного из 44 пациентов наблюдалось однонаправленное движение створок МК, была снижена скорость

диастолического прикрытия передней створки МК, площадь митрального отверстия составляла около $2,3 \text{ см}^2$, что сочеталось с митральной недостаточностью (МН) 1–2 ст. и АН 1 ст. У 17 пациентов был диагностирован изолированный эндокардит, у 16 эндокардит сочетался с очаговым миокардитом, у 13 — с перикардитом, у 7 имел место эндомиоперикардит.

На фоне терапии глюкокортикостероидами и азатиоприном течение небактериального эндокардита у больных СКВ было преимущественно бессимптомным и благоприятным. Нарушения внутрисердечной гемодинамики не вызывали расширения полостей сердца, которые оставались нормальными: ЛП — $35,4 \pm 0,78$ мм; ПП — $38,3 \pm 0,77$ мм; КДРЛЖ — $46,9 \pm 0,61$ мм; ПЖ — $23,96 \pm 0,54$ мм; ММЛЖ — $169,6 \pm 7,55$ г; индекс ММЛЖ — $97,1 \pm 4,1$ г/м²; ФВ — $67,2 \pm 0,87\%$. Длительность заболевания составила, в среднем, $11,6 \pm 1,4$ года, преобладала активность I–II степени.

Частота перикардита при СКВ составляет 25,6%, а на аутопсии его выявляют в 62,1% случаев [3]. В нашем исследовании перикардит был диагностирован у 13 из 60 пациентов (21,7%) с СКВ, при этом у них определялось утолщение листков перикарда и небольшое количество экссудата в сердечной сумке. Возраст пациентов составил от 17 до 63 лет, длительность заболевания — от двух месяцев до 33 лет; у двух пациентов течение СКВ было острым, у шести — подострым, у пяти — хроническим. Перикардит, как правило, сочетался с эндокардитом или с эндомиокардитом.

Обсуждение. Полученные результаты исследования свидетельствуют о том, что в настоящее время увеличилась частота встречаемости остро и подостро протекающих форм СКВ, что имело место у 29 из 60 обследованных, двое из которых умерли. Нам удалось подтвердить известное ранее положение о том, что во всех возрастных группах больных СКВ частота поражений сердца остается достаточно высокой и их диагностика затруднена в связи с бессимптомным течением и частым присоединением сопутствующей патологии сердечно-сосудистой системы. В нашем исследовании, помимо разнообразных по характеру более в области сердца, пациенты предъявляли жалобы на одышку, сердцебиение в покое и при малейшей физической нагрузке, перебои в работе сердца. Ни у кого из обследованных в анамнезе не было сведений о перенесенном ранее остром инфаркте миокарда. Возможно, при подостром и хроническом вариантах течения СКВ ишемическая болезнь сердца (ИБС) встречается не так часто, как об этом пишут в ряде исследований.

Наибольшие трудности у клиницистов вызывает диагностика так называемых субклинических форм волчаночного миокардита. Первостепенное значение в его диагностике имеют преходя-

щие нарушения сердечного ритма и проводимости на фоне нормальных размеров сердца и фракции выброса, низкая толерантность к физической нагрузке. О перенесенных очаговых миокардитах свидетельствуют и мелкие очаги фиброза, выявляемые при эхокардиографии в процессе динамического наблюдения. Морфологической основой пороков сердца, формирующихся при СКВ, является так называемый небактериальный эндокардит Либмана — Сакса, протекающий, как правило, доброкачественно и не вызывающий грубых изменений внутрисердечной гемодинамики.

Заключение. Установлено поражение сердца у 78,3% обследованных больных СКВ. При этом частота развития эндокардита Либмана — Сакса

достигает 73,3%. Обычно эта форма эндокардита проявлялась гемодинамически малозначимой недостаточностью митрального клапана и иногда сочеталась с трикуспидальной, аортальной и пульмональной недостаточностью. Стеноз клапанов сердца при СКВ формируется редко. Миокардит, диагностированный нами у 40% больных СКВ, протекал по типу очагового с формированием наджелудочковых тахикардий и выявленных прижизненно локальных участков фиброза в миокарде. Что касается поражения перикарда, то мы наблюдали у 21,7% больных СКВ экссудативный перикардит, который, как правило, сочетался с асептическим эндокардитом Либмана — Сакса или с эндомиокардитом.

Литература

1. Клинические рекомендации. Ревматология / Под ред. Е.Л. Насонова. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. — С. 141–167.
2. Bastos C.J., Queiroz A.C., Martinelli R. Cardiac involvement in systemic lupus erythematosus: anatomic-pathological study // Rev. Ass. Med. Bras. — 1993. — Vol. 39. — № 3. — P. 161–164.
3. Falcao C. A., Lucena N., Alves I. C. et al. Lupus carditis // Art. Bras. Cardiol. — 2000. — Vol. 74. — № 1. — P. 64–71.
4. Moss K. E., Ioannou Y., Sultan S.M. et al. Outcome of a cohort of 300 patients with systemic lupus erythematosus attending a dedicated clinic for over two decades // Ann. Rheum. Dis. — 2002. — Vol. 61. — P. 409–413.
5. Меньшикова И.В., Чурганова Л.Ю., Капелиович М.Р. Состояние сократительной функции миокарда у больных системной красной волчанкой и ревматоидным артритом // Клин. медицина. — 1991. — № 3. — С. 42–44.
6. Зюженков М.В. Патология сердца при системной красной волчанке (клинико-функциональное и морфологическое исследование) / Автореф. дис...доктора мед. наук. — Минск. — 1996. — 44 с.
7. Шакимова Б.Ш., Демин Е.П. Клинико-функциональная оценка кардиальных изменений у больных системными заболеваниями соединительной ткани // Рос. ревматол. — 1998. — № 2. — С. 31–37.
8. Hahn B.H. Systemic lupus erythematosus // J. Fla. Med. Assoc. — 1995. — Vol. 82. — P. 332–337.
9. Doherty N.E., Siegel R.J. Cardiovascular manifestations of systemic lupus erythematosus // Am. heart. j. — 1985. — Vol. 110. — P. 1257–1265.
10. Wijetunga M., Rockson S. Myocarditis in systemic lupus erythematosus // The American journal of medicine. — 2002. — Vol. 113. — P. 419–423.
11. Chan Y.K., Li E.K., Tam L.S. et al. Intravenous cyclophosphamide improves cardiac dysfunction in lupus myocarditis // Scand. j. rheumatol. — 2003. — Vol. 32. — P. 306–308.
12. Демин А.А., Сентякова Т.Н., Семенова Л.А., Останькович О.И. Эндокардит при системной красной волчанке // Клин. медицина. — 1996. — № 4. — С. 24–27.
13. Габитов С.З., Юнусов Р.В., Абдрахманова А.И. Эндокардит Либмана — Сакса // Казанский мед. журн. — 2001. — № 3. — С. 210–212.
14. Maksimowicz-McKinnon K, Mandel B.F. Understanding valvular heart disease in patients with systemic autoimmune diseases // Cleveland clinic journal of medicine. — 2004. — Vol. 71. — №11. — P. 881–885.
15. Homcy C.J., Liberthson R.R., Fallon J.T. et al. Ischemic heart disease in systemic lupus erythematosus in the young patients: Report of six cases // Am. J. Cardiol. — 1982. — Vol. 49. — P. 478.
16. Козлова Л.К., Тамгина Т.Ф., Нурждина Т.В. и др. Функциональное состояние сердца по данным эхокардиографии и состояния липидного обмена у больных системной склеродермией и системной красной волчанкой // Тер. архив. — 2001. — № 5. — С. 33–36.
17. Stevens M.B. Lupus carditis // N. engl. J. med. — 1988. — Vol. 319. — P. 861–862.

Адрес для контакта: makeeva@ctinet.ru, oxana_kl@mail.ru

МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ И ЕГО ВЛИЯНИЕ НА КОСТНОЕ РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ

Е.А.Кочеткова, А.С.Соловьева, О.А.Белых, Н.А.Дицель, С.А.Панова, Л.Г.Угай, Е.Ф.Семисотова

ГОУ ВПО «Владивостокский государственный медицинский университет»,
Владивостокский филиал ГУ НИИ медицинской генетики ТНЦ СО РАМН, Россия

METABOLIC SYNDROME AND IT IS EFFECT ON BONE REMODELATION

E.A.Kochetkova, A.S.Soloveva, O.A.Belykh, N.A.Dicel, S.A.Panova, L.G.Ugai, E.F.Semisotova

Vladivostok State Medical University, Vladivostok department of Tomsk Institute Medical Genetic Siberian
Branch of Russia Academia of Medical Sciences, Russia

© Коллектив авторов, 2006

В обзоре систематизированы данные литературы о проблеме метаболического синдрома и его возможного влияния на костное ремоделирование. Предположительно, что инсулинорезистентность, лептин и интерлейкин-6 играют ключевую роль в развитии остеопороза и переломов при метаболическом синдроме.

Ключевые слова: метаболический синдром, ожирение, инсулинорезистентность, остеопороз.

A systematic literature review on metabolic syndrome and it's influence on bone tissue condition is presented. It was established that formation of insulin resistance, hormone leptin and interleukin-6, which distinguish adipocytes are factors determining the development of osteoporosis and fractures.

Keywords: metabolic syndrome, obesity, insulin resistance, osteoporosis.

Ожирение часто сочетается с такими заболеваниями, как сахарный диабет (СД) 2-го типа, артериальная гипертензия (АГ), дислипидемия и ишемическая болезнь сердца (ИБС) [1]. Известно также, что ожирению нередко сопутствуют инсулинорезистентность (ИР) и гиперинсулинемия. Частота и тяжесть сопряженных с ожирением нарушений и заболеваний зависят не только от степени ожирения (по индексу массы тела — ИМТ), но и особенностей отложения жировой ткани в организме [2].

Жировая ткань является доминирующим звеном в метаболизме половых гормонов, оказывая существенное влияние на функцию репродуктивной системы [3]. Однако совокупность нарушений жирового обмена достаточно часто приводит к изменениям не только репродуктивной функции, но и углеводного обмена. Одно из ведущих патогенетических звеньев развития ожирения заключается в увеличении секреции инсулина, показатели которого в плазме крови варьируют от 2 до 25 мкУ/мл. Причиной гиперинсулинемии является развитие инсулинорезистентности, то есть состояния, при котором нормальный уровень инсулина не обеспечивает биологическую потребность организма. Гиперинсулинемия, с одной стороны, является компенсаторной, необходимой для преодоления инсулинорезистентности и поддержания нормального транспорта глюкозы в клетки; с другой — патологической, способствующей возникновению и развитию метаболических, гемодинамических и органических нарушений, и, как результат, к развитию СД 2-го типа, ИБС и других проявлений атеросклероза. Это доказано большим количеством экспериментальных и клинических исследований [2, 4].

Chan J.M. и соавт. (1994 г.) описали три типа инсулинорезистентности [5]:

1) тип А — генетически обусловленное снижение функциональной активности и/или количества инсулиновых рецепторов; другая причина при этом — ожирение;

2) тип В — наличие антител, блокирующих инсулиновые рецепторы на фоне аутоиммунных заболеваний;

3) тип С — пострецепторные дефекты на фоне ожирения.

Согласно этой классификации, ожирение связано с типом А и типом С инсулинорезистентности. Однако до сих пор нет единого мнения относительно первичной причины ИР: является ли она результатом ожирения или наоборот [6]. Тем не менее, известно, что степень ИР зависит от формы ожирения.

В клинической практике выделяют два типа ожирения: верхний и нижний. Примечательно, что еще в 1947 г. J.Vague описал следующие варианты отложения жира — андройдный (или мужской) и гиноидный (женский), обратив внимание на то, что андройдное (абдоминальное) ожирение чаще, чем гиноидное, сочетается с СД, ИБС, подагрой, тем самым, подчеркнув значение топографии жировой ткани в организме в развитии заболеваний, связанных с ожирением. В последующие годы многочисленные наблюдения и исследования подтвердили, что избыточное накопление абдоминальной жировой ткани, как правило, сопровождается метаболическими нарушениями и в значительной мере увеличивает риск развития СД 2-го типа, АГ, атеросклероза [7, 8]. Именно при данном типе ожирения избыточное отложение жировой ткани локализуется

в области ягодиц и бедер. Соотношение объема талии к объему бедер (ОТ/ОБ) может служить одним из простых дифференциальных показателей этих форм (ОТ/ОБ $>0,85$ — абдоминальное ожирение, ОТ/ОБ $<0,85$ — гиноидный тип ожирения). Разнообразные сочетания метаболических нарушений и заболеваний при ожирении описывались под различными названиями — метаболический трисиндром, полиметаболический синдром, синдром «изобилия». При этом все авторы предполагали наличие взаимосвязи между описываемыми ими нарушениями и неизменно указывали на их роль в ускорении развития ИБС и атеросклероза [7, 8].

В 1988 г. G.Reaven описал симптомокомплекс, включавший гиперинсулинемию, нарушение толерантности к глюкозе (НТГ), гипертриглицеридемию, низкий уровень ХС ЛПВП и АГ под названием «синдром X» [9]. Он впервые выдвинул гипотезу о том, что нарушения, объединенные рамками синдрома, связаны единым происхождением — инсулинорезистентностью и компенсаторной гиперинсулинемией, а также отметил важность описанных изменений для развития ИБС [9].

Метаболический синдром (МС) в настоящее время является достаточно распространенным патологическим состоянием. Популяционные исследования, проведенные в различных регионах мира, обнаружили, что не менее 5–10% взрослого населения обоего пола имеют проявления этого симптомокомплекса [10]. В индустриальных странах среди населения старше 30 лет распространенность метаболического синдрома составляет, по данным различных авторов, 10–20%. Это заболевание встречается как у мужчин, так и у женщин. Однако его частота возрастает у женщин в менопаузальном периоде [11].

Исследования последних лет показали тесную связь между развитием МС и избыточной массой тела [2, 12]. Важную роль в развитии и прогрессировании ИР и связанных с ней метаболических расстройств играют жировая ткань абдоминальной области, нейрогормональные нарушения, сопутствующие абдоминальному ожирению, повышенная активность симпатической нервной системы [13]. Причины формирования абдоминальной формы ожирения и его роль в патогенезе МС до конца не выяснены. Известно, что этот тип ожирения чаще развивается после 30 лет и существует мнение, что он является следствием повышения активности системы адренокортикотропный гормон (АКТГ) — кортизол [2]. Еще в 1974 г. Л.А.Мясников и С.А.Николаенко высказали предположение, что и в основе снижения чувствительности тканей к инсулину и в формировании абдоминального ожирения лежит влияние контринсулярных факторов. Это подтверждается повышением суточной экскреции метаболитов кортизола на фоне нагрузки глюкозой

и отсутствием реакции на введение инсулина у данной категории больных [14]. При проведении диагностических проб у этих больных МС часто наблюдается сохранение нормальной реакции на угнетение коры надпочечников дексаметазоном, что свидетельствует о функциональном характере гиперкортицизма [15]. Роль кортизола подтверждает и распределение жировой ткани, характерное для гиперкортицизма. При анализе взаимосвязи абдоминальной формы ожирения с ИР необходимо также учитывать способность кортизола значительно снижать чувствительность тканей к действию инсулина, тормозить пострецепторную утилизацию глюкозы [15].

Применение магнитно-резонансной томографии позволило изучить топографию жировой ткани в абдоминальной области и разделить ее на висцеральную и подкожную. Висцеральное ожирение напрямую связано с инсулинорезистентностью и представляет собой состояние, при котором интраперитонеальный жир непосредственно влияет на печень, изменяя портальное кровообращение. Висцеральная жировая ткань, в отличие от жировой ткани другой локализации, богаче иннервирована, имеет более широкую сеть капилляров и непосредственно сообщается с портальной системой [16]. Висцеральные адипоциты имеют высокую плотность бета-адренорецепторов, кортикостероидных и андрогенных рецепторов, что определяет повышенную чувствительность к липолитическому действию катехоламинов и низкую — к антилиполитическому действию инсулина, обеспечивая хорошую восприимчивость к гормональным изменениям, часто сопровождающим абдоминальное ожирение [15].

Как показали исследования последних лет, жировая ткань обладает ауто-, пара- и эндокринной функцией и секретирует большое количество веществ, обладающих различными биологическими эффектами, которые могут вызвать развитие сопутствующих ожирению осложнений, в том числе и инсулинорезистентность [17].

Наиболее изученными на сегодняшний день являются фактор некроза опухоли (ФНО- α) и лептин. Многие исследователи рассматривают ФНО- α как медиатор ИР при ожирении [18]. В 1995 г. впервые был открыт продукт обета-гена — лептин, продуцируемый белой жировой тканью и регулирующий жировой и энергетический обмена [18]. Являясь протеиновым гормоном, лептин влияет на пищевое поведение и оказывает перmissive действие в отношении инициации полового созревания у животных [19]. Роль данного гормона в регуляции метаболизма и репродуктивной функции у человека окончательно не выяснена [3]. Лептин осуществляет свое действие на уровне гипоталамуса через стимуляцию экспрессии гена проопиомеланокортина в меланокортиконеургических нейронах гипоталамуса,

регулируя пищевое поведение и активность симпатической нервной системы, а также ряд нейроэндокринных функций. Образующийся в результате данной реакции β -меланостимулирующий гормон, связываясь с меланокортиновым рецептором, вызывает снижение аппетита и активирует липидный обмен [20]. Установлено, что на содержание лептина не оказывает влияния базальный уровень инсулина [21].

В настоящее время интенсивно изучается участие лептина в регуляции обмена глюкозы. Ведутся работы по изучению аутокринного действия лептина, в которых представлены данные, что лептин может тормозить фосфорилирование тирозина — субстрата инсулинового рецептора (ИРС-1) в мышечной ткани [13]. В жировой ткани лептин может подавлять стимулированный инсулином транспорт глюкозы (аутокринное действие) [2, 20]. Авторы высказывают предположение, что указанные механизмы могут являться начальным этапом формирования инсулинорезистентности у больных с избыточной массой тела. Однако представление о контринсулярном действии лептина подтверждено не всеми исследователями. W.Sivits и соавт. (1997) в исследованиях, проведенных на крысах, выявили повышение чувствительности к инсулину под влиянием лептина [22]. Показана не зависящая от ИМТ положительная корреляция между продукцией лептина, гиперинсулинемией и ИР [13]. Однако имеется несколько сообщений о том, что лептин способен повышать поглощение глюкозы жировыми клетками [23].

По данным исследований, проведенных Е.П.Камышовой (1968), ИР является состоянием неадекватной реакции на инсулин, и существует два типа ИР: при I типе имеется преимущественно инактивация инсулина, при II типе — наряду с инактивацией снижается количество инсулиновых рецепторов с понижением их чувствительности [13]. Дальнейшее изучение генетических факторов, обуславливающих развитие инсулинорезистентности, показало ее полигенный характер [24].

По мнению S.Taylor, D.Moller (1993) причиной ИР могут быть мутации гена инсулинового рецептора, конечным результатом которых является ускорение деградации инсулинового рецептора. У данной категории больных ИР характеризуется избытком гормона в крови [24]. Хроническая гиперинсулинемия, в свою очередь, приводит к уменьшению количества инсулиновых рецепторов на клеточной поверхности [8].

Ряд авторов, подчеркивая решающую роль в развитии метаболических нарушений, возникающих при избыточной массе тела, признают пусковым фактором повышение уровня свободных жирных кислот [25, 26]. У данной категории больных клетки тканей-мишеней (мышечной, печеночной) снижают скорость инсулинзависимого транспорта глюкозы, вследствие чего развивается

инсулинорезистентность, которая компенсируется увеличением продукции инсулина (гиперинсулинизм).

Однако предложена и другая теория развития МС. Ее автор L.Resnick (1995) считает, что в основе развития синдрома ИР лежит генетически обусловленное избыточное содержание свободного цитозольного кальция и сниженное внутриклеточное содержание магния [4]. Данный генерализованный ионный дисбаланс является причиной развития целого ряда нарушений на уровне различных органов и тканей, среди которых: ухудшение инсулинопосредованной утилизации глюкозы клетками скелетной мускулатуры, ускорение синтеза инсулина бета-клетками островков Лангерганса поджелудочной железы.

По оценкам G.Reaven (1998), у 25% лиц, ведущих малоподвижный образ жизни, можно обнаружить ИР [9]. Известно, что важнейшими последствиями ИР являются гиперинсулинемия и гипергликемия. В условиях ИР снижается утилизация глюкозы периферическими тканями, повышается продукция глюкозы печенью, что способствует развитию гипергликемии. При адекватной способности бета-клеток реагировать на повышение глюкозы в крови компенсаторной гиперинсулинемией сохраняется состояние нормогликемии [27]. Данный механизм происходит благодаря тому, что бета-клетки компенсируют ИР. Компенсаторными механизмами являются гиперинсулинемия и гипергликемия после еды, которые предотвращают нарушение поглощения и, особенно, накопления глюкозы. Однако постоянная стимуляция бета-клеток в сочетании с вероятными генетическими нарушениями, влияющими на их функциональные возможности, и воздействием повышенной концентрации свободных жирных кислот на бета-клетки (феномен липотоксичности), способствуют развитию секреторной дисфункции бета-клеток, прогрессирующему нарушению секреции инсулина. С течением времени развивается нарушение толерантности к углеводам и СД 2-го типа [28].

Большим количеством экспериментальных и клинических исследований доказано, что именно гиперинсулинемия является центральным звеном в патогенезе основных клинических проявлений МС, однако, возникает закономерный вопрос, почему экзогенный инсулин не вызывает развития МС [29, 30]. Это позволяет предположить, что не только гиперинсулинемия, но и состояние инсулиновых рецепторов играет решающую роль в возникновении МС.

Итак, не вызывает сомнения, что рассмотренные заболевания тесно связаны между собой. Известно, что у 40–70% женщин с овариальной гиперандрогенемией наблюдается избыточная масса тела [3]. Ожирение обычно ассоциируется с инсулинорезистентностью. A.Dunaif (2001) по-

казала, что у 20% женщин с ановуляцией, аменореей и ожирением наблюдается нарушение толерантности к глюкозе или СД 2-го типа, что значительно превышает уровень этих изменений в популяции женщин того же возраста [21].

Патофизиологические аспекты метаболического синдрома инициируют и системные нарушения. В этой связи особый интерес представляет влияние метаболического синдрома на костный обмен и развитие остеопенического синдрома [31]. В ряде работ сообщается о повышении риска переломов у пожилых с инсулинорезистентностью. При этом у больных, недавно перенесших перелом, отмечался неадекватный контроль толерантности к глюкозе, или тесты для диагностики диабета вообще не проводились [11]. Известно, что инсулин, являясь системным гормоном, обуславливает нормальный скелетный рост, стимулирует синтез костного матрикса и образования хряща. Стимулирующее влияние инсулина на костный матрикс реализуется как за счет его влияния на дифференциацию остеобластов (ОБ), так и за счет увеличения количества коллаген-продуцирующих клеток [32].

Результаты недавно проведенного исследования продемонстрировали, что гормон лептин, с которым связано развитие ожирения при метаболическом синдроме, способен подавлять и процесс формирования костей [14]. Показано, что люди, страдающие ожирением, обычно менее чувствительны к лептину, обладают более высокими показателями минеральной плотности костной ткани (МПКТ) [33]. Группа ученых из Хьюстона в экспериментальном исследовании на мышах, лишенных гена лептина, продемонстрировала увеличение массы тела и стимуляцию роста костей. Вопрос, осуществляется ли связь между гормоном и ростом костей, до недавнего времени оставался неясным [32]. В более позднем исследовании показано, что нервная система играет ключевую роль в формировании костной ткани при МС. Так, в эксперименте с введением лептина в мозг одной из двух мышей, дефицитных по гену лептина, был проверен ответ клеток костной ткани на введение данного гормона. Вероятно, действие лептина на МПКТ опосредованно через симпатическую нервную систему [34].

При инсулинорезистентности выявлено усиление экспрессии рецептора интерлейкина-6 (ИЛ-6) [34]. В этой связи особый интерес представляют данные об ИЛ-6, которые связаны с разнообразным характером его действия, участием не только в процессе воспаления, но и в регуляции функций эндокринной системы и обмена веществ. В частности, ИЛ-6 действует как мощный активатор гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы, а глюкокортикоиды регулируют его секрецию по принципу отрицательной обратной связи. ИЛ-6 стимулирует секрецию сомат-

тотропного гормона, подавляет функцию цитовидной железы и снижает концентрацию липидов в крови. Введение цитокина вызывает лихорадку, анорексию и слабость. Провоспалительные цитокины, подобные ИЛ-6, играют важную роль в обмене костной ткани, стимулируя активность и дифференцировку остеокластов (ОК) [35]. Таким образом, повышение скорости ремоделирования и потери костной ткани, присущие инсулинорезистентности, можно объяснить и повышением активности ОК, стимулированной повышенной продукцией или усилением системных эффектов таких цитокинов, как ИЛ-6 [36].

Известно, что углеводный обмен тесно связан с кальциевым. Примечательно, что и Инсулин не влияет на костную резорбцию, однако стимулирует синтез костной матрицы, в связи с чем считается одним из ключевых гормонов, модулирующих нормальный костный рост [37]. Гормональный контроль роста и развития костной ткани, ее реакция на различные стимулы зависят и от энергетического обмена, обеспечиваемого инсулином и рядом пептидов с инсулиноподобной активностью [7].

Инсулин инициирует биосинтез белка, транспорт аминокислот, рост клеток в различных тканях, обладает анаболическим эффектом на метаболизм костной ткани и прямым стимулирующим влиянием на синтез коллагена и гиалуроната [8]. Он также усиливает всасывание кальция в кишечнике, способствует увеличению захвата аминокислот и включению их в костную ткань, повышает количество ОБ [7, 24, 37]. Кроме того, инсулин необходим для поддержания и обеспечения процессов дифференцировки клеток остеобластического ряда, их способности отвечать на другие гормональные влияния. Он также увеличивает и синтез остеокластов. Таким образом, инсулинорезистентность может привести к дисфункции костного ремоделирования, а именно к нарушению формирования костной ткани и, как следствие, ее деминерализации [5]. Так, гипергликемия и выраженный осмотический диурез вследствие повышенной глюкозурии приводят к нарушению реабсорбции кальция и фосфора в почечных канальцах и появлению гиперкальциемии и фосфатурии, вследствие чего в организме возникает отрицательный баланс кальция [10].

Итак, проведенный литературный поиск и информационный анализ проблемы показали, что существует еще много нерешенных вопросов в отношении взаимосвязи метаболического и остеопенического синдромов. В свою очередь, исследование состояния костной системы при метаболическом синдроме может способствовать более глубокому пониманию патогенеза остеопенического синдрома для разработки патогенетически обоснованной его профилактики и лечения.

Литература

1. Seidell J.C., Flegal K.M. Assessing obesity: classification and epidemiology // Br Med Bull.— 1997.— № 53.— P. 238–252.
2. Бутрова С.А. Синдром инсулинорезистентности при абдоминальном ожирении // Лечащий врач.— 1999.— № 7.— С. 3–36.
3. Пищулин А.А., Бутлов А.В., Удовиченко О.В. Синдром овариальной гиперандрогении неопухолевого генеза // Проблемы репродукции.— 1999.— № 3.— С. 6–16.
4. Perry I.J., Wannamiathee S.G., Walker M. et al. Prospective study of risk factors for development of non-insulin dependent diabetes in middle aged British men // Br. Med. J.— 1995.— № 310.— P. 560–564.
5. Chan J.M., Rimm E.B., Colditz G.A. et al. Obesity, fat distribution and weight gain as risk factors for clinical diabetes in men // Diabetes Care.— 1994.— № 17.— P. 961–969.
6. Kopf D., Muhlen I., Kroning G., Sendzik I. et al. Hypothalamic serotonin in control of eating behavior, meal size, and body weight // Metabolism.— 2001.— Vol. 50.— № 8.— P. 929–935.
7. Балаболкин М.И., Кремнинская В.М. Особенности лечения инсулиннезависимого сахарного диаб // Тер. архив.— 1996.— № 10.— С. 5–11.
8. Григорян О.Р., Чернова Т.О., Анциферов М.Б. Коррекция инсулинорезистентности у женщин в постменопаузе // Проблемы репродукции.— 2001.— Т. 7.— № 4.— С. 53–61.
9. Reaven G.M. Role of insulin resistance in human disease // Diabetes.— 1998.— Vol. 37.— P. 1595–1607.
10. Drent M., Larsson I., Wiliam-Olsson T. et al. Orlistat (Ro 18-0647), and a lipase in-hibitor, in the treatment of human obesity: a multiple dose study // J. Obes Relat Metab Disord.— 1995.— P. 221–223.
11. Бутрова С.А. Метаболический синдром: патогенез, клиника, диагностика, подходы к лечению // Русский медицинский журнал.— 2001.— Т. 9.— № 2.— С. 56–60.
12. Grundy S. Hypertriglyceridemia, insulin resistance and the metabolic syndrome // Am. J. Cardiol.— 1999.— Vol. 83.— № 9.— P. 5–29.
13. Камышова Е.П. Инсулинорезистентность при сахарном диабете.— М.: Медицина, 1968.— 180 с.
14. Гинзбург М.М., Козупица Г.С. Синдром инсулинорезистентности // Проблемы эндокринологии.— 1997.— Т. 43.— № 1.— С. 40–43.
15. Благосклонная Я.В., Залевская А.Г., Кудряшова М.И. Некоторые особенности клиники и состояния системы АКТГ — кортизол у больных андронидным и гинеонидным типами первичного ожирения // Здравоохранение Туркменистана.— 1985.— № 10.— С. 19–22.
16. Nolan J., Olefsky J., Nyce M., Considine R. Effect of troglitazone on leptin production. Studies in vitro and in human subjects // Diabetes.— 1996.— Vol. 45.— № 9.— P. 1276–1278.
17. Панков Ю.А. Жировая ткань как эндокринный орган, регулирующий рост, половое созревание и другие физиологические функции: Обзор // Биохимия.— 1999.— Т. 64.— № 6.— С. 725–734.
18. Панков Ю.А. Лептин — пептидный гормон адипоцитов // Биоорганич. химия.— 1996.— Т. 22.— № 3.— С. 228–233.
19. Brunner L., Levens N. Primary empty sella syndrome with elevated serum prolactin // Curr Clin. Nutr. Metab. Care.— 1998.— Vol. 1.— № 6.— P. 565–571.
20. Гинзбург М.М. Ожирение и метаболический синдром. Влияние на состояние здоровья, профилактика и лечение / Под ред. Гинзбург М.М., Козупица Г.С., Крюков Н.Н.— Самара: Паpus, 2000.— 160 с.
21. Mantzoras C.S., Dunaif A., Flier J.S. Transforming growth factor-beta and IL-1 beta act in synergy to enhance IL-6 secretion by the intestinal epithelial cell line, IEC-6 // J Clin Endocrinol Metab.— 1997.— Vol. 82.— №6.— P. 1687–1691.
22. Sivits W., Walsh S., Morgan D. Effect of leptin on insulin sensitivity in normal rats // J. Endocrinology.— 1997.— Vol. 138.— P. 3395–3401.
23. Walder K., Phillips S., Clarc S. Leptin inhibits insulin binding in isolated rat adipocytes // J. Endocrinol.— 1997.— Vol. 155.— P. 5–7.
24. Балаболкин М.И. Генетические аспекты сахарного диаб / Под ред. Балаболкин М.И., Дедов И.И.— М., 2000.— С. 2–9.
25. Кивва В.Н. Метаболический синдром у мужчин пожилого и старческого возраста и его лечение: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук.— Ростов-на-Дону, 2000.— 38 с.
26. De Fronzo R.A., Ferrannini E. Insulin resistance, a multifaceted syndrome responsible for NIDDM, obesity, hypertension, dislipidemia and atherosclerotic cardiovascular disease // Diabetes Care.— 1991.— Vol.4.— № 3.— P. 173–194.
27. Sowers J.R. Modest weight gain and the development of diabetes: another perspective // Ann Intern Med.— 1995.— Vol. 122.— P. 548–549.
28. Haffner S.M., Mitchell B.D., Stern M.P. et al. Public health significance of upper body adiposity for non-insulin-dependent diabetes mellitus in Mexican Americans // J. Obesity.— 1992.— № 16.— P. 177–184.
29. Герасимов А.М. Биохимическая диагностика в травматологии и ортопедии / Под ред. Герасимов А.М., Фурцева Л.Н.— М.: Медицина, 1986.— 240 с.
30. Lithell H.O. Hyperinsulinemia, insulin resistance and the treatment of hypertension // J Hypertens.— 1996.— Vol. 9.— P. 150–154.
31. Перова Н.В., Метельская В.А., Оганов Р.Г. Метаболический синдром: патогенетические взаимосвязи и направления коррекции // Кардиология.— 2001.— № 3.— С. 44–49.

32. *McCarty M.F.* Anabolic effect of insulin on bone suggest a role for chromium picolinate in preservation of bone density // *Med. Hypotheses*.— 1995.— Vol. 45.— № 3.— P. 241–246.
33. *Рожинская Л.Я.* Остеопенический синдром при гипоталамо-гипофизарных заболеваниях / Е.И.Марова, Л.Я.Рожинская: Нейроэндокринология. Клинические очерки.— Ярославль: ДИА-пресс, 1999.— С. 423–484.
34. *Татонь Ян.* Ожирение. Патопфизиология, диагностика, лечение.— Варшава, 1998.— 363 с.
35. *Schindler R., Mancilla J., Endres S., Ghorbani R., Clark S.C., Dinarello C.A.* Correlations and interactions in the production of interleukin-6 (IL-6), IL-1, and tumor necrosis factor (TNF) in human blood mononuclear cells: IL-6 suppresses IL-1 and TNF // *Blood*.— 1990.— Vol. 75.— P. 7–40.
36. *Tsigos C., Papanicolaou D.A., Defensor R., Mitsiadis C.S., Kyrou I., Chrousos G.P.* Dose-effects of recombinant human interleukin-6 on pituitary hormone secretion and energy expenditure // *Neuroendocrinology*.— 1997.— Vol. 66.— P. 54–62.
37. *Токмакова А.Ю.* Эффективность различных методов консервативной терапии у больных с синдромом диабетической стопы.— М., 1992.— 22 с.

Адрес для контакта: 690068, г. Владивосток, ул. Магнитогорская, д. 28, кв. 42. Тел. 8-902-522-48-10, zkochetkova@mail.ru

Кочеткова Евгения Анатольевна, д.м.н., профессор Владивостокского филиала ГУ Дальневосточного научного центра физиологии и патологии дыхания СО РАМН — НИИ медицинской климатологии и восстановительного лечения.

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

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

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

Продолжительность курса 36 часов.

Преподаватели:

Кузнецова Ольга Юрьевна, доктор медицинских наук,

Дубикайтис Татьяна Александровна, кандидат медицинских наук,

Лебедев Анатолий Константинович, кандидат медицинских наук.

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

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

Адрес кафедры:

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

СЕСТРИНСКИЙ УХОД В ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИЦИНЕ ЧАСТЬ 1. ПСИХОЛОГИЯ ОБЩЕНИЯ И ОБЩИЙ УХОД

Л.А.Никитина

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

NURSING IN PALLIATIVE MEDICINE PART I. COMMUNICATION AND GENERAL CARE

L.A.Nikitina

St-Petersburg Medical Academy of Postgraduate Studies, Russia

© Л.А.Никитина, 2006

Статья знакомит читателей с паллиативной медициной — областью медицины, которая занимается вопросами ухода за умирающими. Дано определение, изложены цели и задачи, принципы организации паллиативной помощи населению. Основное внимание уделено роли медицинской сестры в системе помощи умирающим. Предложены конкретные рекомендации по общему уходу, контролю боли, обсуждаются психологические, социальные и духовные аспекты работы.

Ключевые слова: паллиативная медицина, паллиативная помощь, сестринский уход, уход за умирающими.

The article presents palliative medicine — the part of medicine covering the aspects of nursing the dying patients. There are the definition, goals and tasks of palliative medicine, principles of palliative care management. Most attention is paid to the role of a nurse in the system of palliative care to dying patients. The recommendations on general nursing, pain relief are presented; psychological, social and spiritual approaches are discussed.

Keywords: palliative care, nursing, dying patients.

После создания в Санкт-Петербурге первого хосписа в 1990 г в российском здравоохранении активно развивается новое направление — паллиативная медицина. Удручающие данные медицинской статистики постоянно показывают, что смертность от онкологических заболеваний в нашей стране увеличивается, что связано, в том числе, и с упорной тенденцией к старению населения, а, как известно, в пожилом возрасте онкологические заболевания занимают 2-е место среди причин смертности. В связи с неутешительной реальностью количество учреждений паллиативной помощи, в том числе и хосписов, постоянно увеличивается. Только в Санкт-Петербурге за последние 3 года открыты 2 новых хосписа (в Московском районе — на 25 коек и в Калининском районе — на 40 коек). В Российской Федерации развернута и функционирует целая сеть учреждений паллиативной помощи, призванных оказывать многостороннюю эффективную помощь incurable онкологическим больным; к ним относятся 69 хосписов, 68 кабинетов противоболевой терапии, 33 отделения паллиативной помощи в составе стационаров (данные на конец 2004 г).

Санкт-Петербург среди мегаполисов России занимает лидирующую позицию по количеству хосписов (9) и обеспеченности населения как стационарной (215 коек) так и консультативной (на дому) хосписной помощью. В связи с ростом количества учреждений паллиативной помощи увеличивается и потребность в грамотных специалистах, способных оказать профессиональную помощь наиболее тяжелому контингенту больных. Знания о грамотном уходе за умирающими

необходимы не только тем сотрудникам, которые работают в хосписах, но и всем, кто, так или иначе, сталкивается с умирающими больными в любых других медицинских учреждениях.

Медицинская сестра в системе паллиативной помощи играет важную роль. Именно ей приходится проводить больше всего времени рядом с больным, первой оказывая ему помощь: определять разнообразные потребности больного, быть связующим звеном между ним, врачом или родственниками, самостоятельно определять характер и объем помощи. Поэтому подготовка медицинской сестры в области паллиативной медицины весьма актуальна.

Хосписы являются учреждениями паллиативной помощи, которые наиболее полно удовлетворяют основным требованиям и принципам паллиативной медицины. Паллиативная медицина впервые выделена в самостоятельную специальность в 1987 г. в Великобритании, а в 1990 г. Всемирная организация здравоохранения дала определение, в котором отражены ее основополагающие принципы. «Паллиативная медицина — это активная всеобъемлющая помощь неизлечимым больным с целью уменьшения их страданий, достижения наилучшего качества жизни больного и его семьи, выполняемая группой профессионалов». Основательница современной идеологии паллиативной медицины — английский врач Сесилия Сандерс, которая в 1967 г. открыла первый современный хоспис в Сиденхеме на окраине Лондона. Она выделила три основных желания умирающего пациента таким образом: «Побудь со мной! Выслушай меня! Помоги мне!». Эти три

фразы и определили основные компоненты паллиативной помощи, отражающие потребности больного в психологической, социальной, физической и духовной помощи. Цель паллиативной медицины — помочь больному в достижении и поддержании максимума не только физического, но и психологического, социального и духовного потенциала, как бы ограничены были возможности в связи с прогрессированием болезни.

Необходимо обратить внимание на два ключевых понятия паллиативной медицины: «страдание» и «качество жизни». Пациент на этапе последней стадии онкологического заболевания испытывает комплекс очень сильных переживаний, связанных не только с физическими проблемами (нестерпимая боль и другие симптомы), но и с процессом осознания утраты собственной жизни или приближения скорого «конца», что вызывает или усиливает социальные проблемы и духовные переживания. Такой комплекс биопсихосоциодуховных переживаний и является истинным страданием больного, что несомненно ухудшает качество его жизни. Необлегчаемая боль и страдания вызывает у многих больных настолько выраженную депрессию, что иногда заставляет их жаждать быстрого конца и настаивать на эйтаназии. Поэтому человеческая и профессиональная обязанность врачей и медицинских сестер, сталкивающихся с такими больными — лечить страдание. Другими словами, цель паллиативной медицины — уменьшить страдания больного путем улучшения качества жизни. Улучшение качества жизни больного достигается путем решения следующих задач.

1. Облегчение боли и других симптомов болезни. Наиболее важный девиз паллиативной медицины, провозглашенный ВОЗ — «Жизнь без боли!»

2. Предоставление системы поддержки пациентам: медицинской (лечение, консультации); психологической (теплое, искреннее, сострадательное обращение медперсонала, различные варианты психотерапии, релаксации, помощь психолога, трудотерапия, просмотр личных фотографий); социальной (решение юридических и социальных вопросов, расширение круга общения, поддержка связи с друзьями, родными, помощь по возвращению к трудовой деятельности, поддержка в возможности участвовать в общественной жизни и приносить пользу окружающим); духовной (помощь психолога, теолога, священнослужителя, уважение к религиозным взглядам).

3. Поддержка родственников, близких, друзей (психологическая и социальная), подготовка к предстоящей утрате и, при необходимости, помощь после утраты.

4. Обучение родственников и близких основным приемам медицинского ухода в домашних условиях.

Медперсоналу, работающему с терминальными пациентами, приходится решать не только

проблемы специализированного ухода, но и различные психологические и философские вопросы, возникающие в процессе общения с больными и их родственниками. Поэтому персонал должен быть вооружен знаниями. Философия паллиативной медицины и хосписной помощи включает следующие положения:

1) Паллиативная медицина воспринимает смерть как естественный биологический процесс, который, как и рождение, нельзя ни ускорить, ни затормозить; это последний этап жизни человека, имеющий особый смысл и особую ценность — время примирения, объединения, приобщения к вечности.

2) Паллиативная медицина утверждает жизнь. Это означает, что умирающий имеет право жить полноценно, с достоинством и комфортом до самой смерти. Медицинский персонал помогает пациентам примириться с потерей, пережить страх будущего, учит с благодарностью относиться к каждому вновь наступившему дню жизни.

3) Паллиативная медицина не ускоряет и не откладывает срок приближающейся смерти, при этом она не исключает возможности улучшения состояния пациента. Паллиативная медицина не стремится к продлению жизни «любой ценой». История хосписов убедительно показывает, что хорошо и вовремя организованная помощь и поддержка благотворно влияют на самочувствие и психологическое состояние пациентов, что само по себе продлевает жизнь. В российских хосписах практически не возникает проблемы эйтаназии.

4) Паллиативная медицина воспринимает пациента и его семью как единое целое. Это означает заботу о семье пациента в течение всего времени переживания утраты. Члены семьи становятся участниками команды паллиативной помощи. Позитивное психологическое состояние близких оказывает благотворное влияние на больного.

Идеология паллиативной помощи определяет и основные принципы ее организации, которые заключаются в следующих позициях: командный подход, долговременность, доступность, достаточность, бесплатность.

1. Паллиативная помощь осуществляется мультидисциплинарной командой профессионалов, в которую могут входить специалисты разного профиля, объединенные общей задачей помочь больному и создать для него и его семьи атмосферу заботы, сочувствия и поддержки. Обязательными участниками команды являются врач и медицинская сестра. В идеальном варианте в команду должны входить анестезиолог, психотерапевт, психолог, социальный работник и священник. Других специалистов (хирурги, физиотерапевты) привлекают при необходимости. Допускается и приветствуется помощь волонтеров. Центральное место в команде паллиативной помощи занимает пациент и его семья. Они, как

и все члены команды, имеют право участвовать в принятии всех решений. Диагноз, план лечения и ухода необходимо обсуждать с пациентом и его родственниками. Если пациент до самого конца живет настолько активно и полноценно, насколько это для него возможно, а также в момент смерти не оставлен один, а его семье предоставлена поддержка, то можно считать цель помощи достигнутой. Единство в понимании цели всеми участниками команды, включая пациента и его семью — непереносимое условие достижения желаемого результата и избежания ошибок.

2. Долговременность, включающая непрерывность и преемственность, означают, что помощь продолжается после выписки из стационара в течение всей оставшейся жизни пациента, а после его смерти, т.е. в период утраты, осуществляется поддержка и помощь родственникам.

3. Доступность получения информации и помощи. Любой пациент с установленным онкологическим заболеванием в IV стадии может быть проконсультирован в хосписе или получить необходимую помощь в любое время.

4. Достаточность. Помощь должна оказываться в достаточном (необходимом) объеме.

5. Бесплатность. Помощь должна оказываться бесплатно, исходя из этического принципа «за смерть нельзя платить».

Важным источником, усиливающим страдание, являются проблемы, связанные с медицинским обслуживанием. Поэтому соблюдение принципов организации паллиативной помощи очень важно. Неадекватное информирование, недостаток обслуживания (дефицит внимания, занятость персонала), расходы на лечение усиливают страдание больного. И напротив — доступность помощи, чуткость, искренность персонала, достаточность и бесплатность смягчают психологический дискомфорт и облегчают состояние пациента.

Роль медицинской сестры в команде наиболее ответственна, так как сестра имеет самый близкий контакт с больным и его семьей и выполняет самый большой объем работы. Во многих западноевропейских хосписах медицинская сестра является главным координатором действий в команде и центральным лицом, принимающим решения по поводу ухода.

Основные функции медицинской сестры:

- 1) Определение проблем пациента.
 - 2) Общий уход.
 - 3) Контроль симптомов: выполнение назначений врача и участие в принятии самостоятельных решений по отдельным симптомам.
 - 4) Психологическая и социальная поддержка пациента и его близких (как и все члены команды, медсестра должна иметь навыки общения с такими больными).
 - 5) Обучение пациента и членов его семьи.
- Разберем отдельно эти функции.

Определение проблем пациента в настоящее время входит в рамки «сестринского процесса», на основе которого складывается работа медицинской сестры с каждым больным. Напомним, что «сестринский процесс» состоит из следующих этапов: сбор информации, постановка сестринского диагноза, составление плана, выполнение этого плана и оценка результата своей деятельности. Сбор информации о больном является важным этапом, так как хорошо собранная информация помогает правильно определить проблемы пациента и разработать программу помощи. На этом этапе происходит процесс установления доверия и взаимопонимания с пациентом и его семьей. Поэтому желательно, чтобы первая беседа с пациентом, независимо от того, происходит ли это дома или в стационаре, проходила в спокойной уединенной обстановке. Необходимо дать пациенту выговориться. Сбор информации, осуществляемый в хосписе, имеет особенности, связанные с необходимостью наиболее тщательно учитывать информацию об особенностях личности больного: его вероисповедание, хобби, привычки, предпочтения (например, когда просыпается и засыпает, курит или нет, предпочитает ванну или душ, любимое занятие, любимые продукты). Поэтому сбор информации обычно происходит в несколько этапов. На первом этапе обращают внимание на те симптомы и проблемы, в том числе и психологические, которые наиболее ухудшают качество жизни пациента при первом знакомстве. Анамнез жизни собирают тактично, чтобы не травмировать чувства больного. Не следует торопить больного и «давить» на него, если он о чем-то не хочет говорить или не может вспомнить. Постепенно медсестра должна максимально выяснить все проблемы пациента. Необходимо помнить, что в их круг входят не только медицинские проблемы, но также социальные, психологические и духовные, при выявлении которых их необходимо занести в историю болезни и привлечь к их решению других специалистов-участников команды.

Далее медицинская сестра осматривает пациента, обращая внимание на состояние гигиены, наличие дефектов кожи, витальные функции (гемодинамические показатели, состояние дыхания, сознание, психическую адекватность, физиологические отправления), оценивает болевой синдром, двигательную активность и способность пациента к самообслуживанию, для чего применяются различные шкалы (шкала Карновского или шкала ADL — Active Daily Life). Сестринский сбор информации представляет отдельный интерес, заслуживает подробного разговора и, к сожалению, не входит в рамки данной статьи. Во многих хосписах за рубежом и в нашей стране введены расширенные сестринские истории болезни, облегчающие медицинской сестре сбор такой информации. После осмотра медицинская се-

стра выносит «сестринский диагноз». Это означает, что она выделяет проблемы по степени их влияния на качество жизни в данный период времени. В соответствии с установленной схемой, проблемы ранжируются на проблемы первостепенной важности, которые необходимо решать срочно, и второстепенные проблемы, решение которых можно отложить. Сестринский диагноз заносится в историю болезни и докладывается на утренней конференции врачу. После выявления проблем медсестра определяет, каким образом она может помочь пациенту в решении данных проблем. Учитывая традиционное отношение к медицинской сестре лишь как к исполнителю, мы не можем настаивать на том, чтобы медсестра самостоятельно принимала все решения по контролю определенных симптомов. Однако можно выделить часть проблем, по которым медицинская сестра может принимать самостоятельное решение: это общий уход за больным, включая санитарно-гигиенические вопросы. Решение остальных проблем согласуется с лечащим врачом. Важно отметить, что сбор информации о пациенте медсестрой часто существенно дополняет врачебную информацию в отношении отдельных недоучтенных врачом симптомов и более широкого представления о личности больного.

Общий уход за больным. Общий уход означает проявление заботы о теле, чистоте и комфорте больного. Хороший уход помогает больному сохранять ощущение своей значимости для окружающих и является мощным психологическим фактором, улучшающим настроение и самочувствие. Объем работы при выполнении общего ухода зависит от тяжести состояния больного и его способности к самообслуживанию. Чем тяжелее состояние пациента и чем больше снижена его способность к самообслуживанию, тем более тщательным должен быть уход. Качество жизни больных, прикованных к постели, полностью зависит от качества ухода за ними.

Основные компоненты и принципы общего ухода

1. Санитарно-гигиенические мероприятия
А) Контроль за окружающей обстановкой: безопасностью быта (дома или в стационаре), чистотой помещения, чистотой воздуха, комфортом, уютом.

Б) Контроль за личной гигиеной: чистота и состояние кожи, слизистых, глаз, волос, ногтей, нательного белья.

В) Помощь в поддержании личной гигиены больного или выполнение гигиенических процедур, если пациент беспомощен.

Г) Уход за постелью.

2. Контроль за питанием пациента, для чего необходимо ориентироваться в пищевом поведении данного пациента, и иметь знания о лечебном питании.

3. Поддержка у больного ощущения самостоятельности и независимости от окружающих, и, если позволяет состояние, необходимо стимулировать его к частичному или полному самообслуживанию. Следует поощрять пациента принимать участие в уходе (например, давать возможность самому протирать кожу салфеткой для профилактики пролежней), даже если он это делает медленно и не очень хорошо.

4. Мероприятия по предупреждению травм и падений. В связи с тем, что у онкологических больных слабость нарастает с каждым днем, увеличивается вероятность падений (чаще всего, утром при вставании с кровати, или ночью при посещении туалета). Для уменьшения возможности травм необходимо выполнить ряд предупредительных мероприятий, например, объяснить больному опасность получения травмы, убедить его вызывать медперсонал для помощи, ограничить двигательный режим, поставить рядом утку, обеспечить ходунками, удобной обувью и, по возможности, находиться рядом во время предполагаемого передвижения пациента.

5. Использование средств и приспособлений для ухода: поильников, памперсов, подкладных кругов, подъемников, моче- и калоприемников, средств ухода за кожей и слизистыми и т.д.

6. Обучение родственников правилам и приемам ухода за больным. Активное участие членов семьи в уходе важно не только для пациента, но и для самих ухаживающих (помогает им справиться с чувством беспомощности и вины, улучшить взаимопонимание в семье).

7. Независимо от состояния и уровня сознания, необходимо проявлять уважение к личности пациента, например, обращаться по имени и отчеству, если он сам не предпочитает другого обращения, уделять ему время и внимание (общаться), информировать заранее о предстоящей процедуре или манипуляции и о ходе их выполнения и т.д.

Когда пациент перестает самостоятельно вставать и кровать для него становится местом постоянного пребывания, внимание к постели пациента должно быть усилено. Неудобная постель может быть причиной появления или усиления болей, бессонницы и чувства общего дискомфорта. Поэтому необходимо помочь пациенту подобрать максимально удобные кровать и матрац, необходимое количество подушек, если нужно — деревянный щит или противопролежневый матрац. На матраце не должно быть бугров и провалов. С помощью подголовника обеспечивают возвышенное положение головного конца постели; подушку можно подвязать к спинке кровати. Больным с недержанием мочи и кала прокладывают клеенку между простыней и матрацем. Ежедневно, желательно каждый раз после еды, утром и перед сном, встряхивают и расправляют

простыню. Все необходимые вещи располагают так, чтобы пациент мог сам их доставать и пользоваться ими. Смену белья следует проводить не реже одного раза в 3–4 дня, а при загрязнении — немедленно. Особенно часто надо менять белье у больных: потеющих, с недержанием мочи и кала, стомированных, с наличием пролежней, ран, выделений из ран, свищей и др.

Контроль чистоты помещения и воздуха проводят посредством уборки 2 раза в день с 0,03% раствором аналита (в стационаре); частым проветриванием; своевременными гигиеническими процедурами и своевременным удалением источника запаха, что имеет наибольшее значение. Например, при наличии наружной раны с гнойным отделяемым или распадающейся опухоли необходима ежедневная обработка раны. При выделениях из колостомы — обработка стомы, использование калоприемника и их своевременная смена по мере наполнения. При недержании мочи, кала — частая смена памперсов, при гнилостном запахе изо рта — гигиена полости рта. Применение дезодорантов нежелательно, так как это приводит к наслаиванию и изменению запаха, но не устраняет его; многие пациенты не переносят запахи аэрозолей.

Личная гигиена. Необходимо поощрять пациентов поддерживать опрятный внешний вид (напоминать мужчинам бриться, а женщинам — причёсываться); поддерживать их в стремлении к уединению при выполнении интимных мероприятий. Гигиенические мероприятия планируют в зависимости от состояния пациента. Если состояние позволяет, пациент должен принимать ванну или душ ежедневно, даже при наличии распадающейся опухоли. Ослабленным пациентом рекомендуется принимать душ, сидя на стуле и в присутствии медперсонала (для предупреждения травм). Ванная комната должна быть теплой, без сквозняков. Температура воды не должна превышать 36° С. Не рекомендуется направлять сильную струю воды на голову пациента. При невозможности принять душ или ванну больного ежедневно обтирают губкой, затем тщательно вытирать кожу мягким полотенцем. Особенно тщательно надо обтирать кожу в наиболее загрязняемых местах: пах, промежность, ягодицы. После обсушивания кожи область таза, промежности покрывают чистой пеленкой. Присыпки применяют только на сухую кожу, места раздражений смазывают детским кремом или кипяченым растительным маслом. Если кожа очень сухая и тонкая, вместо влажного обтирания используют легкий массаж с небольшим количеством детского крема, а постельное белье меняют ежедневно.

При сохранении способности к самообслуживанию необходимо напоминать больному о самостоятельном уходе за полостью рта, особенно это касается пожилых. Регулярный уход за поло-

стью рта предотвращает развитие стоматита. Необходимо спрашивать больного о наличии неприятных ощущений во рту, осматривать язык и слизистую, следить за чистотой зубного протеза (мыть его после еды, класть на ночь в воду); помогать больному дважды в день чистить зубы и полоскать рот после каждого приема пищи содовым раствором (1 чайная ложка пищевой соды на 0,5 л воды). Если больной парализован, необходимо каждый раз после еды чистить ему рот влажной салфеткой, смоченной в антисептическом растворе (фурацилина 1:5000 или перманганата калия 1:10000) или в растворе соды. Тяжелым и ослабленным больным в обязательном порядке проводят утренний и вечерний туалет лица, глаз, ушей, полости носа, уход за волосами и по мере необходимости уход за ногтями.

Психологические аспекты помощи. В основе психологических проблем инкурабельных больных лежит осознание ими тяжести своего состояния и мысли о приближающейся смерти. Процесс осознания и принятия «утраты собственной жизни» включает несколько психологических стадий, которые впервые описала Элизабет Кублер-Росс в 1969 г. и назвала их «стадии переживания утраты». Эти стадии следующие: шок (когда на пациента обрушивается информация о диагнозе), стадия отрицания или вытеснения информации; стадия агрессии и гнева; стадия торга; стадия депрессии; стадия принятия (смирения). На каждой стадии пациент переживает массу разнообразных чувств негативного и ранящего свойства, которые в комплексе и создают ощущение страдания или, по определению ВОЗ, «тотальную боль». Спектр чувств разнообразен, среди них на первом плане страх, тревога, депрессия, чувство вины, стыда, безнадежности, тоска, злость, агрессия, отчаяние и надежда. В зависимости от особенностей личности пациента на каждой стадии могут преобладать те или иные чувства. Медицинский персонал должен понимать, что пациент имеет право на все эти чувства, важно не мешать ему выражать их, а по возможности поддерживать, выражать понимание, давать выплакаться, принять его гнев.

Как уже упоминалось, основой психологической помощи является общение. Общение в команде паллиативной помощи — наиболее ответственный момент, требующий от персонала особого настроя, чувства такта, деликатности и определенного мужества. Навыками правильного общения должны владеть все участники команды. Цель общения — достичь наибольшего взаимопонимания между участниками команды и пациентом, поэтому общение должно быть искренним, открытым и дружеским. Необходимо знать, что пациент нуждается в разных видах общения в зависимости от возникающих у него потребностей. Выделяют следующие виды потребностей больных в процессе общения с медперсоналом: потребность в информации,

потребность в обсуждении диагноза, лечения и прогноза, потребность в утешении и совете, обычная потребность в общении между людьми (пациент делится своими наблюдениями и мыслями), потребность в выражении и проговаривании своих чувств, потребность в подтверждении своей значимости и потребность в эмоциональной поддержке. Пациент и члены его семьи должны быть уверены в том, что могут свободно выражать свои жалобы, чувства, пожелания, и принимать участие в процессе ухода без страха осуждения. Пациенты очень чутко относятся к особенностям общения с ними и вряд ли будут обсуждать свои проблемы с человеком, который, как им кажется, не сможет их понять. В процессе общения медперсонал должен научиться быстро ориентироваться в чувствах пациента и, по возможности, уметь управлять ими. Полезно уметь читать «язык тела» — невербальные жесты и выражения, выражающие страдание. Пациент и его близкие с благодарностью принимают умение поддерживать сострадательную беседу. Отсутствие внимания, официальный тон, занятость ранят пациента и родственников и увеличивают их страдание.

В общении с неизлечимым больным медперсонал часто сам испытывает психологические трудности, в том числе и из-за отсутствия опыта общения с такими больными. Поэтому полезно знать некоторые правила общения, которые желательно практиковать в повседневной работе. Вот некоторые рекомендации по общению.

Начинайте беседу с чего-нибудь положительного, например «Здравствуйте, рад(а) Вас видеть».

Присядьте и дайте понять пациенту, что у Вас для него есть время.

Постарайтесь сидеть на одном уровне с пациентом.

Старайтесь создать уединенную обстановку.

Сопровождайте свою речь паузами, давая возможность пациенту участвовать в разговоре в том темпе, который его устраивает, однако длительные паузы воспринимаются плохо.

Избегайте медицинской лексики и сложных терминов (не унижайте!)

Дистанция общения должна соответствовать неформальному общению: не слишком далеко, и не слишком близко (1–2 м).

Показывайте свою заинтересованность кивком головы или фразой «Да, я Вас понимаю».

Делитесь своим опытом и чувствами, но не навязывайте их больному.

Следите за невербальными проявлениями.

Избегайте некорректных вопросов «Влияет ли болезнь на Вашу личную жизнь?» или «почему Вы боитесь смерти?».

При необходимости эмоциональной поддержки или утешения используйте физический контакт в виде прикосновения, поглаживания руки или плеча пациента, держания его за руку.

Как реагировать на злость? В стадии гнева иногда больные могут «выплескивать» его на окружающих (ими могут стать близкие или медработники), поэтому желательно помочь больному выразить гнев конструктивными способами (гневное письмо, жалоба). Злость — естественная возможная реакция на неприятное известие. Вот некоторые рекомендации поведения медперсонала при проявлении злости или агрессии: не имеет смысла защищаться; дайте возможность вылиться гнев; умеете выслушать; в конце беседы не проявляйте негативных эмоций; постарайтесь проявить сочувствие и дайте понять, что пациент всегда может получить поддержку с Вашей стороны.

В процессе прогрессирования заболевания присоединяются проблемы социально-бытового и финансового характера, внося новую порцию переживаний в общую психологическую картину болезни. Вот схематичный перечень проблем и мыслей больного, которые могут вызывать или усиливать эмоциональную боль.

Вызывают тревогу, напряженность: страх смерти, боли, госпитализации; переживание из-за того, что страдают близкие; чувство стыда за «засорную» болезнь; чувство вины перед близкими, беспокойство за их будущее; переживания из-за необходимости ухода за собой; повышение зависимости от окружающих; страх потерять любовь окружающих; страх одиночества и забвения.

Вызывают депрессию, отчаяние: безнадежность, чувство вины перед собой, обесценивание своей жизни и своей значимости, жалость к себе, потеря социального статуса и престижа, связанного с работой, потеря своих финансовых возможностей, потеря статуса кормильца семьи, одиночество и изоляция, прекращение посещений друзей, знакомых, коллег по работе, уменьшение (потеря) своей внешней и сексуальной привлекательности.

Вызывают гнев, злость, агрессию, обращенную на родственников, медработников или на себя: бюрократическая волокита, необщительность персонала, отсутствие информации и откровенное замалчивание или ложь, отсутствие результатов лечения.

Понимание причин психологического дискомфорта больного помогает работать в определенном направлении по их устранению или смягчению. Широкий спектр психологических проблем обуславливает организацию комплексной психологической поддержки и включает работу психотерапевта, психолога, священника, а также работу всей команды по организации досуга больных, привлечения трудотерапевта, социального работника и волонтеров.

В хосписе используют следующие виды психотерапевтической помощи.

1. Психотерапия средой, что подразумевает создание уютной домашней обстановки, где нет строгого больничного режима: можно брать с со-

бой животных, свои фотографии, любимые вещи. Желательно, чтобы в хосписе было много зелени, цветов, картин. Во многих хосписах есть музыкальные инструменты, молитвенное место.

2. Психотерапия присутствием с принципом разделения боли и проблем больного; возможность получить поддержку и общение, заботливое доброжелательное отношение близких и персонала. В хосписе человека принимают таким, какой он есть.

3. Арттерапия с переключением внимания больного на творчество (рисование, выжигание, рукоделие, чтение и т.д.).

4. Индивидуальный подбор психотерапии.

Очень важной проблемой в паллиативной медицине является вопрос о том, говорить ли правду больному о диагнозе и прогнозе. В традициях нашей страны — «замалчивать» правду, как со стороны медперсонала, так и большинства родственников. Причины такой позиции разнообразны (страх последствий, отношение к больному как к собственности и т.д.). Больные очень чувствительны к обману, это усиливает их дискомфорт и ощущение одиночества. Медицинским сестрам важно знать, что в соответствии с «Европейской декларацией о правах пациента» (1994 г.) пациент имеет право на полную информацию о своем диагнозе и прогнозе. Пациент вправе выбирать сам — знать ему правду или не знать. Некоторые больные не хотят знать правду о диагнозе и это тоже их право. Если человек хочет знать правду — мы не вправе обманывать его. Каждый взрослый человек сам несет ответственность за свою жизнь до конца, и имеет право распоряжаться ею по своей воле. Говорить правду о диагнозе — вещь деликатная и поэтому рекомендуется знать некоторые правила, как говорить о диагнозе.

Предоставляйте информацию, убедившись, что пациент действительно хочет ее получить и сам проявляет интерес. Нельзя навязывать «правду»!

Предоставляйте информацию небольшими порциями, по частям («Step by step!»)

Следите за реакцией, жестами, мимикой и поведением пациента во время беседы, умейте вовремя остановиться.

Не предоставляйте лишнюю информацию, и не будьте излишне откровенны.

Смягчите первоначальную информацию. Пациенты предпочитают правду в мягкой форме: никогда не произносите слово «рак», заменяйте его словами «образование», «опухоль».

После сообщения информации не оставляйте пациента одного, будьте рядом какое-то время, чтобы он пережил острую (шоковую) стадию вместе с Вами.

Помните, что отношения между персоналом и пациентом основаны на доверии, поэтому не обманывайте пациента.

Примеры. Не следует говорить: «Вам осталось жить 3 месяца». Следует сказать: «Никто не может сказать, сколько Вам осталось» или «Возможно, Вам отпущено не так уж много времени». Фразу «Вы слабеете» замените на «Старайтесь экономить Ваши силы».

Социальные аспекты помощи. Круг проблем пациента может быть очень обширен. Социальные проблемы могут быть различными в зависимости от того, где оказывается помощь — на дому или в хосписе, живет ли больной один или в семье и насколько утрачена его способность к самообслуживанию. Если у больного нет семьи, он может быть госпитализирован в хоспис по социальным показаниям, которыми являются: социальная изоляция и ежедневная потребность в уходе. Вот примерный перечень социальных нужд терминального больного, не имеющего родственников и находящегося в хосписе: оплата коммунальных платежей; оформление инвалидности и получение пенсии; решение вопросов наследства (написание завещания, контакт с нотариусом); поиск близких людей, друзей, знакомых, коллег по работе и, по возможности, привлечение их к посещениям и помощи; забота об оставленной квартире, комнате, уход за оставшимися там животными, цветами; приобретение средств ухода, иммобилизации или передвижения; помощь в подготовке к похоронам, поддержка близких людей и помощь им в процессе и после похорон. Социальный работник при отсутствии родственников выступает доверенным лицом больного.

Если у больного есть семья, то помощь социального работника также востребована, в связи с тем, что у членов семьи возникают проблемы психологического и финансового характера. Видеть, как родной человек слабеет с каждым днем, и переживать с ним всю тяжесть болезни — не каждому под силу. Уход за тяжелобольным требует иногда постоянного присутствия и перед ухаживающим встает вопрос о работе и средствах к существованию, вследствие чего он не может постоянно находиться рядом с больным. Кроме того, ему необходимо заботиться и о других членах семьи, например, о детях. Забота о детях представляет особую проблему, особенно, если дети являются потенциальными сиротами. Дети страдают от недостатка внимания, чувства покинутости и одиночества, чувства вины из-за невозможности помочь. Страдание детей усиливается изоляцией от родителей во время их госпитализации или смерти, или из-за ухудшения их внешнего вида. Особенно дети дошкольного возраста боятся отделения от родителей. Если дети остаются сиротами, встает вопрос об их будущем.

При оценке проблемы следует ориентироваться на значимость ее для больного. Такая проблема, как, например, куда деть любимую кошку или что делать с цветами, может доставить серьезное вол-

нение и послужить причиной отказа от госпитализации. Такую проблему нельзя считать мелочью.

При отсутствии социального работника, что часто встречается в российских хосписах, социальные проблемы больных приходится решать другим участникам команды, в том числе и медицинским сестрам. Необходимо совместно с больным и его близкими обсудить проблемы и наметить пути их решения. Затем следует определить, какие проблемы больной может решить самостоятельно, и в каком объеме необходима помощь. При оказании социальной помощи нужно не только выполнять определенную работу за больного, но также важно показать пути самостоятельного решения проблем, и обучать, как это делать. Отстранение пациента от решения вопросов, связанных с его повседневной жизнью, лишь увеличивает разрыв между ним и обществом. Человек теряет самостоятельность и, как следствие, — самоуважение.

Духовная помощь — это поддержка на глубочайшем уровне. Для тех, кто приближается к концу жизни, обычно возрастает необходимость в переоценке смысла жизни и ее ценностей, подтверждении своей значимости, в принятии их такими, какие они есть, в прощении и примирении с самими собой, с окружающими и Богом. Для многих людей духовный критерий их жизни включает религиозный компонент. Больные ищут ответы на следующие вопросы: В чем смысл страдания? Почему это случилось со мной? В чем был смысл моей жизни? Что ценного было в моей жизни? Если Бог есть, почему он позволяет мне так страдать? В чем моя вина перед ним? Что я сделал плохого? Как мне получить прощение? Есть ли жизнь после смерти?

Желательно, чтобы в хосписе больной мог решать свои духовные проблемы с помощью священника или психолога. При отсутствии таковых эту проблему пациента берут на себя другие участники команды. Обязанность медперсонала —

освободить больного от всех физических страданий, чтобы он мог размышлять о жизни и ее значении. Важно понимать, что умирающий действительно думает о таких вопросах, и быть готовыми выслушать, если он захочет заговорить об этом. При разговоре с пациентом на темы жизни и смерти полезно помнить о философских принципах паллиативной медицины, о которых упоминалось в начале статьи. Не нужно пытаться ответить на все вопросы пациентов. В конечном счете, каждый может сам найти ответы на многие личные вопросы. Главное — сочувственно, искренне и с пониманием выслушивать больного, дать понять, что Вы уважаете его как личность и уважаете его религиозные взгляды. Духовная поддержка может выражаться по-разному: можно просто сидеть рядом и слушать рассказ больного о его жизни, можно что-нибудь читать больному, можно рассматривать вместе с ним его фотографии, можно найти его старых друзей и пригласить их. Важно, чтобы больной чувствовал, что он и его жизнь интересна другим людям и что его принимают и любят таким, какой он есть.

Духовные проблемы неосозаемы, они несут определенную энергию и имеют глубокое значение для личности. Когда духовная потребность удовлетворена, больные в состоянии встретить реальность с надеждой, и не важно, сколько страданий эта реальность приносит. Сестры чаще, чем врачи, видят пациентов, чаще имеют дело с его проблемами, выслушивают интимные мысли пациента, признания, исповеди, поэтому они лучше, чем врачи должны понимать язык страдания. Искреннее сочувствие — вот высший уровень понимания страдания пациента и его семьи. Страдание терминальных больных — это первый учитель для тех, кто оказывает им помощь в их последнем пути. Они учат нас мужеству и умению бороться с ежедневными трудностями. Они разделяют с нами свою духовность, чтобы перекинуть мост в вечность.

Литература

1. Гнездилов А.В. Путь на Голгофу: очерки работы психотерапевта в онкологической клинике и хосписе. — СПб: АОЗТ фирма Клинт, 1995. — 136 с.
2. Липтуго М.Е., Поляков И.В., Зеленская Т.М. Паллиативная помощь. — СПб: Искусство России, 2001. — 160 с.
3. Гнездилов А.В., Губачев Ю.М. Терминальные состояния и паллиативная терапия. Учебно-методическое пособие. — СПб: Изд-во ТОО Бионт, 1998. — 60 с.
4. Саймонтон К., Саймонтон С. Психотерапия рака. — СПб: Питер, 2001. — 288 с.
5. Митр. Антоний Сурожский. Жизнь. Болезнь. Смерть. — Клин: Изд-во Христианская жизнь, 2004. — 112 с.
6. Паллиативная помощь онкологическим больным / Под ред. А.Салмон. — М.: Первый Московский хоспис, 1999.
7. Национальная образовательная программа «Паллиативная медицина». Избранные лекции. — СПб: Национальный центр исследования и лечения рака, 2001. — 115 с.

Адрес для контакта: Санкт-Петербург, наб. реки Фонтанки, д. 148, кафедра сестринского дела и социальной работы, тел (812) 251 91 08.

АЛГОРИТМ БАЗИСНОЙ СЕРДЕЧНО-ЛЕГОЧНОЙ РЕАНИМАЦИИ 2005 ГОДА

О.Ю.Кузнецова, Т.А.Дубикайтис

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

ADULT BASIC LIFE SUPPORT 2005

O.Yu.Kuznetsova, T.A.Dubikaytis

St-Petersburg Medical Academy of Postgraduate Studies, Russia

© О.Ю. Кузнецова, Т.А. Дубикайтис, 2006

В статье представлены новые положения о проведении реанимационных мероприятий пострадавшему с внезапной остановкой сердца на догоспитальном этапе.

Ключевые слова: базисная сердечно-легочная реанимация.

Summary of evidence-based recommendations for the performance of basic life support is presented in the article.

Keywords: ACLS.

В 2000 г. на международной конференции были приняты стандарты оказания помощи при внезапной остановке сердца. Для оценки эффективности внедрения указанных алгоритмов в практику был выполнен целый ряд исследований. Полученная информация по выживаемости пострадавших была обобщена в трех систематических обзорах. Было установлено, что до момента выписки из стационара доживают 5–10% пациентов из числа лиц с зафиксированной остановкой сердца и 15% из числа лиц с диагностированной фибрилляцией желудочков в популяции (случаи развития внезапной остановки сердца в стационаре не учитывали).

На основании полученной информации в 2005 г. в ходе очередной конференции некоторые положения были пересмотрены.

Так, по данным ряда исследований, лица, оказавшиеся рядом с пострадавшим, при проведении реанимационных мероприятий зачастую неточно диагностируют отсутствие кровообращения на основании пальпации сонной артерии. Более того, агональные вдохи пострадавшего с внезапной остановкой сердца очень часто принимаются за дыхательные движения. Это приводит к задержке начала проведения базисной сердечно-легочной реанимации и снижению вероятности благоприятного исхода. В связи с этим рекомендовано приступать к проведению ИВЛ и непрямого массажа сердца немедленно при обнаружении пострадавшего в бессознательном состоянии если отсутствует дыхание.

В отношении освобождения дыхательных путей установлено, что при обструкции инородным телом выполнение компрессий абдоминальной области может привести к угрожающим жизни осложнениям. Подобные осложнения отсутствовали при проведении компрессий грудной клетки для удаления инородного тела.

При анализе данных ряда исследований по эффективности проведения непрямого массажа сердца установлено следующее. На практике целевые значения глубины и частоты компрессий

очень часто не достигаются; кроме того, выполнение искусственного вдоха часто затягивается. Таким образом, осуществление на практике принятых рекомендаций по реанимации не соответствует оптимальным значениям.

В результате были сформулированы следующие положения по оптимизации оказания реанимационного пособия

- Следует приступать к проведению базисной сердечно-легочной реанимации в случае, если пострадавший находится в бессознательном состоянии, не двигается и не дышит (не учитывать спорадические дыхательные движения).

- При выполнении искусственной вентиляции легких «изо рта в рот» или с помощью маски следует осуществлять вдох в течение 1 секунды под визуальным контролем экскурсий грудной клетки.

- При проведении непрямого массажа сердца следует обратить особое внимание на правильное выполнение данной процедуры. Глубина компрессий должна достигать как минимум 4–5 см, а частота компрессий — минимум 100 в 1 минуту. Необходимо дожидаться полного расправления грудной клетки после выполнения компрессии перед тем, как продолжать непрямой массаж сердца. Следует сократить до минимума перерывы в выполнении непрямого массажа сердца. Для этого при проведении курсов по обучению базисной сердечно-легочной реанимации необходимо обращать особое внимание на правильность выполнения данной манипуляции.

- Если реанимационные мероприятия осуществляются одним спасателем, следует чередовать компрессии и вентиляцию с соотношением 30 к 2. Данное правило распространяется на взрослых пострадавших и детей старше года. При реанимации ребенка, в случае если реанимационное пособие осуществляется двумя спасателями, следует чередовать непрямой массаж сердца и искусственную вентиляцию в соотношении 15 к 2.

- После проведения интубации или при использовании ларингеальной маски или комбит-

рубки, проведение непрямого массажа сердца осуществляют без перерывов, для выполнения ИВЛ вентиляцию проводят с частотой 8–10 вдохов в 1 минуту.

Безопасность проведения реанимационных мероприятий.

Риск, сопряженный с участием в проведении курса обучения базисной сердечно-легочной реанимации. По данным ряда исследований, установлено, что в редких случаях участие в тренировках на манекене сопряжено с риском заражения герпетической инфекцией, менингитом, гепатитом В, развитием стоматита и трахеита. В связи с этим рекомендовано использовать антисептические растворы, например 70% этанол, для очистки манекена перед проведением тренировочной искусственной вентиляции.

Риск, сопряженный с проведением реанимационных мероприятий пострадавшему. Имеются данные о единичных случаях заражения туберкулезом и вирусом атипичной пневмонии. Случаев заражения ВИЧ не зарегистрировано. Проведение вентиляции изо рта в рот пострадавшему от воздействия отравляющих веществ, например, фосфорорганических соединений, ассоциировано с развитием симптоматики отравления у реаниматора. В связи с этим при выполнении вентиляции «изо рта в рот» рекомендовано использование защитных средств для проведения ИВЛ. Следует учитывать, что стандартные защитные средства не эффективны против заражения такими вирулентными микроорганизмами как вирус атипичной пневмонии.

Литература

1. Rea T.D., Eisenberg M.S., Sinibaldi G., White R.D. Incidence of EMS-treated out-of-hospital cardiac arrest care in the United States // *Resuscitation*.— 2004.— Vol. 63.— P. 17–24.
2. Fredriksson M., Herlitz J., Nichol G. Variation in outcome in studies of out-of-hospital cardiac arrest: a review of studies confirming to the Utstein guidelines // *Am J Emerg Med*.— 2003.— Vol. 21.— P. 276–281.
3. Nichol G., Stiell I.G., Laupacis A., Pham B., De Maio V.J., Wells G.A. A cumulative meta-analysis of the effectiveness of defibrillator-capable emergency medical services for victims of out-of-hospital cardiac arrest // *Ann Emerg Med*.— 1999.— Vol. 34.— P. 517–525.
4. 2005 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care // *Circulation*.— 2005.— Vol. 112.— P. IV–19–IV–34.

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

Правила оформления статей в журнал «Российский семейный врач»

Уважаемые авторы!

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Схемы. Их выполняют в редакторе Word с помощью команды «Рисование» и снабжают подписью под схемой. Количество таблиц, рисунков, схем должно быть не более 2.

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

Примеры оформления списка литературы:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Редакция организует рецензирование, научное и литературное редактирование рукописей статей.

«Российский семейный врач»

Свидетельство о регистрации № 017794 от 22.06.98 г.

Подписной индекс по каталогу «Роспечать» 29950

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

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

Санкт-Петербург, издательство Санкт-Петербургской медицинской академии последипломного образования.
Подписано в печать 3.12.2006 г. Формат 60×90¹/₈. Бумага офсетная. Гарнитура Journal. Печать офсетная.
Усл. печ. л. 6,5. Тираж 1000 экз. Заказ № 056. Цена договорная.
193015, Санкт-Петербург, Кирочная ул. д. 41.
Отпечатано в ООО «Сигма».