

РОССИЙСКИЙ СЕМЕЙНЫЙ ВРАЧ

МЕДИЦИНСКИЙ НАУЧНО-
ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

Учредитель

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

Журнал выпускается при поддержке:

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

Президенты:

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

Главный редактор:

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

Заместители главного редактора:

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

Редакционная коллегия:

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

Е.В.Фролова (Санкт-Петербург, Россия)

А.Л.Шишков (Санкт-Петербург, Россия)

А.П.Щербо (Санкт-Петербург, Россия)

Редакционный совет:

И.Н.Денисов (Москва, Россия) — председатель
А.А.Абдуллаев (Махачкала, Россия)
Б.В.Агафонов (Москва, Россия)
Б.Г.Головской (Пермь, Россия)
Б.Л.Мовшович (Самара, 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)
О.М.Лесняк (Екатеринбург, Россия)
Э.Свонсон (Айова-Сити, США)
И.К.Якубович (Ленинградская область, Россия)

Ответственный секретарь:

Н.А.Гурина (Санкт-Петербург, Россия)

ПОДПИСНОЙ ИНДЕКС ПО КАТАЛОГУ «РОСПЕЧАТЬ» 29950

Адрес редакции:

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

Том 11
4-2007

ВЫПУСКАЕТСЯ
ЕЖЕКВАРТАЛЬНО



Журнал является официальным
печатным изданием Всероссийской
ассоциации семейных врачей.

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

Лекции

ЧАСТНЫЕ ВОПРОСЫ ОНКОЛОГИИ
В ПРАКТИКЕ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА
А.К.Лебедев 4

НАУЧНО-ДОКАЗАТЕЛЬНАЯ МЕДИЦИНА.
ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ
РАЗВИТИЯ
Т.А.Дубикайтис 18

ВНЕБОЛЬНИЧНАЯ ПНЕВМОНИЯ
У ВЗРОСЛЫХ
Н.В.Федорова 25

Статья

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ
НАСЕЛЕНИЯ. УДАЛОСЬ ЛИ ДОСТИЧЬ
ПОСТАВЛЕННОЙ ЦЕЛИ?
*О.Ю.Кузнецова, Ж.В.Плешанова,
Т.А.Дубикайтис* 36

ОРИГИНАЛЬНОЕ НАУЧНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

ПРОБЛЕМЫ СИСТЕМЫ СЕЛЬСКОГО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГЛАЗАМИ ЕЕ ВРАЧЕЙ
В.Н.Филатов, Ю.Ю.Скрипин 42

Случай из практики

ПАРАЦЕТАМОЛ КАК ЭТИОЛОГИЧЕСКИЙ
ФАКТОР ПЕЧЕНОЧНОЙ И ПЕЧЕНОЧНО-
ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ
М.А.Михальчук, В.Д.Великова 45

СЕСТРИНСКОЕ ДЕЛО

ИННОВАЦИИ В АКТИВНОМ ОБУЧЕНИИ
МЕНЕДЖЕРОВ СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА
Е.С.Лаптева 49

Хроника

ХРОНИКА СОБЫТИЙ
Е.В.Фролова 55

LECTURES

PARTICULAR QUESTIONS OF ONCOLOGY
IN PRACTICE OF THE FAMILY DOCTOR
A.K.Lebedev 4

EVIDENCE-BASED MEDICINE. THE MAIN
PRINCIPLES AND PERSPECTIVES OF
DEVELOPMENT
T.A.Dubikaytis 18

COMMUNITY-ACQUIRED PNEUMONIA
IN ADULTS
N.V.Fedorova 25

ARTICLE

ADDITIONAL CLINICAL EXAMINATION OF
POPULATION: DID WE ACHIEVE A SETTLED
GOAL?
*O.Yu.Kuznetsova, J.V.Pleshanova,
T.A.Dubikaytis* 36

ORIGINAL DATA

THE PROBLEMS OF RURAL HEALTH CARE BY
EYES OF THE DOCTORS
V.N.Filatov, Y.Y.Skrpin 42

CLINICAL CASE

PARACETAMOL AS ETIOLOGICAL
FACTOR OF LIVER FAILURE
AND HEPATORENAL FAILURE
M.A.Mihalchuk, V.D.Velikova 45

NURSING

INNOVATIONS OF NURSING
IN ACTIVE TRAINING OF MANAGERS
E.S.Lapteva 49

CHRONICLE

CHRONICLE
E.V.Frolova 55

ЧАСТНЫЕ ВОПРОСЫ ОНКОЛОГИИ В ПРАКТИКЕ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА**А.К.Лебедев**ГОУ ДПО Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования Росздрава,
Россия**PARTICULAR QUESTIONS OF ONCOLOGY IN PRACTICE OF THE FAMILY DOCTOR****A.K.Lebedev**

St-Petersburg Medical Academy of Postgraduate Studies, Russia

© А.К.Лебедев, 2007

Цель лекции: Представить современную достоверную информацию о факторах риска, клинике, диагностике, лечении и прогнозе наиболее часто встречающихся злокачественных новообразованиях. Оценить существующие методики скрининга рака различной локализации с позиций научно-доказательной медицины.

План лекции:

1. Введение в избранные вопросы частной онкологии
2. Рак легкого
3. Рак желудка
4. Колоректальный рак
5. Рак молочной железы
6. Рак шейки матки
7. Заключение

Введение. Злокачественные опухоли являются одной из основных причин заболеваемости и смертности людей в конце XX — начале XXI века. Тенденция к увеличению продолжительности жизни, а, соответственно, и к росту контингента лиц пожилого и старческого возраста, способствует росту онкологических заболеваний.

Следует отметить, что при лечении пациентов с начальными стадиями рака ряда локализаций выживаемость достигает 80–90%. Успехи современной онкологической науки и медицинской техники привели к созданию теоретической и практической базы для своевременной диагностики и эффективного лечения больных. Создание системы диспансерного наблюдения за больными из групп риска, внедрение скрининговых программ, обучение пациентов самоконтролю, повышение их приверженности к здоровому образу жизни и повышение онкологической настороженности позволяет если не предотвратить заболевание, то своевременно его диагностировать и направить пациента на дополнительные исследования и консультацию специалистов. Новые поколения рентгеновских, ультразвуковых и эндоскопических установок, наряду с современными цитоморфологическими и иммунобиохимическими анализами, дают возможность диагностировать рак на ранних и даже на доклинических стадиях. При этом важнейшая роль принадлежит врачу, к которому впервые обратился боль-

ной. Специальная подготовка и разумная онкологическая настороженность семейных врачей позволит выявлять онкопатологию на ранних стадиях, и, в конечном итоге, добиться увеличения выживаемости данной категории больных.

В связи с тем, что методы ранней диагностики онкологической патологии крайне разнообразны, а ряд из них претендует на роль скрининговых методик, нами были обобщены клинические рекомендации ведущих онкологических институтов мира, основанные на принципах научно-доказательной медицины. Таким образом, мы пытаемся внести ясность в современные представления о скрининговых методиках наиболее распространенных форм злокачественных опухолей.

Рак легкого

Рак легкого занимает первое место в структуре онкологической заболеваемости в большинстве стран мира и характеризуется как постоянным ее ростом, так и плохими результатами лечения. Так как успех в лечении рака легкого всецело зависит от своевременности выявления, чрезвычайно важна ранняя диагностика заболевания врачом первичного звена здравоохранения. В настоящее время выявляемость рака легкого на ранней стадии (T1N0M0), к сожалению, не превышает 8–15% [1].

Наибольшая распространенность рака легкого отмечена в пожилом возрасте. Средний возраст умерших мужчин — 64,3, женщин — 68,2 года. Выявляемость рака легкого у мужчин в нашей стране в 5 раз выше, чем у женщин [2].

Преобладают две основные формы рака легкого — центральная и периферическая. Центральная форма поражает крупные бронхи и рано распространяется на главные бронхи и трахею. Периферический рак локализуется в субсегментарных и более мелких бронхах и обычно формирует шаровидный узел в паренхиме легкого. Распространенность всех атипичных форм рака легкого, таких как периферический рак с синдромом Панкоста, медиастинальный рак и первичный карциноматоз легких, не превышает 5%. По гистологическому строению наиболее распространенным вариантом является аденокарцинома. Далее следуют плоскоклеточный рак (25–40%),

мелкоклеточный (овсяноклеточный) рак (20%), отличающийся крайне высокой злокачественностью, и крупноклеточный недифференцированный рак (менее 10% всех форм рака легкого) [3].

Рак легкого на ранних стадиях развития характеризуется крайне скудной клинической картиной либо она вообще отсутствует. Местные симптомы: кашель или изменение его характера, кровохарканье, боль в груди, одышка обусловлены ростом первичного узла опухоли, прорастанием грудной стенки и органов средостения или скоплением жидкости в плевральной полости. При прорастании опухоли в соседние органы могут возникать охриплость, афония, синдром верхней полой вены, дисфагия. Головная боль, гемиплегия, боль в костях, и рост вторичных объемных образований могут быть результатом отдаленного метастазирования. Общие нарушения проявляются слабостью, повышенной утомляемостью, снижением аппетита, похуданием, снижением работоспособности, потерей интереса к окружающему. Может повышаться температура тела, беспокоить озноб, ночной пот. В качестве паранеопластических процессов, обусловленных гормональной и метаболической активностью опухоли следует отметить синдром Кушинга, гинекомастию, ревматоидный артрит, остеоартропатии, нервно-мышечные расстройства. Следует помнить, что центральный рак с обтурацией бронхов и пневмонитом практически неотличим от пневмонии, периферический рак на ранних стадиях развивается бессимптомно, и даже при случайном обнаружении пациентов зачастую направляют в противотуберкулезный диспансер, а пациенты с раком Панкоста предъявляют преимущественно неврологические жалобы на сильные боли с иррадиацией в плечо [4].

У всех пациентов с подозрением на рак легкого нужно собрать анамнез и провести физикальное обследование, оценить общее состояние, определить массу тела и степень похудения. Необходимо выполнить рентгенографию грудной клетки, цитологический или гистологический анализ мокроты, плеврального выпота или материала бронхоскопии, общий анализ крови с оценкой биохимических показателей (кальций, натрий, лактатдегидрогеназа и функциональные пробы печени). Для уточнения распространенности процесса рекомендуется выполнить магнитно-резонансную томографию. Указанные исследования необходимо проводить экстренно, чтобы уже в срок до 2 недель можно было составить представление о стадии заболевания, прогнозе и методах лечения, а в срок до 8 недель с момента обращения пациент с операбельным немелкоклеточным раком легкого должен быть радикально оперирован. Врач общей практики должен уделять внимание психологической поддержке таких пациентов и формировать у них правильное

представление о тяжести заболевания и возможных исходах, а также способствовать повышению мотивации и приверженности к лечению.

Наибольший шанс на полное излечение от немелкоклеточного рака легкого дает хирургическое вмешательство. Операцией выбора является лобэктомия или пневмонэктомия. Половине оперируемых больных удается выполнить лобэктомию или билобэктомию, у 40% приходится выполнять пневмонэктомию [5].

Лучевая терапия показана при немелкоклеточном раке легкого I и II стадии у пациентов, неоперабельных по общемедицинским показаниям, в качестве адъювантного курса после радикальных операций, а также как паллиативное лечение при боли в груди, кашле, кровохаркании, что в конечном итоге позволяет добиться продления жизни пациентов. Неoadъювантная (дооперационная) лучевая терапия не рекомендуется. При ведении пациентов после лучевой терапии необходимо помнить, что в ближайшем и отдаленном периоде возможны осложнения со стороны легких, органов и сосудов средостения. Наиболее часто они проявляются лучевым пневмонитом и лучевым эзофагитом. Обычно доза паллиативной лучевой терапии для пациентов без тяжелых сопутствующих заболеваний при отсутствии отдаленных метастазов составляет 36–39 Гр в 12–13 фракциях. При нерезектабельном раке Панкоста доза лучевой терапии составляет 50–62 Гр в 20–30 фракциях. Больным с синдромом сдавления верхней полой вены с обструкцией главных бронхов или трахеи показана лучевая терапия в дозе 20 Гр в 5 фракциях или 30 Гр в 10 фракциях на фоне высоких доз глюкокортикоидов. Химиотерапия при немелкоклеточном раке легкого мало эффективна [6, 7].

Больным с операбельным мелкоклеточным раком легкого показана адъювантная лучевая и химиотерапия. В случае ремиссии рекомендуют продолжить химиотерапию до 6 курсов лечения. Большинству больных распространенным мелкоклеточным раком легкого с нарушением общего состояния показаны 4 курса полихимиотерапии.

После радикального лечения всех больных раком легкого, помимо консультаций онколога-пульмонолога, необходимо осматривать амбулаторно каждые 3 месяца в течение первых 2 лет, каждые 6 месяцев — до 5 лет, а затем — ежегодно.

Прогноз. При немелкоклеточном раке легкого пятилетняя выживаемость не превышает 5–10%. После радикального лечения 5-летняя выживаемость составляет 25%, а в I–II стадиях заболевания достигает 70–75%. При мелкоклеточном раке легкого после успешной химиотерапии двухлетняя выживаемость составляет 20%, большая часть пациентов погибает в сроки до 8 месяцев [7].

Профилактика. Поскольку 80% случаев рака легкого связано с курением, первичная профила-

ктика должна быть направлена именно на борьбу с распространенностью курения в обществе. При подозрении на профессиональное заболевание лиц, контактировавших с радионуклидами и асбестом, необходимо рекомендовать обследование в пульмонологической клинике или отделении профессиональной патологии.

Скрининг рака легкого. Выигрыш от скрининга рака легкого не был обоснован ни в одной группе бессимптомных пациентов, включая популяцию высокого риска при отсутствии симптомов, таких как курильщики с длительным стажем. Соотношение вреда и выгоды скрининга становится абсолютно неблагоприятным для некурящих лиц с низким риском развития рака легкого [7].

Чувствительность низкодозовой компьютерной томографии для выявления рака легкого в 4 раза выше, чем чувствительность рентгенологического обследования грудной клетки. Однако компьютерная томография ассоциирована с большим количеством ложноположительных результатов, большим радиационным воздействием и высокой стоимостью обследования [8]. Из-за высокой частоты ложноположительных результатов в результате скрининга рака легкого многие пациенты будут подвергаться дополнительным инвазивным диагностическим процедурам. Хотя заболеваемость и смертность от этих процедур у бессимптомных пациентов невелика, смертность вследствие осложнений хирургических вмешательств у них, по различным данным, варьирует от 1,3% до 11,6%, а значительное ухудшение состояния здоровья — от 8,8% до 44%, с более высокой частотой у перенесших неоправданно обширные резекции [4].

Другими последствиями скрининга являются тревога и беспокойство в результате ложноположительных результатов, а также ложная уверенность вследствие ложноотрицательных результатов тестов. Однако этот вред не был исследован в должной мере.

Исходя из сказанного, в настоящее время нет достаточных доказательств, чтобы отрицать или рекомендовать скрининг рака легкого асимптомным лицам с помощью низкодозовой компьютерной томографии, рентгенологического исследования грудной клетки, цитологического исследования мокроты или комбинации этих методов.

Таким образом, выявлять ранний рак легкого можно в основном путем тщательного комплексного обследования группы риска развития рака легкого, в которую входят злостные курильщики и лица старше 50 лет при наличии хронических легочных заболеваний. При этом можно ожидать роста числа случаев выявленного раннего рака легкого. Соответственно улучшится и выживаемость при данном заболевании.

Рак желудка

Рак желудка — одна из наиболее часто встречающихся злокачественных опухолей. На его до-

лю приходится 50% опухолей ЖКТ. Последние десятилетия повсеместно отмечено умеренное снижение темпов роста заболеваемости раком желудка, однако она остается на достаточно высоком уровне и в нашей стране превышает 30 случаев на 100 тыс. населения. Рак желудка обычно выявляют в пожилом возрасте — у 80% больных симптомы появляются в возрасте старше 65 лет. Отмечен рост частоты поражения проксимальной трети желудка [1, 9].

По данным статистики, в патогенезе рака желудка подтверждена роль жирной, жареной и острой пищи, маринадов и копченостей, а также соленых продуктов и рисового крахмала. Канцерогенами являются нитрозосоединения, содержащиеся в нитритах и нитратах. Доказана роль алкоголя и курения как факторов риска развития рака желудка. Канцерогены вызывают нарушение хромосомного аппарата клеток слизистой желудка, что особенно значимо для лиц с наследственно-генетической предрасположенностью к раку желудка. Эрадикация *Helicobacter pylori* снижает риск развития заболевания. Считается, что *H. pylori* способствует пролиферации желудочного эпителия, стимулирует синтез макрофагами цитокинов и интерлейкинов, ускоряющих деление эпителиальных клеток, а вырабатываемый *H. pylori* активный кислород обладает мутагенным действием на клетки.

Ранним раком желудка считают первичную опухоль в пределах слизистой и подслизистой слоев размером до 2 см в диаметре без поражения регионарных лимфатических узлов и отдаленных метастазов. Выделяют полиповидный, плоский и язвенный типы.

Рак желудка выявляется, как правило, довольно поздно в связи с высокой распространенностью диспепсических расстройств. Показанием для направления на обследование является диспепсия в сочетании с потерей массы тела, анемией или потерей аппетита при отсутствии эффекта от лечения и у пациентов в группе повышенного онкологического риска. Обследование таких пациентов для исключения рака желудка необходимо провести в течение 2 недель. Необходимо также тщательно обследовать пациентов с дисфагией, желтухой и объемным образованием в эпигастральной области.

Основной метод выявления раннего рака желудка — гастроскопия. При ее применении доля выявленных случаев рака на ранних стадиях существенно выше. Диагноз должен быть подтвержден биопсией и скарификационным цитологическим методом. Достаточно широко для диагностики рака желудка используется рентгенография с двойным контрастированием. Для подтверждения диагноза и определения распространенности процесса используют обычное или эндоскопическое ультразвуковое исследование.

При подозрении на небольшой асцит или поражение брюшины рекомендовано выполнение лапароскопии.

Тест на карциноэмбриональный антиген не является специфичным, и оценивать его необходимо с большой осторожностью. При его уровне в сыворотке крови более 10 нг/мл следует особо тщательно исключить скрытые отдаленные метастазы. Уровень в сыворотке крови других онкомаркеров (СА 19-9, СА195, СА 72-4 и СА 50) имеет еще меньшее клиническое значение. Их высокая концентрация после лечения указывает на менее благоприятные результаты.

Методом выбора при лечении рака желудка является операция. Перед хирургическим вмешательством необходимо проводить профилактику тромбоза у пациентов с хронической венозной недостаточностью и аритмиями, а также профилактику инфекционных осложнений у ослабленных лиц. Тем не менее, из-за запущенности процесса радикальную резекцию удастся выполнить не более чем 30% больных из всех обратившихся впервые [10].

Дооперационная (неoadъювантная) химиотерапия существенно не изменяет отдаленные результаты по сравнению с обычным хирургическим лечением. Имеются предварительные данные об успешном применении неoadъювантной химиолучевой терапии. Несмотря на то, что применение системной химиотерапии после операции изучается более 25 лет, вопрос о ее эффективности окончательно не решен. Возможно, появление новых препаратов и схем их назначения позволит улучшить результаты лечения. Лучевая и химиотерапия обоснованы лишь в качестве паллиативного лечения больных раком желудка. Так, использование лучевой терапии в комбинации с фторурацилом и другими цитостатиками позволяет увеличить продолжительность жизни и существенно улучшить ее качество при локально распространенном раке. При этом проводят облучение по классической методике в суммарной дозе 30–40 Гр с синхронной химиотерапией. У больных, отказавшихся от операции при раке I–II стадии, а также при рецидивах в культе после хирургического лечения, лучевую терапию проводят по радикальной программе расщепленным курсом в суммарной дозе 60–80 Гр. При нарушении эвакуации из желудка показано наложение обходных анастомозов или стомы для питания, а также установка эндопротеза в зоне стеноза. В редких случаях показана паллиативная резекция желудка.

Сроки и объем повторного обследования определяют индивидуально. В течение первого года после лечения рекомендован профилактический осмотр каждые 4 месяца, до 5 лет — дважды в год, затем — ежегодно. При плановых осмотрах важна не только оценка результатов лечения,

но и психологическая поддержка больных и лиц, за ними ухаживающих, выявление и коррекция нарушения питания, контроль функций систем и органов в связи с последствиями лечения и возможным появлением рецидивов, организация паллиативных методов лечения [6].

Прогноз. Продолжительность жизни неоперабельных больных после подтверждения диагноза составляет 3–11 месяцев. После радикальной резекции желудка при I стадии заболевания 5-летняя выживаемость достигает 89%.

Первичная профилактика заключается в отказе от курения, ежедневном употреблении свежих фруктов и овощей при каждом приеме пищи, борьбе с хроническими интоксикациями (отказ от алкоголя и его суррогатов, контроль факторов профессиональной вредности).

Выявление и лечение предопухолевых заболеваний и скрининг рака желудка среди группы риска — путь существенного улучшения выявляемости ранних форм.

К группе риска рака желудка относят лиц, имеющих двух и более кровных родственников, страдавших раком желудка, пациентов с пищеводом Баррета, дисплазией слизистой оболочки желудка, атрофическим гастритом, кишечной метаплазией слизистой оболочки желудка, а также лиц, перенесших резекцию желудка в анамнезе.

Рекомендована следующая система наблюдения за пациентами группы риска.

— При хронической язве — фиброгастроскопия с биопсией до и после лечения. При достижении ремиссии (эпителизация и рубцевание) — эндоскопический и рентгеновский контроль 1 раз в год.

— При атрофическом и гиперпластическом гастрите — фиброгастроскопия с биопсией 1 раз в год.

— При полипах желудка — полипэктомия с биопсией с последующим контролем 1 раз в 2 года.

— После резекции желудка — фиброгастроскопия и рентгеновское исследование 1 раз в 2 года.

В настоящее время достаточно успешно апробируются программы рентгенологического, эндоскопического и серологического скрининга, однако, их эффективность в отношении широкой популяции не доказана [9].

Таким образом, при своевременном выявлении рака желудка это грозное заболевание можно вполне считать излечимым.

Колоректальный рак

В структуре смертности от новообразований ободочная и прямая кишка занимают третье место. В некоторых странах Европы рак данной локализации стоит на втором месте. Отмечается повсеместная тенденция к росту заболеваемости и смертности от рака толстой и ободочной кишки в экономически развитых странах, особенно в крупных городах. Так, Санкт-Петербург зани-

мает лидирующие позиции в нашей стране по заболеваемости раком ободочной кишки, которая превышает 22 на 100 тыс. населения среди мужчин и 18 на 100 тыс. населения среди женщин. В России в среднем рак ободочной кишки выявляют в 1,2 раза чаще, чем рак прямой кишки. Несмотря на современные диагностические и лечебные методики, 5-летняя выживаемость не превышает 40% [1, 11].

Факторы риска. Высокое содержание в рационе мяса и животного жира при низком потреблении клетчатки, а также, возможно, соли желчных кислот стимулируют выработку кишечными бактериями канцерогенов. Продукты, содержащие витамины А, С и Е, способствуют инактивации этих веществ. Ряд продуктов, таких как цветная капуста и турнепс, посредством активации бензпиренгидроксилазы инактивируют канцерогены. Роль питания доказывает тот факт, что распространенность колоректального рака среди вегетарианцев значительно ниже. Высокая распространенность заболевания отмечена среди работников лесопилок и асбестовых производств. Риск развития колоректальных опухолей среди родственников первой степени родства больных раком или полипами выше в 4–5 раз, чем в популяции в целом, что доказывает возможность наследственного фактора в возникновении данной патологии. Особую роль в патогенезе рака играют одиночные и множественные кишечные полипы, диффузный семейный полипоз, ворсинчатые полипы. Значительно повышают риск развития колоректального рака длительно существующий язвенный колит, болезнь Крона, а также рак молочной железы или женских гениталий в анамнезе, синдромы семейного рака, иммунодефицитные состояния. По всей видимости, формы трудовой деятельности, связанные с длительным сидением, также способствуют повышению риска колоректального рака. Имеются данные о связи курения со склонностью к малигнизации хронических процессов в слизистой оболочке толстой кишки [5, 12].

Частота возникновения полипов прямой и ободочной кишки уступает лишь частоте полипов желудка. Своевременный контроль возникновения и динамики полипов колоректальной зоны играет важную роль в диагностике раннего рака данной локализации. Вероятность малигнизации аденоматозных полипов прямо пропорциональна их размерам. Так при размере полипа менее 1 см вероятность малигнизации составляет 1%, а при размерах более 2 см превышает 30%. Особое внимание следует уделять диагностике синдромов полипоза. Так, при диффузном семейном полипозе у 100% больных старше 40 лет развивается рак. Поэтому необходимо своевременное хирургическое лечение, направленное на полное удаление полипов. При синдроме Гарднера (разновидность семейного полипоза, характеризующаяся

разнообразными внекишечными проявлениями — остеомами, кистами, опухолями мягких тканей, аномалией зубов и др.) также показано своевременное хирургическое лечение в связи с тенденцией к малигнизации полипов. Показано удаление полипов, проявляющихся клиническими симптомами, при синдроме Пейтца — Егерса (гамартомный полипоз со слизисто-кожной пигментацией) [10].

У лиц с повышенным риском развития колоректального рака показана колоноскопия с биопсией подозрительных участков слизистой, а при обнаружении полипов — их удаление с последующим гистологическим исследованием. Повторное колоноскопическое исследование лицам из группы риска показано каждые 3 года. Имеются научные данные об эффективности скрининга населения с использованием определения скрытой крови в кале (реакция Грегерсена) [3].

Морфологические типы колоректального рака обычно представлены аденокарциномами. Реже встречаются медуллярный, слизистый, перстневидноклеточный, плоскоклеточный и недифференцированные гистологические типы злокачественных опухолей толстой и прямой кишки.

Клинические проявления опухолей колоректальной зоны несколько различаются в зависимости от локализации. Для рака правых отделов толстой кишки на ранних стадиях его развития характерна общая симптоматика: слабость, быстрая утомляемость, дискомфорт и неопределенные боли в животе, железодефицитная анемия и лихорадка неясного генеза. При раке левых отделов превалирует местная симптоматика: чередование запоров и поносов, приступообразные боли, патологические примеси в кале, задержка газов, ложные позывы на дефекацию. Срыв компенсаторных механизмов, обеспечивающих пассаж кишечного содержимого, может быть внезапным на фоне полного благополучия с появлением признаков острой кишечной непроходимости, что достаточно характерно для рака сигмовидной кишки и селезеночного изгиба ободочной кишки. Симптомы рака прямой кишки проявляются довольно поздно. Наиболее ранними симптомами являются чувство неполного опорожнения после дефекации, примесь крови и слизи в каловых массах. Позже начинают беспокоить чередование поносов и запоров, постоянные боли, появляются дизурические расстройства вплоть до блокады мочеочников.

Самым простым и достаточно информативным методом диагностики рака прямой кишки является пальцевое ректальное исследование, которое позволяет определить не только наличие опухоли прямой кишки, но и характер роста, а также связь со смежными органами, не говоря о контроле состояния предстательной железы у мужчин. При этом следует выработать навыки

разворачивать палец на 180 градусов в обе стороны, что позволяет выявлять опухоли нижнеампулярного отдела прямой кишки, не визуализируемые при выполнении ректороманоскопии. Важно уметь проводить пальцевое исследование в различных положениях пациента: на боку, на спине в проктологическом кресле и при положении больного на корточках, прося его «садиться на палец»; последняя позиция позволяет исследовать до 12 см кишки. При определенном опыте пальцем ощущается либо язва с плотным валиком вокруг (блюдообразная опухоль), либо полип типа «цветной капусты», либо (при распространенном раке) циркулярное сужение просвета прямой кишки [13].

Эндоскопические методы исследования — ректороманоскопия и фиброколоноскопия — позволяют визуализировать опухоль, и выполнить ее биопсию для морфологического диагноза. По-прежнему остается актуальной в силу достаточно высокой информативности ирригоскопия с сульфатом бария, позволяющая установить локализацию и размеры опухоли. Обзорная рентгенография органов брюшной полости позволяет подтвердить острую кишечную непроходимость (чаши Клойбера). Компьютерная томография, ультразвуковое исследование печени, забрюшинного пространства и таза, в том числе трансректальное, а также диагностическая лапароскопия показаны для определения распространенности опухоли и исключения метастазирования. Такие онкомаркеры, как карциноэмбриональный антиген, СА 19–9 и некоторые другие, не специфичны для рака колоректальной зоны и не всегда коррелируют с распространенностью процесса. Повышение концентрации карциноэмбрионального антигена выше 10 нг/мл после радикально выполненной операции указывает на рецидив опухоли [14].

Основным методом лечения колоректального рака является оперативный. До операции необходимо подтвердить диагноз морфологически, уточнить подвижность и распространенность опухоли с указанием расстояния до ануса, проксимальной границы и инвазии окружности кишки, исключить множественность очагов первичного роста и метастазы в печень. Необходимо предпринять меры по профилактике тромбоза глубоких вен таза и нижних конечностей. В некоторых случаях показано назначение антибиотиков с профилактической целью [12].

При раке прямой кишки общепринятыми операциями в зависимости от высоты его расположения являются передняя резекция, брюшно-анальная резекция с низведением сигмовидной кишки, операция Гартмана и брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки. При наличии метастазов в регионарные лимфатические узлы (Dukes C.) существенно повышает выживаемость адъювантная химиотерапия фторурацилом в мо-

норежиме или его сочетание с лейковарином, проводимая в условиях специализированного стационара. Успешно применяется интрапортальное введение цитостатика в конце оперативного вмешательства. Даже у неоперабельных больных химиотерапия повышает среднюю продолжительность жизни на несколько месяцев. У пациентов с местно распространенным раком применение дооперационной лучевой терапии снижает риск локальных рецидивов [15].

После выписки из стационара необходимо обеспечить психосоциальную поддержку больных и их родственников, раннее распознавание рецидивов и метастазов, выявление первичной множественности злокачественных новообразований.

Скрининг колоректального рака. Научно обоснованные клинические исследования позволяют рекомендовать скрининг для мужчин и женщин, начиная с возраста 50 лет, для выявления колоректального рака [14]. Скрининг включает анализ кала на скрытую кровь, фибросигмоидоскопию, комбинацию этих двух методов, колоноскопию и двуконтрастную ирригоскопию с барием. Каждый метод имеет преимущества и недостатки, которые могут зависеть от пациента и практического выполнения исследования. Выбор стратегии скрининга основан на предпочтениях пациента, медицинских противопоказаниях, приверженности пациента к лечению и ресурсов для тестирования и наблюдения. Необходимо обсудить с пациентом преимущества и возможный вред каждой из методик до выбора стратегии скрининга.

Оптимальный интервал скрининга зависит от теста. Ежегодный анализ кала на скрытую кровь позволяет более значимо снизить уровень смертности, чем скрининг с частотой один раз в два года, но дает больше ложноположительных результатов. 10-летний интервал рекомендован для выполнения колоноскопии на основании данных, полученных при изучении развития аденоматозных полипов. Более короткие интервалы (5 лет) рекомендованы для фибросигмоидоскопии и ирригоскопии с двойным контрастированием, так как имеют более низкую чувствительность. Однако нет прямых доказательств, которые бы определяли оптимальный интервал для тестов, за исключением анализа кала на скрытую кровь. Исследования по типу случай-контроль показывают, что сигмоидоскопия, проводимая каждые 10 лет, может быть так же эффективна, как и при более коротких интервалах.

Скрининг рекомендуется начинать с 50-летнего возраста, когда имеется умеренный риск развития колоректального рака, что основано на более высокой встречаемости в общей популяции данного заболевания в старшем возрасте. Лицам с высоким риском развития колоректального рака (например, имевшим родственников 1-й степени родства с диагнозом колоректального рака

до 60-летнего возраста), скрининг должен быть начат в более молодом возрасте. Существуют клинические рекомендации для проведения скрининга у пациентов, имеющих семейный полипоз, наследственный неполипозный колоректальный рак, а также язвенный колит в анамнезе. Пациентам с генетическими синдромами показано генетическое консультирование и колоноскопия в качестве метода скрининга [12].

Возраст для прекращения скрининга колоректального рака точно не определен. В скрининг обычно включали пациентов моложе 80 лет, а смертность от колоректального рака начинает снижаться в течение 5 лет от начала скрининга. Положительные результаты скрининга чаще встречаются у пожилых людей (в связи с более высокой распространенностью колоректального рака). Однако в этой возрастной группе выигрыш от скрининга может быть ограничен в связи с другими причинами смерти. Таким образом, скрининг для выявления колоректального рака не рекомендуется пациентам, чей возраст или сопутствующие заболевания ограничивают продолжительность жизни.

Скрининг кала на скрытую кровь проводится с помощью гваяковой пробы. Исследуют несколько образцов кала, которые пациент отбирает дома самостоятельно. Научно обоснованные данные о необходимости ограничений в диете и приеме лекарственных препаратов в литературе отсутствуют. Регидратация образцов перед исследованием повышает не только чувствительность теста, но и частоту ложноположительных результатов. Ни пальцевое ректальное исследование, ни тестирование единичной порции кала, полученной в ходе пальцевого ректального исследования, в качестве адекватной стратегии скрининга для выявления колоректального рака, не рекомендуется [16].

Комбинация исследования кала на скрытую кровь и сигмоидоскопии позволяет выявить больше случаев рака и крупных полипов, чем каждый из тестов в отдельности, но дополнительный выигрыш и потенциальный вред комбинации двух тестов не изучены. В целом, анализ кала на скрытую кровь должен предшествовать сигмоидоскопии, поскольку положительные результаты первого теста служат показанием для выполнения колоноскопии, что исключает необходимость сигмоидоскопии.

Колоноскопия является наиболее чувствительным и специфичным тестом для определения колоректального рака, но связана с большим риском, чем другие скрининговые тесты. Риск включает небольшую вероятность кровотечения и перфорации при удалении полипов и выполнении биопсии в ходе процедуры. Колоноскопию должен выполнять подготовленный персонал. Требуется предварительное очищение толстой

кишки пациента. Однако никакой другой метод скрининга не может быть альтернативой колоноскопии [14].

Таким образом, при наличии таких расстройств желудочно-кишечного тракта как боль в животе, стойкие изменения стула, слизь или кровь в кале, особенно сопровождающихся необъяснимой потерей массы тела или железодефицитной анемией, недопустимо длительное симптоматическое лечение пациента. В срок до 3 недель такой больной должен быть обследован и консультирован специалистом. Кроме того, необходимо информировать пациентов о необходимости соблюдения здорового образа жизни. Повышение физической активности, регулярные занятия спортом, включение в диету свежих овощей и фруктов, отказ от курения снижают риск возникновения рака толстой и прямой кишки.

Рак молочной железы

В России, как и в большинстве развитых стран, неуклонно растет заболеваемость раком молочной железы. В структуре заболеваемости он занимает 15% всех случаев злокачественных опухолей. Это самая распространенная злокачественная опухоль у женщин. Заболеваемость растет с возрастом и наиболее высока в 60–65 лет [2].

Ведущее значение в возникновении sporadicческого рака молочной железы имеет воздействие эстрогенов. Генетически предопределенный рак составляет 9% всех случаев. К ведущим факторам риска относятся:

- раннее менархе (до 12 лет);
- позднее наступление менопаузы (после 55 лет);
- поздние первые роды (после 30 лет) и их отсутствие;
- возраст старше 50 лет;
- атипическая гиперплазия ткани молочной железы при биопсии;
- наличие семейного рака молочной железы;
- мутации генов ИКСФ-16, ИКСФ-26, ИКСФ-3;
- рак молочной железы в анамнезе.

Имеются данные о повышении риска развития рака молочной железы при приеме пероральных контрацептивов и проведении заместительной гормональной терапии [17].

Среди гистологических типов чаще всего встречаются карциномы (тубулярная, медулярная, муцинозная), причем распространенность протоковых карцином достигает 75–80% всех раков, а дольковых — 15%.

Лечебная тактика и прогноз заболевания зависят от стадии рака. Выделяют рак *in situ*, который может быть протоковым (DCIS), дольковым (LCIS) и раком Педжета (рак соска) без признаков опухоли. При этом рак протока является предраковым поражением, а дольковый — лишь фактором риска развития карциномы. Ранними

стадиями развития опухоли являются: микроинвазивная стадия (T1mic), характеризующаяся размером опухоли до 0,1 см, T1a — до 0,5 см, T1b — до 1 см и T1c — до 2 см в наибольшем измерении [18].

Для правильной и своевременной диагностики поражения необходимо выяснить наличие семейного анамнеза рака данной локализации, характер менструальной функции, акушерский анамнез, длительность лактации, факт приема гормональных препаратов (контрацептивы, заместительная гормональная терапия), наличие заболеваний матки и яичников, щитовидной железы, состояние нервной и пищеварительной систем. Следует оценить изменение симптомов в зависимости от фазы менструального цикла, физической нагрузки, психологических стрессов [19].

Большая часть находок при клиническом осмотре (мастопатия, фиброаденома) не относится к злокачественным новообразованиям, но требует дальнейшего уточняющего обследования, о чем необходимо информировать пациентку.

Осмотр проводят в хорошо освещенном помещении при опущенных, а затем поднятых руках. Отмечают наличие асимметрии, деформации контура, отека или гиперемии кожи молочной железы, деформацию ареолы, изменение положения соска. Пальпацию обязательно проводят в положении стоя и лежа. При обследовании пациентки, имеющей жалобы, целесообразно начинать осмотр со здоровой железы, чтобы явные клинические признаки не отвлекли от детального обследования обеих молочных желез. В конце исследования необходимо слегка сдавить область ареолы и соска для выявления выделений и их характера. Патологическими считаются кровянистые или обильные выделения. Наличие небольшого количества прозрачных выделений не считается патологией, о чем необходимо информировать пациентку. Следует обязательно пальпировать регионарные лимфатические узлы. Их изолированное увеличение или болезненность чаще всего говорят о наличии неспецифического воспаления, но могут быть и первым проявлением рака молочной железы.

В качестве наиболее распространенного диагностического метода выполняется маммография, позволяющая провести дифференциальную диагностику рака и опухолеподобных заболеваний, а также выявить непальпируемые изменения в тканях желез. При наличии патологических выделений из сосков выполняют дуктографию. Для диагностики состояния кист молочной железы проводят пневмоцистографию. Ультразвуковое исследование является современным неинвазивным методом дифференциальной диагностики образований в молочной железе. Для оценки распространенности процесса и исключения метастатического поражения применяют такие

вспомогательные методы диагностики как КТ и МРТ. Для выявления субклинических метастазов по показаниям выполняют радиоизотопное сканирование костей [3].

При наличии патологического отделяемого из соска выполняют его цитологическое исследование. Для получения материала используют тонкоигольчатую аспирационную биопсию образования.

Все пациенты с подозрением на рак должны быть консультированы онкологом (маммологом). При диагностированном раке молочной железы необходима скорейшая выработка тактики лечения с привлечением хирурга-онколога, химиотерапевта и радиолога. После направления пациентки на консультацию или лечение к специалистам необходимо проконтролировать, обратилась ли она за лечением и выполняет ли рекомендации.

Наиболее распространенным методом лечения рака молочной железы является хирургический. Большинству больных начальными стадиями заболевания (I–II стадии) показаны органосохраняющие операции (лампэктомия, широкое иссечение опухоли, секторальная резекция, квадрантэктомия), выживаемость после которых у данных пациентов не отличается от таковой при мастэктомии. Обязательным этапом операции является подмышечная лимфаденэктомия или, как минимум, биопсия «сторожевого» лимфатического узла. После органосохраняющих операций пациентам назначают лучевую терапию на оставшуюся часть железы. При выполнении мастэктомии возможно проведение одномоментных реконструктивных операций [17].

При наличии в ткани опухоли рецепторов эстрогена показана гормонотерапия. В пременопаузе обычно выключают функцию яичников (оперативным, гормональным путем или радиационным воздействием), а затем назначают антиэстрогенный препарат тамоксифен. Последний также назначают в постменопаузе в течение 5 лет. При метастатическом поражении лимфатических узлов, распространенном или метастатическом раке обязательна химиотерапия [6]. Лучевую терапию проводят перед операцией при противопоказаниях к химиотерапии, для снижения количества местных рецидивов после органосохраняющих операций, после мастэктомии при поражении более 4 лимфоузлов, а также с паллиативной целью при местно-распространенных опухолях, метастазах в кости или головной мозг [20].

Пациенты с раком молочной железы нуждаются в длительном лечении и освидетельствовании в МСЭК. При очевидно неблагоприятном прогнозе оформление группы инвалидности возможно до истечения 4 мес. нетрудоспособности. По завершении лечения рекомендуют ежемесячное самообследование молочной железы. Клинический осмотр пациенток проводят каждые 3 месяца в первый год, один раз в 6 месяцев в после-

дующие два года с переходом к ежегодному обследованию. После органосохраняющей операции ежегодную маммографию выполняют через 6 месяцев. После мастэктомии выполняется ежегодная маммография сохраненной железы [19].

Химиопрофилактика. Широкое применение антиэстрогенных препаратов тамоксифена или ралоксифена для первичной профилактики рака молочной железы у женщин с низким и средним риском развития рака не показано [21].

Рекомендуется обсудить целесообразность химиопрофилактики и возможность развития ее побочных эффектов с женщинами высокого риска развития рака молочной железы. Необходимо информировать их о преимуществах и вреде химиопрофилактики.

Пожилой возраст, отягощенный семейный анамнез (рак молочной железы у матери, сестры или дочери), а также атипичная гиперплазия в анамнезе, подтвержденная биопсией, являются основными непосредственными факторами развития рака. В таблице суммированы данные, которые необходимо учитывать при принятии решения об использовании тамоксифена в качестве профилактики рака молочной железы (РМЖ) в зависимости от возраста и семейного анамнеза.

оценивалась. Модель Гейла не учитывает уровень эстрадиола или прием эстрогенов, которые могут влиять на эффективность тамоксифена [23].

Другие факторы, повышающие риск развития рака, включают расу (выше у европеоидной), раннее начало месячных, анамнез родов (нерожавшие или старые первородящие), а также количество и результаты биопсии молочной железы.

Женщины имеют низкий риск развития побочных эффектов химиопрофилактики, если они молоды, не предрасположены к образованию эмболов (инсульт, ТЭЛА, тромбоз глубоких вен) или у них выполнена экстирпация матки.

В целом баланс пользы и побочных эффектов более благоприятен для женщин четвертого и пятого десятилетий жизни с повышенным риском развития рака, без предрасположенности к тромбозам и не имеющих матки. Например, женщина, у которой мать, сестра или дочь имеют рак молочной железы, будет иметь риск развития рака в течение последующих 5 лет, равный 1,6%. В среднем лечение такой женщины тамоксифеном в течение 5 лет снизит вероятность развития инвазивного рака в 3 раза. В то же время, терапия может вызвать серьезные тромбоэмболические осложнения. Для женщин 55-летнего возраста

Таблица

Ориентировочные преимущества и вред 5-летнего приема тамоксифена в зависимости от возраста и наследственности¹

Варианта ²	Возраст (лет)			
	45	55	65	75
5-летний риск развития рака молочной железы, %³				
Неотягощенный семейный анамнез	0,7	1,1	1,5	1,6
Отягощенный семейный анамнез	1,6	2,3	3,2	3,4
Преимущества 5-летней терапии тамоксифеном (на 1000 женщин)				
Случаи инвазивного рака молочной железы, которые удастся избежать, n				
Неотягощенный семейный анамнез	3–4	5–6	7–8	8
Отягощенный семейный анамнез	8	11–12	16	17
Случаи неинвазивного рака молочной железы, которые удастся избежать, n				
Неотягощенный семейный анамнез	1–2	2	2–3	2–3
Отягощенный семейный анамнез	2–3	3–4	4–5	5–6
Случаи перелома шейки бедра, которые удастся избежать, n ⁴	1<	3	5	15
Побочные эффекты 5-летней терапии тамоксифеном (на 1000 женщин)				
Случаи индуцированного рака эндометрия, n ⁴	1–2	12	21	22
Случаи инсультов, n ⁴	1	3	9	20
Случаи ТЭЛА, n ⁴	1–2	4–5	9	18
Случаи тромбоза глубоких вен, n ⁴	1–2	1–2	3	4

¹ — оценки базируются на модели Гейла, исходы — из данных исследования по профилактике РМЖ [22];

² — неотягощенная наследственность — нет родственников первой степени родства с РМЖ, отягощенная — имеются родственники первой степени родства с РМЖ;

³ — при менархе с 12 лет, первые роды в 22 года, без биопсии молочной железы в анамнезе;

⁴ — расчеты Гейла [22].

Надо иметь в виду, что достоверность, осуществимость и влияние модели риска развития рака молочной железы Национального ракового института (модели Гейла) для оценки химиопрофилактики в условиях первичного здравоохранения не

преимущества химиопрофилактики превышают побочные эффекты у тех, кто не находится в группе риска развития рака эндометрия. Женщины моложе 40 лет имеют меньший риск развития рака и получают не такой большой выигрыш

при проведении химиопрофилактики, как женщины более старшего возраста. Женщины старше 60 лет имеют высокий риск развития рака, но риск развития осложнений вследствие химиопрофилактики у них также высок с небольшим преимуществом соотношения польза/вред [24].

В большинстве стран только назначение тамоксифена разрешено для химиопрофилактики рака молочной железы. Несмотря на наличие биологических предпосылок того, что ралоксифен должен иметь сходный с тамоксифеном эффект, ралоксифен рекомендован только для профилактики и лечения остеопороза [21].

Скрининг. Рекомендуются маммография каждые 1–2 года у женщин в возрасте 40 лет и старше [9]. Проведено недостаточно исследований, чтобы рекомендовать или отрицать использование только клинического обследования молочных желез в качестве скрининга для выявления рака молочных желез.

Точный возраст, начиная с которого выгоды от маммографического скрининга оправдывают потенциальный вред, не определен. Клиницисты должны информировать женщину о преимуществах, вреде (ложноположительные результаты, ненужные биопсии) и об ограничениях теста, связанных с возрастом, а также о том, что баланс преимуществ и потенциального вреда маммографии растет между 40 и 70 годами с повышением возраста [23]. Учитывая высокую распространенность рака молочной железы в Российской Федерации в ходе национального проекта в сфере здравоохранения в рамках диспансеризации был определен более молодой возраст выполнения скрининга — 35 лет.

Женщины с повышенным риском рака молочной железы (т.е. те, кто имеет в семейном анамнезе рак у матери или сестры, у кого предшествующая биопсия выявила атипичную гиперплазию, или кто имел первые роды после 30 лет) имеют больше преимуществ от регулярной маммографии, чем женщины низкого риска. Рекомендации начинать регулярный скрининг с 40-летнего возраста целесообразны в тех случаях, когда рак в семейном анамнезе был диагностирован перед менопаузой [22].

В исследованиях, показавших эффективность маммографии в плане снижения смертности от рака молочной железы, скрининг проводился каждые 12–33 месяца. Для женщин 50 лет и старше имеется некоторая доказательная база для предположения, что ежегодная маммография более эффективна, чем маммография, выполняемая раз в 2 года. Для женщин в возрасте от 40 до 49 лет доступные исследования также не сообщают о явном преимуществе ежегодной маммографии перед маммографией один раз в 2 года. Однако некоторые эксперты рекомендуют проведение ежегодной маммографии в связи с недостаточно высокой чувствительностью теста и потому, что опухоли в этой возрастной группе растут более быстро [25].

Точный возраст для прекращения маммографического скрининга не определен. Только 2 рандомизированных контролируемых исследования включали женщин старше 69 лет, и нет исследований, включавших женщин старше 74 лет. У женщин более старшего возраста вероятность развития рака более высока, но они также имеют больший шанс умереть от других причин. У женщин с сопутствующими заболеваниями, которые могут ограничить продолжительность их жизни, проведение скрининга нецелесообразно.

В настоящее время нет достаточных доказательств положительного влияния самообследования молочных желез или их обычного клинического обследования в качестве скрининга на смертность от рака, однако, данные методы повышают онкологическую настороженность населения и частоту выявляемости заболевания, что в конечном итоге может положительно сказаться на исходах. В связи с этим семейный врач должен рекомендовать ежемесячное самообследование молочных желез всем женщинам репродуктивного возраста.

Оценка генетического риска и тестирование на наличие BRCA-мутаций для скрининга рака молочной железы и яичников. Генетическое консультирование и исследование BRCA (Breast Cancer susceptibility) мутаций рекомендуется у женщин, чей семейный анамнез связан с повышенным риском мутаций BRCA [26].

Несмотря на то, что в настоящее время нет стандартизованных критериев оценки, женщины с отягощенной наследственностью должны наблюдаться в генетической консультации для дальнейшей оценки потенциального риска развития рака. Обычно отягощенная наследственность связана с повышенным риском мутации в генах BRCA 1 и BRCA 2. При этом важна наследственность как со стороны отца, так и со стороны матери. Наследственные изменения предполагаются с высокой степенью вероятности в тех случаях, когда имеется:

- 2 родственника первой степени родства, одному из которых диагноз был поставлен в возрасте до 50 лет;
- 3 родственника первой и второй степени родства с диагнозом рака молочной железы вне зависимости от возраста;
- родственник первой степени родства с двусторонним раком молочной железы;
- 2 и более родственников первой и второй степени родства с диагнозом рак яичников вне зависимости от возраста;
- родственник первой или второй степени родства с раком молочной железы и яичников одновременно любого возраста;
- рак молочной железы у родственников мужчин.

Около 2% взрослых женщин в общей популяции имеют неблагоприятный семейный анамнез. При неотягощенной наследственности вероят-

ность развития BRCA 1 и BRCA 2 мутаций генов низка. Расчеты позволяют предсказать риск клинически значимых BRCA мутаций (BRCA мутации обуславливают развитие рака молочной железы, рака яичников или обоих одновременно), но эти расчеты не позволяют верифицировать их в общей популяции. Нет никаких эмпирических правил, определяющих риск BRCA мутаций, которые давали бы повод для направления пациента на генетическую консультацию.

Вместе с тем, не у всех женщин, имеющих BRCA мутации, разовьется рак молочной железы или рак яичников. У женщин, имеющих клинически значимые BRCA мутации вероятность развития рака молочной железы или рак яичников к 70 годам, оценивается в диапазоне 35–84% для рака молочной железы и 10–50% — для рака яичников [24].

Генетическое консультирование помогает женщинам принять осознанное решение, может расширить их знания и понимание абсолютного риска для рака молочной железы и рака яичников, а зачастую снизить уровень тревоги. Генетическое консультирование включает элементы консультирования, оценку риска, анализ родословной и, в некоторых случаях, рекомендации по тестированию на мутации гена BRCA. Консультирование проводит специально обученный медицинский персонал.

Генетическое исследование может рекомендовать семейный врач. Когда это делается при согласовании с генетической консультацией, тест позволяет связать результаты исследования с адекватной лечебной тактикой. Генетическое консультирование может привести к нежелательным этическим, юридическим и социальным последствиям, таким как проблемы с медицинским страхованием или дискриминация при устройстве на работу.

Среди женщин с BRCA 1 и BRCA 2 мутациями, профилактическая мастэктомия и оофорэктомия снижает частоту возникновения рака молочной железы и яичников, однако имеются неоднозначные научные доказательства в плане снижения смертности. Химиопрофилактика селективными модуляторами эстрогеновых рецепторов может снизить частоту возникновения эстроген-чувствительных раков, однако их применение сопровождается побочными эффектами (эмболия легочной артерии, тромбоз глубоких вен, рак эндометрия). Большинство раков, обусловленных BRCA 1 мутациями не чувствительны к эстрогенам и соответственно они не предотвращаются приемом тамоксифена [17].

Таким образом, учет факторов риска, своевременная диагностика, адекватное лечение и полноценная реабилитация пациентов с раком молочной железы способны достоверно увеличить продолжительность жизни.

Рак шейки матки

Рак шейки матки является одной из основных причин смерти женщин от онкологических болезней. Заболеваемость составляет 15 на 100 тыс. женского населения. Рак развивается в месте перехода однослойного цилиндрического эпителия в многослойный плоский. Наиболее часто рак шейки матки выявляется в возрасте 40–50 лет. [11].

Факторы риска:

- инфицирование вирусом папилломы человека;
- раннее начало половой жизни;
- большое число половых партнеров;
- инфицирование вирусом простого герпеса 2 типа;
- курение;
- воздействие диэтилstilbэстрола во внутриутробном периоде;
- вирус иммунодефицита человека;
- ранние первые роды;
- венерические заболевания в анамнезе;
- прием пероральных контрацептивов.

Из гистологических форм наиболее часто встречаются инвазивный плоскоклеточный рак (80–85%) и инвазивная аденокарцинома (15–20%). Реже верифицируют мелкоклеточный рак, бородавчатый рак, лимфому. Проявляется рак периодическими спонтанными или спровоцированными половым актом влажными кровотечениями, иногда зловонными, тупой болью внизу живота, увеличением шейки матки, ректальными кровотечениями, гематурией.

Ранними формами рака шейки матки считают рак *in situ* (Tis) и I стадию местного распространения процесса (T1). При начале лечения на этих стадиях 5-летняя выживаемость достигает 90% и выше.

Основными методами диагностики является цитологическое исследование мазка с шейки матки по Папаниколау, и кольпоскопия, позволяющая визуально исследовать шейку матки под увеличением. В сомнительных случаях кольпоскопию дополняют выскабливанием канала шейки матки. Взятие мазка по Папаниколау может осуществлять врач общей практики. Для подтверждения диагноза рака шейки матки специалисты проводят различные виды биопсий. Перед направлением на лечение необходимо выполнить рентгенографическое исследование органов грудной клетки, внутривенную пиелографию, цистоскопию и ректороманоскопию. В некоторых случаях для уточнения распространенности процесса и гистологической структуры опухоли показаны КТ, МРТ, тонкоигольная аспирационная биопсия, лимфангиография. Из лабораторных исследований показано выполнение общего анализа крови, функциональных проб печени, определение содержания креатинина сыворотки крови.

Лечение в основном хирургическое. При микроинвазии возможно выполнение органосохраня-

ющей операции — конизации. В остальных случаях показана экстирпация матки с придатками у женщин старше 45 лет. Возможно назначение внутриматочной лучевой терапии. В большинстве случаев проводят комбинированное лечение (сочетание оперативного лечения и лучевой терапии). В запущенных случаях лечение дополняют полихимиотерапией.

После проведенного лечения показано посещение врача для обследования органов малого таза и взятия мазка по Папаниколау: в течение первого года — каждые 3 месяца, до 5 лет — каждые 6 месяцев, затем — ежегодно.

При адекватном сочетанном лечении даже при III стадии заболевания 5-летняя выживаемость достигает 70%.

Скрининг. Рекомендуются скрининг рака шейки матки у всех сексуально активных женщин [11]. Не рекомендуется проводить стандартный скрининг у женщин старше 60 лет для выявления рака, если последний скрининг выявил нормальные результаты мазка по Папаниколау и нет иных факторов риска развития рака шейки матки.

Цель цитологического скрининга — исследование переходной зоны, где происходит физиологическая трансформация призматического внутришеечного эпителия в сквамозный (внешнеечный) эпителий, где могут возникнуть дисплазия и рак. Результаты метаанализа рандомизированных исследований свидетельствуют о необходимости соблюдения техники забора материала, включающей комбинированное использование специальной палочки с расширенным в виде шпателя концом для забора сосущегося (эктоцервикального) эпителия и цитологической щеточки для забора эндоцервикального эпителия.

Оптимальный возраст для начала скрининга однозначно не определен. Данные относительно развития папилломавирусной инфекции человека и частота возникновения значимой атипии и рака свидетельствуют о том, что скрининг может быть благополучно отсрочен до 3 лет после начала половой жизни или до возраста 21 год. Несмотря на то, что результативность скрининга у женщин, не живущих половой жизнью, невелика, многие ведущие организации рекомендуют проведение регулярного скрининга с возраста 18 или 21 года для всех женщин. Это обусловлено высокой сексуальной активностью женщин данного возраста [27].

Оптимальный возраст для прекращения скрининга четко не определен, но риск развития рака устойчиво снижается со среднего возраста. Достоверно известно, что находки в ходе скрининга редки у женщин, предварительно проходивших скрининг и достигших 65-летнего возраста. Последние рекомендации Американского ракового общества предусматривают прекращение скрининга рака шейки матки с 70-летнего возраста.

Скрининг рекомендован тем пожилым женщинам, которые ему ранее не подвергались, когда информация о предшествующих скринингах не доступна, или когда скрининг был неполноценным в прошлом (например, среди женщин из стран, не имеющих скрининговых программ). Клинические рекомендации Американского ракового общества указывают, что женщины, имевшие 3 и более документально зафиксированных последовательных технически удовлетворительных нормальных цитологических теста, а также те, кто не имел патологических цитологических тестов в течение последних 10 лет, могут безопасно прекратить скрининг [13].

Не обнаружено прямых доказательств того, что ежегодный скрининг дает лучший исход, чем скрининг каждые 3 года. Исследования, посвященные моделированию рака, выявили незначительные преимущества более частого скрининга у большинства женщин. В США рак данной локализации выявляется чаще у женщин, которые никогда или последние 5 лет не подвергались скринингу. Кроме того, рак был обнаружен у женщин, за которыми не осуществлялось необходимое наблюдение после выявления аномалий мазка.

Поскольку чувствительность однократного теста по Папаниколау составляет лишь 60–80%, большинство ведущих медицинских организаций рекомендуют регулярно выполнять мазки определенное количество раз (обычно 2 или 3), и при получении цитологически нормальных результатов увеличивать интервал между скринингами. Клинические руководства Американского онкологического общества рекомендуют увеличивать интервал между скринингами после 30 лет. Американская коллегия акушеров и гинекологов определяет дополнительные факторы риска, которые обосновывают ежегодный скрининг, включающие цервикальную неоплазию в анамнезе, папилломавирусную инфекцию и инфекции, передаваемые половым путем, а также сексуальное поведение, сопряженное с высоким риском, однако пока остается неизвестным, насколько такая стратегия лучше.

Прекращение цитологического скрининга после полной гистерэктомии по поводу доброкачественных заболеваний (отсутствие данных за цервикальную дисплазию или рак) обусловлено редким обнаружением рака шейки матки при скрининге и потенциальным вредом от ложноположительных результатов в данной популяции. Скрининг обоснован, когда показания для гистерэктомии были неизвестны. Рекомендуется продолжать цитологический скрининг после гистерэктомии у женщин с инвазивным раком шейки матки или при повышенном риске развития неоплазмы влагалища [28].

Большинство случаев инвазивного рака шейки матки встречаются у женщин, имевших не-

адекватный скрининг. В связи с этим необходимо идентифицировать подгруппы женщин, не подвергавшихся скринингу или при неадекватном скрининге в прошлом.

Таким образом, регулярное обследование органов малого таза с исследованием мазков по Папаниколау с начала половой жизни, отказ от курения и профилактика инфекций, передаваемых половым путем, способствуют профилактике и раннему выявлению рака шейки матки с хорошим прогнозом для жизни.

Заключение

Врач первичного звена медицинской помощи должен заниматься просвещением населения о факторах риска развития злокачественных опухолей и внедрением принципов первичной профилактики, организацией регулярных скринингов населения. Необходимо помнить, что при ранней диагностике и адекватном лечении онкопатологии большинство больных имеют благоприятный прогноз.

Литература

1. Аксель Е.М., Давыдов М.И. Статистика заболеваний и смертности от злокачественных новообразований в 2000 году. Злокачественные новообразования в России и странах СНГ в 2000.— М.: РОНЦ им. Н.Н.Блохина РАМН, 2002.— С. 85–106.
2. Здоровье населения России и деятельность учреждений здравоохранения в 1998 г., стат. материалы.— М., 1999.— 212 с.
3. Клинические рекомендации, основанные на доказательной медицине: Пер. с англ. / Под ред. Ю.Л.Шевченко, И.Н.Денисова, В.И.Кулакова, Р.М.Хаитова.— М.: ГЭОТАР-МЕД, 2002.— 1248 с.
4. Харченко В.П., Кузьмин И.В. Рак легкого.— М.: Медицина, 1994.— 480 с.
5. Российский терапевтический справочник / Под ред. А.Г.Чучалина.— М.: ГЭОТАР-Медиа, 2005.— 880 с.
6. Доказательная медицина. Ежегодный справочник: Пер. с англ.— М.: МедиаСфера, 2002.— 1400 с.
7. Sause W., Kolesar P., Taylor S., et al. Final results of faze III trial in regionally advanced unresectable non-small cell lung cancer // Chest.— 2000.— Vol. 117.— P. 358–364.
8. Lung Cancer Screening: Systematic Evidence Review.— <http://www.ahrq.gov/downloads/pub/prevent/pdfs-er/lungcancer.pdf>.— (последний визит 07.11.2007).
9. Mari E., Floriani I., Tinazzi A., et al. Efficacy of adjuvant chemotherapy after curative resection for gastric cancer: a meta-analysis of published randomized trials. A study of the GISCAD // Ann. Oncol.— 2000.— Vol. 11.— P. 837–843.
10. Гарин А.М., Базин И.С. Злокачественные опухоли пищеварительной системы.— М.: Инфомедиа Паблшерз.— 2003.— 264 с.
11. Хирургия: пер. с англ. доп. / Под ред. Ю.М.Лопухин, В.С.Савельев.— М.: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 1997.— 1070 с.
12. Camma C., Giunta M., Pagliaro L. Perioperative radiotherapy for resectable rectal cancer. A meta analysis // JAMA.— 2000.— Vol. 284.— P. 1008–1015.
13. Smith R.A., Cokkinides V., von Eschenbach A.C. et al. American Cancer Society Guideline for the Early Detection of Cervical Neoplasia and Cancer // CA Cancer J.Clin.— 2002.— Vol. 52(1).— P. 8–22.
14. Kievit J. Colorectal cancer fallow up: a reassessment of empirical evidence on effectiveness // Eur. J. Surg. Oncol.— 2000.— Vol. 26.— P. 332–338.
15. Вуд М.Э., Банн П.А. Секреты гематологии и онкологии / Пер. с англ.— М.: Издательство Бином, 1997.— 560 с.
16. Winawer S.J., Fletcher R.H., Miller L., et al. Colorectal cancer screening: clinical guidelines and rationale // Gastroenterology.— 1997.— Vol. 112.— P. 594–642.
17. Early Brest Cancer Trialists Collaborative Group/ Effect of radiotherapy and surgery in early breast cancer: an overview of the randomized trials // N. Engl. J. Med.— 1998.— Vol. 333.— P. 1444–1455.
18. TNM Классификация злокачественных опухолей / Пер. и ред. Н.Н.Блинова, 6-е изд.— М.: Эскулап, 2003.
19. European Parliament Resolution on Breast Cancer.— www.europa.eu.int/documents/parliament/index.— (последний визит 07.11.2007).
20. Early Brest Cancer Trialists Collaborative Group/ Favorable and unfavorable effects on long-term survival of radiotherapy for early breast cancer: an overview of the randomized trials // Lancet.— 2000.— Vol.355.— P. 1757–1770.
21. Hillner B., Ingle J., Berenson J. et al. American Society of clinical Oncology Guideline on the Role of Biphosphonates in Brest Cancer // JCO.— 2000.— Vol. 18.— № 6.— P. 1378–1391.
22. Vicini F., Harris J. New alternative treatment approaches in local management of patients with early breast cancer. ASCO educational book.— 2005.— P. 296–303.
23. Gail M.H., Cotantino J.H., Bryant J. et al. Weighting the risks and benefits of tamoxifen treatment for preventing breast cancer // J. Natl. Cancer Inst.— 1999.— Vol. 91.— P. 1829–1846.
24. Geels P., Eisenhauer E., Bezjak A., et al. Palliative effect of chemotherapy: objective tumor response is associated with symptom improvement in patient with metastatic breast cancer // J. Clin. Oncol.— 2000.— Vol. 18.— P. 2395–2405.
25. Information for mammography facility personnel, inspectors, and consumers about the implementation of the Mammography Quality Standards Act of 1992 (MQSA).— www.fda.gov/cdrh/mammography/certified.html (последний визит 07.11.2007).

26. Genetic Risk Assessment and BRCA Mutation Testing for Breast and Ovarian Cancer Susceptibility. USPSTF recommendation // Ann. Int. Med.— 2005.— Vol. 143— P. 355–361.
27. Task Force Recommends Regular Cervical Cancer Screening but Supports Less Frequent Screening for Some Women.— <http://www.ahrq.gov/news/press/pr2003/cervcanpr.htm>.— (последний визит 07.11.2007).
28. American Collage of Obstetricians and Gynecologist. Guidelines for Woman's Health Care. 2nd ed.— Washington, DC: ACOG, 2002.— P. 121–134, 140–141.

Адрес для контакта: lebedev_ak@mail.ru

Вопросы для самопроверки:

1. Наиболее частая причина обтурационной кишечной непроходимости у взрослых:
А. Карцинома толстой кишки
Б. Карцинома тонкой кишки
В. Спаечный процесс
Г. Ущемленная паховая грыжа
Д. Дивертикулит
2. Наиболее приемлемый метод лечения больного с карциномой легкого без признаков ее распространения:
А. Удаление опухоли хирургическим путем
Б. Интенсивная лучевая терапия
В. Химиотерапия
Г. Химиотерапия с последующим удалением опухоли
Д. Повторное обследование через два месяца
3. Самая распространенная причина смерти у женщин со злокачественными новообразованиями:
А. Рак легких
Б. Рак тела матки
В. Рак шейки матки
Г. Рак молочной железы
Д. Рак поджелудочной железы
4. Выберите наиболее типичный симптом рака гортани:
А. Боль в горле
Б. Дисфагия
В. Одышка
Г. Осиплость голоса
Д. Аспирация
5. Какое диагностическое исследование наиболее информативно для выявления рецидива опухоли ободочной кишки:
А. Сигмоидоскопия
Б. Исследование кала на скрытую кровь
В. Цитологическое исследование кала
Г. Определение уровня карциноэмбрионального антигена
Д. Колоноскопия
6. При каком из следующих заболеваний существует высокий риск возникновения рака толстой кишки:
А. Гранулематоз ободочной кишки
Б. Свищ прямой кишки и парапроктит
В. Хронический язвенный колит
Г. Хронический дивертикулит
Д. Синдром Пейтца — Егерса

НАУЧНО-ДОКАЗАТЕЛЬНАЯ МЕДИЦИНА. ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ

Т.А.Дубикайтис

ГОУ ДПО Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования Росздрава,
Россия**EVIDENCE-BASED MEDICINE. THE MAIN PRINCIPLES AND PERSPECTIVES OF DEVELOPMENT**

T.A.Dubikaytis

St-Petersburg Medical Academy of Postgraduate Studies, Russia

© Т.А.Дубикайтис, 2007 г.

Цель лекции: ознакомить слушателей с принципами научно-доказательной медицины и особенностями ее интеграции в работу врача общей практики.

Задачи:

1. Дать определение научно-доказательной медицины (НДМ)
2. Ознакомить слушателей с предпосылками развития НДМ
3. Ознакомить слушателей с основными этапами применения НДМ в практике клинициста
4. Описать принципы составления клинических рекомендаций
5. Обсудить трудности развития НДМ
6. Описать международный опыт интеграции НДМ в общую врачебную практику
7. Ознакомить слушателей с перспективами развития НДМ

Введение. Предпосылками к развитию научно-доказательной медицины послужили следующие факты. С середины XX века в структуре заболеваемости стали преобладать хронические длительно текущие состояния, продолжительность жизни существенно увеличилась. Продолжительность болезни стала превышать сроки активной трудовой деятельности врача, что потребовало проведения исследований для оценки долгосрочного эффекта лечения, в частности на выживаемость пациентов.

Более того, медицина, а особенно производство лекарственных препаратов стали «большим бизнесом», в связи с чем понадобились объективные критерии оценки эффективности терапии.

И, наконец, чрезвычайно быстрое развитие науки привело к колоссальному росту новых знаний. В настоящее время ежегодно публикуется примерно 2 млн научных статей. Вместе с тем очень незначительная часть опубликованных результатов реально может быть использована на практике и действительно улучшит эффективность лечения пациентов.

Определение. Научно-доказательная медицина — это аргументированное и беспристрастное использование современных научных данных

в клинической практике в сочетании с индивидуальным подходом к лечению каждого пациента и учетом его интересов [1].

Данное определение было сформулировано 15 лет назад. По своей сути оно означает, что не во всем можно полагаться на свой личный опыт, который не всегда позволяет оценить отдаленные результаты лечения и, как правило, имеет элемент субъективности.

Кроме того, при формировании представления о больном не следует полностью полагаться на патофизиологические аспекты развития заболевания. Такой подход может оказаться односторонним, о чем свидетельствуют результаты ряда исследований. В частности, в ходе рандомизированных клинических исследований (РКИ) было установлено, что традиционно используемая первичная профилактика фибрилляции желудочков на догоспитальном этапе лечения острого инфаркта миокарда повышает смертность, а не снижает ее, как предполагали ранее, исходя из патогенеза [2].

Таким образом, данные исследований дают более объективную информацию о влиянии терапевтического вмешательства на конечный результат (вероятность развития осложнений, смертность). В связи с этим следует учитывать данные научных исследований для прогнозирования результатов лечения, выбора диагностических методов и планирования профилактических мероприятий.

Внедрение доказательной медицины. Использование принципов доказательной медицины в практической деятельности врача заключается в поиске научно обоснованных ответов на спорные вопросы. Необходимость в научном обосновании тактики ведения пациентов возникает не всегда. Например, никто не будет подвергать сомнению необходимость оперативного лечения острого аппендицита. Однако если существует несколько альтернативных подходов к ведению одного и того же состояния, то врачу необходимо выбрать оптимальный вариант. Например, в настоящее время активно обсуждается возможность оперативного лечения больных с пароксизмальной фибрилляцией предсердий, существует целый ряд

методик, включая операцию на открытом сердце. В то же время есть и консервативный подход к лечению этой аритмии. Для ответа на вопрос, какой же вариант лечения окажется оптимальным для лечения конкретного пациента, понадобится углубленный поиск литературы и анализ выполненных на эту тему исследований.

В целом, можно сказать, что использование доказательной медицины в клинической практике предполагает поэтапное выполнение следующих задач [3]:

- 1) Формулировка вопроса на основе имеющейся клинической информации.
- 2) Поиск наилучших научных данных по вашему вопросу.
- 3) Критическая оценка их качества.
- 4) Применение полученных результатов на практике.
- 5) Оценка эффекта.

Формулировка вопроса всегда зависит от того, в чем заключается дефицит информации; иными словами следует четко сформулировать представление о том, что именно мы подвергаем сомнению. Это может быть эффективность принципиально новых методов лечения или надежность нового метода диагностики. Мы также можем поставить вопрос о вероятности развития побочных эффектов некоторых препаратов и т.п.

Для иллюстрации поиска научно обоснованного ответа мы рассмотрим следующую ситуацию из амбулаторной практики.

К Вам обратился пациент, узнавший из средств массовой информации о том, что витамин Е и бета-каротин являются хорошими профилактическими средствами против развития атеросклероза. В течение нескольких лет он курит, и не хочет менять свой образ жизни. При этом он надеется, что применение пищевых добавок, содержащих бета-каротин и витамин Е, поможет ему нивелировать влияние курения на развитие сердечно-сосудистой патологии. Пациент хочет услышать Ваше мнение по этому поводу.

В первую очередь следует сформулировать клинический вопрос. В данном случае он может выглядеть следующим образом.

Снижает ли бета-каротин риск развития ишемической болезни сердца или инсульта? Снижает ли витамин Е риск развития ИБС или инсульта?

Для поиска научных статей, в которых опубликованы результаты исследований на интересующую Вас тему, не следует пользоваться ручным методом (простым просмотром всей доступной Вам литературы). Для этого существуют специальные базы данных. Наиболее полной и удобной считается база данных MEDLINE. Она создана и поддерживается Национальной медицинской библиотекой США. В ней проиндексировано свыше 4000 журналов, публикуемых более чем в 70 странах мира. Поиск научных статей осуще-

ствляется по ключевым словам. Ключевым словом, безусловно, будет название патологического состояния, которое является предметом нашего интереса, а также название метода лечения, профилактики или диагностики.

В нашем примере два патологических состояния — ишемическая болезнь сердца (ИБС) и острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК). При этом мы хотим оценить эффективность метода профилактики, а именно, назначения бета-каротина и витамина Е. В нашем случае запрос может выглядеть следующим образом: (бета-каротин ИЛИ витамин Е) И (острый инфаркт миокарда ИЛИ острое нарушение мозгового кровообращения)

Для поиска в базе MEDLINE составленный запрос необходимо перевести на английский язык.

В данной статье мы не будем подробно рассматривать методики детального составления запросов для работы в MEDLINE, важен только принцип.

В результате поиска Вы получите ссылки на статьи, в которых опубликованы исследования по интересующей Вас тематике. Как правило, в бесплатном доступе находятся абстракты (краткое описание исследования, основные результаты и выводы). Их просмотр даст Вам информацию о том, что витамин Е и бета-каротин не снижают риск развития инфаркта миокарда и ОНМК. При анализе качества выполненных исследований (см. Критическая оценка) следует обязательно обратить внимание на то, как осуществлялась рандомизация, сколько процентов пациентов наблюдали до конца исследования и т. п.

Если Вы сочли качество исследований удовлетворительным, следует информировать Вашего пациента о результатах. На сегодня не существует достаточного научного обоснования применения витамина Е и бета-каротина в качестве профилактического средства против развития сердечно-сосудистых заболеваний, вызванных атеросклерозом.

Критическая оценка опубликованных исследований [4].

Процесс критической оценки заключается в систематизированном подходе к анализу правомерности выводов, сформулированных авторами опубликованных исследований. Очень важно избежать неправильной интерпретации и неправильного использования научных данных на практике. Перед тем как использовать результаты выполненных исследований в практике, надо ответить на следующие вопросы.

— Валидны ли методы исследования?

— Каковы результаты?

— Помогут ли они мне в лечении моего пациента?

Не все исследования требуют одинаковой оценки. Существуют исследования, запланиро-

ванные для оценки прогноза заболевания. Публикуются исследования оценки качества методов диагностики, но большая часть исследований выполняется для анализа эффективности лечения.

Исследование по оценке эффективности лечения может быть признано качественным, если соблюдены приведенные ниже правила

1) Выполнена рандомизация (случайное распределение наблюдаемых лиц в группы вмешательства и контроля) и процесс ее проведения подробно описан и опубликован.

2) Продолжительность наблюдения достаточна и позволяет сформулировать выводы по результатам исследования.

3) Число больных, находящихся под наблюдением в конце исследования составляет не менее 80% от числа лиц, включенных в него в начале исследования.

4) Исследование «слепое»:

— Простое слепое — больной не знает, к какой группе он принадлежит (вмешательства или контроля), но врач знает.

— Двойное слепое — ни врач, ни больной не знают, кто из пациентов принимает плацебо, а кто принимает лекарственный препарат.

5) Только при случайном распределении (рандомизации) на группу вмешательства и контроля можно рассчитывать на сопоставимость (сравнимость) групп, и только тогда выявленное между группами различие будет следствием выполненного вмешательства.

Однако не всегда обстоятельства позволяют провести рандомизированное контролируемое клиническое испытание, поэтому существует ряд ограничений. Ряд гипотез нельзя тестировать по этическим соображениям, например, невозможно запланировать проведение РКИ для изучения влияния:

- курения на риск развития рака легких;
- облучения на развитие врожденных аномалий развития плода;
- загрязнения окружающей среды на заболеваемость бронхиальной астмой.

Кроме того, лица, участвующие в исследовании, не могут быть репрезентативными представителями той группы пациентов, с которыми будет иметь дело врач. Это связано с тем, что для участия в исследованиях требуется подпись информированного согласия. Поэтому не все потенциальные участники согласятся войти в исследование. У ряда пациентов развиваются побочные эффекты, и они выходят из исследования. Кроме того, пациенты не должны знать, в какой группе они находятся, а это осложняет процесс лечения. В результате люди с более тяжелым течением заболевания откажутся от участия.

В ряде случаев пациенты вынуждены закончить свое участие в исследовании преждевременно. Это может быть связано с переездом

вследствие потребности в специализированном лечении или из-за особенностей климата.

Таким образом, рандомизированные контролируемые испытания тоже имеют свои недостатки и это надо учитывать.

Для оценки качества исследования диагностических методик используют следующие критерии.

1) Сопоставление данных, полученных новым диагностическим тестом, с данными, полученными при использовании диагностики, признанной «золотым стандартом».

2) «Слепая диагностика» — независимое использование нового диагностического метода и диагностического теста «золотого стандарта».

3) Должны быть обследованы не только больные, но и здоровые лица.

Например, если изучали точность диагностики ИБС по данным велоэргометрии, то в качестве «золотого стандарта» следовало использовать коронарографию, это известно из литературных источников. При этом должны быть две группы обследуемых: первая группа с установленным диагнозом ИБС по данным коронарографии, и вторая группа с отвергнутым диагнозом по данным коронарографии. Отрицательные результаты по данным велоэргометрии в первой группе принято называть ложноотрицательными. Процент положительных результатов по данным ВЭМ во второй группе принято обозначать как ложноположительные.

Поиск текущих научных данных и их критический анализ является трудоемким процессом, требующим дополнительных знаний и навыков. Поэтому в настоящее время публикуют так называемые вторичные исследования. К ним относят метаанализ, экономический анализ, а также систематические обзоры. Авторы этих публикаций проводят детальный анализ первичных оригинальных исследований и приводят читателю суммарные результаты.

Систематический обзор — это метод написания обзора литературы, при котором исследователь ищет, собирает и систематически анализирует уже имеющиеся научные данные. Опубликованные исследования заново анализируют, а их включение или не включение в обзор регулируется четкими критериями. Как правило, систематические обзоры по различным отраслям медицины выполняют участники Кокрановского сотрудничества — сети исследователей разных стран. Сотрудничество носит имя британского эпидемиолога Арчи Кокрейна. Кокрейн стал известен в 1979 г. своей критикой медицины, которая «не обращает внимание на важность критического отношения к методам лечения и упускает возможность использования данных рандомизированных контролируемых экспериментов».

При формировании клинических рекомендаций по ведению отдельных клинических состоя-

ний авторы присваивают каждому положению показатель уровня доказательности. Например, если существуют публикации, подтверждающие эффективность лечения в ходе грамотно выполненных РКИ, то уровень доказательности выводов, сделанных в результате проведения исследования будет соответствовать показателю А (табл.) [5].

жесткими алгоритмами доказательной медицины (в частности в клинических рекомендациях), отвергают рациональность НДМ. Так, по данным опроса канадских семейных врачей [7], было установлено, что только 24% врачей относят себя к сторонникам научно-обоснованного подхода (более 80% их рекомендаций соответствует принципам

Таблица

Классификация уровней доказательности (от наиболее надежных к наименее надежным)

A	Высококачественный метаанализ, систематический обзор РКИ или крупное РКИ с очень низкой вероятностью систематической ошибки, результаты которых могут быть распространены на соответствующую популяцию. Уровень доказательности Ia
B	Высококачественный систематический обзор когортных или исследований случай-контроль или высококачественное когортное или исследование случай-контроль с очень низким риском систематической ошибки или РКИ с невысоким риском систематической ошибки, результаты которых могут быть распространены на соответствующую популяцию. Уровни доказательности Ib и Pa
C	Когортное или исследование случай-контроль или контролируемое исследование без рандомизации с невысоким риском систематической ошибки, результаты которых могут быть распространены на соответствующую популяцию или РКИ с очень низким или невысоким риском систематической ошибки или результаты которых не могут быть непосредственно распространены на соответствующую популяцию. Уровень доказательности Pb
D	Описания серии случаев или неконтролируемое исследование или мнение экспертов. Является показателем отсутствия доказательств высокого уровня. Уровень доказательности III и IV

Проблемы и перспективы развития НДМ

Научно-доказательная медицина безусловно базируется и на клиническом опыте компетентного клинициста, и на использовании в практике современных научных данных, полученных в ходе исследований. Задача клинициста — найти наилучшие научные данные и правильно их интерпретировать в каждой конкретной ситуации. Однако не всегда есть время для поиска и анализа информации, требуются дополнительные знания, чтобы критически оценить ту или иную статью и, наконец, существует довольно много неизученных областей в медицине, по которым найти публикации невозможно.

В частности было подсчитано, что для обобщения всех существовавших на 2004 год научных данных необходимо создать 10000 систематических обзоров, для чего потребуется 10 лет. Понятно, что через 10 лет эти данные устареют [6].

Другая, не менее важная, проблема, diskutируемая сегодня, — это формальное противоречие между термином «доказательная медицина» и индивидуальным подходом к лечению конкретного пациента. Получается, что результаты исследований дают информацию об эффективности лечения для так называемого «среднего» больного. Между тем в определении НДМ подчеркивается необходимость индивидуального подхода.

Многие противники использования формального подхода к лечению, который продиктован

НДМ), 43% относятся нейтрально к этому вопросу и 33% считают, что их подход к лечению менее чем на 40% соответствует научно-обоснованным стандартам. При этом врачи, принадлежащие к последней категории, достоверно чаще ориентируются на пожелания пациентов при назначении той или иной терапии или диагностических процедур и, кроме того, чаще учитывают возраст и сопутствующие патологические состояния по сравнению с докторами, относящими себя к приверженцам научно-доказательной медицины.

Таким образом, судя по всему, участвовавшие в данном исследовании врачи не отождествляют индивидуальный подход к принятию решения по тактике ведения своих пациентов с соблюдением принципов доказательной медицины. Отчасти это может быть связано с тем, что доказательная медицина ассоциируется в сознании врачей с использованием клинических рекомендаций, а не с поиском индивидуальных ответов на конкретные вопросы как это предполагалось основоположниками доказательной медицины.

Интересно, что другие исследователи [8] установили, что приблизительно 70% вопросов, возникающих у врачей в процессе лечения больных, так и остаются без ответов. И, тем не менее, практикующие врачи, в чьем распоряжении всего 10–15 минут на одного больного, согласны пользоваться дополнительными источниками информации только в том случае, если на поиск ответа понадобится не более 2 минут. Очевидно, что при та-

ком положении дел научно-обоснованный индивидуальный подход к ведению пациентов реализовать довольно сложно. В связи с этим в развитых странах в настоящее время разрабатываются различные компьютеризированные системы для облегчения поиска информации. Однако эти методики находятся пока еще на стадии разработки.

Другой не менее важный вопрос, обсуждаемый в последнее время,— соблюдение еще одного принципа НДМ, а именно, учет мнения пациента. Предметом дискуссии стали результаты исследования, показавшие, что точка зрения подавляющего числа пациентов может существенно отличаться от мнения врачей. В частности, при анализе отношения пациентов с фибрилля-

цией предсердий к терапии антикоагулянтами [9] установлено, что больные предпочли бы пережить развитие кровотечения (как осложнение терапии), чем перенести острое нарушение мозгового кровообращения. При этом врачи с большей осторожностью относятся к риску развития кровотечения. В связи с этим возникает некая этическая проблема, а как поступать врачу, если пациент выбирает более опасный для его жизни вариант лечения?

Таким образом, доказательная медицина как новое направление в современной практике находится в процессе эволюции. И, тем не менее, уже сейчас можно сказать, что ряд ее преимуществ неоспорим.

Приложение 1

Поиск текущей информации по результатам медицинских исследований целесообразно проводить в Интернете.

Информационные ресурсы на русском языке

ЕСДМ и доказательная медицина

«Доказательная медицина. Ежегодный справочник» (ЕСДМ) представляет собой регулярно обновляемую базу доказательных данных о широко применяемых методах лечения распространенных заболеваний. В каждом новом выпуске ЕСДМ обновляются имеющиеся и появляются новые разделы. Основное внимание уделяется эффектам лечебных и профилактических вмешательств, доказанным в ходе рандомизированных испытаний и систематических обзоров таких испытаний.
<http://www.mediasphera.ru/clinicalevidence/>

Страница Российского отделения Кохрановского Сотрудничества — [http://www.cochrane.ru/Consilium Medicum](http://www.cochrane.ru/Consilium_Medicum), журнал доказательной медицины для практикующих врачей.

<http://www.consilium-medicum.com/media/consilium/index.shtml>

Для самостоятельного анализа опубликованных оригинальных исследований следует использовать базу данных MEDLINE.

MEDLINE — это национальная электронная медицинская библиотека Соединенных Штатов Америки <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi>

Этот информационный ресурс доступен бесплатно, однако для его использования необходимо знание английского языка.

Информационные ресурсы на английском языке

Клинические рекомендации

NICE www.nice.nhs.uk

Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) www.sign.ac.uk

EGuidelines www.eguidelines.co.uk (registration needed)

National Guidelines Clearing House (US) www.guideline.gov

New Zealand Guidelines Group www.nzgg.org.nz

Систематические обзоры

Библиотека Кохрановского сотрудничества www.nelh.nhs.uk/cochrane

Клинические доказательства, Clinical Evidence (BMJ Publishing) www.clinicalevidence.com (доступ к ресурсу платный)

Health Technology Assessment www.hta.nhsweb.nhs.uk

Drugs and Therapeutic Bulletin www.which.net/health/dtb (обязательна подписка)

Краткий словарь терминов, используемых в научно-доказательной медицине

Анализ минимальных затрат — определение наиболее выгодного по затратам вмешательства при условии достижения одинаковых результатов лечения.

Анализ полезности затрат — вид анализа эффективности затрат на альтернативные медицинские вмешательства, где затраты выражаются в денежных единицах, а результаты лечения измеряются в эквиваленте полезности затрат (обычно для пациента). Например, измерение полезности затрат в QALY (годы жизни с учетом ее качества после медицинского вмешательства). Выражение результатов таким способом позволяет проводить сравнительный анализ совершенно разных по своим целям медицинских вмешательств (спасение жизни или восстановление трудоспособности).

Анализ эффективности затрат — вид экономического анализа, где сравниваются альтернативные медицинские вмешательства. Затраты на лечение выражаются в единицах, отличных от денежных. Например, сниженная заболеваемость и смертность — затраты на одну спасенную жизнь или затраты на избежание одного случая заболевания раком.

Доверительный интервал — диапазон колебаний истинных значений в популяции. Доверительный интервал рассчитывают, сопоставляя результаты в контрольной и опытной группах с учетом размера выборки. В исследованиях обычно используют доверительные интервалы в 90%, 95% и 99%. Например, ДИ 95% означает, что истинное значение величины с вероятностью 95% лежит в пределах рассчитанного интервала.

Исследование случай-контроль — обсервационное эпидемиологическое исследование, где наблюдается группа пациентов с диагностированным заболеванием (или любым другим показателем, представляющим интерес) — «случай» или группа здоровых пациентов, сходная с предыдущей по другим показателям — «контроль». Взаимозависимость фактора риска или любого другого показателя (например, воздействие химического или физического фактора, происхождение скринингового теста) с развитием заболевания определяется путем сравнения частоты присутствия фактора риска в группе «случая» и «контроля».

Когортное исследование — обсервационное исследование, в котором исход заболевания в группе пациентов, получивших лечение, сравнивается с результатами в сходной группе пациентов (когортной), исторической или современной, где пациенты не получали лечения. В скорректированном когортном исследовании формируют (или же проводят необходимые статистические корректировки) когортную группу с характеристиками (возраст, пол, и т.д.), которые наиболее соответствуют характеристикам опытной группы.

Метаанализ — структурированный количественный подход к составлению обзоров литературы. С этой целью проводят исчерпывающий поиск относящихся к вопросу данных; четкие и объективные критерии отбора результатов исследований для анализа, количественный статистический анализ результатов включенных исследований.

Одномоментное (перекрестное) исследование — проспективное или ретроспективное обсервационное исследование, где из большей популяции делается выборка (иногда путем рандомизации) пациентов, и изучаются результаты проводимого в выборке медицинского вмешательства.

Отношение шансов — показатель эффекта лечения, выраженный в отношении вероятности, что событие произойдет, к вероятности, что событие не произойдет, между группами контроля и лечения.

Показатель NNT — показатель эффекта лечения, выражаемый числом больных, которых необходимо лечить определенным методом в течение определенного времени, чтобы достичь или предотвратить определенный исход у одного больного; показатель, обратный снижению абсолютного риска.

Проспективное исследование — исследование, в котором медицинское вмешательство в определенной группе пациентов заранее планируется и проводится согласно предварительной схеме исследования.

Рандомизация — метод распределения пациентов на контрольную и опытную группы, основанный на случайном отборе. Рандомизация используется для уменьшения систематической ошибки в результате отбора пациентов в клинических испытаниях. Правильная рандомизация является беспристрастным и объективным методом, позволяющим нейтрализовать возможное влияние прогностических факторов путем их равного распределения на контрольную и опытную группы. Рандомизированное распределение проводят с помощью компьютерного подбора случайных чисел.

Систематическая ошибка (bias) — систематическое отклонение результатов от истинных значений. Смещение может возникать на любом этапе проведения исследования вследствие дефектов его планирования, организации и проведения.

Снижение абсолютного риска (absolute risk reduction) — показатель эффективности лечения, абсолютная арифметическая разница вероятности неблагоприятных исходов в группах лечения и контроля. Например, если вероятность смертельных исходов в группе контроля и группе лечения составляет 25% и 10% соответственно, то снижение абсолютного риска составит: $25 - 10 = 15\%$.

Специфичность — характеристика диагностического теста, выражающая способность теста правильно исключать наличие заболевания (или состояния).

Статистическая достоверность — заключение о том, что данное медицинское вмешательство оказывает выявленный эффект, основанное на наблюдаемых различиях в опытной и контрольной группах, размер выборки которых позволяет утверждать, что данное различие не является результатом случайности и подтверждено статистическим анализом. (Статистическая достоверность важна для формирования заключения, однако не является достаточной для утверждения клинической значимости данного медицинского вмешательства).

Чувствительность — характеристика диагностического теста, выражающая способность теста определить отсутствие заболевания (или состояния).

Литература

1. Sackett D.L., Rosenberg W.M.C., Muir Gray J.A., Haynes R.B., Richardson W.S. Evidence based medicine: what it is and what it isn't // BMJ.— 1996.— Vol. 312.— P. 71–72.
2. Hine L.K., Laird N., Hewitt P., Chalmers T.C. Meta-analysis evidence against prophylactic use of lidocaine in acute myocardial infarction // Arch Intern Med.— 1989.— Vol. 149.— P. 2694–2698.
3. Sackett D.L., Straus S.E., Richardson W.S., Rosenberg W., Haynes R.B. Evidence-Based Medicine. How to practice and teach EBM. Second edition.— Churchill Livingstone, 2000.
4. Плавинский С.Л. Почему мы начинаем говорить об НДМ?— <http://lrc-ganja.iatp.az/lrc-ganja/ndm.html>.
5. Власов В.В. Введение в доказательную медицину.— М: Медиасфера, 2001.
6. Guyatt G., Cook D., Haynes B. Evidence based medicine has come a long way // BMJ.— 2004.— Vol. 329.— P. 990–991.
7. Tracy C.S., Dantas G.C., Moineddin R., Upshur R.E. Contextual factors in clinical decision making. National survey of Canadian family Physicians // Can Fam Physician.— 2005.— Vol. 51.— P. 1106–1107.
8. Prime Answers: A practical interface for answering primary care questions // J Am Med Inform Assoc.— 2005.— Vol. 12.— P. 537–545.
9. Devereaux P.J., Anderson D.R., Gardner M.J., Putnam W., Flowerdew G.J., Brownell B.F., Nagpal S., Cox J.L. Differences between perspectives of physicians and patients on anticoagulation in patients with atrial fibrillation: observational study // BMJ.— 2001.— Vol. 323.— P. 1218–1222.

Адрес для контакта: tanyadks@hotmail.com

Вопросы для самопроверки

Укажите один правильный ответ.

1. Какие факторы послужили предпосылками к развитию НДМ?
 - А. Снижение продолжительности жизни населения и рост затрат на здравоохранение
 - Б. Преобладание в структуре заболеваемости хронических длительно текущих состояний
 - В. Снижение квалификации медицинского персонала
 - Г. Появление новых редких неизученных заболеваний
 - Д. Рост распространенности хронических инфекционных заболеваний
2. Укажите правильную последовательность поэтапного поиска информации в рамках использования НДМ.
 - А. Формулировка вопроса, критическая оценка информации, полученной в процессе консультации со специалистами, применение полученных результатов на практике.
 - Б. Поиск информации в литературных источниках и использование полученных ответов на практике.
 - В. Формулировка вопроса, поиск информации с использованием соответствующих Интернет-ресурсов, критическая оценка их качества, внедрение в практику, оценка результата.
 - Г. Формулировка вопроса, поиск информации с использованием соответствующих Интернет-ресурсов, критическая оценка их качества, оценка результата, внедрение в практику.
 - Д. Формулировка вопроса, поиск информации с использованием соответствующих Интернет-ресурсов, критическая оценка их качества, консультация со специалистами, внедрение в практику, оценка результата.
3. Укажите подходящий критерий качества для оценки исследований эффективности лечения.
 - А. Было выполнено сравнение результатов «нового» лечения с эффектом от лечения, признанного «золотым стандартом».
 - Б. В группу сравнения были включены здоровые лица.
 - В. Срок наблюдения составил 5 лет.
 - Г. Распределение на группы вмешательства и контроля осуществлялось двойным слепым методом.
 - Д. Распределение на группы вмешательства и контроля проводили с помощью рандомизации.

ВНЕБОЛЬНИЧНАЯ ПНЕВМОНИЯ У ВЗРОСЛЫХ

Н.В.Федорова

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

COMMUNITY-ACQUIRED PNEUMONIA IN ADULTS

N.V.Fedorova

St-Petersburg Medical Academy of Postgraduate Studies, Russia

© Н.В.Федорова, 2007

Цель лекции: изложить современные подходы к диагностике и лечению внебольничных пневмоний с позиций научно-доказательной медицины, представить принципы ведения больных пневмонией семейным врачом.

План лекции:

1. Определение.
2. Актуальность проблемы.
3. Классификация пневмоний.
4. Этиология внебольничных пневмоний.
5. Диагностика пневмонии, принципы оценки состояния пациента.
6. Принципы ведения пациента с внебольничной пневмонией семейным врачом.
7. Осложнения пневмонии.
8. Профилактика пневмонии.
9. Заключение.

1. Определение

Пневмонии — это группа различных по этиологии, патогенезу, морфологической характеристике острых инфекционных (преимущественно бактериальных) заболеваний, характеризующихся очаговым или сегментарным поражением паренхимы легких с обязательным наличием интраальвеолярной экссудации [1].

2. Актуальность проблемы

Пневмония относится к числу наиболее распространенных инфекционных заболеваний человека. Эпидемиологическими исследованиями установлено, что более 25% больных ежедневно обращаются к врачам общей практики в связи с заболеваниями дыхательных путей, треть из них приходится на пневмонии. Заболеваемость внебольничной пневмонией в Европе колеблется от 2 до 15 случаев на 1000 человек в год, в России — 3,9 случаев на 1000 человек в год среди лиц старше 18 лет [1]. Этот показатель значительно выше у пожилых больных — 25–44 случаев на 1000 человек в год у больных старше 70 лет, и до 68–114 случаев на 1000 человек в год у пожилых больных, находящихся в домах инвалидов, домах ухода [1]. Наиболее серьезную проблему внебольничная пневмония представляет у больных пожилого и старческого возраста, заболеваемость которых в 2 раза, а частота госпитализации — в 10 раз выше, чем лиц молодого

возраста. Беспокойство вызывает сохраняющаяся высокая смертность от пневмонии. По данным Американского торакального общества, смертность в США при пневмонии достигает 18–20%, Европейское респираторное общество приводит данные в пределах 10%. Несмотря на известные диагностические приемы и характерные жалобы, ошибки в диагностике пневмоний, особенно на догоспитальном этапе, достигают 20%. Диагноз пневмонии вызывает затруднения у врача в 30–40% и устанавливается лишь в конце первой недели болезни, причем правильный диагноз в первые 3 дня болезни ставится только в 35% случаев [1, 2].

3. Классификация пневмоний

В основу классификации пневмонии, представленной в МКБ X пересмотра (1992 г.) положен этиологический принцип, внебольничные пневмонии четко обособлены от других очаговых воспалительных заболеваний легких неинфекционного происхождения. В настоящее время наибольшее распространение получила классификация, учитывающая условия, в которых развилось заболевание, особенности инфицирования легочной ткани, а также состояние иммунологической реактивности организма больного. Правильный учет перечисленных факторов позволяет со значительной долей вероятности предсказать этиологию заболевания [2]. В соответствии с этой классификацией выделяют следующие виды пневмонии.

1. Пневмония внебольничная (приобретенная вне лечебного учреждения). Синонимы: домашняя, амбулаторная.

Под внебольничной пневмонией следует понимать острое заболевание, возникшее во внебольничных условиях, то есть вне стационара, или диагностированное в первые 48 ч с момента госпитализации, или развившееся у пациента, не находившегося в отделениях длительного медицинского наблюдения, сопровождающееся симптомами инфекции нижних отделов дыхательных путей (лихорадка, кашель, выделение мокроты, возможно гнойной, боль в грудной клетке, одышка) и рентгенологическими признаками «свежих» очагово-инфильтративных изменений

в легких при отсутствии очевидной диагностической альтернативы.

2. Пневмония госпитальная (приобретенная в лечебном учреждении). Синонимы: нозокомиальная, внутрибольничная.

3. Пневмония аспирационная.(внебольничная и нозокомиальная)

4. Пневмония у лиц с тяжелыми дефектами иммунитета (врожденный иммунодефицит, ВИЧ-инфекция, ятрогенная иммуносупрессия).

С практических позиций целесообразно выделять группы больных внебольничной пневмонией с учетом возраста, сопутствующей патологии и тяжести заболевания [1, 2]. Между этими группами наблюдаются различия не только в этиологической структуре, но и в прогнозе заболевания. Внебольничные пневмонии по тяжести течения с учетом особенностей этиологии и антибактериальной терапии подразделяют на:

- нетяжелые у лиц моложе 60 лет;
- нетяжелые у лиц старше 60 лет и (или) на фоне сопутствующих заболеваний внутренних органов;
- тяжелые.

Внебольничные пневмонии, с учетом места лечения, делят на 3 группы:

- не требующие госпитализации;
- требующие госпитализации в стационар;
- требующие госпитализации в отделение реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ) [3].

Согласно международным и отечественным стандартам, факторами, определяющими тяжесть течения и исход пневмонии, являются:

- 1) Возраст старше 60 лет.
- 2) Наличие сопутствующих заболеваний (хроническая обструктивная болезнь легких, бронхоэктатическая болезнь, злокачественные новообразования, сахарный диабет, хроническая почечная недостаточность, хроническая сердечная недостаточность, хронический алкоголизм, истощение, цереброваскулярные заболевания, состояние после спленэктомии).
- 3) Госпитализация в течение последнего года.
- 4) Объективные данные:
 - частота дыхания более 30 в 1 мин;
 - диастолическое артериальное давление (АД) ниже 60 мм рт. ст.;
 - систолическое АД ниже 90 мм рт. ст.;
 - частота сердечных сокращений выше 120 уд. в 1 мин;
 - температура тела ниже 35 °С или выше 40 °С;
 - нарушения сознания;
 - внелегочные очаги инфекции (менингит, перикардит);
 - лейкопения;
 - гипоксемия;
 - анемия;
 - острая почечная недостаточность.

Наличие каждого из указанных факторов достоверно повышает риск неблагоприятного исхода заболевания (категория доказательств А) [2].

Отсутствие температурной реакции при наличии других критериев тяжелого течения пневмонии служит неблагоприятным признаком и требует повышенного внимания к больному.

Важными показателями тяжести пневмонии являются рентгенологические данные (мультилобарная пневмоническая инфильтрация, наличие плеврального выпота, полости распада легочной ткани) и результаты анализа крови (гиперлейкоцитоз, резкий палочкоядерный сдвиг нейтрофилов, токсическая зернистость нейтрофилов).

4. Этиология

Этиология внебольничной пневмонии непосредственно связана с нормальной микрофлорой нестерильных отделов верхних дыхательных путей (полость рта, носа, рото- и носоглотка). Из многих видов микроорганизмов, колонизирующих верхние дыхательные пути, лишь некоторые, обладающие повышенной вирулентностью, способны при проникновении в респираторные отделы легких вызывать воспалительную реакцию даже при минимальном нарушении защитных механизмов. Типичными возбудителями внебольничной пневмонии являются:

— *Streptococcus pneumoniae* (пневмококки) — грамположительные кокки, самые частые возбудители пневмонии во всех возрастных группах (30% и более) [3];

— *Haemophilus influenzae* — грамотрицательные палочки, вызывающие пневмонию у 5–18% больных, чаще у курильщиков и больных хроническим обструктивным заболеванием легких (ХОБЛ). В этиологии пневмонии главную роль играют бескапсульные серологически не типизируемые штаммы.

Определенное значение в этиологии внебольничной пневмонии имеют атипичные микроорганизмы, на долю которых приходится от 8 до 25% случаев заболевания, хотя точно установить их этиологическую значимость в настоящее время сложно [3]. Возбудители атипичных пневмоний представляют собой гетерогенную группу микроорганизмов, но в современной литературе под термином «атипичные возбудители» обычно подразумевают: *Mycoplasma pneumoniae*, *Chlamydia pneumoniae*, *Legionella pneumophila*. *Mycoplasma pneumoniae* — микроорганизм, лишенный клеточной стенки, что обуславливает его природную устойчивость к β-лактамам антибиотикам (пенициллины, цефалоспорины, карбапенемы). Вызывает внебольничную пневмонию у 20–30% лиц моложе 35–40 лет, этиологический вклад в старших возрастных группах более скромный — 1–9%. Для этого микроорганизма характерна тесная ассоциация с мембраной эукариотических клеток (мембранотропный патоген), возможна внутри-

клеточная локализация. Микоплазменные пневмонии обычно характеризуются нетяжелым течением.

Chlamydia pneumoniae — микроорганизм, являющийся внутриклеточным паразитом, близким по строению к грамотрицательным бактериям. Вызывает пневмонию в 2–8% случаев, как правило, нетяжелого течения. В последнее время накапливаются данные о частом выделении этого микроорганизма в ассоциации с другими респираторными патогенами (в частности, с пневмо-

рификации возбудителя в первые дни, но и в некоторых случаях без перспектив на получение микробиологических данных о возбудителе. Поэтому ориентировочное определение этиологического варианта пневмонии на основании особенностей клинической картины, рентгенологических данных, эпидемиологической ситуации, факторов риска является важным этапом диагностического поиска. В таблице приведена этиологическая структура внебольничной пневмонии в зависимости от клинической ситуации.

Таблица

Эпидемиология и факторы риска развития внебольничной пневмонии известной этиологии

Условия возникновения	Вероятные возбудители
Алкоголизм	<i>S. pneumoniae</i> , анаэробы, аэробные грам (–) бактерии (чаще — <i>K. pneumoniae</i>)
Хронический бронхит/курение	<i>S. pneumoniae</i> , <i>H. influenzae</i> , <i>M. catarrhalis</i> , <i>Legionella</i> spp.
Декомпенсированный сахарный диабет	<i>S. pneumoniae</i> , <i>S. aureus</i>
Пребывание в доме престарелых	<i>S. pneumoniae</i> , представители семейства <i>Enterobacteriaceae</i> , <i>H. influenzae</i> , <i>C. pneumoniae</i> , анаэробы
Несанированная полость рта	Анаэробы
Эпидемия гриппа	<i>S. pneumoniae</i> , <i>S. aureus</i> , <i>S. pyogenes</i> , <i>H. influenzae</i>
Предполагаемая массивная аспирация	Анаэробы
Развитие пневмонии на фоне бронхоэктазов, муковисцидоза	<i>P. aeruginosa</i> , <i>B. cepacia</i> , <i>S. aureus</i>
Внутривенная наркомания	<i>S. aureus</i> , анаэробы
Локальная бронхиальная обструкция (например, бронхогенная карцинома)	Анаэробы
Дыхание кондиционированным воздухом	<i>L. pneumophila</i>
Вспышка заболевания в тесно взаимодействующем коллективе (например, школьники, военнослужащие)	<i>S. pneumoniae</i> , <i>M. pneumoniae</i> , <i>C. pneumoniae</i>

кокком). К возбудителям внебольничной пневмонии обычно относят и микроорганизмы рода *Legionella* — преимущественно внутриклеточно локализирующиеся грамотрицательные палочки. *Legionella* spp. (прежде всего *Legionella pneumophila*) — нечастый возбудитель внебольничной пневмонии (2–10%), однако легионеллезная инфекция занимает второе место (после пневмококковой) в этиологической структуре тяжелой внебольничной пневмонии. У лиц пожилого возраста, наркоманов, пациентов, злоупотребляющих алкоголем, после перенесенного гриппа возрастает этиологическое значение золотистого стафилококка. Клебсиелла и энтеробактерии относятся к редким возбудителям внебольничной пневмонии (менее 5%), имеют этиологическое значение у некоторых категорий пациентов: пожилой возраст, сахарный диабет, хроническая сердечная недостаточность, цирроз печени.

Этиологическая структура внебольничной пневмонии различается в зависимости от возраста больных, тяжести заболевания, наличия сопутствующей патологии, условий возникновения и социального статуса пациентов. В практической работе семейный врач назначает антибактериальную терапию не только при отсутствии ве-

К сожалению, ввиду объективных трудностей клинической микробиологии — отсутствие примерно у 1/3 больных пневмонией продуктивного кашля; невозможность выделения культуры «атипичных» возбудителей при использовании стандартных протоколов микробиологической диагностики; сложности в разграничении «микроба-свидетеля» и «микроба-возбудителя»; распространенная практика приема антибиотиков до обращения за медицинской помощью — этиология внебольничной пневмонии оказывается неустановленной в 30–50% случаев (категория доказательств В) [2, 3]. Более того, даже при положительных результатах микробиологического исследования они становятся доступны клиницисту не ранее, чем через 72 ч после забора мокроты или бронхиального секрета. Поэтому в реальных условиях антибактериальная терапия больных (особенно в первые дни болезни) носит эмпирический характер.

5. Диагностика пневмонии, принципы оценки состояния пациента

Современные диагностические критерии пневмонии сформулированы в 1972 г. в работах Johanson и в последующем подвергались пере-

Диагноз внебольничной пневмонии несомнен (категория доказательств А) [2, 3] при наличии у больного рентгенологически подтвержденной очаговой инфильтрации легочной ткани и, по крайней мере, двух клинических признаков из числа следующих:

а) острая лихорадка в начале заболевания (температура тела выше 38,0 °С);

б) кашель с мокротой;

в) физические признаки (фокус крепитации или мелкопузырчатые хрипы, локально выслушиваемое жесткое, бронхиальное дыхание, укорочение перкуторного звука, усиление голосового дрожания);

г) лейкоцитоз более $10,0 \times 10^9/\text{л}$; палочкоядерный сдвиг более 10%.

Отсутствие или недоступность рентгенологического подтверждения очаговой инфильтрации в легких (рентгенография или крупнокадровая флюорография органов грудной клетки) делает диагноз неточным или неопределенным (категория доказательств А) [2, 3]. При этом диагноз заболевания основан на учете данных эпидемиологического анамнеза, жалоб и соответствующих локальных симптомов. Если при обследовании больного с лихорадкой, жалобами на кашель, одышку, отделение мокроты и боли в грудной клетке отсутствует соответствующая аускультативная симптоматика, то предположение о внебольничной пневмонии становится маловероятным (категория доказательств А). Примерно у 25% больных пневмонией в возрасте старше 60 лет отсутствует лихорадка, а лейкоцитоз отмечается лишь у 50–70% [3]. При этом клиническая симптоматика представлена утомляемостью, слабостью, тошнотой, анорексией, болями в животе, нарушением сознания.

Внебольничная пневмония включает синдромы: интоксикации и общевоспалительных изменений; бронхита; уплотнения легочной ткани; раздражения плевры; плеврального выпота; ателектаза; нарушения свертывающей системы крови (гиперкоагуляция и торможение фибринолиза в разгар болезни, преобладание фибринолиза в период разрешения пневмонии).

Имеются существенные различия в симптоматике пневмоний различной этиологии. Так, пневмококковой пневмонии свойственны острое начало заболевания с продуктивным кашлем, боль в грудной клетке, связанная с дыханием. Главной проблемой врача при ведении пациента с атипичной пневмонией является не столько выбор антимикробной терапии, сколько диагностика «атипичной пневмонии». Классические проявления трахеита, ларингита, острого бронхита, ОРВИ, скудные аускультативные данные, отсутствие лейкоцитоза, нейтрофильного сдвига в периферической крови маскируют клинические проявления атипичной пневмонии, поэтому на ее

диагностику затрачивается гораздо большее время, чем при типичной пневмонии. Атипичная пневмония часто проявляется кашлем с минимальным отделением мокроты (в течение 3 суток и более). Для легионеллезной пневмонии характерны: диарея, неврологическая симптоматика, артралгии, брадикардия, часто тяжелое течение заболевания, нарушения функции печени; для микоплазменной — мышечные и головные боли, симптомы инфекции верхних дыхательных путей, шейная лимфаденопатия, мультиформная эритема, гепатоспленомегалия. Для хламидийной инфекции характерно развитие реактивного артрита, миокардита.

Больных с аспирационной пневмонией часто отличает психомоторная заторможенность, вызванная метаболической энцефалопатией, травмой, или цереброваскулярными заболеваниями, возможны также другие объективные причины аспирации содержимого ротоглотки (неврологические заболевания, алкогольная или наркотическая интоксикация).

Рентгенологические синдромы пневмонии

Синдром легочного затенения обусловлен уплотнением легочной ткани вследствие затенения альвеол воспалительным экссудатом, оно может быть различной интенсивности, сегментарным, долевым или в виде очагов различной формы, с четкими и неясными границами; воспалительные очаги могут сливаться.

Синдром усиления легочного рисунка обусловлен воспалительным изменением интерстициальной ткани.

Синдром ателектаза — уменьшение в объеме легочной ткани — возникает вследствие закупорки бронхов слизистой пробкой.

Синдром просветления обычно бывает локальным и связан с локальной эмфиземой.

Синдром кольцевидной тени связан с распадом легочной ткани и образованием абсцесса.

Образование полостей деструкции в легких не характерно для пневмококковой, микоплазменной и хламидийной пневмонии, а свидетельствует о стафилококковой инфекции, аэробных грамотрицательных энтеробактериях и анаэробах. Ретикулонодулярная инфильтрация в базальных отделах легких характерна для микоплазменной пневмонии, которая в 20% случаев может сопровождаться очагово-сливной инфильтрацией в проекции нескольких сегментов и даже доли [4]. На практике приходится сталкиваться с проблемой рентгеноотрицательных пневмоний. Например, в первые сутки после манифестации пневмококковой пневмонии изменения в легких при рентгенологическом исследовании могут отсутствовать, но они обязательно появляются позднее. Когда инфильтративные изменения на рентгенограмме отсутствуют, но имеется клиническая картина пневмонии, для выявления инфильтра-

ции можно использовать компьютерную томографию (уровень рекомендаций В), главным образом это касается пневмоцистной пневмонии. Компьютерная томография по сравнению с рентгенографией обладает в 2 раза более высокой чувствительностью в диагностике пневмоний и может оказаться незаменимой при проведении дифференциальной диагностики с опухолями и рядом других заболеваний.

6. Принципы ведения больного внебольничной пневмонией семейным врачом

В соответствии с современными подходами к ведению взрослых больных внебольничной пневмонией значительное их число может с успехом лечиться на дому [7].

Частота клинических осмотров больного пневмонией семейным врачом

Посещение 1: при обращении к врачу, диагностика (клинически), определение тяжести состояния больного. При отсутствии показаний для госпитализации семейный врач назначает антибактериальную терапию.

Посещение 2: через 3 суток антибактериальной терапии. Семейный врач проводит клиническую оценку эффективности лечения (улучшение самочувствия, снижение или нормализация температуры тела), анализирует рентгенологические данные и показатели анализа крови. На этом этапе лечения врач общей практики уточняет степень тяжести пневмонии, при появлении новых симптомов, свидетельствующих о более тяжелом течении процесса, семейный врач обязан госпитализировать данного больного.

Посещение 3: через 7–10 дней антибактериальной терапии для решения вопроса об отмене или продолжении лечения антибиотиками (антибактериальная терапия продолжается в течение 3 суток после нормализации температуры тела).

Посещение 4: через 14–16 суток от начала лечения для решения вопроса о трудоспособности больного.

Перечень обязательных исследований:

1. Общий анализ крови 2 раза:
 - 1-й — не позднее 2-го дня;
 - 2-й — на 14–16 день заболевания со дня обращения больного к врачу.
2. Рентгенография (крупнокадровая ФГ) грудной клетки в 2-х проекциях 2 раза:
 - 1-я — не позднее 2-го дня;
 - 2-я — на 14–16 день заболевания со дня обращения больного к врачу.

Показаниями для госпитализации являются:

- отсутствие эффекта от амбулаторного лечения в течение 3 дней;
- социальные показания: неудовлетворительные бытовые и материальные условия, одинокие лица, невозможность адекватного ухода;
- данные физического обследования: частота дыхания более 30 уд./мин, диастолическое АД

менее 60 мм рт. ст. или систолическое АД менее 90 мм рт. ст., частота сердечных сокращений реже 120 уд./мин, температура тела ниже 35,0 °С или выше 40,0 °С, нарушения сознания;

- поражение нескольких сегментов легкого или двухстороннее поражение легких;

- признаки абсцедирования (гнойная мокрота со зловонным запахом, кровохарканье, деструкция пораженного участка);

- аспирация, плевральный выпот;

- быстрое прогрессирование очагово-инfiltrативных изменений в легких (увеличение размеров инфильтрации более 50% в течение ближайших 48–72 ч);

- анемия (уровень гемоглобина ниже 90 г/л);

- лейкопения ниже $4,0 \times 10^9/\text{л}$ или лейкоцитоз выше $25,0 \times 10^9/\text{л}$;

- внелегочные очаги инфекции (менингит, септический артрит и др.);

- сопутствующие заболевания: хронический обструктивный бронхит с ДН 2 ст. и выше и (или) с хроническим легочным сердцем, обострение гипертонической болезни, хроническая сердечная недостаточность, сахарный диабет, хроническая почечная и печеночная недостаточность, дефицит массы тела, алкоголизм и наркомания, иммунодефицитные состояния (в т.ч. ВИЧ);

- невозможность срочного проведения рентгенологического исследования;

- желание пациента или членов его семьи.

Медикаментозное лечение

Антибактериальная терапия является единственным научно обоснованным методом лечения. Первым правилом назначения антибактериальных средств больным с пневмонией является раннее начало лечения. Показано, что задержка назначения первой дозы антибиотиков более 8 ч обуславливает рост летальности (уровень доказательности А) [7].

К настоящему времени сформулированы основные принципы рациональной антибиотикотерапии в ряде международных клинических рекомендаций по ведению больных внебольничной пневмонией с учетом возраста больных и степени тяжести заболевания [Американское торакальное общество (1998, 2001 гг.), Европейская рабочая группа по изучению внебольничных пневмоний (1998, 2000 гг.) и т.д.]. В 1998 г. комиссия по антибиотической политике при Минздраве России и РАМН опубликовала национальные рекомендации по антибактериальной терапии пневмоний у взрослых, был издан приказ Министерства здравоохранения РФ со стандартами диагностики и лечения пневмоний. Предпочтение следует отдавать монотерапии, преимущества которой состоят в уменьшении риска неадекватного взаимодействия антибактериальных средств, нежелательного взаимодействия с другими лекарственными средствами, в уменьшении риска разви-

тия токсических явлений, в облегчении работы медперсонала, снижении стоимости лечения [7].

В рутинной клинической практике утвердилось упрощенное толкование понятия «резистентность». Резистентность может быть природной и приобретенной. О природной резистентности говорят при отсутствии у микроорганизма мишени для действия антибиотика. β -лактамы антибиотиков, например, для реализации антибактериального эффекта связываются с ферментами транс- и карбоксипептидазами, локализованными в стенках бактериальных клеток. Эти ферменты, получившие название пенициллинсвязывающих белков, отсутствуют у микоплазм, лишенных клеточных стенок, поэтому *Mycoplasma* spp. обладают природной устойчивостью к β -лактамам. Клеточная стенка большинства грамотрицательных бактерий непроницаема для макролидов, указанные микроорганизмы также обладают природной устойчивостью к этому классу антибиотиков.

Приобретенная устойчивость развивается либо вследствие мутации, либо при передаче генов, кодирующих резистентность, от резистентных бактерий чувствительным микроорганизмам. Мутационная резистентность возникает спонтанно у отдельных представителей популяции бактериальных клеток. В отсутствие антибиотиков резистентные мутанты, как правило, не имеют преимуществ перед чувствительными бактериями в борьбе за существование. Более того, обслуживание приобретенной устойчивости требует дополнительных затрат питательных веществ, энергии. Назначение антибиотиков, однако, приводит к уничтожению чувствительных и пролиферации устойчивых бактерий, в результате чего в перспективе может сформироваться популяция, состоящая почти целиком из резистентных микроорганизмов.

Поскольку пневмококк является самым частым возбудителем внебольничной пневмонии (независимо от степени тяжести заболевания и возраста пациента), особое значение приобретает распространение среди *S. pneumoniae* штаммов со сниженной чувствительностью к пенициллину и другим антибиотикам. *S. pneumoniae* не вырабатывают пенициллиназу. Основная проблема современности — появление и распространение устойчивости пневмококков к пенициллину. По данным многоцентрового исследования ПЕГАС-I, проведенного в различных регионах России в 2000–2001 гг., резистентность *S. pneumoniae* к пенициллину составила 9% [9]. К факторам риска пенициллинорезистентности *S. pneumoniae* относятся: возраст больных менее 7 лет и старше 60 лет, наличие тяжелых соматических заболеваний, частое и длительное лечение антибиотиками, проживание в домах престарелых. При высоком риске пенициллинорезистентности назначение макролидов может также оказаться неэффективным, поскольку

возможно наличие перекрестной резистентности к макролидам. Резистентность пневмококков к макролидам в нашей стране не превышает 6%. Между 14- и 15-членными макролидами (кларитромицин, рокситромицин, азитромицин) наблюдается полную перекрестную резистентность, при этом часть штаммов пневмококков сохраняет чувствительность к 16-членным макролидам (спирамицин, мидекамицин) и линкозамидам. В России отмечен высокий уровень устойчивости пневмококков к тетрациклинам (27%) и ко-тримоксазолу (33%) [9]. В то же время резистентность *S. pneumoniae* к пенициллину и макролидам не коррелирует с резистентностью к респираторным фторхинолонам, что делает рациональным и обоснованным выбор в подобных ситуациях респираторных фторхинолонов (левофлоксацин, моксифлоксацин). Устойчивость гемофильной палочки к аминопенициллинам (ампициллин, амоксициллин) связана с выработкой β -лактамаз, гидролизующих аминопенициллины. Частота выработки β -лактамаз гемофильной палочкой, по данным исследования ПЕГАС-1, в России не превышает 5%. В настоящее время в России резистентность *H. influenzae* к ампициллину составляет 4,9%, к амоксициллину/клавуланату — 0,5%, к цефотаксиму, азитромицину и ципрофлоксацину — 0 [9], а к ко-тримоксазолу она превышает 15% [9].

Среди пациентов, которые получают лечение в амбулаторных условиях, выделяют две группы, различающиеся по этиологической структуре и тактике антибактериальной терапии. В первую группу включают пациентов в возрасте до 60 лет без сопутствующей патологии. У этих пациентов адекватный клинический эффект достигается при применении препаратов внутрь (категория доказательств C) [10]. В качестве средств выбора рекомендуется амоксициллин (категория доказательств C) или макролиды [10]. В ходе клинических исследований не выявлено различий в эффективности этих антибиотиков, а также отдельных представителей класса макролидов или респираторных фторхинолонов (категория доказательств A) [10]. Макролидам следует отдавать предпочтение при непереносимости β -лактамов антибиотиков или подозрении на атипичную этиологию. Респираторные фторхинолоны рекомендуются как альтернативные препараты.

Препарат выбора — амоксициллин (хиконцил, флемоксина соль) внутрь 0,5 г 3 раза в сутки в течение 7–10 суток.

Альтернативные (при отсутствии эффекта от амоксициллина в течение 3 суток или аллергии):

— макролиды внутрь: эритромицин 500 тыс. ЕД 4 раза в сутки 7–14 суток; азитромицин (сумамед) 0,5 г 1 раз в сутки, 3 суток (курсовая доза 1,5 г); кларитромицин 7–14 суток (клацид СР 0,5 г 1 раз в сутки, клацид 0,25–0,5 г 2 раза в сутки, фромилид 0,25–0,5 г 2 раза в сутки); мидеками-

цин (макропен) 400 мг 3 раза в сутки; спирамицин (ровамицин) 3,0 млн. МЕ 2 раза в сутки.

Во вторую группу включают лиц старше 60 лет и (или) с сопутствующими заболеваниями, которые влияют на этиологию, а также являются факторами риска неблагоприятного прогноза пневмонии. Учитывая высокую вероятность грамотрицательной флоры, препаратами выбора являются ингибиторзащищенные аминопенициллины или цефалоспорины II поколения, предлагается проведение комбинированной терапии в-лактамами и макролидами в связи с возможной хламидийной этиологией внебольничной пневмонии. Однако убедительных данных о преимуществе комбинированной терапии по сравнению с монотерапией β -лактамами не получено [10]. Альтернативой является терапия респираторными фторхинолонами.

Препараты выбора: амоксициллин/клавулат (амоксиклав или аугментин) 625 мг 3 раза в сутки; амоксициллин/сульбактам 625 мг 3 раза в сутки или макролиды (предпочтительнее — азитромицин или кларитромицин) или монотерапия респираторными фторхинолонами — левофлоксацин (таваник) 500 мг или спарфлоксацин (спарфло) 200 мг 2 раза в сутки в 1-й день, затем 200 мг 1 раз в сутки.

При наличии ХОБЛ назначают бронхолитическую ингаляционную терапию: дозированные аэрозоли атровента или беродуала: 2 дозы 4 раза в сутки или небулизированные растворы 1–2 мл с физиологическим раствором 2 мл; муколитические препараты при обострении ХОБЛ — небулизированный раствор амброксола 2–4 мл или 15–30 мг 2–3 раза в сутки или амброксол-ретард 75 мг 1 раз внутрь.

Альтернативные препараты: цефалоспорины II поколения — цефуроксим аксетил (зиннат) 500 мг 2 р/сутки в сочетании с макролидами (азитромицин, кларитромицин).

Продолжительность антибактериальной терапии

Общепринятым сроком оценки эффективности антибактериальной терапии считают 48–72 ч после назначения [11]. Критерием эффективности обычно является снижение или нормализация температуры тела больного, уменьшение признаков интоксикации. В тех случаях, когда лихорадка с самого начала заболевания не выражена или вообще отсутствует, приходится ориентироваться на другие признаки интоксикации (головная боль, анорексия, мозговая симптоматика), а также на отсутствие прогрессирования заболевания за период лечения.

Критерии достаточности антибактериальной терапии внебольничной пневмонии: температура тела ниже 37,5 °С, отсутствие интоксикации, отсутствие дыхательной недостаточности (частота

дыхания менее 20 в 1 мин), отсутствие гнойной мокроты, количество лейкоцитов в крови до $10,0 \times 10^9/\text{л}$, нейтрофилов менее 80%, юных форм менее 6%, отсутствие отрицательной динамики на рентгенограмме.

Длительность лечения обычно составляет 7–10 дней (категория доказательств С). При наличии клинических и эпидемиологических данных о микоплазменной или хламидийной этиологии заболевания продолжительность терапии должна составлять 14 дней [11].

Отдельные клинические, лабораторные и рентгенологические признаки регрессируют медленнее, самопроизвольно. При длительно сохраняющейся (свыше 5 недель) симптоматике пневмонии необходимо провести дифференциальную диагностику с такими заболеваниями как рак легкого, туберкулез, хроническая сердечная недостаточность.

Клинические признаки и состояния, не являющиеся показанием для продолжения антибиотикотерапии или замены препарата:

- сохранение субфебрилитета при отсутствии других признаков бактериального воспаления;
- сохранение инфильтрации легочной ткани или усиление легочного рисунка на рентгенограмме в течение 1 месяца после пневмонии при отсутствии отрицательной динамики;
- сохранение сухого кашля в течение 1 месяца, особенно у курильщиков, больных ХОБЛ;
- сохранение хрипов при аускультации в течение 1 месяца как отражение пневмосклероза на месте фокуса воспаления;
- увеличение СОЭ;
- сохраняющаяся слабость, потливость, снижение работоспособности — постинфекционная астения.

Пневмонии затяжного течения с медленным разрешением

Факторы, определяющие затяжное рентгенологическое разрешение пневмонии:

- возраст старше 50 лет;
- наличие сопутствующей патологии (ХОБЛ, сахарный диабет, алкоголизм, опухоли и др.);
- тяжесть пневмонии;
- характер возбудителя (легионелла, хламидия).

Разрешение рентгенологической инфильтрации происходит через 1 месяц и более и отстает от клинического выздоровления.

Ошибки в проведении антимикробной терапии

Основными причинами неэффективности первоначального антибиотика могут быть:

- ошибочный диагноз пневмонии и наличие другого заболевания;
- неадекватный первоначальный антибиотик;
- тяжелое течение пневмонии;
- наличие невыявленных осложнений;

— неадекватные доза, путь введения препарата.

Одной из причин неэффективности лечения пневмонии могут быть неадекватные дозы препарата, не создающие в крови концентрации, необходимой для эрадикации соответствующего возбудителя. Ошибки в выборе оптимальной дозы могут быть связаны с назначением как недостаточной разовой дозы, так и с неправильным режимом дозирования (недостаточная частота введения). С учетом наличия у некоторых антибактериальных препаратов постантибиотического эффекта (способность препарата подавлять рост микроорганизмов даже при снижении уровня препарата в крови ниже минимальных предельных концентраций) при назначении таких препаратов (тетрациклины, фторхинолоны, аминогликозиды) важна достаточная разовая доза, а интервалы между введениями могут быть более длительными. С другой стороны, β -лактамы (пенициллины, цефалоспорины I и II поколения), за исключением карбапенемов, практически лишены постантибиотического эффекта, для их оптимального действия гораздо важнее длительное поддержание в крови минимальной концентрации, более частое (без пропусков) введение препарата. В случае неэффективности первоначального антибиотика возникают трудности при выборе другого антибиотика. Отсутствие эффекта от β -лактамов (пенициллины, цефалоспорины) позволяет предполагать легионеллезную или микоплазменную пневмонию (с учетом других признаков), что делает обоснованным назначение макролидов (эритромицин, спирамицин, кларитромицин) или фторхинолонов (пefлоксацин, левофлоксацин).

Применение гентамицина ошибочно, так как этот препарат (как и все аминогликозиды) неэффективен в отношении пневмококка. По этой же причине для эмпирической терапии пневмонии не рекомендуется применять ципрофлоксацин. Ампициллин при пероральном назначении обладает низкой биодоступностью. Также нельзя одобрить ставшее шаблонным назначение антибиотиков в сочетании с нистатином, так как профилактическая ценность такой комбинации не доказана. Не следует назначать пациентам с лекарственной аллергией антибиотиков в сочетании с антигистаминными средствами. Недопустима частая смена антибиотиков при их клинической эффективности из-за опасения развития резистентности или продолжения лечения до исчезновения изменений на рентгенограмме (иногда в течение 3–4 недель). Не следует ограничивать лечение химиотерапией в случаях, когда показано хирургическое лечение (дренирование абсцесса, удаление инородного тела). Кроме того, широкое применение фторхинолонов при внебольничных инфекциях дыхательных путей опасно

в связи с ростом резистентности возбудителей к этой группе препаратов, необходимых для лечения тяжелых госпитальных инфекций.

При наличии достоверно установленной гиперчувствительности к пенициллину не следует назначать другие β -лактамы (цефалоспорины, карбапенемы), альтернативными могут быть фторхинолоны, макролиды. Однако нередко за «аллергию на антибиотики» принимают реакции другого происхождения (сосудистые, вегетативные), следует критически оценивать указания больных на такую «непереносимость» и более тщательно анализировать ситуацию. Вместе с тем опасны внутрикожные пробы на антибиотик, поскольку при этом существует опасность тяжелых анафилактических реакций.

Отсутствуют доказательства целесообразности назначения иммуномодуляторов (за исключением гранулоцитарного колониестимулирующего фактора С и IgG для внутривенного введения), биогенных стимуляторов, витаминов, антигистаминных лекарственных средств. НПВП следует назначать на ограниченный период времени до достижения жаропонижающего и анальгезирующего эффектов [12].

Немедикаментозное лечение

Отсутствуют доказательные данные, подтверждающие целесообразность назначения при внебольничной пневмонии таких физиотерапевтических методов лечения как дециметровая СВЧ-терапия, ультравысокочастотная терапия, магнитотерапия, электро- и фонофорез.

Получены доказательства эффективности дыхательной гимнастики в случае, если объем выделяемой мокроты превышает 30 мл/сутки (категория доказательств В).

7. Осложнения пневмонии

К основным осложнениям внебольничной пневмонии относят артериальную гипотензию, респираторный дистресс-синдром взрослых (РДСВ), шок, плеврит, абсцедирование. Пневмония может также сопровождаться развитием дыхательной недостаточности и синдрома системного воспалительного ответа (ССВО) [13].

Артериальная гипотензия у больных пневмонией возникает вследствие генерализованного снижения тонуса гладкой мускулатуры стенок артериол и мелких артерий, снижения общего периферического сопротивления. По мнению ряда авторов, причиной этого является немедленный ответ сосудистой стенки при анафилактической реакции сенсibilизированного организма на продукты распада пневмококка, которые в данном случае действуют не как токсины, а как антигены [14]. Больного необходимо госпитализировать в терапевтическое отделение в положении лежа. До госпитализации не следует начинать антибактериальную терапию, назначать

жаропонижающие или анальгетические препараты, так как это может привести к падению АД, что особенно опасно при транспортировке больного. Для поддержания систолического АД на уровне 100 мм рт. ст. внутривенно капельно вводят жидкости (изотонические растворы натрия хлорида, в общем объеме 500–1000 мл).

Острая дыхательная недостаточность — респираторный дистресс-синдром взрослых — чаще развивается при сепсисе, бактериальном шоке, на фоне иммунодефицита (хроническая алкогольная интоксикация, нейтропения, наркотическая зависимость, ВИЧ-инфекция) [14]. В ответ на инфекцию возникает местная воспалительная реакция, приводящая к вазодилатации, повышению проницаемости сосудистой стенки, высвобождению ряда клеточных компонентов (лизосомальные ферменты, вазоактивные амины, простагландины), активируется система комплемента, привлекающая нейтрофилы в легочную микроциркуляцию. В результате поражения эндотелия легочных капилляров развивается отек легких, клинически проявляющийся тяжелой одышкой и выраженной гипоксемией, устойчивой к оксигенотерапии, что обуславливает повышенную потребность в кислороде. Больные нуждаются в искусственной вентиляции легких. При отеке легких у больных с респираторным дистресс-синдромом диуретики малоэффективны. Внутривенное введение фуросемида может способствовать улучшению газообмена без уменьшения отека легких, что, возможно, объясняется перераспределением легочного кровотока (его увеличением в хорошо вентилируемых участках легких). Основная задача терапии при лечении дыхательной недостаточности — поддержание оксигенации тканей. При респираторном дистресс-синдроме потребление кислорода на периферии прямо пропорционально его доставке. При артериальной гипотензии и снижении сердечного выброса показана внутривенная инфузия добутамина по 5–10 мкг/(кг×мин). Периферические вазодилататоры усугубляют легочную гипоксемию, увеличивая внутрилегочное шунтирование. Насыщение гемоглобина артериальной крови кислородом поддерживают выше 90%, что достаточно для адекватной доставки кислорода периферическим тканям. Не доказано, что глюкокортикостероиды в высоких дозах ослабляют воспалительный процесс в легких, но они повышают риск развития вторичной инфекции [14].

У больных с тяжелым течением пневмонии наблюдаются два вида шока: гиповолемический и инфекционно-токсический. Истинный гиповолемический шок характеризуется низким значением давления заклинивания легочных артерий, уменьшением сердечного выброса и компенсаторным увеличением общего периферического сопротивления. Инфекционно-токсический шок

осложняет течение стафилококковой пневмонии и встречается при пневмониях, вызванных грамотрицательной флорой. Лечение на догоспитальном этапе заключается в инфузионной терапии, введении добутамина.

Плевральные боли иногда выражены столь сильно, что требуют введения анальгетиков. Наиболее рационально использование препаратов из группы НПВП (парацетамол 0,5 г внутрь, ибупрофен 0,2 г внутрь, аспирин 0,5–1 г внутрь или парентерально в форме лизинмоноацетилсалицилата 2 г, диклофенак 0,075 г внутрь или глубоко в ягодичную мышцу). Анальгин, который до настоящего времени широко используется как анальгетик, часто дает серьезные нежелательные эффекты (острая анафилаксия, угнетение гемопоэза) и поэтому не может быть рекомендован.

Абсцесс легкого — патологический процесс, характеризующийся формированием ограниченной полости в легочной ткани в результате ее некроза и гнойного расплавления. Абсцедирование легкого в основном обусловлено анаэробной флорой в сочетании с энтеробактериями или золотистым стафилококком.

8. Профилактика

Для профилактики внебольничной пневмонии используют пневмококковую и гриппозную вакцины. В настоящее время применяют 23-валентную конъюгированную вакцину, содержащую очищенные капсулированные антитела 23 серотипов пневмококка (категория доказательств А). Вакцинация рекомендована лицам в возрасте от 2 до 65 лет:

- с хроническими заболеваниями сердечно-сосудистой системы (хроническая сердечная недостаточность, кардиомиопатии), легких (ХОБЛ, эмфизема), печени (цирроз), сахарным диабетом, алкоголизмом;
- с функциональной или органической аспленией (серповидноклеточная анемия, спленэктомия);
- живущим в неблагоприятных условиях окружающей среды или из особой социальной среды;
- а также старше 2 лет с иммунодефицитными состояниями (ВИЧ-инфекция, лейкопения, множественная миелома, генерализованные злокачественные новообразования, иммуносупрессивная терапия, хроническая почечная недостаточность, нефротический синдром).

Заключение

Внебольничная пневмония относится к наиболее распространенным острым инфекционным заболеваниям и является одной из ведущих причин смерти от инфекционных болезней.

Адекватный выбор первоначального антибактериального препарата имеет не только клиническое значение, но и важные экономические аспекты, поскольку ошибочный выбор экономически

убыточен (увеличение сроков лечения, необходимость назначения другого антибактериального препарата, дополнительные затраты на лечение).

Существуют серьезные проблемы в амбулаторном лечении больных внебольничной пневмонией. Прежде всего, это необоснованный выбор антибактериальных препаратов, путей их введения, нерациональная тактика антибактериальной терапии, частое применение лекарственных средств с недоказанной при внебольничной пневмонии клинической эффективностью и, как след-

ствие, значительная частота клинических неудач. Антибиотики вносят свой вклад в селекцию резистентных штаммов микроорганизмов и при правильном их применении, и тогда, когда их назначение (либо режим дозирования, доза, длительность терапии) не оправдано. Человечество вынуждено мириться с появлением какого-то количества резистентных штаммов бактерий, когда антимикробная терапия проводится правильно и цель — излечение пациента от бактериальной инфекции — достигнута.

Литература

1. Синопальников А.И., Страчунский Л.С. Пневмония. — М.: Медицина, 2006. — 321 с.
2. Стандарты (протоколы) диагностики и лечения больных с неспецифическими заболеваниями легких. Приказ МЗ РФ от 09.10.98 №300. — М.: ГРАНТЪ, 1999. — 40 с.
3. Чучалин А.Г., Цой А.Н., Архипов В.В. Диагностика и лечение пневмоний с позиций медицины доказательств // Consilium medicum. — 2002. — Т. 4. — № 12. — С. 620–644.
4. Казанцев В.А., Удадьцов Б.Б. Пневмония: Руководство для врачей. — СПб.: Спец-Лит, 2002. — 118 с.
5. Общая врачебная практика по Джону Нобелю / Пер. с англ. — М.: Практика, 2005. — С. 637–728.
6. Руководство по первичной медико-санитарной помощи. Часть 1–2 / Под ред. А.А.Баранова, И.Н.Денисова, А.Г.Чучалина. — М.: ГЭОТАР-МЕД, 2006. — 286 с.
7. Яковлев С.В. Критический анализ антибактериальных препаратов для лечения инфекций в стационаре // Consilium medicum. — 2002. — Т. 4. — № 1. — С. 22–30.
8. Авдеев С.Н., Чучалин А.Г. Тяжелая внебольничная пневмония // Русский медицинский журнал. — 2001. — Т. 9. — № 5. — С. 177–181.
9. Чучалин А.Г., Синопальников А.И., Яковлев С.В., Страчунский Л.С., Козлов Р.С., Рачина С.А. Внебольничная пневмония у взрослых: практические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике // Клиническая микробиология и антимикробная химиотерапия. — 2003. — № 3. — С. 198–224.
10. Ноников В.Е., Воробьева М.Г. Микоплазменные пневмонии: диагностика и лечение // Conillium Medicum. — 2005. — № 10. — С. 839–843.
11. Клинические рекомендации для практикующих врачей / Под ред. И.Н. Денисова, В.Н. Кулакова, Р.М. Хаитова. — М.: ГЭОТАР-МЕД, 2005. — С. 180–234.
12. Bartlett J.G., Dowell S.F., Mandell L.A., et al. Practice guidelines for the management of community-acquired pneumonia in adults. Infectious Diseases Society of America // Clin Infect Dis. — 2000. — Vol. 313. — P. 47–82.
13. Carbon C., Ariza H., Rabie W.J., et al. Comparative study of levofloxacin and amoxycillin/clavulanic acid in adults with mild-to-moderate community-acquired pneumonia // Clin Microbiol Infect. — 1999. — Vol. 34. — P. 17–28.
14. Харкевич Д.А. Фармакология: Учебник. 9 изд., перераб., доп. и испр. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. — 736 с.: ил.

Адрес для контакта: fammedmapo@yandex.ru

Задачи для самопроверки

1. Рациональная антибактериальная терапия (АТ) должна быть не только эффективной, но и приемлемой с экономической точки зрения. Каковы пути снижения стоимости АТ при сохранении ее высокой эффективности?

- А. Предпочтителен парентеральный путь введения препаратов для сокращения сроков лечения.
- Б. Парентеральный путь с последующим переходом на прием внутрь.
- В. Применение генериков.
- Г. Выбор относительно дешевого препарата.
- Д. Применение комбинированной антибактериальной терапии.

2. 22-летний мужчина обратился в отделение ВОП с жалобами на сухой кашель, боли в грудной клетке, повышение температуры тела до 38,5 °С. При осмотре обнаружено увеличение шейных, подмышечных и затылочных лимфатических узлов. При рентгенографии выявлено усиление легочного рисунка. В течение 2 недель проводилась терапия ампициллином без существенного эффекта. Какие положения правильны?

- А. Причиной пневмонии, вероятнее всего, является цитомегаловирус.
- Б. Для установления этиологии пневмонии необходимо исследовать мокроту.
- В. При исследовании крови может быть обнаружено снижение числа Т-хелперов и соотношения Т-хелперы/Т-супрессоры.
- Г. Пневмония может осложниться абсцедированием.
- Д. Прогноз неблагоприятный.

3. Больная М., 26 лет, жалуется на повышение температуры тела до 38 °С, непродуктивный кашель, боли при дыхании справа. При рентгенологическом исследовании выявлен плевральный выпот. В крови: снижение уровня Нб до 90 г/л, ретикулоцитоз (30%), тромбоцитопения (90×10^9 /л). Лечение антибиотиками (цефуроксим) неэффективно. Какой из диагностических методов исследования наиболее информативен в данной ситуации?

- А. Исследование плеврального выпота.
- Б. Рентгеномографическое исследование легких.
- В. Исследование в крови антител к микоплазме.
- Г. Исследование костного мозга.
- Д. Исследование в крови антинуклеарных антител.

4. В какой ситуации наиболее целесообразно назначение цефалоспоринов II поколения для лечения инфекций?

- А. Внебольничная пневмония нетяжелого течения у пациента 65 лет.
- Б. Внебольничная пневмония тяжелого течения у пожилого больного, страдающего хроническим обструктивным бронхитом.
- В. Внебольничная пневмония микоплазменной этиологии.
- Г. Внебольничная пневмония у героинового наркомана.
- Д. Внебольничная пневмония легкого течения у курильщика.

5. Больная А., 30 лет, беременность 24 недели. Обратилась по поводу болей в левой половине грудной клетке, в левой половине живота. Предъявляла жалобы на кашель с отделением мокроты, повышение температуры до 39 °С в течение недели, однократную рвоту. Аускультативно в легких слева фокус звонких влажных хрипов. Тактика антибактериальной терапии.

- А. Парентерально респираторные фторхинолоны.
- Б. Внутрь макролиды.
- В. Комбинированная терапия: макролиды и фторхинолоны.
- Г. Ампициллин внутрь.
- Д. Цефалоспорины 2 поколения (ступенчатая терапия).

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ НАСЕЛЕНИЯ. УДАЛОСЬ ЛИ ДОСТИЧЬ ПОСТАВЛЕННОЙ ЦЕЛИ?

О.Ю.Кузнецова, Ж.В.Плешанова, Т.А.Дубикайтис

ГОУ ДПО Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования Росздрава,
Россия**ADDITIONAL CLINICAL EXAMINATION OF POPULATION: DID WE ACHIEVE A SETTLED GOAL?**

O.Yu.Kuznetsova, J.V.Pleshanova, T.A.Dubikaytis

St-Petersburg Medical Academy of Postgraduate Studies, Russia

© Коллектив авторов, 2007

Новые подходы к предотвращению неинфекционных болезней, являющихся наиболее распространенными причинами смерти взрослого населения, стали возможны в связи с появлением концепции о факторах риска их развития, которые разделяют на модифицируемые и немодифицируемые. Возраст, пол, генетическая предрасположенность относятся к факторам, на которые нельзя повлиять в рамках проведения профилактических программ, поэтому эти факторы относят ко второй группе. К модифицируемым факторам относят ряд состояний, которые можно корригировать с помощью вмешательств, направленных на формирование здорового образа жизни, а также некоторых лечебных мероприятий.

Предупреждение заболеваний путем сокращения распространенности модифицируемых факторов риска является реальной задачей. Именно она решается при реализации мероприятий первичной профилактики, направленной на устранение факторов риска и предупреждение возникновения самого заболевания. Вторичная профилактика включает в себя меры, способствующие раннему выявлению и лечению болезни на той стадии, когда она протекает бессимптомно. Третичная профилактика включает мероприятия, направленные на предотвращение развития осложнений и ухудшение течения заболевания. Таким образом, наблюдение за больными, у которых выявлены различные хронические заболевания, или так называемый диспансерный учет, в полной мере соответствует понятию третичной профилактики.

В 70-е годы появился еще один термин — укрепление здоровья. Это комплекс мероприятий, направленный на обучение населения принципам здорового образа жизни, создание безопасных условий для труда и обитания, заботу об окружающей среде. К реализации этих мероприятий должны привлекаться законодатели, руководители различных уровней, политики, социологи, преподаватели, средства массовой информации на местном, региональном и национальном уровне. Это связано с тем, что осуществление меро-

приятий, направленных на оздоровление окружающей среды, включающих, например, снижение загазованности атмосферного воздуха или запрещение курения в общественных местах, невозможно без соответствующих законодательных актов. В связи с этим одной декларацией или призывов к снижению употребления табака или использования более качественного бензина недостаточно для улучшения условий, в которых живут и работают наши граждане. Возложение ответственности за охрану окружающей среды на медицинских работников малоперспективно, так как эти функции должны осуществляться службами, отвечающими за данный сектор общественного здравоохранения, причем их полномочия должны быть подкреплены соответствующей законодательной базой.

В развитых странах большое внимание уделяется профилактике сердечно-сосудистых и онкологических заболеваний, лидирующих среди причин смертности населения. При этом основой для разработки профилактической стратегий являются данные о распространенности этих заболеваний в различных возрастных группах и степень научной доказательности методов их выявления и коррекции. Так, например, в США 21 год назад была создана рабочая группа экспертов (U.S. Preventive Services Task Force), которая систематически пересматривает рекомендации по проведению профилактических мероприятий. Данная информация публикуется в Интернете и доступна всем пользователям, владеющим английским языком [1]. Этот документ содержит рекомендации по проведению скрининга и профилактических мероприятий, направленных на предотвращение не только сердечно-сосудистых и онкологических заболеваний, но и других болезней и состояний, которые имеют социальную значимость. В нем содержатся разделы, посвященные выявлению ряда инфекционных заболеваний (ВИЧ, хламидиоз, гонорея), профилактике травматизма и насилия в семье, скринингу и профилактике заболеваний, связанных с нарушениями питания и метаболизма, скелетно-мышечной пато-

логии, скринингу и профилактике у беременных, при нарушениях зрения (выявление глаукомы), выявлению и предупреждению различных заболеваний у детей. Всего в документе содержатся 53 рекомендации. Предисловие к изданию рекомендаций 2006 г. содержит обращение к читателям директора Национального агентства по исследованиям и качеству медицинской помощи Каролины Клэнси, она подчеркивает, что одним из важнейших принципов, который должен соблюдаться при проведении профилактических мероприятий, является постулат «не навреди». Данный документ используется сотрудниками здравоохранения большинства развитых стран в качестве основы для проведения профилактических мероприятий. Все рекомендации по проведению профилактических мероприятий рассмотрены с позиции степени научной доказательности.

A. Вмешательство безусловно рекомендуется.

B. Вмешательство рекомендуется.

C. Рекомендации «за» или «против» отсутствуют из-за противоречивости доказательств.

D. Вмешательство не рекомендуется.

I. Нет доказательств, позволяющих высказаться «за» или «против» вмешательства.

Обращает на себя внимание перечень скрининговых методов, рекомендованных для выявления сердечно-сосудистых заболеваний, среди которых отсутствует ЭКГ в качестве рутинного метода для выявления ИБС или прогнозирования развития острого коронарного синдрома у взрослых с низким риском (рекомендация категории D). ЭКГ в качестве скринингового метода не рекомендуется и у лиц с повышенным риском развития ИБС из-за отсутствия доказательств, позволяющих высказаться «за» или «против» этого вмешательства (рекомендация категории I). Эти аргументы понятны клиницисту, так как острый коронарный синдром может развиваться и в день регистрации нормальной ЭКГ. Для применения ЭКГ есть все основания при обследовании больного артериальной гипертензией с целью выявления гипертрофии левого желудочка. Однако в этом случае метод используется для клинического обследования пациента, что не является целью скрининга. Не включены в перечень профилактического обследования анализы крови и мочи, так как они не являются специфичными методами для раннего выявления каких-либо заболеваний.

Исследование уровня холестерина крови у мужчин, начиная с 35 лет и женщин 45 лет и старше относится к рекомендации категории A, так как имеются доказательства высокой эффективности профилактических мероприятий по устранению дислипидемии для предотвращения развития ИБС и ее осложнений. При выявлении нормальных значений этих показателей повторный скрининг рекомендуется каждые 5 лет. Данные рекомендации полностью совпадают с рекоменда-

циями Всероссийского научного общества кардиологов [2]. Не рекомендуется определение сахара крови с целью выявления диабета 2-го типа в качестве рутинного скрининга у всех взрослых, так как для этого нет достаточных доказательств. Это исследование рекомендуется у взрослых с артериальной гипертензией и повышенным уровнем холестерина (рекомендация категории B).

Флюорография также не рекомендуется для массовых обследований населения как средство диагностики рака легких. В рекомендациях указано, что с этой целью необходимо обследовать определенную группу риска, к которой относятся пожилые курильщики. Для раннего выявления туберкулеза это исследование рекомендуется в группах повышенного риска — среди бездомных, беженцев, наркоманов, заключенных.

Безусловно, в каждой стране есть особенности распространенности заболеваний. Высокая заболеваемость туберкулезом среди асоциальных групп населения привела к повышению распространенности этого заболевания и среди вполне благополучных граждан, что может как-то обосновать проведение флюорографического обследования. Однако принципы выбора тестов для скрининга должны быть аналогичными во всех странах — это высокая чувствительность и специфичность. Это снижает риск ложноположительных результатов и ярлыка несуществующего заболевания, что наносит моральный ущерб здоровому человеку. Ложноотрицательные результаты не менее опасны, так как чреваты низкой частотой выявления уже существующих заболеваний. Поэтому упоминание о необходимости принципа «не навреди» отнюдь не случайно во введении к последнему изданию Американских рекомендаций по профилактике.

В большинстве стран к наиболее распространенным скрининговым тестам относятся измерение артериального давления, цитологическое исследование мазка шейки матки, определение уровня холестерина и глюкозы крови, измерение внутриглазного давления, маммография, флюорографическое исследование легких. Целесообразность проведения скрининга определяется тяжестью заболевания, которое мы хотим выявить на ранней стадии и данными о его распространенности в той или иной возрастной группе. Так, например, нецелесообразно проводить маммографию у женщин в возрасте 20 лет, так как заболеваемость раком молочной железы составляет в этом возрасте 1:1 000 000. Как правило, рекомендуется выполнять это исследование у женщин 50 лет и старше, но ежегодно, так как распространенность этого заболевания в этом возрасте значительно увеличивается. [3]. Необходимо отметить, что ультрасонография молочных желез является вспомогательным методом и не может заменить маммографию.

Какой специалист должен заниматься профилактическими осмотрами населения? Национальные рекомендации США обращены в первую очередь к врачам первичного звена здравоохранения, в частности к семейным врачам. В США достаточно давно отказались от поголовных осмотров населения из-за их неэффективности и неэкономичности. Планомерная профилактическая работа с пациентами, основанная на консультировании, проводящаяся с учетом пола, возраста, данных анамнеза жизни, социальной принадлежности считается важным аспектом работы врачей первичной медицинской помощи [4].

В последние годы в нашей стране сформированы принципы подготовки семейных врачей (врачей общей практики). Одним из главных разделов их деятельности является профилактика. При соблюдении главных принципов семейной медицины, которыми являются непрерывная, всеобъемлющая помощь независимо от пола и возраста, у врача и пациента складываются отношения, основанные на взаимном доверии. Это повышает приверженность пациентов к выполнению рекомендаций, способствует изменению рискованного поведения. Знание особенностей внутрисемейных отношений позволяет врачу привлекать членов семьи для решения проблем пациента, обеспечить ему поддержку при выполнении рекомендаций, направленных на соблюдение диеты, выполнение физических упражнений или проведения необходимого обследования в рамках профилактического осмотра. Профилактическая работа должна быть направлена на идентификацию групп риска среди наблюдаемых пациентов, консультирование пациентов и членов их семей в период посещений врача, связанных с острыми заболеваниями или в связи с наблюдением по поводу беременности. Беременная женщина будет более восприимчива к информации о вреде курения, если получит информацию о том, как ее вредная привычка может отразиться на состоянии ребенка. Женщина средних лет будет более мотивирована к проведению маммографии, если ее проинформировать о возможности генетической предрасположенности к этому заболеванию, которое было выявлено у ее матери. Первое посещение пациентом семейного врача независимо от повода должно быть использовано для выяснения поведенческих факторов риска, начала индивидуальной профилактики и планирования консультирования, направленного на информирование пациента о необходимости изменения поведения и на составление плана профилактических мероприятий.

Исследования, посвященные профилактике сердечно-сосудистых заболеваний в общей практике, проведенные на кафедре семейной медицины СПбМАПО, показали высокую медицинскую и экономическую эффективность такого подхода [5].

В нашей стране профилактическое направление традиционно считалось приоритетным. Наиболее успешными были мероприятия, направленные на борьбу с инфекционными заболеваниями. Благодаря соблюдению Национального календаря прививок практически ликвидированы очаги заболеваемости полиомиелитом, снизилась распространенность других инфекционных заболеваний. Однако, как и в других развитых странах в нашей стране произошел так называемый эпидемиологический переход. В конце XIX и начале XX веков среди основных причин смертности преобладали инфекционные заболевания. Успешная борьба с инфекционными заболеваниями, улучшение санитарно-гигиенических условий привели к повышению продолжительности жизни. Наступила эра неинфекционных заболеваний. Именно эти заболевания преобладают в настоящее время как причины смертности населения. Изменившаяся ситуация, вероятно, стала одной из причин таких масштабных мероприятий как всеобщая диспансеризация населения, проведенная в конце 80-х годов в СССР.

Диспансеризация — это активный метод динамического наблюдения за состоянием здоровья населения для раннего выявления заболеваний и их комплексного лечения. Она также включает проведение мероприятий по оздоровлению окружающей среды, условий труда, отдыха, быта, с целью предупреждения возникновения и прогрессирования заболеваний, восстановления трудоспособности больных и продления периода активной жизнедеятельности населения. [6]. Как видно из приведенного определения, диспансеризация является мероприятием, имеющим много сходного с профилактикой в ее современном понимании.

В соответствии с положениями Приказа МЗ СССР № 770 в целях повышения эффективности профилактических мероприятий были созданы отделения профилактики в амбулаторных ЛПУ, разработаны правила проведения диспансеризации. Ответственность за эти мероприятия была возложена на участковых и цеховых терапевтов. Были определены основные группы населения, требующие повышенного внимания со стороны медицинских работников. Однако при выделении этих групп в основном учитывались социальные приоритеты. В первую очередь, к ним были отнесены участники Великой Отечественной войны, вдовы военнослужащих, лица, имеющие производственные вредности. Помимо одномоментного проведения диспансеризации в соответствии с данным приказом в обязанности участкового терапевта были введены ежегодные осмотры прикрепленного взрослого населения и подростков. К сожалению, на момент подготовки данного Приказа информация о научно обоснованном выборе метода скрининга и профилактического вмешательства не была широко распространена в нашей стране.

В перечень необходимого в момент проведения диспансеризации были включены:

- сбор анамнестических данных по специально разработанной анкете;
- антропометрические измерения (рост, масса тела);
- измерение артериального давления;
- гинекологический осмотр женщин с забором мазка с цервикального канала для цитологического исследования (с 18 лет), у девушек с 15 лет — пальцевое исследование через прямую кишку (по показаниям);
- определение остроты зрения;
- определение остроты слуха;
- туберкулиновые пробы подросткам (15–17 лет);
- анализ крови (определение СОЭ, гемоглобина, лейкоцитов; сахара — по показаниям);
- исследование мочи на белок;
- ЭКГ (с 15 лет — 1 раз в 3 года, с 40 лет — ежегодно);
- измерение внутриглазного давления (после 40 лет);
- флюорография (рентгенография) органов грудной клетки — ежегодно;
- женщинам — маммография (с 35 лет — 1 раз в 2 года);
- пальцевое исследование прямой кишки — с 30 лет;
- пневмотахометрия.

При необходимости участковый терапевт мог направить своего пациента для уточнения диагноза к врачу-специалисту поликлиники.

Как повлияли эти мероприятия на показатели здоровья населения? Выполнялся ли такой мониторинг за состоянием здоровья населения лечебными учреждениями в полном объеме? Следует признать, что намеченные цели были нереальными. Попытка обследовать все население без учета особенностей распространенности заболеваний в различных возрастных группах, их тяжести, эффективности выбранного диагностического метода и возможностей лечения данного заболевания могла привести лишь к лишним затратам государственных средств. Тем не менее, несмотря на декларативность приказа Минздрава от 1986 г., в нем содержались четкие инструкции по организации диспансеризации, которые были возложены, в основном, на участкового терапевта. По настоящее время не утратило значения положение о необходимости постоянного наблюдения за пациентами, имеющими хронические заболевания. Необходимо отметить, что все функции по проведению профилактических осмотров были делегированы участковому терапевту. Таким образом, была определена значимость врача первичной помощи в осуществлении профилактических мероприятий.

К сожалению, за последние 20 лет состояние здоровья населения ухудшилось. Это было связа-

но не только с проблемами организации профилактической помощи населению, но и масштабными социально-экономическими потрясениями, которые коснулись всех государств, входивших в состав СССР, что привело к резкому повышению смертности от сердечно-сосудистых заболеваний и сокращению продолжительности жизни. Вероятно, немаловажное значение имело недофинансирование отрасли. Так, по данным ВОЗ, все расходы на здравоохранение в Российской Федерации в 2004 г. составляли 6% от ВВП. Однако из этих средств вклад государства ограничивался 61,3%, а 38,7% приходилось на выплаты граждан и частную медицину. В США при затратах на здравоохранения в 2004 г. 15,4% от ВВП, вклад государства на поддержание отрасли составлял 44,7% [7].

Неоднократно в докладах руководителей Министерства здравоохранения и социального обеспечения подчеркивалось, что в первичном звене здравоохранения имеется серьезный дефицит кадров, что является одной из причин снижения роли первичной медицинской помощи, основной задачей которой является профилактика. (8). Эти причины были в числе многих, побудивших в 2006 г. Правительство Российской Федерации к началу реализации приоритетного национального проекта «Здоровье». Под профилактической направленностью деятельности врачей первичной медико-санитарной помощи вновь подразумевалась диспансеризация. Было запланировано выделение дополнительных средств и направление их в учреждения первичной медицинской помощи. Обязанности по организации и проведению дополнительной диспансеризации были возложены на участковых терапевтов и врачей общей практики. В соответствии с планами Минздрава в 2006 г. предстояло провести диспансеризацию 4 млн человек в возрасте от 35 до 55 лет, работающих в бюджетной сфере.

Для реализации дополнительной диспансеризации из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования были выделены субсидии территориальным фондам регионов Российской Федерации в соответствии с Постановлением Правительства. В соответствии с приказом Министерства здравоохранения и социального развития от 17.01.2007 г. № 47 (9) был определен порядок и объем этих мероприятий. В отличие от приказа Минздрава СССР от 1986 г., проведение профилактических осмотров возлагалась на врачей-специалистов: акушера-гинеколога, невролога, уролога (для мужского населения), хирурга, офтальмолога, эндокринолога. Участковый терапевт или врач общей практики также вошли в указанный список. Однако их целью являлось проведение терапевтического осмотра и суммирование данных, полученных от специалистов. В перечень клинических исследо-

ваний были включены клинический анализ крови, клинический анализ мочи, исследование уровня холестерина крови и сахара крови, ЭКГ, флюорография, маммография в возрасте 40–55 лет 1 раз в 2 года или УЗИ молочных желез. Несмотря на включение в перечень исследований осмотра гинеколога и уролога, цитологическое исследование мазка с шейки матки у женщин и простатспецифического антигена у мужчин не было предусмотрено в рамках диспансеризации, а, следовательно, лишено финансирования. Каких-либо различий в объеме обследования в зависимости от пола, возраста и выявленных факторов риска не планировалось. На проведение первичного осмотра одного человека пятью врачами-специалистами, выполнение 4 лабораторных и 3 функциональных исследований было выделено 540 руб. Учитывая явно заниженные расчеты стоимости данного мероприятия, Правительством Санкт-Петербурга было принято решение о дополнительном финансировании диспансеризации из средств городского бюджета. На каждого человека, подлежащего диспансеризации, было выделено 372 руб.

Для учета результатов дополнительной диспансеризации была разработана специальная карта. Все данные, полученные врачами-специалистами, должны заноситься на бумажные носители: в специальную учетную форму «Медицинская карта амбулаторного больного №025/у04» и в «Карту учета дополнительной диспансеризации работающего гражданина» № 131/у-ДД-07. Затем эти сведения с бумажных форм переносились в электронную базу данных. Данная форма явилась основным документом для анализа результатов диспансеризации. К сожалению, она оказалась пригодной в основном для констатации наличия заболеваний, так как сведения для постановки диагноза впервые выявленного заболевания были явно недостаточными. Тем не менее, полученная информация явилась поводом для дальнейшего обследования граждан по месту жительства и, возможно, привлекла их внимание к своему здоровью.

К сожалению, в данной форме отсутствовали графы, в которых могли быть зафиксированы важные факторы риска развития сердечно-сосудистых и онкологических заболеваний — курение, повышенный индекс массы тела, низкая физическая активность, злоупотребление алкоголем, нерациональное питание, указания на отягощенный семейный анамнез по этим хроническим заболеваниям, показатели артериального давления. Имелась единственная возможность — по совокупности данных, полученных при осмотре и беседе с пациентом, определить их в одну из групп здоровья. В частности, при наличии факторов риска (каких, в форме не указано) человек мог быть определен в группу здоровья 2 без ка-

кой-либо детализации, очень важной для проведения индивидуальной профилактики.

В функции участкового терапевта или врача общей практики входил окончательный анализ заключений врачей-специалистов и данных исследований. Это являлось основанием для оценки здоровья лица, прошедшего диспансеризацию, и планирования дальнейшего обследования. В соответствии с полученными данными следовало всех обследованных разбить на группы здоровья:

I группа — практически здоровые граждане, не нуждающиеся в диспансерном наблюдении, с которыми проводится профилактическая беседа, и даются рекомендации по здоровому образу жизни;

II группа — граждане с риском развития заболевания, нуждающиеся в проведении профилактических мероприятий. Для них составляется индивидуальная программа профилактических мероприятий, осуществляемых в учреждениях здравоохранения по месту жительства;

III группа — граждане, нуждающиеся в дополнительном обследовании в амбулаторно-поликлинических и стационарных условиях для уточнения (установления) диагноза (впервые установленное хроническое заболевание) или лечения в амбулаторных условиях (ОРЗ, грипп и другие острые заболевания, после лечения которых наступает выздоровление);

IV группа — граждане, нуждающиеся в дополнительном обследовании и лечении в стационарных условиях, состоящие на диспансерном учете по хроническому заболеванию;

V группа — граждане с впервые выявленными заболеваниями или наблюдающиеся по хроническому заболеванию и имеющие показания для оказания высокотехнологичной (дорогостоящей) медицинской помощи.

Вся информация, полученная в ходе диспансеризации, должна быть передана в лечебное учреждение по месту жительства лиц, прошедших профилактический осмотр в виде заполненной формы, в которой определена группа здоровья для проведения дальнейшего наблюдения и при необходимости — обследования. На основании полученных сведений о результатах прохождения дополнительной диспансеризации, участковый врач-терапевт (врач общей практики), осуществляющие динамическое наблюдение за состоянием здоровья своих пациентов должен определить индивидуальную программу профилактических мероприятий, необходимый объем дополнительного обследования, направить его на дальнейшее лечение (амбулаторное, стационарное, восстановительное) и осуществлять за ним диспансерное наблюдение при хроническом заболевании.

Таким образом, приказом № 47 от 2006 г. была определена некая дополнительная структура, которая должна была провести обследование

граждан, уже наблюдающихся в поликлиниках по месту жительства. Вероятно, такое принудительное обследование было связано с опасением, что люди трудоспособного возраста редко обращаются за помощью в поликлинику и не следят за своим здоровьем. Однако такая организация профилактических мероприятий может породить много проблем, которые скажутся на их результатах. Во-первых, это нарушение принципа непрерывности оказания помощи и доверительных отношений между врачом и пациентом, способствующих эффективному консультированию, а также нарушение прав пациента на сохранение конфиденциальности медицинской информации, так как данные обследования передаются из одного учреждения в другое на бумажных носителях с указанием фамилии и места жительства.

Во-вторых, это привело к резкому увеличению нагрузки на участковых терапевтов и врачей общей практики. Ведь именно за проведение дополнительной диспансеризации им были назначены доплаты для сохранения кадрового потенциала амбулаторных учреждений, неукомплектованность которых достигала в некоторых регионах 50%. Но эти средства выплачивались не за основную работу, а дополнительную, связанную с профилактическими осмотрами сотрудников бюджетной сферы, которые не наблюдаются

у данных врачей. Увеличение нагрузки на врачей первичного звена здравоохранения привело к снижению доступности оказания первичной помощи для тех лиц, которые наблюдаются в данном учреждении.

Оценить результаты проведения диспансеризации в масштабах всей страны достаточно сложно. Учитывая, что одновременно с профилактическими осмотрами работников бюджетной сферы осуществлялась дополнительная диспансеризация сотрудников, работающих на вредных производствах, общее число обследованных граждан составило 6,7 млн (7% от всего трудоспособного населения). По данным Министерства здравоохранения и социального развития, у 46000 человек был впервые выявлен сахарный диабет, у 6700 — злокачественные заболевания, у 670 — различные формы туберкулеза. Безусловно, данную ситуацию нельзя назвать благополучной.

Необходимо отметить, что проведенные мероприятия еще раз продемонстрировали необходимость проведения систематического контроля за состоянием здоровья граждан. Эти функции могут быть вполне возложены на врачей общей практики без привлечения узких специалистов, что обеспечит более высокую результативность профилактических мероприятий и снизит затраты государственных средств на их осуществление.

Литература

1. *The Guide to clinical preventive services. Recommendations of the US Preventive services Task Force*, 2006.— <http://www.ahrq.gov/clinic/prevenix.htm>
2. <http://www.Cardiosite.ru.BHOK>
3. Флетчер Р., Флетчер С., Вагнер Э. Клиническая эпидемиология. Основы доказательной медицины.— М.: Медиасфера, 1998.— 352 с.
4. *Taylor R.B. Family medicine. Principles and Practice. Fourth Edition.*— New York: Springer-Verlag, 1993.— 1092 p.
5. Фролова Е.В. Профилактика сердечно-сосудистых заболеваний в общей врачебной практике: Автореф. дисс. ... д-ра мед.наук.— СПб, 2003.
6. Министерство здравоохранения СССР. Приказ № 770 от 30 мая 1986 г. «О порядке проведения всеобщей диспансеризации населения»
7. <http://www.who.int/countries> (последнее посещение сайта 24.06.2007 г.)
8. <http://www.mzsrff.ru> (последнее посещение сайта 24.06.2007 г.)
9. Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации. Приказ № 47 от 17 января 2007 г. «О проведении дополнительной диспансеризации граждан, работающих в государственных и муниципальных учреждениях сферы образования, здравоохранения, социальной защиты, культуры, физической культуры и спорта и в научно-исследовательских учреждениях».

Адрес для контакта: oukuznetsova@mail.ru

ПРОБЛЕМЫ СИСТЕМЫ СЕЛЬСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГЛАЗАМИ ЕЕ ВРАЧЕЙ

В.Н.Филатов, Ю.Ю.Скрипин

Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования, Россия

THE PROBLEMS OF RURAL HEALTH CARE BY EYES OF THE DOCTORS

V.N.Filatov, Y.Y.Skrinin

Saint-Petersburg Medical Academy for Postgraduate Studies, Russia

© В.Н.Филатов, Ю.Ю.Скрипин, 2007

Анализ проблем сельского здравоохранения на основе социологического опроса врачей (на примере Псковской области), возможные пути оптимизации доступности и качества медицинской помощи

Ключевые слова: первичная медицинская помощь, семейная/общая практика, сельское здравоохранение.

The article presents the opinions of the primary care physicians in rural areas about improvements in the health care in small rural municipalities

Keywords: family medicine and general practice, primary care, rural hospital

Вопросы совершенствования медицинской помощи сельскому населению представляются до настоящего времени весьма актуальными. Многие проблемы, свойственные российскому здравоохранению, постепенно устраняются: текущее реформирование приносит свои плоды на всех уровнях системы. Вместе с тем, сельскому здравоохранению свойственны еще и свои, сугубо специфические, характеристики, требующие собственных подходов в модернизации.

В частности, сельское население в целом в меньшей степени обеспечено медицинской помощью, как по объему, так и по качеству. Крайне незначительны объемы профилактической работы, низка доступность специализированной медицинской помощи [1]. Негативное влияние на обеспечение медицинской помощью оказывают особенности проживания в сельской местности: большая протяженность сельских районов, малая плотность населения, разобщенность и, нередко, труднодоступность деревень из-за неудовлетворительного дорожно-транспортного сообщения между ними [2, 3]. В итоге, медико-социальные проблемы, характерные для нашего общества, особенно ярко и тяжело проявляются в сельской местности [4], где снижение рождаемости идет значительно более быстрыми темпами, чем в городе, выше оказывается не только общая смертность, но и младенческая [5, 6].

Оптимизация совершенствования медицинской помощи, в том числе и в рамках активно реализуемого Национального проекта в сфере здравоохранения, соответственно требует специальных подходов в приложении к сельским территориям. Кроме того, выбор конкретных направлений преобразований системы медицинской помощи всегда должен строиться с учетом представлений тех лиц, кто находится в центре реформирования и в максимальной степени знаком с проблемами, требующими конкретного разре-

шения, то есть персонала медицинских, в данном случае сельских, учреждений. В силу этого обстоятельства вполне целесообразной оказывается оценка воззрений врачей на пути и возможные результаты реформирования.

В этой связи нами было проведено социологическое исследование мнений медицинского персонала учреждений сельских районов о проблемах здравоохранения, в первую очередь, на этапе оказания первичной помощи, и возможных вариантах их разрешения.

Материал и методы исследования. Опрос врачей был проведен в 9 из 24 районов Псковской области; всего опрошено 157 врачей из 673 работающих в районном звене здравоохранения области ($23,3 \pm 3,37\%$). Доля невозвращенных анкет составила 4,85% (8 из 165). Все заполненные анкеты были приняты для рассмотрения и анализа.

Выбор районов определялся их удаленностью от областного центра г. Пскова (население 200,1 тыс. человек) и крупного межрайонного центра, бывшего областного города Великие Луки (115 тыс. человек). Данный критерий был использован для исключения влияния областных медицинских учреждений на доступность врачебной и специализированной медицинской помощи. Среднее число жителей в 9 избранных районах области составило 17,5 тыс. человек.

Всего в анкете было 43 вопроса, в последней, четвертой, группе из 10 вопросов было предложено по 6-балльной системе (0–5 баллов) дать оценку важности основным направлениям медико-социальной помощи сельским жителям.

В Северо-Западном регионе Псковская область имеет самую высокую долю сельского населения: по данным Всероссийской переписи населения 2002 г., доля сельских жителей составила 56,5%.

Результаты и их обсуждение. Подавляющее число врачей считали, что социально-экономиче-

ские факторы значительно снижают эффективность областной системы здравоохранения: низкий уровень жизни сельских жителей отметили 94,9%, уменьшение населения деревень — 89,8% врачей (таблица). Практически столько же специалистов отнесли к значимым факторам высокую стоимость проезда до центральной районной больницы (далее — ЦРБ) и редкое автобусное сообщение — 80,9%. Даже владельцев личных автомобилей (доля которых на селе еще и низка) высокая стоимость бензина лишает преимуществ в доступности медицинской помощи — так считали 86,0% опрошенных врачей.

Ограничением выступает и доступность лекарств, стоимость которых, по мнению 91,1% врачей, для сельских жителей слишком высока. На необходимость полной реализации прав на льготное и бесплатное лекарственное обеспечение указало 59,9% врачей. Этой проблеме 68,2% врачей поставили высшие баллы (4 и 5 баллов) из предложенной «шкалы важности» неотложных мер в сельском здравоохранении.

Слабая коммунальная инфраструктура деревень, по мнению 88,5% врачей, реально влияет на эффективность охраны здоровья. Фактическое отсутствие коммунальных возможностей, несомненно, оказывает влияние на оценку врачами санитарной культуры сельских жителей. Как низкую ее оценили 63,1% врачей районов, еще 29,9% опрошенных врачей склонны согласиться с такой оценкой (всего 93,0%).

При больших расстояниях и малочисленном населении деревень в Псковской области проблема обеспечения транспортом медицинских учреждений стоит особенно остро. Если на уровне ЦРБ дефицит автомобильного транспорта отметили 50,3% врачей, то на уровне фельдшерско-акушерских пунктов (далее — ФАП) на острейшую необходимость приобретения транспорта указали 84,7% опрошенных врачей. Для улучшения доступности и своевременности медицинской помощи на селе, а также для возможности динамического наблюдения за больными на ФАП нужен собственный автотранспорт.

Т а б л и ц а

Основные причины ограничения доступности медицинской помощи сельскому населению, по мнению врачей

№	Основные причины	Да	Возможно	Нет	Не дан ответ
1.	Низкий уровень жизни на селе	149	5	0	3
2.	Высокая стоимость проезда до медицинского учреждения	127	24	3	3
3.	Плохое состояние дорог	109	31	10	7
4.	Высокие цены на лекарства	143	13	0	1
5.	Дефицит медицинских кадров	140	0	0	17

Острой проблемой представляется дефицит медицинских кадров в районном звене здравоохранения области — 89,2% опрошенных врачей полагали, что проведение любых реформ в сельском здравоохранении должно быть начато с внимания именно к этой проблеме.

Почти треть опрошенных врачей (31,8%) воспринимают недостаточно доступной для районных медицинских работников существующую систему повышения квалификации, еще 24,2% опрошенных допускают, что она не в полной мере эффективна (всего больше половины врачей — 56%). При этом, врачи со стажем до 20 лет указали на отсутствие высоких технологий как важное ограничение результативности здравоохранения в сельской местности.

Существуют и социальные причины. Об отсутствии заботы о своем здоровье среди жителей псковских деревень и поселков заявили 60,5% врачей районного звена и еще 32,5% врачей не возражали против такого мнения (всего 93,0% респондентов). Лечебно-профилактическая работа на селе, по представлению 91,7% врачей, не достигает должного эффекта, кроме того, из-за злоупотребления спиртным значительной части населения.

В современных условиях врачи районного звена здравоохранения области считают самым важным сохранение ФАП независимо от убывающей численности прикрепленного населения — 89,2% врачей.

Высший балл (5) за внедрение института врача общей практики/семейного врача на уровне района поставило 21,0% врачей, что возможно, отражает их информированность об этом институте первичной медицинской помощи.

Интересно, что 52,2% врачей считают, что необходимо еще шире использовать круглосуточные стационары для лечения сельских жителей, а 25,5% врачей прямо указывают, что социальные функции стационаров на уровне ЦРБ необходимо расширять.

Выезд врачей ЦРБ в ФАП только 51,0% врачей считают эффективной формой оказания медицинской помощи жителям села. При этом весьма показательны оценки этой формы врачами с различным стажем, а, следовательно, опытом ее использования. Менее половины (46,1%) врачей со стажем до 20 лет дали оценку 4 и 5 баллов выездам на ФАП, в то время как среди специалистов с большим стажем ее воспринимают поло-

жительно 68,2% (различие статистически достоверно на уровне $p < 0,01$).

Наличие врачей-специалистов на уровне ЦРБ считали самым важным 75,2% опрошенных врачей.

При анализе ответов респондентов по полу были выявлены статистически достоверные различия в отношении нескольких вопросов. Врачи-женщины заметно реже свидетельствовали об отказе сельских жителей получать направления в медицинские учреждения областного уровня — 8,6%, а среди врачей-мужчин 28,3% ($p < 0,01$) высказали мнение, что сельские жители неохотно пользуются направлениями в областные больницы и поликлиники из-за высоких для них цен на билеты до областного центра. Также значительна разница между представлениями врачей-мужчин и врачей-женщин в оценке необходимости мер государственной поддержки сельским жителям. Так, женщины чаще оценивали значимость таких мер высшим баллом (72,8% против 45,7% среди респондентов-мужчин, $p < 0,01$).

Таким образом, среди предложений врачей, основное — это необходимость четкого и однозначного разделения сфер медицинской и социальной помощи на уровне районов, определение порядка финансирования такой помощи с реальным денежным наполнением принятых программ и мероприятий.

Врачи ЦРБ с осторожностью подходят к внедрению семейной медицины на уровне районов при дефиците медицинских кадров и, особенно, врачей-специалистов. Внедрение новых подходов признается целесообразным при системном решении социально-экономических проблем, как сельского населения, так и его части — самих медицинских работников.

Наиболее важным, по мнению врачей, является принятие мер по наведению порядка в обеспечении сельских жителей льготными лекарствами, которые должны быть более доступными в полном объеме. Более того, включение лекарственного обеспечения в программу государственных гарантий при оплате амбулаторным пациентом только части стоимости лекарств позволило бы снизить показания к госпитализации, которые нередко оказываются фактически социальными из-за финансовой невозможности самостоятельного приобретения пациентом должных фармацевтических средств.

Результаты исследования позволяют выявить и проблему подготовки врачей по проведению профилактической работы среди сельского населения. Злоупотребление алкоголем среди сельского населения и отсутствие ценностной ориентации на здоровье врачи считают одной из важных причин неэффективности профилактической деятельности. В то же время, именно эти факторы должны свидетельствовать о значительном потенциале грамотно поставленной профилактической работы на уровне районного здравоохранения. Таким образом, подготовка врача должна вооружить его инструментами для борьбы со злоупотреблением алкоголем, пропаганды здорового питания, образа жизни в целом и другими профилактическими подходами, способными улучшить качество и продолжительность жизни сельских жителей. Поэтому представляется целесообразной разработка специальных курсов для врачей и средних медицинских работников по методикам профилактической работы среди населения с такими особенностями и включение их в систему последилового образования по всем специальностям.

Литература

1. Капитонов В.Ф., Новиков О.М. Медико-демографические процессы и сельская семья за последние 40 лет // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины.— 2001.— № 5.— С. 8–10.
2. Кетова Г.Г. Социально-экономическое обоснование первичной медико-социальной помощи жителям сельской местности в период формирования рыночных отношений: Автореферат дис. ... канд. мед. наук.— Оренбург, 1996.— 20 с.
3. Щепин О.П., Овчаров В.К., Нечаев В.С. Доступность профилактической помощи для лиц, составляющих группу риска // Проблемы социальной гигиены и история медицины.— 2000.— № 2.— С. 3–12.
4. Данишевский К.Д. Наиболее вероятное объяснение беспрецедентного повышения смертности населения бывших республик СССР // Экономика здравоохранения.— 2000.— № 8.— С. 5–9.
5. Девиченская М.И. Проблемы смертности сельского населения России: возрастные, нозологические, региональные зоны риска и приоритетные пути его снижения: Автореф. дис. ... канд. мед. наук.— М., 2002.— 22 с.
6. Эдиева Э.А. Охрана здоровья матери и ребенка как приоритетная проблема реформирования территориального здравоохранения (на примере Карачаево-Черкесской Республики): Автореф. дис. ... канд. мед. наук.— М., 2003.— 21 с.

Адрес для контакта: 195196 Санкт-Петербург, Заневский пр. д. 1/82, тел. (812) 445 35 97, manag@maps.spb.ru

Статья принята к печати 2.10.2006 г.

УДК 615.1/4

ПАРАЦЕТАМОЛ КАК ЭТИОЛОГИЧЕСКИЙ ФАКТОР ПЕЧЕНОЧНОЙ И ПЕЧЕНОЧНО-ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ**М.А.Михальчук, В.Д.Великова**

НИИ скорой помощи им. И.И.Джанелидзе,

Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования, Россия

PARACETAMOL AS ETIOLOGICAL FACTOR OF LIVER FAILURE AND HEPATORENAL FAILURE**M.A.Mihalchuk, V.D.Velikova**

Scientific Research Emergency Institute named I.I. Dzanelidze,

St.-Petersburg Medical Academy of Postgraduate Studies

© М.А.Михальчук, В.Д.Великова, 2007

В России отравления парацетамолом появились в течение последних лет. В Токсикологическом центре Санкт-Петербурга мы наблюдали 4 больных в возрасте 19–43 лет с развернутой клинической картиной поражения печени и почек. По степени тяжести печеночных поражений и вовлеченности в процесс почек четко определена у 2 больных легкая степень, у 1 — средняя и 1 — тяжелая форма заболевания. Все больные выздоровели. В статье дана развернутая характеристика отравления парацетамолом, учитывая недостаточную осведомленность врачей разных специальностей о данном виде отравлений.

Paracetamol poisoning appeared in Russia in recent years. We treated 4 patients aged 19–43 years old in St.-Petersburg Poison Center with full-scaled picture of liver and kidney damage. According to severity of liver damage and involvement of kidneys, mild form of disease was recognized in 2 patients, moderately grave form in 1 patient and severe form in 1 patient. All patients recovered. Taking in to consideration insufficient knowledge of physicians about paracetamol poisonings the paper contains detailed clinical description.

Парацетамол, или ацетаминофен распространен во всем мире как антипиретик и анальгетик, входит в состав комбинированных лекарственных форм и широко известен не только врачам, но и населению. Препарат отпускается без рецепта и это объясняет тот факт, что парацетамол является одной из самых частых причин суицидальных попыток, и за рубежом накоплен большой опыт лечения подобных больных [1–4]. Отравления парацетамолом в нашей стране стали актуальными в последние 3–5 лет, что связано с широким поступлением препарата в аптечную сеть и рекламой. Отравления происходят в результате суицидальных попыток и самолечения. Однако не только врачи общей практики, но и не все токсикологи знакомы с этим видом отравлений. Опасность парацетамола заключается прежде всего в гепато- и нефротоксичности. Парацетамол является одним из самых частых этиологических факторов молниеносной формы печеночной недостаточности [5, 6]. Даже у врачей-токсикологов, когда они сталкиваются с подобными отравлениями, не всегда есть должная настороженность. Поэтому мы, располагая некоторым опытом лечения этой категории больных и данными литературы, решили дать развернутую характеристику отравлений парацетамолом.

Собственные наблюдения

Мы лечили 4 больных в возрасте от 19 до 43 лет, характеристика которых приведена в табл. 1. Все больные поступили в Центр острых отравлений НИИ скорой помощи в разные сроки забо-

левания (табл. 2). Больной Л. был переведен из инфекционной больницы № 30 в стадии разрешения печеночных поражений. Больная В. принимала парацетамол в дозах, превышающих среднюю суточную дозу (СД) в составе комбинированных лекарственных препаратов в течение 3 недель.

У всех больных на ранних стадиях заболевания отмечены явления токсического гастрита, слабость, позднее развился синдром поражения печени с характерной клинической и лабораторной картиной. У больной Б., наряду с печеночным синдромом отмечена нефропатия с ограничением диуреза до 1,5–1 л/сут в первые 3 дня с повышенным содержанием азотистых метаболитов. Динамика биохимических показателей отражена в табл. 2. Данные обследования больной В. не включены в разработку, поскольку случай будет описан подробно. Анализируя клинико-биохимические показатели, можно четко выделить легкую, средней тяжести и тяжелую степени поражения. В наибольшей степени страдают синтетическая и детоксикационная функции печени. Критерием различия легкой и средней степени служит наличие признаков энцефалопатии. Для удаления яда всем пациентам на догоспитальном этапе или при поступлении в стационар проведено промывание желудка с введением энтеросорбента. Больной В. был проведен плазмаферез, больной С. — гемосорбция. Первые три дня двое больных получали ацетилцистеин (АЦЦ) в качестве антидота. В дальнейшем в связи с поражением печени проводилась детоксикационная инфузионная терапия в объеме 2,5–3 л/сут. Назначали паренте-

Таблица 1

Клиническая характеристика отравлений

Б-й	Характеристика пациентов и клинические проявления								
	пол	возраст	доза, г*	слабость	рвота/время появления	нарушение функции печени	печеночная энцефалопатия	нарушение функции почек	пик клинических проявлений
В.	Ж	43	н.у.**	+	+	+	+	ОПН	н.у.**
Л.	М	20	25	+	+ / 5 ч.	+	—	—	4–5 день
С.	Ж	27	15	+	+ / 3–4 ч.	+	—	—	4–5 день
Б.	Ж	19	10	+	+ / 5 ч.	+	+	+	5 день

* доза указана согласно анамнезу;

** пациентка В. принимала парацетамол в дозах, превышающих среднюю СД в составе комбинированных лекарственных препаратов в течение 3 недель, поэтому точно указать дозу принятого яда и время развития клинических симптомов невозможно.

Таблица 2

Динамика биохимических показателей

Показатель	Количественное значение биохимических показателей											
	Л.	С.	Б.									
	Дни заболевания											
	7	8	10	2	4	5	7	4	5	6	7	9
Билирубин мкмоль/л	50	40	10	N	33	80	46	75	98	86	98	34
Билирубин прямой мкмоль/л	—	—	—		19	33	20	45	45	60	61	19
АЛТ	8744	4654	—	60	>940	>940	>940	>940	>934	>940	>940	>940
АСТ	—	1340		74	4700	610	280	—	4000	1000	—	750
Протромб. индекс %	—	94	—	—	—	97		44	—	46	—	
Общий белок г/л				N	52	63	67	—	44	46	48	50
Мочевина ммоль/л	N*	N	—	N	—	N	—	N	10	12	13,9	10
Креатинин ммоль/л	N	N	—	N	—	N	—	N	0,36	0,37	0,35	0,14

*N — лабораторные показатели не превышали нормальных величин.

рально гепатопротекторы — гептрал или метадоксил в суточной дозе 400 и 600 мг соответственно. У больной с нефропатией на 6-й день заболевания в связи с перегрузкой жидкостью и признаками гипергидратации легких была проведена гемофильтрация в объеме 5 л с дефицитом 3,5 л и устранена дыхательная недостаточность; в дальнейшем последовало обратное развитие печеночной недостаточности и нефропатии.

Все больные выздоровели, выписаны на 10–14 дни заболевания при нормальных лабораторных показателях функции печени за исключением активности печеночных трансаминаз, которая оставалась существенно повышенной. Больным был рекомендован курс лечения метадоксилом в течение 1 месяца амбулаторно.

Приводим клинический случай течения тяжелого отравления. Больная В., 45 лет, в январе 2006 г. в течение трех недель на фоне острой респираторной инфекции принимала в высоких дозах лекарственные препараты, содержащие парацетамол; в течение 6–7 дней, предшествующих госпитализации, употребляла до 8 доз препарата, «поскольку надо было быстро поправиться». За 3 дня до госпитализации у больной появились тошнота и рвота. Госпитализирована в инфекционную больницу (3-й день заболевания с момента

рвоты), откуда переведена в тот же день после исключения диагноза инфекционного заболевания в центр острых отравлений НИИ. При поступлении отмечалась клиничко-лабораторная картина острой печеночно-почечной недостаточности. Состояние тяжелое, сознание угнетено до уровня оглушенности, умеренная желтушность кожных покровов, ЧСС 76 уд./мин., АД 100/60 мм рт. ст. Печень увеличена, выступала на 2 см ниже реберной дуги, отмечалась олигурия. Уровень билирубина составил 58 мкмоль/л, АЛТ/АСТ — 1200/9000, протромбиновый индекс — 40%, уровень креатинина и мочевины, соответственно, 16 и 0,6 ммоль/л; содержание калия и натрия в пределах нормы. При исследовании мочи обнаружен парацетамол. При поступлении в токсикологическое отделение больной выполнен плазмаферез с удалением 600 мл плазмы. Проведена соответствующая медикаментозная и инфузионная терапия, 6 операций гемодиализа. Отмечалась быстрая нормализация содержания билирубина, однако другие лабораторные показатели свидетельствовали о подавлении синтетической функции печени (низкий суточный прирост мочевины, гипопротеинемия, гипопротромбинемия), отмечалась портальная гипертензия. Олигурия продолжалась в течение 10 дней, сопровождалась высокой концентра-

цией креатинина. Больная выписана на 25 день по восстановлении функции печени и почек.

Обсуждение

Парацетамол в токсических дозах является гепатотропным ядом. Токсичность связана с метаболизмом, в результате которого в печени при участии цитохрома Р450 4–6% препарата превращается в токсичное соединение N-ацетил-р-бензоилхинимин (АБХИ). При употреблении терапевтических доз и нормально функционирующей печени метаболит обезвреживается эндогенным глутатионом и выводится почками. Токсическая доза парацетамола ведет к избыточному образованию АБХИ и истощает запасы глутатиона. Свободная молекула метаболита ковалентно связывается с макромолекулами гепатоцита, вызывая некроз клетки [7, 8]. Почки также способны метаболизировать парацетамол до свободных токсичных метаболитов, что может привести к канальцевому некрозу. Поэтому синдром поражения почек обусловлен патогенетически и не может рассматриваться как осложнение [9, 10].

Препараты, повышающие активность цитохрома Р450, способствуют токсичности парацетамола, таковыми являются этиловый алкоголь, изониазид, производные барбитуровой кислоты, дифенин и другие. Пациенты, страдающие хронической алкогольной зависимостью, относятся к группе риска, поскольку прием даже терапевтических доз парацетамола может вести к поражению печени. Таким образом, токсичность парацетамола зависит от принятой дозы, от лекарственных средств, которые принимает больной, и от фонового состояния. Угроза тяжелого отравления возрастает при хронических заболеваниях печени и почек. Токсическая доза парацетамола при однократном приеме составляет 140 мг/кг массы тела, тяжелое поражение печени развивается при разовом приеме 250 мг/кг массы тела. Для групп повышенного риска токсические дозы вдвое меньше [7, 11].

Заболевание начинается с токсического гастрита и проявляется тошнотой, рвотой, болевым синдромом различной степени выраженности. Затем наступает период клинического благополучия, который может продолжаться 2–4 дня. В этот период трудно переоценить важность биохимического обследования. Наибольшее прогностическое значение имеют протромбиновый индекс и повышение активности аминотрансфераз в динамике. Печеночный или печеночно-почечный синдромы, определяющие судьбу больного, развиваются на 2–4 день заболевания. Отравление может протекать по типу молниеносной печеночной недостаточности с высокой вероятностью смертельного исхода.

Следует подчеркнуть, что ранние симптомы не определяют тяжести отравления. Исключение составляют редкие случаи, когда при приеме

чрезвычайно высоких доз парацетамола в раннем периоде развивается кома, причиной которой является не только прямое действие токсиканта на ЦНС, но и развитие декомпенсированного метаболического ацидоза [5, 12].

За рубежом прогнозируют тяжесть заболевания на ранних сроках, основываясь на соотношении времени от момента приема яда и концентрации парацетамола в плазме крови [13, 14]. Одним из самых действенных средств предупреждения органических повреждений представляется раннее, в первые два часа промывание желудка или искусственно вызванная рвота. Естественная рвота отсрочена во времени и с точки зрения удаления токсиканта мало эффективна. В качестве антидота при отравлении парацетамолом признан N-ацетилцистеин, как предшественник синтеза глутатиона, применяется внутрь или парентерально, разовая доза составляет 140 мг/кг, поддерживающая — 70 мг/кг массы тела, препарат эффективен в течение первых 24–36 часов после приема яда. Поздно начатая терапия повышает риск развития печеночного синдрома. При поражении печени применяют гепатопротекторы. Мы отдаем предпочтение метадоксилу, поскольку его применение в остром периоде препятствует первичной структурной дегенерации гепатоцитов; в восстановительном — подавляет синтез фибронектина и коллагена, препятствуя тем самым цирротической трансформации печени. То, что более 50% препарата элиминируется кишечником, позволяет его применять при сочетанном поражении печени и почек.

Таким образом, ранняя госпитализация больных с отравлением парацетамолом играет очень важную роль в исходе заболевания. В силу особенностей течения отравления все больные, принявшие токсическую дозу парацетамола, должны быть госпитализированы в токсикологическое отделение, независимо от наличия и степени выраженности клинических проявлений.

Заключение

Опыт зарубежных токсикологов и наш клинический опыт свидетельствуют, что острые отравления парацетамолом становятся клинической проблемой и парацетамол нельзя считать совершенно безопасным препаратом. Ведущим и определяющим прогноз заболевания синдромом является поражение печени, сопровождающееся в тяжелых случаях типичной острой почечной недостаточностью. Наибольшую опасность представляет развитие молниеносной формы печеночной недостаточности. Широкое применение населением парацетамола может привести к увеличению количества отравлений. Поэтому не только токсикологи, но и врачи общей практики должны знать об этом виде отравлений.

Литература

1. *Dargan P.I., Ladhani S.L., Jones A.L.* Measuring paracetamol concentrations in all patients with drug overdose or altered consciousness: does it change outcome? // *Emerg. Med. J.*— 2001.— V. 18.— № 3.— P. 178–182.
2. *Dargan P.I., Jones A.L.* Accidental staggered paracetamol overdoses in the UK: epidemiology and outcome // *Emerg. Med. J.*— 2002.— V. 19.— № 3.— P. 202–205.
3. *Litovitz T.L., Klein-Schwartz W., Rodgers G.C. et al.* 2001 annual report of the American association of poison control centers toxic exposure surveillance system // *Am. J. Emerg. Med.*— 2002.— V. 20.— P. 391–452.
4. *Prescott L.F.* Paracetamol: past, present and future // *Am. J. Ther.*— 2000.— № 7.— P. 143–147.
5. *Ивашкин В.Т.* Болезни печени и желчевыводящих путей. Руководство для врачей.— М.: Издательский дом, 2005.— 536 с.
6. *O'Grady J.G., Alexander G.J., Hayllar K.M., Williams R.* Early indicators of prognosis in fulminant hepatic failure // *Gastroenterology.*— 1989.— V. 97.— P. 439–445.
7. *Маркова И.В., Афанасьев В.В., Цыбульский Э.К., Неженцев М.В.* Клиническая токсикология детей и подростков: В 2 томах. Т. 1.— СПб.: Интермедика, 1998.— 302 с.
8. *Bessems J.G., Vermeulen N.P.* Paracetamol (acetaminophen)-induced toxicity: molecular and biochemical mechanisms, analogues and protective approaches // *Crit. Rev. Toxicol.*— 2001.— V. 31.— P. 55–138.
9. *Mitchel J.R., Jallow D.G., Potter W.Z. et al.* Acetaminophen-induced hepatic necrosis. Protective role of glutathione // *J. Pharmacol. Exp. Ther.*— 1973.— V. 187.— P. 211–217.
10. *Nelson S.G., Wan Z., Stan M.A.* S(N)2 ring opening of beta-lactones: an alternative to catalytic asymmetric conjugate additions // *J. Org. Chem.*— 2002.— V. 67.— P. 4680–4683.
11. *Olson K.R.* Poisoning & Drug Overdose.— Stanford, Connecticut: Appleton&Lange, 1999.— 611 p.
12. *Элленхорн М.Дж.* Медицинская токсикология: В 2 томах. Т.1: Пер.с англ.— М.: Медицина, 2003.— 1048 с.
13. *Goldfrank L.R. et al.* Goldfrank's Toxicologic Emergencies.— California, 2002.— 887 p.
14. *Wallace C.I., Dargan P.I., Jones A.L.* Paracetamol overdose: an evidence based flowchart to guide management // *Emerg. Med. J.*— 2002.— Vol. 19.— № 3. P. 202–205.

Адрес для контакта: НИИ скорой помощи, Санкт-Петербург, Будапештская ул., 3, тел. (812) 709 61 31; 709 61 37.

ИННОВАЦИИ В АКТИВНОМ ОБУЧЕНИИ МЕНЕДЖЕРОВ СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА

Е.С.Лаптева

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

INNOVATIONS OF NURSING IN ACTIVE TRAINING OF MANAGERS

E.S.Lapteva

St-Petersburg Medical Academy of Postgraduate Studies, Russia

© Лаптева Е.С., 2007

Изложены особенности обучения медицинских сестер в учреждениях последипломного образования. Описаны этапы сестринского процесса с детализацией необходимой информации в истории сестринского ухода и правилами ведения сестринской истории болезни.

Ключевые слова: сестринское дело, последипломное образование.

In the article is presented the particularities of training of nurses under the umbrella of institutions of postgraduate studies. The phases of nursing have been described in detail of necessarily information from history of nursing and rules of management of nursing medical report.

Keywords: nursing, postgraduate education.

Главной целью реформы сестринского дела в России является соответствие качества подготовки медицинских сестер требованиям Министерства здравоохранения по повышению эффективности охраны здоровья населения. Постоянно расширяющаяся сфера деятельности медицинских сестер, а также повышение спроса на услуги в области здравоохранения определили место государственной системы многоуровневой подготовки сестринских кадров. В этой связи сформировалась потребность готовить квалифицированный управленческий персонал, способный решать задачи развития сестринского дела на основе рационального использования материальных и кадровых ресурсов. Сестринский персонал является одним из самых многочисленных отрядов работников здравоохранения в России, тем самым предоставляемые медицинскими сестрами услуги рассматриваются как важный ресурс реформы здравоохранения. В связи с этим сестринское дело из подчиненного положения было выделено в самостоятельную специальность.

Высшее сестринское образование как одна из ступеней многоуровневой подготовки сегодня формирует потенциал для научных исследований в области сестринского дела и обеспечивает высококвалифицированные сестринские кадры для клинической практики, педагогической деятельности и управления. В настоящее время в мире данный вид образования интегрирован в систему университетского. Более 40 высших учебных заведений России присваивают медицинским сестрам квалификацию менеджера. Высшее медицинское образование развивает способность у медицинских сестер обмениваться информацией на научном уровне и гарантирует адекватный уровень знаний в области профессиональной этики,

общественного здравоохранения и работы медицинской службы, а также предоставляет определенные клинические знания и возможность сотрудничать с другими работниками системы здравоохранения. В дополнение к академическим знаниям и практическим навыкам высшее сестринское образование способствует развитию независимой критической оценки происходящего, навыков самообразования и способности самостоятельно решать поставленные задачи.

Любую ступень последипломного образования необходимо рассматривать как особую самостоятельную систему с активными педагогическими технологиями, имеющую свои особенности (организационные, методические и др.). Основной задачей этих учреждений является развитие личности в ходе приобретения профессиональной квалификации в соответствии с ее интересами, способностями, социальными потребностями общества и государства. Одним из направлений развития последипломного образования является повышение эффективности работы по обновлению содержания и внедрению новых технологий в организацию рационального обучения.

С появлением новой специальности «Управление сестринской деятельностью» расширились и функциональные обязанности медицинской сестры. Получая высшее медицинское образование, менеджеры сестринского дела имеют право руководить сестринским персоналом, разрабатывать меры по повышению эффективности работы отдельных подразделений и организаций. В зависимости от занимаемой должности медицинская сестра проводит анализ состояния здоровья населения; организует профилактические, оздоровительные мероприятия; диагностирует экстренные, неотложные состояния и оказывает неотло-

жную медицинскую помощь. С учетом полученных практических навыков она способна организовать школы психологической поддержки родственников тяжелобольных, а также школы для пациентов с различной соматической патологией, нуждающихся в улучшении качества жизни.

В рамках полученной специальности медицинская сестра самостоятельно работает с информацией (учебной, справочной, нормативной, научной), проводит научно-практические исследования в области сестринского дела, а также имеет право преподавать на кафедрах сестринского дела, осуществляющих переподготовку среднего медицинского персонала.

Специальность «лечебное дело» всегда была направлена на определение и лечение конкретной болезни у конкретного человека. Медицинские знания и практические действия (навыки) необходимы не только для выявления и коррекции неблагоприятных (патологических) изменений в организме при различных заболеваниях, но и для решения конкретных, обусловленных болезнью, психологических, физических и экономических проблем пациента и его семьи. Именно специалисты по сестринскому делу помогают психологически адаптировать больного к возникшей ситуации, обучать элементам ухода его родственников и определять место пациента в обществе.

Сестринское дело ориентировано на человека или группу людей, направлено на решение проблем и нужд людей, семей и общества в целом, которые возникли и могут возникнуть в связи с переменами в здоровье. В связи с этим основной целью подготовки медицинских сестер с высшим образованием является формирование у них управленческого мышления, позволяющего на основе научного подхода решать проблемы качественного оказания медицинских услуг в различных лечебно-профилактических учреждениях.

В выборе технологий обучения преподаватели учреждений последипломного образования руководствуются тем, что в современном обществе в первую очередь востребован образованный специалист, способный самостоятельно решать проблемы и принимать решения, быстро адаптироваться к изменяющимся условиям жизни. Данный вид образования предполагает внедрение новых педагогических технологий. Одной из наиболее активных форм обучения на кафедре сестринского дела и социальной работы ГОУ ДПО СПбМАПО являются сестринские клинические разборы. Они становятся важной составляющей сестринского образования, обеспечивают системный и индивидуальный подход к проведению сестринского процесса при активном участии пациента и его семьи в планировании и обеспечении ухода, создают возможность широкого использования стандартов профессиональной деятельности, повышают качество помощи пациенту.

Организационная структура сестринского процесса содержит пять основных этапов: сестринское обследование, диагностирование состояния здоровья пациента, планирование помощи, выполнение плана сестринских вмешательств и оценка результатов. Для принятия профессиональных решений и удовлетворения проблем пациента медицинская сестра руководствуется в своих действиях схемой, соответствующей последовательности этапов сестринского процесса. И на всех этапах обязательными условиями для действий медицинской сестры должны быть: профессиональная компетентность, навыки наблюдения, общения, анализа данных, достаточное время и доверительная обстановка, конфиденциальность, согласие и участие пациента, при необходимости участие других медицинских работников.

Сестринский процесс несет новое понимание роли медицинской сестры в практическом здравоохранении и требует от нее не только наличия хорошей теоретической подготовки, но и умения творчески относиться к уходу за пациентами.

Одно из определений сестринского процесса — это динамическое наблюдение за пациентом, в результате которого медицинская сестра выявляет приоритетные и потенциальные проблемы и проводит последовательную смену действий по отношению к пациенту для предупреждения, облегчения, уменьшения и сведения до минимума возникающих у него проблем и трудностей.

В истории сестринского ухода медицинская сестра отражает причины поступления пациента в стационар и его ожидания, связанные с последующим лечением. Получив информацию от пациента или его родственников, медицинская сестра фиксирует в истории сестринского ухода следующие сведения:

- 1) полное описание состояния здоровья до поступления в стационар;
- 2) предшествующие проблемы: начало возникновения и динамика развития клинических проявлений заболевания;
- 3) возможные наследственные проблемы;
- 4) способность самообслуживания;
- 5) наличие вредных привычек;
- 6) предыдущие медицинские документы (выписные справки из стационаров и т.д.).

Поскольку в настоящее время многие больные имеют регулярный контакт с несколькими различными службами здравоохранения или поддержки, для планирования ухода или обеспечения обратной связи медицинской сестре важно получить информацию о других лицах, обеспечивающих уход: (медицинская сестра поликлиники, социальные работники, патронажная медицинская сестра и т.д.), с их именами и контактными телефонами.

Информация о повышенной чувствительности и/или аллергии к лекарствам или другим средствам будет полезна в истории сестринского ухода

с обязательным указанием источника информации, а также предпринимаемых в этих случаях пациентом мероприятий и их эффективности.

В социальной истории описывают социальное окружение пациента. Человека рассматривают как часть сообщества, а изменения в здоровье затронут его поведение, восприятие и условия жизни. Для этого в истории ухода необходима следующая информация:

- социальные и семейные условия; условия проживания, род занятий, работа; опекун или попечитель, другие важные юридические обстоятельства;

- служба поддержки, помощь на дому, поддержка друзей, размер помощи, имя и номер контактного телефона;

- возможность самостоятельно вызвать неотложную помощь.

Ценности, убеждения, культура, философия, интересы, привычки человека играют важную роль в формировании его образа жизни, осведомленность о котором медицинского персонала имеет определенное значение для понимания пациента, его семьи и организации ухода за ним.

На основании вышеизложенного приводим пример записи в истории сестринского ухода.

Причина поступления — пациентка поступила с острой формой воспаления желудка, при приеме пищи и воды возникает рвота.

История болезни/опыт ухода за больной: страдает бронхиальной астмой, получала уход в клинике легочных заболеваний 2 раза в прошлом году.

Текущий уход: регулярно посещает поликлинику — астма-школу.

Повышенная чувствительность: аллергия на шерсть животных, контакт с которыми ухудшает ее состояние.

Социальная история: вдова, живет одна, в отдельном доме. Социальной помощи не получает. Дочь живет в соседнем квартале, приносит продукты.

В основе сестринского обследования лежат принципы холистического подхода к личности пациента с учетом не только физических, но и психологических, эмоциональных, интеллектуальных, социальных и духовных потребностей.

Особую роль в уходе за пациентом играет характер коммуникативного общения. Коммуникация может быть вербальной и невербальной, и ухудшение или ограничения в общении необходимо четко регистрировать в сестринской истории (например, нарушение слуха, нечеткость произношения, монотонная речь). Нарушения коммуникации, характеризующиеся ограничением способности выражать собственные потребности или неспособностью принимать решения, оказывают существенное влияние на процесс ухода за больным. В истории ухода в отношении коммуникации медицинской сестрой должна быть изложена следующая информация:

- коммуникативность, ее состояние;
- способность понимать и быть понятым другими;
- способность выражать свои потребности;
- ограничения в общении: нарушение зрения, слуха, дефект речи;
- состояние сознания, дезориентация;
- способность концентрировать внимание;
- уход за собой, использование вспомогательных средств пациентом: слуховые аппараты, очки, записи для напоминания и др.

Следует обратить внимание на познавательные и умственные способности пациента. Удовлетворение потребности больного в информации и просвещение уместны в каждом случае контакта с ним. Медицинской сестре важно понять, как пациент воспринимает свою болезнь, и каким образом персонал, осуществляющий уход, может ему помочь; как он оценивает состояние своего здоровья и болезнь, имеются ли у него амбиции, насколько он мотивирован, и способен к сотрудничеству и участию в уходе.

Качество сестринского обследования и полученная в его ходе информация определяют успех последующих этапов сестринского процесса и всего ухода в целом.

При объективном обследовании пациента медицинская сестра обращает внимание на состояние различных органов и систем, выявляет проблемы и фиксирует их в истории сестринского ухода:

- 1) Проблемы, связанные с органами дыхания и кровообращения: одышка, кашель, риск аспирации, гипервентиляция легких, кровотечение, отек, цианоз, шок.

- 2) Температура тела.

- 3) Уход за собой и вспомогательные средства (приспособления), используемые пациентом (лекарство, ингалятор, приспособления в кровати, специальные поддерживающие чулки и др.).

- 4) Аппетит. Диета, привычки и проблемы, вызванные едой, окружающей средой, болезнью или лечением; состояние полости рта, недостаточная или избыточная масса тела; обмен веществ; водно-солевое равновесие; тошнота, рвота; обезвоживание или чрезмерное потребление воды, жажда; уход за собой и вспомогательные средства, используемые пациентом (питание через зонд, зубные протезы).

- 5) Типы выделения. Моча, кал; недержание мочи или кала, энурез, запор, диарея, болезненная дефекация, стома; осуществление ухода за собой, вспомогательные средства, используемые пациентом: диета, слабительные, мягкие прокладки и др.

- 6) Изменения и поражения кожи, слизистых оболочек, других тканей (волос, ногтей); их цвет, чистота, повреждения, сухость; краснота, сыпь, зуд кожи; язвы, раны, их локализация, длина и ширина; осуществление ухода за собой, вспо-

могательные средства, используемые пациентом (оборудование постели, лекарства).

7) Способность справляться с повседневными физическими нагрузками, активность. Наличие параличей, дрожания головы и конечностей, слабости и спазма мышц, деформации суставов.

8) Перемещение, пользование туалетом, способность одеться, личная гигиена, принятие ванны, ведение домашнего хозяйства.

9) Сон и покой. Факторы, препятствующие сну и отдыху; ощущение отдыха или усталости после сна; привычки; хроническая усталость, истощение.

10) Острая или хроническая боль, ее локализация, характер, форма, интенсивность; признаки (симптомы) и поведение, относящиеся к боли: защитная реакция, плач, беспокойство; факторы, вызывающие или облегчающие (устраняющие) боль; дискомфорт.

11) Настроение, ощущение горя, отсутствие безопасности.

12) Требования или просьбы больного относительно ухода и лечения. Стресс, способность справляться с ним; реакция на кризисную ситуацию.

13) Семья. Проблема взаимоотношений между поколениями; вовлеченность, изоляция, зависимость, обязанности.

Анализируя полученные жалобы, медицинская сестра систематизирует их и формирует проблемы пациента (существующие и потенциальные), решение которых требует ее обязательного участия. Диагноз медицинской сестры является результатом анализа и расстановки приоритетов в собранной информации, определяя основное направление сестринского ухода. Сестринский диагноз может изменяться со временем и обновляться в соответствии с состоянием пациента и особенностями ухода. Больные с одинаковым врачом диагнозом могут иметь совершенно разные сестринские диагнозы в зависимости от их индивидуальных потребностей, жизненных ресурсов и функциональных возможностей.

Приведем примеры диагнозов, сформулированных медицинскими сестрами:

1. Нарушение сна, связанное с зудом и приводящее к усталости и беспокойству в течение дня.

2. Нарушение функции опорожнения толстой кишки — запор, обусловленный недостаточным употреблением клетчатки.

3. Риск развития пролежней, обусловленный длительной иммобилизацией и подтверждающийся покраснением соответствующих участков кожи.

Следующим этапом сестринского процесса является планирование, которое заключается в анализе всех сведений, полученных о пациенте, и создании на их основе реального плана по уходу. Важно привлечь к нему пациента и его семью. Отсутствие сотрудничества — проявление пренебрежения к одной из основных потребностей пациента — чувству собственного достоинства, когда решение

принимается другими. Права пациента и обязанности медицинской сестры становятся важным элементом этого этапа сестринского процесса.

Целью планирования является определение приоритетности проблем (диагнозов) пациента, определение ресурсов, необходимых для их решения, конечных результатов и составление обобщающего сестринского плана действий.

Пример проблемы пациента и конечных результатов ухода:

Проблема: потенциальная угроза здоровью, обусловленная дефицитом знаний пациента об артериальной гипертензии и ее последствиях для организма.

Конечный результат ухода: артериальное давление пациента соответствует норме или целевому давлению, пациент знает причины, вызывающие артериальную гипертензию и ее влияние на организм. Он заявляет, что будет следовать назначенному лечебному режиму.

Целью этапа сестринских вмешательств является устранение, изменение или предупреждение возникновения проблем. Все сестринские вмешательства можно разделить на две категории: зависящие, которые предписаны, и осуществляемые медицинской сестрой по собственной инициативе (независимые). Последние являются намеренными, направленными, основанными на знании сестринского дела, их медицинская сестра применяет независимо от других, чтобы помочь человеку справиться с проблемами, входящими в область ее компетенции, или приспособиться к ним. Письменное описание вмешательств дает лучшую возможность критически оценивать осуществляемый уход, впоследствии отмечая положительные результаты и недостатки.

Сестринские вмешательства можно осуществлять различными способами, облегчая состояние пациента; ограничивая, предотвращая действие на него вредных факторов или защищая пациента. Вмешательства могут поддерживать пациента, помогать ему делать что-либо для себя.

Концепция сестринских вмешательств, представленная шведскими коллегами [1], является инструментом, основанным на исследовании в области сестринского дела, и нацелена на постижение философии и искусства ухода за больным. В документации ведут учет частоты сестринских вмешательств, времени выполнения, с обязательным указанием, как и кем вмешательство было выполнено. В плане ухода за больным медицинская сестра отмечает независимые сестринские вмешательства, основанные на выявленных проблемах и потребностях пациента, и описывает ожидаемые результаты.

Существуют три типа ухода за пациентом: индивидуальный, стандартный (общий) и образцовый. Индивидуальный (персональный) план ухода создается для конкретного пациента с уче-

том его проблем и потребностей. Стандартный включает руководства по уходу за определенной группой пациентов с учетом ее потребностей или данного состояния организма (стандарты ухода при неотложных состояниях). Образцовый тип ухода оптимально учитывает проблемы и потребности пациента и его можно рассматривать как учебное пособие [2].

Выбор ключевых слов для обозначения сестринских вмешательств в плане ухода обусловлен целью вмешательства. Например, в одном случае разговор с больным может носить характер поддержки, в то время как в другой ситуации он может иметь информативный характер. Вмешательство может быть нацелено на отвлечение больного от социальной изоляции, и в этой связи оно рассматривается как влияющее на окружение пациента. Факторы, обуславливающие выбор сестринского вмешательства, включают просьбы пациента, его внутренние и внешние ресурсы, осуществимость данного вмешательства, знания медицинской сестры, а также доказательства, подтверждающие его уместность и эффективность [3].

Участие

Важность участия пациента в планировании, принятии решений и осуществлении ухода за ним не вызывает сомнений и является одним из способов облегчения самоухода. Это подтверждается в работах шведских ученых [4, 5], которые освещают важность участия пациентов в лечении сахарного диабета.

Информация/обучение

Обучение больных в контексте их прав на информацию является чрезвычайно важной частью работы медицинских сестер. Пациенты все больше осознают свои права и требуют предоставления им все большей информации. Просвещение пациента традиционно является одним из наиболее важных самостоятельных сестринских вмешательств. Предложено несколько простых принципов передачи информации пациенту [6].

1) Расположить информацию по важности, передавая самую важную в начале беседы и в правильном порядке.

2) Использовать заголовки с целью разделения информации на разные группы.

3) Выделить важную информацию голосом.

4) Повторить важные моменты несколько раз.

5) Давать пациенту конкретные советы.

6) Обязательно проверить эффективность усвоения информации, попросив пациента повторить наиболее важные моменты.

7) Сделать заключение.

8) Закрепить информацию, передавая ее как устно, так и письменно.

Из научно-исследовательской литературы по сестринскому делу известно, что просвещение

пациентов оказывает на них положительное действие: уменьшается продолжительность госпитализации, изменяется в положительную сторону их образ жизни. Изучение стратегий обучения показало, что пациенты предпочитают групповое обучение индивидуальному [7]. Считается, что беседа с тем, кто находится в такой же ситуации, более эффективна. Знание того, что происходит и почему, и соответственно способность предвидеть определенные события могут дать ощущение защищенности, что успокаивает пациента в трудных ситуациях.

Документация, связанная с обучением пациентов, должна включать цель и план обучения, расчет времени, описание содержания обучения, использования обучающих материалов и методов, сведения о вовлечении пациента и его семьи, а также оценку обучения.

Поддержка — одно из основных понятий сестринского ухода за больным, поскольку медицинская сестра имеет дело с людьми, переживающими кризис. Поддержка включает проявление интереса к пациенту, оценку его ситуации, поддержание веры человека, «подпитку» его жизненных сил, беседу и общение. Профессиональный подход к пациенту должен осуществляться с интересом, уважением и пониманием. Важным видом сестринского вмешательства является анализ и планирование вместе с пациентом и его близкими социальной поддержки.

Окружающая обстановка. Это понятие включает различные пути адаптации и структурирования окружающей обстановки для наилучшего удовлетворения физических, психологических и социальных потребностей пациента с широким диапазоном мероприятий: от расположения и конструкции кровати до невмешательства в его личную жизнь, уважения к личному пространству и т. д. Такие факторы как плохое освещение, отсутствие перил на лестницах, препятствия, скользкие коврики явились причиной от трети до половины всех случайных падений дома [8].

Общий уход является частью сестринского дела, его цель — оказание помощи пациенту в выполнении ежедневных функций, которые он по причине своего заболевания не может выполнить самостоятельно. Основные его мероприятия включают питание, личную гигиену, посещение туалета и перемещение пациентов

Наблюдение включает собственно наблюдение и мониторинг жизненно важных функций, как дыхание, артериальное давление, уровень сознания, эмоциональное состояние пациента.

Dougherty (1992) утверждает [9], что медицинской сестре, наблюдающей за пациентом, находящимся в критическом состоянии, необходимо владеть следующими качествами: наблюдение, бдительность, определение, знание, понимание, толкование анализ и оценка. Наблюдение,

помимо контроля жизненно важных функций, предусматривает мероприятия по уходу за пациентом, направленные на защиту организма от неблагоприятных факторов окружающей среды и профилактику заболеваний.

Особый уход — сложная область сестринского ухода, в которую вовлечены высокие технологии для ухода за полностью зависимыми пациентами, находящимися в критическом состоянии. Эта сфера деятельности предъявляет особые требования к безопасности ухода и осуществляется с использованием стандартов, регламентирующих особенности ухода перед различными обследованиями, операцией, за больными с канюлями, шунтами, катетерами и дренажами, уход за ранами. Медицинская сестра может консультировать больного, как оценивать состояние стомы и (или) ухода за ней.

Оценка результатов ухода это процесс, обеспечивающий обратную связь в работе медсестры. Наиболее важный фактор в оценке конечных результатов — это реакция пациента на сестринский уход. Его эффективность в значительной степени зависит от первоначального определения проблем пациента и сестринского диагноза. Конечными целями сестринского ухода являются улучшение состояния здоровья пациента, предупреждение заболеваний, предоставление ему возможности восстановить и поддержать свое здоровье в соответствии с индивидуальными потребностями. Оценка ухода за пациентом завершает сестринский процесс.

Соблюдая преемственность между лечебными и социальными учреждениями, медицинская сестра при выписке дает заключение о состоянии

здоровья пациента и выполненного ухода. Записи, сделанные медицинской сестрой при выписке, должны быть сжатыми и по существу, с отражением общей картины и анализа сестринского ухода в каждом конкретном случае. Объем информации зависит от ряда факторов, например, был ли прерван процесс ухода, насколько длительным, интенсивным и сложным он был. Как правило, передача информации оговаривается с пациентом и осуществляется с его согласия. Независимо от того, какая форма записей используется, медицинская сестра должна осознавать, что история болезни — это правовой документ, который определяет соответствующие ее действия по отношению к документации в целом.

В заключение отметим, что работа медицинской сестры ориентирована на индивидуальные потребности пациента. Для принятия профессионального решения и удовлетворения проблем пациента медицинская сестра руководствуется в своих действиях схемой, соответствующей последовательности этапов сестринского процесса. На всех этапах обязательными условиями действий медицинской сестры должны быть профессиональная компетентность, навыки наблюдения, общения, анализа и интерпретации данных, достаточное время и доверительная обстановка, конфиденциальность, согласие и участие пациента, при необходимости — участие междисциплинарной бригады.

Таким образом, методически разработанный сестринский уход является основой дальнейшего совершенствования деятельности медицинской сестры и определения самостоятельной роли в организации помощи пациентам.

Литература

1. M. Ehnfors, A. Ehrenberg, I. Thorell-Ekstrand. The VIPS model – implementation and validity in different areas of nursing care. *Studies in Health Technology Informatics*, 46, 408–10.
2. Kim M.J. et al. Pocket guide to nursing diagnoses. 6th ed.— Mosby Year-book Inc., 1995., St. Louis.
3. Bulechek G.M., McCloskey J.C. Nursing Interventions. Essential nursing treatments. 2nd ed.— Philadelphia: Saunders W.B., 1992. Philadelphia
4. Lundman B. Daily living and coping strategies in insulin-dependent diabetics. Diagnostic reasoning in nursing.— Dissertation.— Umeå University.— 1990.
5. Wikblad K. Care and self-care in diabetes. A study in patients with onset of diabetes before 1975.— Dissertation.— Uppsala University.— 1991.
6. Sjoden. Patientinformation – Strategier for den kliniska vargen. *Gastroenterologi i praxis*, 1990, Vol. nr 1, sid 118
7. Lindeman C.A. Patient Education Part II.— New York: Springer Publishing Company, 1989.
8. Hornbrook et al. Preventing falls among community-dwelling older persons: results from a randomized trial // *The Gerontologist*.— 1994.— Vol. 34.— № 1.— P. 16–23.
9. Dougherty C.M. Surveillance. In: Bulechek G.M. et al. Nursing interventions: essential nursing treatments. Ed 2. Philadelphia: W.B. Saunders.— 1992.— P. 500–511.
10. Лаптева Е.С. Основы сестринского процесса в клинике внутренних болезней. Учебное пособие.— СПб.: Издательский дом СПбМАПО, 2002.— 15 с.

Адрес для контакта: dekan_es@mail.ru

ХРОНИКА СОБЫТИЙ

Е.В.Фролова

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

CHRONICLE

E.V.Frolova

St-Petersburg Medical Academy of Postgraduate Studies, Russia

Всемирная организация семейных врачей (WONCA) имеет несколько ассоциаций, которые, являясь частью глобальной организации, объединяют членов по профессиональным и исследовательским интересам. Одной из таких организаций в составе WONCA является EURACT — Европейская академия преподавателей семейной медицины.

Обучение семейной медицине — одна из важнейших и приоритетных задач здравоохранения и образования во многих странах. Российские преподаватели семейной медицины также, как и зарубежные коллеги, постоянно ищут новые пути его активизации процессов обучения, совершенствования и улучшения. Современная педагогика создала много новых способов обучения, методических подходов, нетрадиционных путей и методов оценки знаний обучающихся. Знакомство с ними позволяет каждому преподавателю повысить свой профессиональный уровень и самооценку.

Вот почему так интересно было включиться в работу EURACT в качестве национального представителя преподавателей семейной медицины. В мае заседание Совета состоялось в Загребе. В повестке дня были такие вопросы как отчеты национальных представителей, подготовка к европейской конференции WONCA в октябре, обсуждение нового курса, подготовленного членами Совета. В образовательном «портфеле» EURACT есть несколько курсов, подготовленных его членами (а все они не только врачи общей практики, но и дипломированные преподаватели). Эти курсы преподаются на английском языке, так как и курсанты, и преподаватели — жители самых разных стран. Курсы длятся не более 1–2 недель. Курс для молодых преподавателей позволяет им овладеть методологией активного обучения; курс по современным способам оценки знаний — это новый курс, только что подготовленный сообществом преподавателей Великобритании, Грузии, Словении, Швеции, Швейцарии. Информацию обо всех курсах, которые пре-

подаются членами EURACT, можно получить на сайте www.euract.org

Во время совещания в Загребе представители всех европейских стран приняли участие не только в своих заседаниях, но и в конференции хорватских коллег, посвященной вопросам оценки знаний врачей общей практики — лицензионного и сертификационного экзамена. Были представлены доклады хорватских, венгерских, бельгийских, португальских, итальянских коллег об опыте проведения лицензионного и сертификационного экзамена. Мы также представили доклад об опыте кафедры семейной медицины в проведении финального, завершающего экзамена.

Осеннее совещание проходило в Швеции. Одновременно с совещанием представителей EURACT традиционно проводилась конференция шведских врачей общей практики, посвященная вопросам последипломного образования. Нужно отметить, что далеко не везде в Европе существует последипломное образование, обеспеченное и поддерживаемое государством, как это происходит в России. Во многих странах последипломное образование является ответственностью и обязанностью профессиональных сообществ и ассоциаций. Такова ситуация и в Швеции. Очень интересно было узнать о том, как врачи совершенствуют свою квалификацию, как они поддерживают и обеспечивают обучение на протяжении всей профессиональной жизни. Очень популярный лозунг сейчас — не только последипломное образование, но и продолжающееся пожизненное профессиональное развитие. Инструменты для осуществления такого обучения очень разнообразны. На заседании Ассоциации семейных врачей в ближайшее время будет предоставлена возможность желающим участвовать в семинаре «Как разработать личный план профессионального совершенствования». Семинар подготовлен представителями EURACT и с успехом проводился в Рейкьявике и Париже для семейных врачей.

Адрес для контакта: efrolovamd@yandex.ru

ВНИМАНИЮ ЗАКАЗЧИКОВ РЕКЛАМЫ!

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

Стоимость размещения рекламы в одном номере:

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

Рекламный модуль на обложке, цветной:

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

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

По вопросам размещения рекламы обращаться по телефонам:

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

«Российский семейный врач»

Свидетельство о регистрации № 017794 от 22.06.98 г.

Подписной индекс по каталогу «Роспечать» 29950

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

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

Санкт-Петербург, издательство Санкт-Петербургской медицинской академии последипломного образования.
Подписано в печать 12.12.2007 г. Формат 60×90^{1/8}. Бумага офсетная. Гарнитура Journal. Печать офсетная.
Усл. печ. л. 6,5. Тираж 1000 экз. Заказ № 073. Цена договорная.
193015, Санкт-Петербург, Кирочная ул. д. 41.
Отпечатано в ООО «Сигма».