

РОССИЙСКИЙ СЕМЕЙНЫЙ ВРАЧ

МЕДИЦИНСКИЙ НАУЧНО-
ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

Учредитель

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

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

Президенты:

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

Главный редактор:

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

Заместители главного редактора:

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

Редакционная коллегия:

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

Редакционный совет:

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

Ответственный секретарь:

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

Информация о журнале размещается в Реферативном журнале
и базах данных ВИНТИ РАН

Адрес редакции:

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

Подписной индекс по каталогу «Роспечать» 29950

Том 13
4-2008

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 Марией. 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 Maria. We believe that this beautiful picture captures the essence of our journal and should also remind our readers of a wonderful episode from our national history.

Колонка главного редактора 4	Editorial 5
Лекция ВОПРОСЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПСИХОЛОГИИ ДЛЯ ВРАЧЕЙ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ <i>Л. Н. Дегтярева</i> 6	Lectures ASPECTS OF MEDICAL PSYCHOLOGY FOR GENERAL PRACTITIONERS <i>L. N. Degtyareva</i> 6
Литературный обзор КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ОПРЕДЕЛЕНИЯ НАТРИЙУРЕТИЧЕСКИХ ПЕПТИДОВ ПРИ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ <i>А. Н. Андрияхин, Е. В. Фролова</i> 24	Literature review CLINICAL VALUE OF THE NATRIURETIC PEPTIDES TESTING IN PATIENTS WITH HEART FAILURE <i>A. N. Andryukhin, E. V. Frolova</i> 24
Оригинальное научное исследование КАЧЕСТВО ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ. ТОЧКА ЗРЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ ЦЕНТРА СЕМЕЙНОЙ МЕДИЦИНЫ И ГОРОДСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ <i>А. П. Помаз, Т. А. Дубикайтис, О. Ю. Кузнецова, А. В. Матюшева</i> 36	Original data QUALITY OF OUTPATIENT MEDICAL CARE. OPINION OF PATIENTS IN GENERAL PRACTICE VS. CITY POLICLINIC <i>A. P. Pomaz, T. A. Dubikaytis, O. Yu. Kuznetsova, A. V. Matusheva</i> 36
Сестринское дело ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ЗАПОРОВ У ПОЖИЛЫХ <i>В. Н. Петров, А. Г. Захарчук</i> 40	Nursing PREVENTION AND TREATMENT OF CONSTIPATION IN ELDERLY <i>V. N. Petrov, A. G. Zakharchuk</i> 40
Случай из практики СЛУЧАИ ПОЗДНЕЙ ДИАГНОСТИКИ ЗАВЕЗЕННОЙ МАЛЯРИИ <i>В. М. Антонов, Ю. В. Лобзин, Н. И. Кузнецов</i> . . . 45	Clinical case THE CASES OF LATE DIAGNOSIS OF THE IMPORTED MALARIA <i>V. M. Antonov, Yu. V. Lobzin, N. I. Kuznetsov</i> 45
Хроника ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ РОССИЙСКО-НОРВЕЖСКОГО ПРОЕКТА <i>Н. А. Гурина, Б. Петтерсен</i> 48	Chronicle PRACTICAL RESULTS OF RUSSIAN-NORWEGIAN PROJECT <i>N. A. Gurina, B. Pettersen</i> 48
ТРЕТИЙ ВСЕРОССИЙСКИЙ СЪЕЗД ВРАЧЕЙ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ <i>Л. Н. Дегтярева</i> 50	THE THIRD ALL-RUSSIAN CONGRESS OF GENERAL PRACTITIONERS <i>L. N. Degtyareva</i> 50
СОДЕРЖАНИЕ ЖУРНАЛОВ «РОССИЙСКИЙ СЕМЕЙНЫЙ ВРАЧ» ЗА 2008 ГОД 54	CONTENTS OF THE JOURNALS "RUSSIAN FAMILY PHYSICIAN" FOR 2008 54

Электронные версии статей доступны по адресу
www.maps.spb.ru

Том 13
4-2008

ВЫПУСКАЕТСЯ
ЕЖЕКВАРТАЛЬНО

Этот номер журнала сохраняет свою традиционную структуру, вы найдете в нем образовательные материалы, результаты оригинальных исследований, случаи из практики и хронику событий. Хотелось бы обратить ваше внимание на лекцию, посвященную психологии общения, подготовленную доцентом кафедры семейной медицины СПбМАПО Л. Н. Дегтяревой. В ней отражены сведения, касающиеся особенностей возрастной психологии, что важно для семейного врача, оказывающего помощь всем пациентам, независимо от пола и возраста, описаны различные типы личности, которые, если пока и не встречались в вашей практике то, безусловно, могут быть среди ваших пациентов в будущем. От вашей готовности к общению с ними будет зависеть во многом их удовлетворенность оказываемой помощью. Наконец, вы сможете углубить свои знания в этой важной области, прочитав ту литературу, на которую даются ссылки, что поможет вам ответить на тестовые задания, которые размещены в конце лекции. Напоминаем вам, что проработка материалов и правильные ответы на приведенные вопросы дадут вам возможность зачесть часы, отведенные на психологию общения на ресертификационных циклах. Это позволит сэкономить время и использовать его для отработки практических навыков, либо для участия в приеме пациентов совместно с семейными врачами клинической базы кафедры семейной медицины, Центре семейной медицины СПбМАПО.

Важной научной проблемой для практического здравоохранения является качество медицинской помощи. Ее можно оценивать с точки зрения профессионалов, оказывающих помощь, руководителей здравоохранения, а также самих пациентов, которым помощь предназначена. Еще в 70-е годы прошлого века известным профессором общественного здравоохранения Мичиганского университета, Аведисом Донабедианом было предло-

жено при оценке качества медицинской помощи отдельно выделять структуру (здание, оборудование, подготовленный персонал), процесс оказания помощи, а также исходы. Для амбулаторного учреждения одним из знаковых индикаторов является уровень госпитализации тех пациентов, которых можно лечить достаточно эффективно в условиях общей практики, например больных с гипертонической болезнью. На протяжении трех лет в рамках российско-финского проекта сотрудники СПбМАПО проводят разностороннее исследование, направленное на отработку индикаторов качества оказания помощи и их апробацию в ряде амбулаторных лечебно-профилактических учреждений. В этом номере вы найдете интересные данные, посвященные сравнительному анализу удовлетворенности пациентов медицинского центра, в котором работают семейные врачи, прошедшие подготовку в клинической ординатуре и в одной из городских поликлиник, в которой осуществляется переход от принципа участковой терапии к общей врачебной помощи.

Хотелось бы обратить ваше внимание на раздел хроники. В этих материалах вы сможете найти информацию о том, чем завершился российско-норвежский проект, посвященный совершенствованию последипломного обучения семейных врачей в Санкт-Петербурге. В полной мере представлены также материалы о 3-ем Всероссийском съезде врачей общей практики, который проходил 29–31 октября в г. Белгороде.

Уважаемые коллеги, мы будем рады, если кто-то из вас откликнется на публикации, пришлет нам результаты своих оригинальных научных исследований или интересные случаи из практики. Информацию о правилах публикации материалов журнала *Российский семейный врач* вы можете найти на сайте СПбМАПО: www.maps.ru. Здесь же помещены содержание предыдущих номеров журналов и краткие рефераты всех статей.

*Главный редактор журнала Российский семейный врач
Вице-президент Всероссийской ассоциации врачей общей практики
Заведующая кафедрой семейной медицины ГОУ ДПО СПбМАПО
Профессор Ольга Юрьевна Кузнецова*

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

Current issue of the journal continues to keep its traditional structure. You can find educational materials, results of original data, clinical cases and chronicle events. We would like to draw your attention to the lecture, prepared by associate professor of MAPS' Family Medicine Department L.N. Degtyareva, which is devoted to the problems of communication psychology. It reflects peculiarities of age-specific psychology, which is important for family doctor who provides medical care to patients despite of sex and age. It also gives description of different types of personalities, which if not yet occur in your practice, definitely may come up in the future. And your readiness to communicate with them will result in their satisfaction in received medical care. Finally you will be able to extend your knowledge in this important area of medicine reading literature mentioned in references. This will help you to answer test questions listed at the end of the paper. We remind you, that learning of materials and correct test answers will give you possibility to get a certain number of hours meant for communication psychology in the re-certificate course curriculum. This will allow you to economize your time and use it for training practical skills or see patients together with family doctors at the MAPS' Center of Family Medicine.

Quality of medical care is an important scientific problem for public health in practice. It could be assessed by professionals — specialists and managers of health care and by patients. Already in 70th of the last century famous professor in public health of Michigan University Avedis Donabedian

proposed for assessment of quality of medical care to separately give accent to the structure (buildings, equipment, and trained staff), process of care giving and outcomes. For the primary health care one of the meaningful indicators is hospitalization of those patients who could be treated affectively at the polyclinics, for example, patient with arterial hypertension. During 3 years in the frames of Russian-Finish project MAPS' staff members have been conducting all-round research, which is focused on developing and testing of indicators of quality of health care in primary care institutions. In the current issue you can find interesting data and comparative analysis of patient's opinion being treated by the family doctors at the Medical Center and at one of the municipal polyclinics.

We would like to draw your attention to the section of chronicle events as well. There you can find information on the results of Russian-Norwegian project devoted to perfection of postgraduate education in Russia. Also you will find full information about the 3-d All-Russian Congress of General Practitioners which took place in October, 29–31 in Belgorod.

Dear colleagues, we will be very happy if somebody of you will respond on the publications by sending us the description of your own clinical cases or the results of your research. Information about requirements for publications in the Journal "Russian family physician" is available at the MAPS' website: www.maps.ru. There you also can find the contents of the previous issues of the Journal and short summary of the articles.

Editor-in-chief of the Journal "Russian family physician"
Vice-president of All-Russian Association of General Practitioners
Head of the Department of Family Medicine of MAPS
Professor Olga Yu. Kuznetsova

If you have any questions do not hesitate to contact the executive secretary of the Journal, Natalia A. Gurina, phone 812 598 52 22,
e-mail: guri_nat@mail.ru.

**ASPECTS OF MEDICAL PSYCHOLOGY FOR
GENERAL PRACTITIONERS**

L. N. Degtyareva

St-Petersburg Medical Academy of Postgraduate Studies, Russia

© Л. Н. Дегтярева, 2008.

В лекции приводятся сведения из общей психологии человека, позволяющие оценить особенности личности пациента. Представлена информация о важнейших этапах формирования личности и возрастных кризисах. Описаны особенности проявления психики в различных возрастных группах, факторы, влияющие на ее проявление. Представлены основы семейной психологии. Даны рекомендации по тактике для врачей общей практики.

Ключевые слова: психология, типы личности, этапы развития, кризисы возраста, семья.

The lecture provides the information from general psychology which helps to assess the peculiarity of human personality. The characteristics about the most important phases of personal development and age crisis are presented. The details of appearance of the psychic in different age groups and influenced factors on that are described. The fundamental features of family psychology are listed. The management of corresponding psychological problems by general practitioners is presented.

Keywords: psychology, types of personality, phases of development, age's crisis, and family.

Цель лекции: предоставить сведения о возрастных особенностях развития личности, этапах формирования семьи и о взаимоотношениях врача с пациентами.

План лекции:

1. Краткая характеристика основных типов личности
2. Возрастные особенности развития личности
3. Основы представления о семье, ее функциях, развитии и влиянии на личность
4. Взаимоотношения врача и пациента.

Семейный врач общается с пациентом, как с человеком, имеющим свою историю — социальную и генетическую, поэтому ему необходимы знания о психологических особенностях формирования и развития личности на разных этапах жизни. Представления о возрасте у человека связаны с понятиями условной *возрастной шкалы*, самосознания и самооценки личности, жизненного опыта и приобретенных знаний, взаимоотношений (адаптации) в социальной среде. Большое значение имеют уклад и взаимоотношения в семье, распределение ролей и обязанностей, навыки общения и социального поведения, приобретенные в раннем возрасте.

На разных этапах жизненного пути в характер человека привносятся все новые и новые «факторы влияния». Это могут быть взаимоотношения с другими людьми, адаптация в коллективе, выполнение требований преподавателей и т. д. В последующем все более четко определяются собственные интересы и формируются система жизненных ценностей, которая и будет определять самооценку личности и взаимоотношения с внешним миром.

**1. Краткая характеристика
основных типов личности**

На протяжении всей истории человечества предпринимались многочисленные попытки определить *типы человеческих личностей*, или профилей. В основу таких классификаций входили комбинации личностных черт, объединенных либо по биологическим признакам, либо особенностями индивидуального психического развития, приводящего к выделению ведущих компонентов психической организации.

Личность человека сложна и уникальна. Мы всегда можем отличить одного человека от друго-

го, но в то же время между несколькими людьми всегда можно найти общие черты. Во все времена ученые изучали эти различия и сходства, старались объединить людей в определенные группы, классифицировать поведение. Со времен Гипократа прошло уже более 24 веков, но до сих пор проводятся многочисленные исследования по изучению и классификации человеческих личностей. Проблемами типологии личности занимались такие ученые, как К. Г. Юнг, Г. Ю. Айзенк, Э. Фромм, Э. Кречмер, У. Г. Шелдон, А. Ф. Лазурский, И. П. Павлов, Э. Кант, Р. Декарт, З. Фрейд и многие другие исследователи. Можно вспомнить античные классификации, выделяющие сангвников, флегматиков, холериков и меланхоликов. Кречмер и Шелдон пытались связать характер человека с его физической конституцией, а И. П. Павлов разделял человечество по принципу доминирования I или II сигнальной системы и т. д. Сотни психологических тестов, используемых с различными целями, создают бесконечное разнообразие возможностей для выделения личностных типов.

Личность определяется как складывающаяся в течение всей жизни человека психологическая система, которая обуславливает стереотипы индивидуальных отношений к действительности и к самому себе (самооценка), намерения, цели и возможности активного поведения человека в среде (деятельность), форму и характер поведения, а также доминирующий способ переживаний происходящего в жизни [1–4].

Человек проделывает долгий путь развития от осознания ребенком своего «я» — через осознание своего места среди других и принятие социальных норм — к периоду профессионального развития, гармоничного совершенствования.

Можно выделить четыре основных этапа в развитии человека: пренатальный, детство, отрочество и зрелость. На каждом этапе формируется совокупность внутренних свойств, намечающих возможность реализации стратегии поведения в будущем. Условно из процессов формирования человека нужно выделить физическое, половое, когнитивное и нравственное, личностное и социальное развитие. Все эти элементы формируются в неразрывной связи друг с другом. Физическое формирование человека проходит в процессе развития физических, сенсорных и двигательных функций организма. Интеллектуальное (когнитивное, умственное) развитие личности происходит в процессе постепенного накопления знаний. Под влиянием эмоций (страх, гнев, радость, отвращение и т. д.) идет закрепление процессов практического мышления, выделение «я», понимание своей способности к анализу окружающего мира. Одновременно совершается формирование нравственных ценностей, имеющих мужскую и женскую ориентацию. Слияние различных психи-

ческих качеств, их стабилизация и устойчивость и создает тот сплав человеческих особенностей, который рассматривается как личность [3–5].

Как дань древней истории вопроса и как хорошую ссылку на многие произведения художественной литературы, позвольте кратко описать классификацию личностных темпераментов, выделенных Гиппократом:

Сангвиник — характеризуется высокой активностью, энергичностью, живостью движений и богатством выразительных движений, мимики. Общителен, легко меняет одно занятие на другое. В проблемных ситуациях реагирует адекватно и конструктивно. Обычно хорошо обучается. При неблагоприятных условиях и отсутствии воспитания у сангвиника могут развиться поспешность, поверхностность, легкомыслие в поступках, невнимательность.

Флегматик — тип темперамента, характеризующийся спокойствием, и ровным настроением. Обычно он медлителен и рассудителен. Мимика и движения невыразительны, медлительны. Долго «раскачивается» перед работой или принятием решения, но последователен и терпелив.

Холерик — активный, энергичный, быстрый, резкий, порывистый, безудержный. Обычно он склонен к быстрым сменам настроения, вспыльчивый, подвержен эмоциональным срывам, иногда агрессивен.

Меланхолик — его характеризует низкий уровень психологической активности, замедленность движений, сдержанность речи и быстрая утомляемость. Меланхолика отличают высокая эмоциональная активность, глубина и устойчивость эмоций при слабых внешних проявлениях. Может быть ранимым и замкнутым.

В жизни чаще всего приходится встречаться не с «чистыми» психологическими типами, а со всевозможными комбинациями проявления темперамента и характера.

Человеческая психика пребывает в постоянном взаимодействии с явлениями внешнего и внутреннего мира человека. Естественным следствием многообразия проявлений психической активности человека является стремление найти ту комбинацию черт, которую можно было бы считать «нормальной». Вероятно, к подобным определениям следует подходить весьма осторожно, поскольку, как, казалось бы, позитивные, так и негативные черты легко могут перетекать в свою противоположность в зависимости от того, с какими качествами они сочетаются, в какой жизненной ситуации они проявляются. Можно привести замечательное определение Ж. Годфруа: «...человеческая природа, скорее всего, соответствует той «психической зоне», в которой пребывает около 70% всех людей и которая располагается

между полюсом психической уравновешенности и полюсом патологии. «Нормальным человеком» можно считать всякого, кто уживается со всеми своими недостатками, заботясь о том, чтобы они не мешали окружающим. Чье поведение не всегда «адаптивно», но приемлемо для других, кто, хоть и с грехом пополам, но удовлетворяет свои потребности, не превращая свои проблемы в «боль человечества». Кто умеет использовать меры психологической защиты для преодоления тревоги или депрессии» [6]. К «нормативным» (но не уравновешенным) относятся и те из нас, кто обладает необычной развитостью отдельных личностных качеств. Такие люди рассматриваются как «акцентуированные личности». Однако более оправданно оценивать подобные особенности не как личностные, а как характерологические.

Акцентуация характера — чрезмерная выраженность отдельных черт характера и их сочетаний, представляющая крайние варианты нормы, граничащие с психопатиями. Акцентуация характера отличается от психопатии отсутствием проявления триады признаков, свойственных психопатиям. Это — стабильность характера во времени, тотальность его проявлений во всех ситуациях, социальная дезадаптация. Акцентуация характера проявляется в уязвимости личности по отношению к определенным психотравмирующим воздействиям, направленным на «слабое место» данного типа характера, тогда как к другим воздействиям сохраняется устойчивость.

Как и другие психологические феномены, акцентуации характера имеют весьма разнообразную динамику, зависящую во многом от жизненных обстоятельств, развития интеллекта и эмоциональности, образования и профессиональной деятельности.

В зависимости от степени выраженности различают явные и скрытые (латентные) акцентуации характера. Оформляясь к подростковому возрасту, большинство акцентуаций, как правило, со временем сглаживается, компенсируется.

Семейный врач уже при первой беседе обращает внимание на особенности поведения пациента, его характерологические черты. В дальнейшем, при знакомстве с историей его развития и семьей возникает возможность определения, имеются или нет акцентуации или расстройства личности.

Основные типы акцентуации характера [5, 7, 8].

Циклоидный — чередование фаз хорошего и плохого настроения с различным периодом.

Гипертимный — постоянно приподнятое настроение, повышенная психическая активность с жадной деятельностью и тенденцией разбрасываться, не доводя дела до конца.

Лабильный — резкая смена настроения в за-

висимости от ситуации.

Астенический — быстрая утомляемость, раздражительность, склонность к депрессии и ипохондрии.

Сенситивный — повышенная впечатлительность, боязливость, обостренное чувство собственной неполноценности.

Психастенический — высокая тревожность, мнительность, нерешительность, склонность к самоанализу, постоянным сомнениям и рассуждениям на волнующие их темы.

Шизоидный — отгороженность, замкнутость, интроверсия, эмоциональная холодность, проявляющаяся в отсутствии сопереживания, трудности установления эмоциональных контактов, недостатке интуиции в процессе общения.

Эпилептоидный — склонность к злобно-тоскливому настроению с накапливающейся агрессией, проявляющейся в виде приступов ярости и гнева (иногда с элементами жестокости), конфликтность, вязкость мышления, скрупулезная педантичность.

Застревающий (паранойяльный) — повышенная подозрительность и болезненная обидчивость, стойкость отрицательных аффектов, стремление к доминированию, неприятие мнения других и, как следствие, высокая конфликтность.

Демонстративный (истероидный) — выраженная тенденция к вытеснению неприятных для субъекта фактов и событий, к лживости, фантазированию и притворству, используемых для привлечения к себе внимания. Часто сопровождается авантюризмом, тщеславием, склонностью к ипохондрическим реакциям и «бегству в болезнь», если имеет место неудовлетворенность в признании.

Дистимный — преобладание пониженного настроения, склонность к депрессии, сосредоточенность на мрачных и печальных сторонах жизни.

Неустойчивый — склонность легко поддаваться влиянию окружающих, постоянный поиск новых впечатлений, компаний, умение легко устанавливать контакты, носящие поверхностный характер.

Конформный — чрезмерная подчиненность и зависимость от мнения других, недостаток критичности и инициативности, склонность к консерватизму.

В жизни и медицинской практике «чистые» акцентуации и личностные типы встречаются редко, тем не менее, ниже приведены краткие характеристики типов личности, знание которых полезно для выработки стратегии общения врача и пациента [1, 3, 9].

Демонстративная (истерическая) личность. Лица с подобными особенностями характеризуются непредсказуемостью своих реакций. Они

склонны к демонстративности, яркости эмоций и театрализованной манерности. Такие реакции кажутся спонтанными и продиктованными преимущественно чувствами. Чувствительные, мягкие, нередко полные очарования, они могут иметь развитую интуицию и воображение, обладать солидным творческим потенциалом. Воспринимаются другими как люди, привлекательные по поведению, стилю общения и одежды. Часть из них кажутся способными к сопереживанию и готовности придти на помощь, хотя в дальнейшем выясняется, что их хватает лишь для деклараций и заверений, а не для организации постоянной поддержки других. Их готовность — это «игра на публику».

Развитые черты демонстративного характера создают многочисленные трудности при разрешении медицинских проблем. Высокая степень внушаемости делает таких пациентов весьма чувствительными к любым неосторожным суждениям врача, избранной тактике лечения. Высока готовность проявлять побочные реакции на медикаменты (нередко по типу аллергии, но без характерных для нее лабораторных признаков) или извращенную реакцию на исследовательские и хирургические манипуляции. Симптомы болезни могут быть представлены таким образом, что врач не в состоянии понять их происхождение в связи с вычурностью и необычностью демонстрируемых признаков. Демонстративное (истерическое) расстройство личности (истероидная психопатия) характеризуется постоянным нарушением межличностных отношений в связи с развитой эгоцентричностью; желанием быть признанным и использованием манипулятивного поведения для удовлетворения своих потребностей. Средствами достижения цели служат театрализованно преувеличенное выражение эмоций, неадекватная обольстительность во внешнем виде и поведении, лживость и аггравация признаков соматических «заболеваний». Следует заметить, что с истерично-демонстративной личностью практически невозможно договориться и выработать постоянную тактику поведения. Во время беседы желательно тщательно продумывать ключевые фразы и избегать личных оценок.

Обсессивно-компульсивная личность (ОКЛ).

Личности, склонные к навязчивым мыслям и стереотипным действиям. Люди с подобными особенностями поведения, как правило, являются «полезными продуктивными» гражданами. Они точны, организованы, склонны к рассудочным действиям и логичному поведению. Наибольшего успеха они добиваются в тех видах деятельности, которые требуют упорядоченного и последовательного мышления. ОКЛ обладают способностью к жесткому самоконтролю, особенно при выражении гнева. Не склонны к ярким проявлениям

чувств и демонстративным эмоциональным реакциям. Характеризуются склонностью к абстрактному мышлению, а также к рационализации при объяснении мотиваций своих поступков. Их внутренняя организованность и четкость имеет и яркое внешнее выражение. Они выглядят чопорными, сдержанными и несколько напряженными. Одеты аккуратно, «каждый волосок прически на своем месте», а одежда безукоризненно выглажена и чиста. В детстве ОКЛ выделяются примерным поведением; импульсивность и непредсказуемость для них почти исключена. Женщины с ОКЛ содержат свой дом без пылинки и пятнышка, каждой вещи предназначено свое место. Пациенты с ОКЛ, как правило, очень сложны для лечения, поскольку они не переносят состояния беспомощности и зависимости от других. Часто они воспринимают усилия врача как стремление навязать им свою волю. Подавляющий стиль общения врача такие пациенты легко ассоциируют с авторитарными родителями, столь досаждавшими им в детстве. Поэтому успеха легче добиться, привлекая больных к участию в планировании и организации их собственного лечения. Интеллигентность, правдивость и совесть пациентов с ОКЛ дает надежду на достижение согласия при условии тщательного и понятного объяснения причин болезни, результатов проведенных исследований и обсуждения механизмов воздействия на патологический процесс.

Параноидальная личность. Проявляется прежде всего своим главным свойством — подозрительностью. Сомневаясь в порядочности других, они стремятся постоянно выдерживать дистанцию общения. Будучи особенно чувствительными к любым замечаниям и критике в свой адрес, они кажутся людьми, буквально изнывающими от переживаний своей неполноценности и никчемности, испытывая постоянный страх вмешательства других в свою жизнь (покушения на права личности, присвоение их творческих достижений или собственности), они пребывают в состоянии напряженной бдительности, которая может легко перерасти в злобу и агрессивные действия. Они стремятся не выделяться одеждой и содержат себя в порядке, сохраняя фасад вежливости и любезности. Темные очки, надвинутая на лоб шляпа, поднятый воротник и высоко повязанный шарф служат инструментами ограждения себя от других. Характерологические особенности параноидной личности позволяют понять часто выражаемое пациентами подобного типа недоверие к врачам, готовность к жалобам и неприятию рекомендованных лечебных режимов. Врачебная тактика базируется на проявлении спокойного, выдержанного поведения, основанного на объективных фактах, значение которых может

быть представлено больному. Не следует вступать в споры относительно суждений, высказываемых пациентом.

Зависимая личность. Нарастающее чувство зависимости, психологической потребности в руководстве, поддержке и внимании со стороны других лиц является нормальной приспособительной реакцией на заболевание или чувство беспомощности, связанное с другими причинами (социальные лишения, физическое недоразвитие и др.). Среди лиц, выявляющих признаки «зависимого поведения», можно встретить и тех, кто, казалось бы, не имеет каких-либо соматических причин для поиска поддержки у окружающих (соматически они могут быть совершенно здоровыми, а иногда имеют атлетическое телосложение). В структуре поведения таких людей доминирует стремление к поиску расширяющихся контактов с теми, кто чем-либо может удовлетворить потребность в признании, внимании и ласке. У семейного врача такие пациенты появляются с множеством жалоб, часто неопределенных и нередко связанных с внешними признаками депрессии. Они готовы согласиться с любыми планами обследования, медикаментозного лечения, а также режима и часто демонстрируют быстрый и «благодарный» ответ на проводимые мероприятия. Однако основной мотив поведения определяет непрерывное возрастание запросов и требований относительно внимания, встреч, времени контакта с пациентом. Вскоре для врача открывается тот факт, что они становятся ненасытными, а их потребности оказываются неутолимыми. В анамнезе у таких пациентов есть свидетельства депривации в детстве (оральный период развития, когда доминировала возможность удовлетворения при сосании, насыщении). Возможным подтверждением этой гипотезы является то, что и во взрослом состоянии они могут проявлять поведенческие черты, которые концентрируются вокруг «оральных потребностей». Они часто имеют избыточную массу тела, склонны употреблять многочисленные лекарственные средства и, нередко, — курить. Ведение таких пациентов должно сочетать готовность дать им эмоциональную поддержку с установлением жестких лимитов на частоту контактов и время визитов. Консервативное медикаментозное лечение должно проводиться минимумом реально необходимых средств. В периоды кризисов и личностной декомпенсации допустимо некоторое временное расширение объема помощи.

Тревожная личность. Тревога — ощущение внутреннего напряжения и беспокойства, психического дискомфорта, возникающее в результате переживания смутной опасности, катастрофы в непредвиденном будущем (тревога, получившая наполнение конкретным содержанием, ста-

новится страхом). Часто она бывает окрашена в оттенки греховности, предчувствия физического ущерба. Подобное состояние является следствием внутреннего рассогласования планов, надежд, устремлений, привычного образа мыслей и чувств с реальностью. Для тревожной личности характерно наличие постоянной готовности к тревожным реакциям, иногда — хроническому состоянию тревожности. Чувствительные к мнению других, они испытывают чувство несовершенства и неполноценности и потому легко приходят в состояние смятения и замешательства. В ряде случаев, в ситуации стресса, это состояние перерастает в панический страх. Физические ощущения тревоги связываются с различными расстройствами деятельности внутренних органов, характерных, главным образом, для симпатoadренальной активации. К ним относятся изменение частоты дыхания и сердечных сокращений, артериального давления, гастроинтестинальные расстройства, головная боль, ощущение недостаточности дыхания (кислородного голода) может возникать гипервентиляция. Следствием возникающего при этом дыхательного алкалоза могут стать головокружение, дурнота, слабость, дрожание и парестезии. Нарушаются целесообразная деятельность, мыслительные процессы и сон. В происхождении подобных состояний повинно, вероятнее всего, сочетание генетического предрасположения (особенности обмена симпатических аминов) и условий воспитания, которые вызывали ранние детские страхи или ситуации, связанные с необходимостью контроля сексуальных или агрессивных чувств и действий. Ведение подобных пациентов предполагает необходимость их успокоения. Объяснения сущности наблюдаемых расстройств, а также демонстрацией элементарных приемов подавления гипервентиляции и напряженности (тренировка релаксации). Направление к психиатру может стать необходимым в случаях тяжелой, продолжительной тревоги, которую не удастся преодолеть релаксационными техниками.

Описание личностных типов, которые реже встречаются, можно продолжить следующим списком. **Шизоидные личности** характеризуются эмоциональной холодностью, отчужденностью, склонностью к самоанализу, **циклоидные** — спонтанной сменой аффективного фона, избыточной эмоциональной возбудимостью, **импульсивные** — выраженной тенденцией к конфликтному поведению, вспышками гнева или насилия, капризами.

В течение всей жизни человека изменяются уже сложившиеся привычки, приобретается опыт, и отшлифовываются грани характера. Семейный врач может наблюдать динамику развития личности от зачатия до глубокой старости,

конечно, в пределах своих возможностей, поэтому необходимо знать об изменениях личности на протяжении жизни.

2. Возрастные особенности развития личности

Жизнь человека — это тот путь, который он проходит от рождения до смерти. Судьба зависит от бесконечно разнообразных и кажущихся случайными факторов. Биография имеет социально-историческую обусловленность, так как общественные процессы, протекающие в современном мире, могут во многом определить события личной жизни. Семья (родительская, а затем и собственная), школа, студенческий и рабочий коллектив, общественные организации — все они представляют частные среды, меняющие друг друга на определенных этапах жизни человека. Жизненный путь каждого — это вереница событий, отмеченных личным участием, восприятием, оценкой и реакцией. Реакция человека — это и определенное поведение в конкретной ситуации, и переживание случившегося. События жизни — это не только изменения обстановки или новые формы отношений окружающих, это и нарушения в реализации жизненных планов и программ. Ответная реакция и степень перестройки личности под влиянием внешних событий зависит от активности личности. Так, психотравмирующие обстоятельства, патогенные события жизни проявляются лишь в соответствии со значимыми отношениями к ним личности.

Воздействия, переживаемые человеком в течение жизни, различаются по интенсивности, их влияние зависит еще и от жизненного периода, в котором находится личность.

Стресс — широкое понятие, характеризующее состояние активации и напряжения организма, вызванное жизненной стимуляцией (неожиданное событие, угроза его возникновения, перемена обстановки, жизненного стереотипа и т. п.). Стресс — неотъемлемая часть жизни, инструмент тренировки и повышения приспособительных возможностей организма и личности. Его позитивное или негативное значение рассматривается с точки зрения возможности переносить подобные состояния, увеличивая или снижая способности к активной деятельности. На основе проживания стрессов формируется многогранный опыт личности.

Конфликт — результат одновременного действия двух или нескольких мотивов поведения, которые могут быть «полярно» противоположны и не разрешимы (тогда они определяются как невротические) или разрешимы в определенных условиях. Конфликт формируется во внутреннем

мире человека, нередко как способность чувствовать себя виновным за определенные импульсы, которые могут оцениваться как неприемлемые.

Кризис — это состояние, которое возникает при угрозе удовлетворения фундаментальных потребностей («быть или не быть»). Это состояние, характеризующее не только человека, но и человеческие сообщества (от семьи — до большой группы). Кризис возникает при невозможности или неспособности преодолеть экстремальное воздействие стрессов. По мнению американского психолога Э. Эриксона [10], человек на протяжении жизни переживает восемь психосоциальных кризисов, специфических для каждого возраста, благоприятный или неблагоприятный исход которых определяет возможность последующего развития личности.

Первый кризис человек переживает на первом году жизни. Он связан с тем, удовлетворяются или нет его основные физиологические потребности. В первом случае у ребенка развивается чувство глубокого доверия к окружающему миру, а во втором, наоборот, — недоверие, а иногда и враждебность. В развитых странах распространенность психических нарушений среди детей младшего и старшего возраста составляет 12:100, а среди подростков — 15–16:100. Чаще всего встречаются нарушения поведения, несколько реже — тревожные расстройства и депрессия. (Тревожные расстройства и депрессия часто остаются нераспознанными, поскольку многие врачи даже не подозревают, что они возможны у детей). Особенности личности и поведения грудных детей нередко сохраняются и во взрослом состоянии.

Многие исследователи подчеркивают, что основополагающим для дальнейшего развития ребенка является именно первый период его жизни, когда он начинает познавать окружающий мир [4, 5, 7, 11]. Характерными нарушениями поведения в раннем возрасте можно назвать вспышки гнева, нарушения сна, детские аффективно-респираторные судороги, отсутствие аппетита. *Вспышки гнева* чаще всего наблюдаются в 1–2 года. Основной предрасполагающий фактор — усталость. Спокойный до того ребенок, пинает окружающих ногами, пронзительно кричит, бьется головой о стену, швыряет игрушки. Чтобы понять причины этого поведения, нужно подробно расспросить родителей: вспышками гнева ребенок чаще всего демонстрирует свое недовольство чем-либо. Родителям необходимо объяснить, что вспышки гнева у детей встречаются довольно часто. Обязательно стоит подчеркнуть, что вспышки гнева рассчитаны на зрителей и могут стать постоянными, если родители каждый раз будут успокаивать ребенка и давать ему требуемое. Рекомендуется во время вспышек гнева оставлять ребенка одного в комнате (но не закрывать его) и по возможности избегать

ситуаций, вызывающих вспышки гнева, а если это невозможно, то заранее отвлечь ребенка, например, занять его игрой.

Аффективно-респираторные судороги наблюдаются у детей от полугода до 6 лет, чаще всего в возрасте 2–3 лет. Они могут возникать во время вспышек гнева, а также в ответ на боль или испуг (даже незначительные). Во время приступа ребенок «заходится» в плаче, после чего наступает задержка дыхания на вдохе, появляется бледность, затем цианоз. При длительных задержках дыхания ребенок теряет сознание, возникают кратковременные судороги. Приступы длятся 10–60 секунд. В первую очередь успокаивают родителей, объясняя им, что приступы со временем проходят самостоятельно. Подчеркивают, что это не эпилепсия и что приступы не ведут к задержке умственного развития ребенка. Объясняют необходимость правильно воспитывать ребенка и избегать ситуаций, провоцирующих такие приступы.

Нарушения сна. Большинство детей до полугода очень часто просыпаются, а некоторые вообще не спят ночью. В возрасте до 2 лет просыпаются ночью, по меньшей мере, один раз, примерно 30% детей. Более чем у половины детей до 4 лет наблюдаются более или менее выраженные нарушения засыпания. Сновидения, и соответственно ночные кошмары, появляются на втором году жизни, когда ребенок начинает говорить. Родителям необходимо понять, что ребенок нуждается в ласке и заботе. Но нельзя поддаваться искушению забрать ребенка с собой в постель, бежать к нему среди ночи, а не то он снова и снова будет этого требовать. Если родители все же встали, то они должны успокоить ребенка и сразу же уложить его в кроватку. При нарушениях сна необходимо соблюдать распорядок дня, выполнять перед сном одни и те же действия (например, искупаться, выпить молоко, переодеться в пижаму, почистить зубы). Помогают заснуть тихая музыка, слабый свет, мягкая игрушка, которую ребенок берет с собой в кроватку. Хотя медикаментозного лечения обычно не требуется, иногда бывает полезно назначить на короткое время препарат, обладающий седативным и снотворным действием.

Отсутствие аппетита. Иногда от родителей можно услышать, что их ребенок ничего не ест. В этих случаях выясняют характер питания ребенка, измеряют его рост и массу тела, оценивают физическое развитие, сравнивают полученные результаты с возрастными нормами. Чаще всего оказывается, что развитие ребенка соответствует возрасту, а переживания родителей обусловлены неправильными представлениями о том, сколько ребенок должен съесть.

Второй кризис связан с первым опытом обучения, особенно с приучением ребенка к чистоплотности. Если родители понимают ребенка

и помогают контролировать ему естественные отправления, ребенок получает опыт автономии. Напротив, слишком строгий или слишком непоследовательный внешний контроль приводит к развитию у ребенка стыда или сомнений, связанных главным образом со страхом потерять контроль над собственным организмом.

Третий кризис соответствует дошкольному возрасту (4–6 лет). В этом возрасте происходит самоутверждение ребенка. Планы, которые он постоянно строит, и которые ему позволяют осуществить, способствуют развитию у него чувства инициативы. Наоборот, переживание повторных неудач и безответственности могут привести его к покорности и чувству вины. В этом возрасте часто можно встретить нарушения поведения у детей, на которые родители и бабушки с дедушками могут не обращать внимания, относя к разряду «особенностей взросления или характера». Однако следует быть внимательными, чтобы не пропустить более тяжелую патологию. Поведенческие расстройства — это самые частые психические нарушения у детей, их распространенность 3–5 на 100 детей. Для поведенческих расстройств характерны: вызывающее поведение и постоянное непослушание; чрезмерная драчливость и хулиганство; отсутствие раскаяния за содеянное; жестокость и агрессивность. От родителей можно услышать жалобы на подверженность дурным влияниям, трудности в общении, позднее неуспеваемость в школе (в 50% случаев). Еще одним фактором является нарушение внимания с гиперактивностью (в 30% случаев). Предрасполагающими факторами, приводящими к развитию поведенческих расстройств, являются недостаток заботы о ребенке, холодные отношения между родителями. Социально неблагополучная семья, жестокое обращение в семье, асоциальное поведение окружения тоже имеют негативное влияние на формирование расстройств поведения.

При коррекции расстройств поведения у детей в первую очередь надо постараться создать в семье обстановку тепла и заботы друг о друге. Для разрешения внутрисемейного конфликта проводят семейную психотерапию. Организуют свободное время ребенка, создают благоприятные условия для развития его интересов. Полезны занятия спортом, посещение кружков. Все это повышает самооценку ребенка, ставит перед ним цели, к которым он хочет стремиться. В сложных случаях используют программы коррекции поведения.

Примерно в этом же возрасте (3–6 лет) или ранее можно столкнуться с проблемами поведения ребенка, которые связаны с появлением младших детей в семье. Соперничество между детьми обычно возникает, когда в семье рождается еще один ребенок. Старший брат или сестра, особенно 1–2 лет, нередко ревнует своих родителей к ново-

рожденному. Ревность может проявляться попытками причинить боль, толкнуть, ткнуть пальцем, ущипнуть. Ревнующий ребенок ищет материнского внимания, заботы и любви, которые принадлежат ему по праву. Родители должны стараться уделять детям одинаковое внимание, пробуждать в старшем ребенке желание общаться с новорожденным и заботиться о нем. Полезно начинать еще до рождения младшего ребенка. Возможно провести с ревнующим (а лучше с еще не осознавшим факта появления «конкурента» в семье) ребенком примерно такой разговор: «Ты у нас такой хороший/хорошая и мы тебя так любим, что для того чтобы тебе было хорошо и интересно, мы решили «подарить» тебе братика/сестричку, чтобы ты его/ее так же любил как мы тебя». Такой не хитрый обмен мотивационными решениями помогает ребенку поучаствовать в радости ожидания появления нового члена семьи — и его появление будет восприниматься не как наказание, а как награда.

Четвертый кризис происходит в школьном возрасте. В школе ребенок учится работать, готовясь к выполнению будущих задач. В зависимости от царящей в школе атмосферы и принятых методов воспитания у ребенка развивается вкус к работе или же, напротив, чувство неполноценности, как в отношении реализации своих возможностей, так и в плане собственного статуса среди товарищей. В этот период встречаются следующие психологические проблемы: заикание, тики, дислексия, реже — детский аутизм. *Заикание* нередко сочетается с различными тиками, но обычно не связано с органическим поражением ЦНС. Заикание чаще встречается у мальчиков, начинается обычно в возрасте до 6 лет, особенно распространено среди школьников. Наиболее тяжело переносят свое заболевание подростки — в этом возрасте заикание часто вызывает тревожность, приводит к затворничеству. Прогноз благоприятный: в 80% случаев к 18–19 годам заикание проходит. Хотя заикание в большинстве случаев излечивается самостоятельно, все же рекомендуется направить ребенка к логопеду. *Тики* — это быстрые непроизвольные координированные стереотипные движения, не имеющие какой-либо цели. В большинстве случаев наблюдаются тики, вовлекающие лицевые мышцы, например наморщивание, похрюкивание, покашливание, свист. Тики обычно исчезают самостоятельно в течение года. При *дислексии* ребенок, имеющий нормальный коэффициент интеллекта, с трудом читает и пишет, так как не способен различать буквы, имеющие сходные, но по-разному ориентированные элементы, например «К» и «Х». Как правило, дислексия обнаруживается, когда ребенок начинает учиться в школе. У таких детей отмечается низкая успеваемость. При дислексии эффективны специальные обучающие программы.

Детский аутизм. Детский аутизм впервые был описан Л. Каннером в 1943 г. Заболевание развивается в возрасте 3 лет. Распространенность — 4:10000 детей. Мальчики страдают детским аутизмом в 4 раза чаще, чем девочки. У 80% больных имеется умственная отсталость. Диагностика достаточно трудна. Начало болезни обычно проявляется в 1–2 года. Оценивают следующие признаки: отсутствие навыков общения (по крайней мере, два признака из перечисленных): неразличение людей (не видят и не понимают различия «свой» и «чужой»); безразличие к утешениям; отсутствие подражания; неучастие в ролевых играх; нежелание общаться с людьми (ребенок избегает смотреть в глаза собеседнику). Нарушения развития речи (по крайней мере, один признак из перечисленных): отсутствие лепета, игровой жестикуляции, мимики, речи; нарушения невербального общения; нарушения строя или содержания речи; неумение начать и поддержать беседу. Нарушение двигательной активности, неразвитое воображение (по крайней мере один признак из перечисленных): стереотипные движения; ритуалы; сильная реакция на отклонение от привычного образа жизни; отсутствие фантазии в играх. Нарушения поведения: вспышки гнева; гиперактивность; агрессивное поведение; отсутствие чувства опасности. Диагностика детского аутизма особенно трудна у детей до 2 лет. Грудной ребенок при аутизме часто кричит и не успокаивается, когда его берут на руки, и перед этим не принимает позы готовности; на руках сопротивляется или, напротив, замирает; противится любому изменению распорядка дня; кажется глухим, не реагирует на прикосновения: не подражает взрослым; мало спит. При подозрении на детский аутизм показана консультация детского психиатра. Чем раньше начато лечение, тем выше вероятность успеха. Предложено много методов лечения детского аутизма, наиболее эффективный из них — поведенческая психотерапия. Важную роль играют обучение и занятия с логопедом. Лекарственные средства (транквилизаторы, антидепрессанты, противосудорожные средства) применяют только для лечения сопутствующих заболеваний [5, 11].

Пятый кризис переживают подростки обоего пола в поисках «идеалов поведения» (усвоения образцов поведения других людей, значимых для подростка) и самоопределения во «взрослом мире». Этот процесс предполагает объединение прошлого опыта подростка, его потенциальных возможностей и выбора, который он должен сделать. При патологическом развитии идентификации личности может произойти путаница ролей, которые подросток играет или будет играть в последующем. Кризис периода взросления — перестройка внутренних переживаний, которая коренится в изменении отношений подростка к

окружающей среде. В этом критическом периоде на протяжении короткого времени (нескольких лет, года) сосредоточены резкие и капитальные сдвиги в личности подростка. За короткий срок изменяются основные черты личности. Ребенок становится подростком с началом полового созревания. Длительность подросткового периода различна, но обычно он продолжается с 12 до 18 лет. В этот период ребенок, превращающийся во взрослого, борется между стремлением к независимости и невозможностью обойтись без взрослых. Подростки, безусловно, требуют от врача особого внимания, и он должен не только лечить их, но и предвидеть их трудности, вместе с родителями участвовать в их воспитании. Нужно помнить, что, хотя подростки неохотно принимают помощь взрослых, в глубине души они очень ценят заботу о себе. Подростковый период — это один из ключевых этапов формирования личности, поэтому этому периоду стоит уделить более пристальное внимание.

Периоды развития подростка. Младший подростковый период (11–14 лет) характеризуется началом полового созревания и связанными с ним психическими изменениями. Средний подростковый период (от 14 до 17 лет) — период становления независимости. Девочки проходят этот период значительно быстрее, чем мальчики. Мальчики быстро догоняют девочек по физическому и психическому развитию. Появляется интерес к противоположному полу. Организуются группы сверстников, которые предпочитают носить одинаковую одежду, употреблять одни и те же выражения, слушать одинаковую музыку. В этот же период большинство подростков начинают половую жизнь. Обычно это происходит в 16 лет (в одном и том же возрасте у юношей и девушек). Интересы подростка быстро меняются. Отличительная особенность поведения в этот период — стремление к эксперименту и риску. Поздний подростковый период (от 17 до 19 лет) — это период обретения уверенности в себе: отношения с родителями становятся спокойными, а цели более реалистичными.

Основные особенности психологии подростка — становление самосознания, эгоизм и недоверчивость. Для подростков характерны пристальный интерес к своей внешности (фигуре, массе тела, росту, состоянию кожи и т. д.), сильные переживания неудач в общении с лицами противоположного пола, низкая самооценка. Они требуют уважения к своему внутреннему миру и всегда ревностно охраняют его от постороннего вмешательства. Для полноценного развития подростку необходимы: свобода передвижения, уважение к его тайнам, безопасность (спокойная обстановка в семье), одобрение сверстников, ощущение, что рядом есть кто-то, на кого можно положиться, ку-миры, ощущение себя мужчиной или женщиной.

Еще одна особенность кроется в стремительности темпа происходящих изменений в психике и поведении. Все события немного напоминают «революцию внутри одного подростка». Особенность кризиса в том, что его границы, отделяющие начало и конец кризиса от предшествующих и последующих, неотчетливы. Удастся отметить обострение кризиса, когда он достигает апогея, обычно в середине своего развития. В это время обнаруживаются трудности воспитания, ухудшается успеваемость, ослабевает интерес к школьным занятиям, падает общая работоспособность. Развитие сопровождается более или менее острыми конфликтами с окружающими. Выраженность этих проявлений различна, вариаций протекания кризиса много [5, 7, 8, 11, 12]. Осложнения и бурное протекание процесса развития в период взросления наблюдается у 20% подростков. Формы кризиса у подростков различны. Это может быть *кризис идентичности*, который проявляется в чувстве неполноценности, депрессивном настроении и суицидальных намерениях; *кризис в форме деперсонализации и дереализации*, для которой характерны тревога, чувство отчуждения, беспокойство; *кризис, проявляющийся переживаниями своего физического недостатка — дисморфомания* (болезненные мысли о своем телесном дефекте). Может возникнуть *кризис в форме нарушения пищевого поведения* — нервная анорексия, проявляющаяся в сознательном, чрезвычайно стойком и целеустремленном желании похудеть, нередко достигающее выраженной кахексии с возможным смертельным исходом. Реже встречается нервная *булимия*, которая характеризуется приступами переедания и чрезмерной озабоченностью контролем массы тела, что приводит к принятию крайних мер для коррекции возможной полноты.

Кризис в форме метафизической интоксикации или болезненного мудрствования характеризуется однообразным философствованием на отвлеченные темы. Постоянные размышления, рассуждения, письменное отражение их в дневниках, записках и посланиях ярко эмоционально окрашены.

Кризис в форме суицидального поведения — это мысли о нежелании жить, намерения и действия, предпринимаемые с целью покончить с собой, и завершённые попытки самоубийства. Обычно суициды и попытки их совершить взаимосвязаны с другим отклоняющимся поведением: побегам, правонарушениями, алкоголизацией, конфликтами с родителями, сексуальными эксцессами и т. д. Однако, работая с подростками, никогда не следует забывать о реальности развития у них депрессии и самоубийства. Самоубийство — вторая по частоте причина смерти в этой возрастной группе. Суицидальные попытки бывают чаще у девушек

(в 8–20 раз чаще), а самоубийства, напротив, — у юношей (в 4 раза чаще). Заподозрить *депрессию* следует при наличии следующих проявлений: нарушения сна, изменение аппетита, потеря интереса к друзьям, учебе, семье, ощущение собственной никчемности, резкое снижение успеваемости, плаксивость и эмоциональная лабильность, психосоматические нарушения, интерес к вопросам смерти, суицидальные попытки. Не нужно бояться задавать вопросы о самоубийстве: показано, что такого рода разговоры не провоцируют самоубийство, а напротив, дают подростку возможность выговориться, заново осмыслить сложившуюся ситуацию. Факторы риска суицидных поступков у подростков — это уже совершившиеся или отмечавшиеся ранее суицидальные *намерения* или *попытки*, неспособность самостоятельно справиться с трудностями, отсутствие поддержки в семье, конфликт между родителями, раздельное проживание родителей, психические нарушения, алкоголизм, наркомания в семье, суицидальные попытки или самоубийства в семье, жестокое обращение с детьми, *мужской пол*, одиночество. Усугубляют положение психические нарушения: *большая депрессия*, психозы, алкоголизм, наркомания, психопатии. Часто наблюдается саморазрушительное поведение. Иногда роковую роль может сыграть *доступность оружия и ядов*.

Выявленный высокий риск самоубийства должен заставить врача активно действовать. Непосредственной причиной самоубийства может стать смерть близкого человека (или годовщина смерти), развод родителей, ссора с друзьями или болезнь. Несмотря на то, что врач общей практики может с успехом лечить больных депрессией, во всех случаях **показана консультация психиатра**.

Кризис в формате асоциального поведения. В пубертатном возрасте подросток, стремясь к самостоятельности, пытается освободиться от семейных уз. Отделяясь от семьи, подросток присоединяется к различным группам. Интересами таких групп могут быть увлечения азартными играми, культ силы, экстремальные виды спорта и т.д. Демонстрируя свою «необычность» они могут нарушать социальные нормы. Часть из них проявляет склонность к противоправным поступкам. Отсутствие надзора за поведением подростка, семейная и педагогическая запущенность способствуют как асоциальности, так и противоправному поведению подростка. Однако не следует забывать, что совершенно естественно, что подростки и их родители нередко расходятся во мнениях. Подростки часто восстают против обычаев и авторитетов. Склонность к бунтарству обычно исчезает только к 18 годам. Проявления бунтарства могут включать осуждение родителей, сомнения в их правоте, привычка грубо обрывать членов семьи и даже друзей, необычные и даже вызывающие

одежда и прическа, курение и употребление алкоголя, хвастовство и позерство, бурные любовные увлечения. Тем не менее, нужно отличать естественное для подростков бунтарство от психических нарушений. К таким признакам *психических нарушений у подростков* относятся: отказ посещать школу, вандализм и воровство, наркомания, беспорядочная половая жизнь, нервная анорексия и нервная булимия, депрессия (нужно помнить, что она может привести к самоубийству).

Во время подросткового периода конфликты с родителями неизбежны, особенно когда подростку 13–16 лет. Родителям постоянно приходится балансировать между сохранением опеки над ребенком и уважением его свободы. В этой ситуации важно напомнить встревоженным членам семьи, где бунтует подросток, несколько важных правил внутрисемейного поведения. Итак: очень важно не осуждать подростка и относиться к нему с уважением, не быть назойливым. Больше слушать, научиться и уметь чувствовать то, о чем подросток стесняется говорить. Быть гибким, но последовательным, уметь вовремя прийти на помощь. Установить основные правила поведения (например, не пить крепкие спиртные напитки, не употреблять нецензурные слова), давать подростку советы по питанию и уходу за кожей, не задавать неуместных вопросов, касающихся половой жизни подростка.

Течение и прогноз кризиса в подростковом возрасте зависит от того, какие механизмы легли в основу нервно-психических и психосоматических нарушений, а также насколько имеющаяся симптоматика дезадаптировала подростка. В 30–40% случаев кризис завершается нормализацией психики и поведения. В других случаях кризис может смениться неврозом, психосоматическим расстройством, личностными нарушениями, алкоголизацией, наркотизацией или психозом (шизофренией). *Случаи, требующие обязательной консультации специалиста: подозрение на жестокое обращение с ребенком или подростком, подозрение на органический характер выявленных нарушений.*

Шестой кризис свойствен молодым взрослым людям. Он связан с поиском близости с любимым человеком, вместе с которым ему предстоит совершать цикл «работа — рождение детей — отдых», чтобы обеспечить своим детям надлежащее развитие.

Седьмой кризис переживается человеком в сорокалетнем возрасте. Он характеризуется развитием чувства сохранения рода, выражающегося главным образом в «интересе к следующему поколению и его воспитанию». Этот период отличается высокой продуктивностью и созидательностью в самых различных областях. Если, напротив, эволюция супружеской жизни идет иным путем, она

может застыть в состоянии псевдоблизости, что обрекает супругов на существование лишь для самих себя с риском оскудевания межличностных отношений. В зрелом возрасте человек проходит через серьезные испытания, связанные с изменением приоритетов и ценностных ориентаций. Происходит переориентация личностных ориентиров, если в молодости это были сила, храбрость, красота, то в зрелом возрасте на первый план выходят мудрость и доброта. В межличностных отношениях доминирующими становятся социальные связи. При дезадаптивной организации личности можно наблюдать разнообразие патологических реакций, проявляющихся от тревожно-депрессивных настроений, как проявлений низкой самооценки, до серьезных психосоматических заболеваний с развернутыми «флагами» маскирующих синдромов.

Восьмой кризис переживается во время старения. Он знаменует собой завершение предшествующего жизненного пути, а оно зависит от того, как путь был пройден. Прошедшая жизнь воспринимается как единое целое, в котором уже ничего нельзя изменить. Если человек не может свести свои прошлые поступки в единое целое, он завершает свою жизнь в страхе перед смертью и в отчаянии от невозможности начать жизнь заново. Способность перенести тяготы инволюционных изменений зависит от преодоления жесткой привязанности к профессиональной роли как определяющему фактору самооценки (кем Я стал). У зрелой и гармонично развитой личности формируется оценка «Я» на основе понимания значимости реальных жизненных свершений (что Я сделал). Осознание естественности ухудшения здоровья и старения позволяет выработать необходимое равнодушие и спокойствие по отношению к признакам недомогания и дает возможность без ужаса принять мысль о смерти.

Чаще всего подчеркивают, что в старости происходит изменение индивидуальных особенностей личности и характера, но эти изменения носят при нормальном старении количественный, а не качественный характер. Еще одна большая психологическая проблема старого человека — одиночество. Многие люди старшего возраста, особенно овдовевшие, живут одни. При этом происходит значительная ломка ранее сложившегося стереотипа жизни, поведения, общения. Они, как правило, оказываются оторванными от семей детей или отвергнуты ими, резко ограничиваются социальные связи (уход на пенсию, отсутствие хобби, потеря друзей, сослуживцев, привычного занятия и т. п.). Многие старики выбирают одиночество самостоятельно, при наличии детей и родственников. В основе желания старика иметь «свой угол» и даже свою семью лежат стремление сохранить свой привычный мир, отстоять себя как личность [13–15].

Нельзя обойти вопрос об отношении к смерти. Логичным является отсутствие мыслей о смерти у молодежи и наличие их у стариков, но это не должен быть страх смерти. Появляющийся интерес к обсуждению возраста, подготовка денег на похороны, вещей для погребения — это естественный психологический процесс. У старых людей снижены самочувствие, самоощущение, самооценка, усиливается чувство умаления собственной значимости, полезности, появляется неуверенность в себе, в своих силах и возможностях. Преобладают пониженное настроение, особенно в связи с болезненностью, потерей близких, одиночеством. Нередко возникает раздражительность по пустякам. Они становятся эгоистичными и эгоцентричными, большими интравертами, внешние интересы сужаются из-за трудностей общения, невозможности посещения знакомых, активного участия в общественной жизни, в связи с этим интерес может переключиться только на свое физическое состояние, возникает ипохондрическая мнительность, настороженность. Неуверенность в себе и в завтрашнем дне делает стариков более мелочными, придирчивыми, иногда скупыми, мелочно расчетливыми, педантичными, малоинициативными.

Известно, что в старости ослабляется способность к концентрации внимания, суживается его объем, оно становится ригидным и вместе с тем, быстро истощается. Снижается скорость усвоения и воспроизведения новой информации. Но не следует забывать, что огромный интеллектуальный опыт и многообразие навыков позволяют эффективно использовать их для решения многих задач и ситуаций, в чем и сказывается мудрость стариков. Патологическая старость — это неуклонное поступательное асинхронное, асимметричное развитие органических изменений личности и характера, утрата интеллектуально-мнестических и эмоциональных проявлений психики, вплоть до слабоумия.

3. Основы представления о семье, ее функциях, развитии и влиянии на личность

Семья является одним из важнейших атрибутов общества, ключевой формой организации личного быта, основанной на супружеском союзе и родственных связях [17–19].

Со времен родовой организации человеческого общества закрепление постоянных отношений между членами семьи приобретало различные формы, обрастало правилами, предписывалось конфессиональными догмами и т. д. Для чего человеку нужна семья? Исторически чаще всего возникали следующие аргументы: для выживания потомства, для расширения социальных возможностей, для развития и фор-

мирования своеобразного «клея» в отношениях родов, во имя объединения собственности, для получения контрибуции, для подкрепления военных гарантий. Можно согласиться с тем, что и сейчас некоторые из этих аргументов сохраняют актуальность. А для чего необходима семья в наше время? Этим вопросом задаются многие социологи и психологи — и многие говорят об изменениях и кризисе института семьи. Причин для этого называют множество — от нивелирования гендерных различий в социальном статусе, до сексуальной революции конца прошлого века [19].

Как любая сложная система, семья на протяжении своего существования проходит многие этапы развития. Семья не статичное образование, ее развитие отражается в фазах ее жизненного цикла. Начинается формирование с периода ухаживания и брака, после чего в большинстве случаев семья расширяется за счет растущих детей, затем сокращается, когда дети покидают дом, чтобы вступить в самостоятельную жизнь [17, 19].

На всех стадиях жизненного цикла у каждой семьи есть психологические и медицинские проблемы. Зная особенности каждой стадии, врач может заранее подготовиться к их решению.

Первый этап — встреча будущих супругов, их эмоциональное притяжение друг к другу, *вступление в брак и жизнь молодой супружеской пары без детей*. В этот период происходит формирование отношений внутри брака, регулируются отношения, касающиеся будущей беременности, желания стать родителями. Выстраиваются отношения с другими родственниками. Происходит взаимное приспособление характеров, вырабатываются внутренние правила поведения, распределяются роли и обязанности в семье. Супруги не только приспособляются друг к другу, но и решают для себя вопросы о сохранении или изменении традиций родительских семей, выстраивании новых отношений с другими родственниками.

Важную роль на начальном этапе формирования семьи играет еще и ее территориальное размещение. Современные социологические исследования выделяют несколько типов семей по этому признаку. Семьи, размещающиеся на новой территории (неолокальные); семьи, где жена приходит в семью мужа (патрилокальные); семьи, где муж приходит в семью жены (парилокальные); семьи, где отец не живет в семье, поэтому семья состоит из взрослых женщин с маленькими детьми (матрифокальные); семьи, где маленькие дети живут со своими матерями, но по достижении зрелости уходят жить в дом брата матери (авнуклокальные); семьи в которых нет строгой привязки к порождающей семье (амбилокальные); семьи, где муж и жена

остаются жить в семьях своих родителей (натокальные). Сейчас в развитых странах приветствуется неолокальное размещение семей, однако в современной России оно является, скорее, амбилокальным. В зависимости от территориальной самостоятельности, скорее всего, и начнет формироваться модель распределения ролей в молодой семье. Степень взаимовлияния и, что иногда гораздо существеннее, взаимозависимость, как материальная, так и психологическая, будет играть важную роль при принятии практически любых решений [18].

Еще один важный аспект формирования молодой семьи, влияние которого будет продолжаться и далее, это профессиональная карьера супругов. Как будут развиваться семейные взаимоотношения при стремительном карьерном успехе одного из супругов; а если оба весьма успешны, но карьерные интересы противоречат друг другу; а если потребуется перемена места жительства? Конечно, заранее нельзя предусмотреть развитие всех вариантов, но приобретать навыки долгосрочного семейного совместного планирования нужно. Хорошо, если на каждом этапе развития семьи супруги прорабатывают так называемые «золотые» и «худшие» сценарии. Рождение семьи, включающее этапы ухаживания и заключения брака, — это время формирования личных жизненных целей каждого из партнеров, оценка прошедшего этапа жизни и планирование будущего: учебы, карьеры, материального обеспечения, культурного и духовного совершенствования. На этой стадии возникают не только личные, но и общие эмоциональные проблемы: формируются новые дружеские связи, расширяются и завязываются новые родственные отношения. Рождается и формируется стиль и образ жизни семьи. Роль семейного врача на этом этапе очень важна. От него в немалой степени зависит, будет ли эта семья здоровой, или у супругов возникнет риск развития хронических заболеваний. Высока роль информирования, обучения членов семьи на этом этапе. Необходимо проконсультировать их по вопросам здорового образа жизни, давая основы рационального питания и здоровой физической активности, обучить партнеров гигиене половой жизни, безопасности половых отношений. Если супруги не были привиты против гепатита, им нужно предложить вакцинацию. Особое внимание нужно уделить вопросам планирования семьи. Упомянем также и о другом риске, часто возникающем в молодом возрасте — это агрессивное поведение, хранение оружия, опасный стиль вождения автомобиля или других транспортных средств. Врач должен получить информацию об употреблении алкоголя и курении членов семьи, чтобы мотивировать

молодых супругов к изменению поведения, если это необходимо.

Следующий этап развития — *это появление в семье первого ребенка*. В начале этого периода семью охватывает суэта ожидания — планирование, предвкушение, подготовка и т.д. Это — если ребенок желанен, а если нет? С этого момента могут начаться конфликты из-за изменения ролей и сфер интересов, попытки манипуляций, в последующем все это скажется на положении ребенка. И вот малыш появляется на свет: поздравления, подарки, радость, цветы; а за ними — кормление, пеленки, купание, вздутие животика, срыгивание, крик по ночам, подгузники, и как следствие, усталость, упреки, выяснение отношений. Или не так? Все это может случиться как раз в семье, не подготовленной к этому этапу, или в семье, где нет поддержки между разными поколениями и супругами, или в неполной семье и т.п. Трудности этого периода могут быть преодолены путем обучения и помощи в перераспределении новых обязанностей. Общесемейными задачами этого этапа становится адаптация к появлению ребенка, забота о правильном его развитии, удовлетворение потребностей и ребенка и родителей. Здесь потребуются новое распределение ролей, координация усилий, помощь старших родственников, согласование потребностей всех членов семьи. На этапе рождения первенца, а затем и других детей, когда в семье появляются новые члены системы, основными социальными и психологическими проблемами являются приспособление семейного пространства к ребенку, решение финансовых, домашних воспитательных задач, улаживание отношений с бабушками и дедушками. Основные медицинские проблемы — это проблемы, связанные с ребенком. К ним относятся, прежде всего, грудное вскармливание и питание ребенка. Немаловажными являются воспитание у детей привычки быть физически активными, предупреждение детского травматизма, вакцинация. В некоторых семьях возникает сложная проблема насилия над детьми, решение которой требует привлечения психологов, а иногда — психиатров и юристов. Не следует забывать и о взрослых членах семьи. В это время актуальны такие темы для бесед, как предупреждение незапланированной беременности, контрацепция, гигиена половых отношений. Супруги приближаются к возрасту начала хронических неинфекционных заболеваний, поэтому следует еще раз напомнить им о правилах рационального питания, физической активности, о вреде курения и злоупотребления алкоголем.

Ребенок подрастает, и семья переходит на следующий этап развития — в это время ре-

бенок вступает в свои *первые социальные контакты* (после 2,5 лет) — поступление в ясли или детский сад, а в семье вновь происходит пересмотр обязанностей и ролей. Кто будет отводить и приводить ребенка в детский сад? Будет ли работать или продолжать учебу мама? Кто будет оставлять работу для ухода за болеющим ребенком? А может быть, планируется появление младших детей? Все перечисленные вопросы иногда кажутся простыми, пока мы не сталкиваемся с реальностью. И вновь — семья сплачивается и начинает договариваться, формируются новые связи и корректируются обязанности — семья развивается дальше. Очень важно на этом отрезке семейного пути восстановить гармоничные отношения и равновесие в ролях. Помощь старших членов семьи — бабушек и дедушек — снимает часть нагрузки с родителей и помогает как в сплочении внутрисемейных связей, так и в формировании личности ребенка. Маленький человек учится общаться с разными взрослыми, привыкая принимать интересы родителей. Придание ребенку статуса единственно определяющего интересы семьи крайне не желательно. Развиваться должны все члены семьи, излишняя концентрация на интересах чада может в последствии привести к формированию акцентуации личности.

Далее наступает период, когда *дети идут в школу*. Начинается обучение ребенка и родителей. Формируются новые контакты, происходит приспособление к новому режиму и новым нагрузкам (часто весьма существенным). Появляются и начинают претворяться в жизнь далеко идущие планы, касающиеся последующего образования, профессии, дополнительных знаний и навыков. Это опять потребует пересмотра ритма жизни семьи, перераспределения обязанностей, новых материальных затрат. Потребуется помощь, если до этого этапа ее не было, старшего поколения. И вновь вопросы, как сложатся отношения между разными поколениями, вынужденными очень тесно общаться. Может быть, наоборот, самим бабушкам и дедушкам потребуются помощь и поддержка. Знание механизмов развития, предвидение и предупреждение возможных проблем уберезет семью на этом этапе.

На следующем этапе семейного развития под- ходит время возрастных кризисов у членов семьи — *дети вступают в проблемный подростковый возраст*, родители приближаются к времени кризиса середины жизни, пожилые родители вых- дят окончательно на пенсию. При этом от забот повседневных, связанных с функционированием семьи, тоже невозможно отказаться. Такой семье очень нужна поддержка. Она может быть разно- образной, важно чтобы возникающие кризисные

ситуации разрешались при участии всех членов семьи. Этот этап может «принести» в семью большой «букет» психосоматических проблем со здоровьем.

Когда дети вступают в подростковый период, родители сталкиваются с новыми психологическими проблемами. Это, в первую очередь, растущая независимость детей, изменение отношения к родителям. В то же время, родители-супруги вступают в период смены жизненных ценностей. На первое место выходят карьерные устремления, потребность в повышении на службе, а, следовательно, необходимость больше времени и усилий отдавать работе. Однако на этом этапе у «первых», или старших, родителей, начинается период зависимости от детей, связанный с ухудшением здоровья. Возможно, потребуются объединение семей, и это может привести к возникновению новых сложных проблем.

Детям-подросткам в этот период необходимо консультирование по питанию, так как в подростковом возрасте меняются потребности в питательных веществах, а с другой стороны — изменяются вкусовые и пищевые пристрастия и привычки. У девочек-подростков могут возникать нарушения пищевого поведения, вплоть до нервной анорексии и булимии. Мальчики нуждаются в изменении принципов питания, если они увлекаются занятиями спортом, наращивают мышечную массу. В это время нередки ошибки в питании, связанные с недостаточной информированностью подростков. Подростковый период характеризуется попытками «пробовать» курение, алкоголь, наркотики. Вред этих привычек следует разъяснять подросткам. На это же время приходится начало половой жизни. Актуальны беседы и консультирование подростков по вопросам гигиены половых отношений, предупреждению нежелательной беременности, обучению правилам контрацепции. Предупреждение травматизма, связанного с повышенной агрессивностью, правила обращения с оружием, транспортными средствами, использование защитных приспособлений во время занятий спортом — все это темы для бесед с подростками. Еще несколько важных медицинских проблем подросткового возраста, требующих своевременной оценки и вмешательства семейного врача — это депрессии, суицидные попытки.

Следующий весьма значимый этап жизни семьи — это *разделение поколений*. Дети, обретая самостоятельность, начинают выходить из-под опеки и влияния родителей, приобретают опыт взрослых взаимоотношений, начинают планировать самостоятельную жизнь. Иногда этот этап начинается с поступления ребенка на учебу в другом городе или стране. Иногда — сразу, с планирования новой молодой семьи и/или

появления внуков. А вот иногда и вовсе «не спешит» начинаться, если родители прикладывая усилия к удержанию детей возле себя. Часто это происходит в неполных семьях. Взрослые используют различные манипуляции, подкрепленные психосоматическими проблемами, решение которых может представить весьма трудную задачу для врача.

Взрослые члены семьи в этом периоде могут страдать от прогрессирования хронических заболеваний, таких, как гипертензия, диабет, ожирение, ишемическая болезнь сердца, хронические обструктивные болезни легких. Поэтому для них актуальными остаются консультации по питанию, принципам здоровой физической активности, отвыканию от вредных привычек. Сексуальная активность, сохраняющаяся у супругов, требует внимания к вопросам контрацепции и предупреждения заболеваний, передающихся половым путем. Семья вступает в фазу, когда пожилые старшие родители требуют все большего внимания и ухода. Супругов необходимо проинформировать об особенностях здоровья пожилых и проблемах, связанных с развитием деменции, ослабления интеллекта и памяти, научить их, как предупредить последствия и предупредить причины падений. Члены семьи должны приготовиться к возможным утратам, длительному уходу за тяжелобольными родителями.

Очередной важный этап развития семьи, если он не совпал с предыдущим, это *выход на пенсию* одного или обоих супругов. Перемена деятельности, сокращение контактов, низкая социальная защищенность могут привести к развитию таких серьезных нарушений, как депрессия. Для пожилой пары важно сохранение взаимной поддержки, хорошие связи с детьми и внуками, грамотно организованная помощь и уход. Задача семейного врача в этот период — первичная и, чаще, вторичная профилактика и лечение хронических неинфекционных заболеваний, предупреждение полипрагмазии, принятие решения по поводу заместительной гормональной терапии, химиопрофилактики. Необходимо поддерживать на должном уровне физическую активность и сохранять принципы здорового питания, учитывая возрастные особенности.

К сожалению, после смерти одного из супругов, семья тоже перестает существовать. Остается одинокий пожилой человек, забота о котором должна лежать на детях и внуках. Будет решаться вопрос о дальнейшем проживании: самостоятельно или совместно с младшим поколением. Если пожилой член семьи будет жить отдельно, как будет организована материальная поддержка и другая помощь? Часто с пожилыми людьми трудно ужиться, но остав-

лять их без помощи не допустимо еще и из-за проблем со здоровьем. К ним относятся ограничение подвижности, падения, депрессии, деменции, хронические заболевания, в том числе онкологические, полипрагмазия. Актуальными темами для обучения и бесед остаются вопросы питания, физической активности, а также использование протезов и приспособлений. В некоторых семьях медицинские работники могут столкнуться с насилием над пожилыми.

На протяжении всех этапов развития семьи можно встретить кризисные ситуации. Их принято разделять на «острые», как правило, связанные с непредсказуемыми или непредотвратимыми ситуациями — смерть, арест, внезапная тяжелая болезнь, измена. И хронические, повторяющиеся — бытовые проблемы, проблемы, связанные с работой, разобщение интересов на различных этапах жизни, проблемы с жильем. Другая группа трудностей в семейной жизни совпадает с переходом семьи на новый этап развития и/или с проявлениями возрастных кризисов у отдельных членов семьи. Соответственно, чем больше совпадений во времени, тем больше накал страстей. Нам следует помнить, что в период кризисов возможно развитие разнообразных психосоматических нарушений у всех членов семьи, крайние проявления личностных особенностей [17, 19].

На всех этапах жизненного цикла семьи существуют свои особенности, свои проблемы. Помощь семейного врача в их решении и предупреждении важна для пациентов, потому что именно медицинским работникам более всего доверяют люди, получая информацию о здоровье. Поведение человека и отношение к здоровью формируется в семье. В этом процессе роль и влияние врача очень значительны.

В наше время все чаще жизненный цикл семьи завершается расторжением брака. В течение года после развода уровень жизни у женщин падает, а у мужчин — повышается. Разводы оказывают негативное действие на детей (сильнее на девочек) и бабушек с дедушками.

Как следует из исследований, проведенных в 80-е годы, возможность воспринимать и переживать случившиеся события имеется у детей уже в раннем возрасте (до 3 лет). При патологических переживаниях выявляется задержка развития, возрастная регрессия, возникают проблемы с кормлением, сном, туалетом. У дошкольников (3–5 лет) появляются страхи, выявляется энурез, возможны ночные кошмары, непослушание, агрессивное поведение. Школьники младших классов (6–8 лет) особенно остро переживают семейную катастрофу как значимую потерю, на которую реагируют снижением настроения, чувством стыда, ненужности, отвергнутости, что может проявляться не-

произвольным мочеиспусканием, нарушениями сна. Дети старших возрастных групп способны оценить случившееся как «проблемы родителей», хотя и требуют объяснений, пытаются определить свое отношение к покинувшему семью родителю, испытывают чувства враждебности.

Выделяют пять основных компонентов семейного функционирования.

Адаптивность — способность использовать внутрисемейные или внешние ресурсы для решения проблем, возникающих в семейном кризисе.

Партнерство — способность к разделению между членами семьи различных обязанностей либо принятие совместных решений по важным для семьи проблемам.

Перспективность — готовность к постоянному сотрудничеству при решении вопросов, связанных как с ростом и развитием отдельных членов семьи, так и с повышением статуса семьи.

Привязанность, преданность друг другу и общим семейным проблемам определяется по свидетельствам заботы, помощи, любви, существующим в семье.

Реальность взаимодействия, оцениваемая по тому времени, объему усилий или материальной поддержки, которые готовы обеспечить друг другу все члены семейства.

Число психологических тестов используемых для оценки качества семейного функционирования велико. Они ориентированы на анализ супружеской удовлетворенности, согласованности действий, мыслей и оценочных суждений. Определяется так же прочность внутренних связей, привычные способы разрешения возникающих проблем и, наконец, анализируются индивидуальные проявления любви и взаимопонимания. Оцениваются и *ресурсы*, которые могут быть мобилизованы членами семьи для преодоления кризисных процессов. Среди таких резервов особое значение имеют развитие социальных связей (друзья, общие интересы в деле, клубы и другие общественные группы). Важны чувства групповой гордости и солидарности; экономическая стабильность и обеспеченность; уровень образования и культуры, традиции общения и жизненный стиль; доступность медицинской помощи; религиозность и искренность веры, общность конфессий. Надежность и развитость ресурсного потенциала в семье обеспечивает возможность благоприятного преодоления кризиса [19].

4. Взаимоотношения врача и пациента

По сравнению со многими доверительными беседами в обычной жизни, взаимодействие пациента с врачом имеет вполне четкие цели. Пациент и

врач — это два индивида с различными взглядами, но цель их встречи заключается в том, чтобы за короткое время прийти к общему пониманию того, в какой помощи нуждается пациент и выработать единое мнение о том, как справиться с проблемами наилучшим образом [20, 21].

В беседу вовлечены два человека — как сделать общение продуктивным и приятным?

Можно использовать приемы «активного слушания»: мимику, жесты, включать в диалог слова, одобряющие и поддерживающие активный рассказ пациента. Поддерживать диалог — эмоциональная поддержка в некоторых ситуациях может стать более значимой, чем информационная составляющая врачебной консультации, однако, не следует полностью погружаться в поток эмоций, иначе трудно будет избежать эмоционального выгорания. Вопросы, приводящие пациентов к врачу очень разнообразны, одни из них очевидны, иные — замаскированы, а некоторые и вовсе не осознаваемы самими пациентами. Во всех этих ситуациях комфортность и эффективность общения будут зависеть от нескольких составляющих — стиля общения в паре, соответствия информации, полученной пациентом, его ожиданиям и от вовлеченности пациента в процесс принятия решения. Необходимо упомянуть и о таком понятии как скорость беседы. Разные люди говорят и думают с различной «скоростью», процесс восприятия и переработки информации зависит от множества конституциональных и генетических факторов, но еще важную роль играет возраст, чем старше мы становимся, тем больше времени нам требуется для восприятия и переработки новой информации. Именно поэтому для общения с пожилыми пациентами потребуется более сдержанный темп речи, повторение отдельных фраз, хорошо бы написать советы. В практике мы все часто пишем советы и назначения на небольших листочках, утешая себя надеждой, что уж именно это пациент обязательно сделает. Но мы часто торопимся, забывая написать — кому, когда и кто записал рекомендации, а без этих важных данных наша бумага останется просто бумажкой с перечислением какой-то информации, никому не адресованной. Можно посоветовать для постоянных пациентов, часто обращающихся по поводу длительно существующих проблем, вести блокноты-дневники, в которых (вместо бумажек) можно вносить текущие рекомендации.

Модели общения в паре врач-пациент могут быть различными, выбор может быть продиктован как спонтанно сложившейся ситуацией (так часто ведут себя молодые врачи — пытаюсь включиться в поведение пациента), так и стать результатом осознанного построения беседы. Наименее эмпативной и, следовательно, самой «малозатратной» является *информационная модель* общения.

Предполагается, что относительно беспристрастный врач, анализируя имеющиеся данные, предоставляет пациенту информацию о значении тех или иных результатов обследований. Такая модель действительно применима для некоторых видов консультаций — чаще всего это короткие собеседования с «очень узкими специалистами» по результатам сложных исследований.

Чаще мы встречаемся с *интерпретационной моделью* общения — когда после беседы с пациентом и проведения обследования, врач побуждает пациента к действиям, или отказу от таковых, рекомендует лечение и объясняет (иногда) свои действия. Такая модель уже более открыта, кажется, что она направлена на помощь пациенту, но это не совсем так. При таком общении часто ускользают вопросы, которые пациент не успел или постеснялся задать, не учитывается скрытая мотивация обращения пациента к врачу, остаются без обсуждения сомнения и возможности пациента следовать рекомендациям.

Другая модель — где врач выступает в роли опекуна и «нянюшки», названа *патерналистской*. Многие врачи и пациенты достаточно долго придерживаются этой модели, но, как и в случае с интерпретационной моделью, в таких взаимоотношениях мало учитываются и мнение и желания пациента. В то же время, от пациента уходит ответственность за ситуацию — раз врач взял на себя опеку, он и отвечает за развитие событий. Противоположной моделью может стать позиция «пациент всегда прав», которая провозглашается в некоторых коммерческих центрах. В таком общении тоже скрыты подводные камни — от излишнего потакания поведению пациентов до вынужденного следования за многочисленными пожеланиями сложных и «современных», но ненужных обследований.

Совещательная модель общения основана на взаимном доверии и согласии врача и пациента. Во время беседы важно обратить внимание на отношение пациента к проблеме, с которой он обратился, выяснить его ожидания от общения с врачом. Возможности, опасения и надежды пациента следует принимать во внимание и принимая решения по обследованию и назначению лечения.

Общение в паре врач-пациент всегда происходит на нескольких уровнях сразу. Это вербальный уровень, где важную роль играют интонация, тембр голоса, скорость речи, медицинский жаргон, частота обращения по имени. Невербальное общение — мы осознано или подсознательно улавливаем язык жестов, мимики, спонтанные реакции тела и конечностей на значимую информацию. Немаловажную роль в таком общении имеет и предыдущий опыт. Человеческая память охотно выстраивает ассоциативные ряды для облегчения затрат на адаптацию в каждой

конкретной ситуации. Поэтому, чем больше опыт у нас за спиной, тем охотнее мы используем уже проверенные «модели». И тем сильнее оказывается внутреннее разногласие, когда «понятный» человек начинает вести себя не так, как мы предполагали.

Особенностью медицинского общения всегда является личная направленность интересов беседы. Человек, обращающийся к врачу, предполагает, что врач заинтересован в решении его проблем, а для врача одной из задач консультации становится не только уточнение чисто биомедицинских данных, но и анализ личности пациента. А именно, того, как пациент воспринимает и относится к своему недугу, факторам риска, необходимости что-то менять в поведении; какие факторы его поведения можно отнести к личностным особенностям, а что уже является психологической защитой. Защищаться можно действием и бездействием, отрицанием и пересмотром мотивации, защит много, но какой бы ни была защита, ее корни чаще всего в страхе, неуверенности и усталости.

Иногда действительно трудно смириться с тем, что пациенты не следуют рекомендациям, легкомысленно, как нам кажется, относятся к рассказам о факторах риска и профилактике. Но за каждым решением наших пациентов кроются особенности их жизни, их окружения, их сознания. Следует запастись мудростью и терпением, чтобы продолжать практику и следовать хорошему совету норвежца Е. Хендерсона: «Когда Вы говорите с пациентом, Вам следует услышать, во-первых, — что он хочет сказать, во-вторых, — что он не хочет сказать, в-третьих, — что он не может сказать».

Каждый раз, работая индивидуально с пациентом, мы имеем дело с другим миром, другой «планетой». У каждого есть своя история, свой дом, свой мир, своя семья, свои представления о мире и о себе. Все проявления и влияния этого мира тесно переплетены в человеке, на его планете существуют его собственные законы, праздники и табу, верования и заблуждения. И этот мир нам необходимо понять и принять, научиться взаимодействовать с ним, помогать и любить.

Литература

1. Психотерапевтическая энциклопедия / под ред. проф. Б.Д. Карвасарского. — СПб.: ПИТЕР, 1999.—752 с.
2. Губачев Ю. М., Макенко В. В. Психосоциальные проблемы семейной медицины. — СПб., 1998.— С. 6–21.
3. Юнг К. Аналитическая психология / перевод с немецкого. — М.: Медицина, 1994. — 468 с.
4. Фрейд З. О клиническом психоанализе. Избранные сочинения. — М.: Медицина, 1992.— 288 с.
5. Гарбузов В. И. Концепция инстинктов и психосоматическая патология (надзозологическая диагностика и терапия психосоматических заболеваний и неврозов).— СПб.: СОТИС, 1999. — 320 с.
6. Годфруа Ж. Что такое психология.— М.: Мир, 1992. — Том 1. — 280 с.
7. Личко А. Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков.— Л.: Медицина, 1983.— 256 с.
8. Леонгард К. Акцентуированные личности.— Киев, 1981. — 214 с.
9. Люшер М. Сигналы личности: ролевые игры и их мотивы / пер. с англ. А. Алперин.— Воронеж: НПО МОДЭК, 1993.— 160 с.
10. Erikson M., Rossi E., Rossi S. Personality and psychotypes.— NY., 1989.— 354 p.
11. Мерта Дж. Справочник врача общей практики.— М., 1998. — С. 720–734.
12. Подростковая медицина. Руководство / под ред. Проф. Л. И. Левиной. — СПб.: Спецлит, 1999. — С. 538–566.
13. Галкин Р. А., Котельников Г. П. и соавт. Пожилой пациент.— Самара, 1999.— 544 с.
14. Гнездилов А. В. Путь на Голгофу: Очерки работы психотерапевта в онкологической клинике и хосписе.— СПб.: Клинт, 1995.— 136 с.
16. Rakel R. E. (Ed.) Textbook of family practice (7-th edition). — Philadelphia, London, Toronto: W.B.Sounders Company. — 2001. — 1968 p.
17. Николс М., Шварц Р. Семейная терапия. Концепции и методы / пер. с англ. О. Очкур, А.Шишко. — М.: Эксмо, 2004. — 960 с.
18. Профилактика в общей врачебной практике / под ред. Проф. О. Ю. Кузнецовой, И. С. Глазунова. — СПб.: Издательский дом СПбМАПО, 2004. — 288 с.
19. Эйдемиллер Э. Г., Добряков И. В., Никольская И. М. Семейный диагноз и семейная психотерапия. Учебное пособие для врачей и психологов. — СПб.: Речь, 2003. — 336 с.
20. Гец Л., Вестин С. Руководство для преподавателей и врачей общей практики / перевод с норвежского под ред. проф. О.Ю. Кузнецовой. — СПб.: СПбМАПО, 2005. — 352 с.
21. Александров А.А. О сотрудничестве врача и психолога в лечебном процессе, задачи их совместной подготовки на кафедре медицинской психологии. В кн.: Психотерапия: от теории к практике.— СПб., 1995. — С. 165–170.

Задания для самопроверки

Выберите один правильный ответ

1. Демонстративное поведение у детей, проявляющееся вспышками гнева, характерно для:

- А. подросткового возраста
- Б. 6–7 лет
- В. 7–11 лет
- Г. 3–5 лет
- Д. 1–2 лет.

2. Подросток в семье, наблюдаемой Вами, намерен переехать жить к своей любимой девушке.

Следует посоветовать старшим членам семьи:

- А. Попытаться отговорить его
- Б. Дать полную свободу
- В. Финансировать этот проект
- Г. Попытаться организовать пробный брак на своей территории и финансировать его
- Д. Добиваться немедленной регистрации брака.

3. Наиболее опасными проявлениям кризиса взросления у подростков является:

- А. Нарушение идентичности
- Б. Деперсонализация
- В. Дисморфомания
- Г. Нарушение пищевого поведения
- Д. Суицидальное поведение.

4. Сложные кризисные ситуации в развитии семьи совпадают с:

- А. Очередным этапом развития семьи
- Б. Возрастными кризисами отдельных членов семьи
- В. Острыми, непредсказуемыми ситуациями в жизни семьи и ее членов
- Г. Социальными кризисами и /или ухудшением материального базиса семьи
- Д. Могут произойти во всех перечисленных ситуациях.

Автор: Л. Н. Дегтярева, доцент кафедры семейной медицины СПбМАПО

Адрес для контакта: dokfi@mail.ru

КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ОПРЕДЕЛЕНИЯ НАТРИЙУРЕТИЧЕСКИХ ПЕПТИДОВ ПРИ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

А. Н. Андрюхин, Е. В. Фролова

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

CLINICAL VALUE OF THE NATRIURETIC PEPTIDES TESTING IN PATIENTS WITH HEART FAILURE

A. N. Andryukhin, E. V. Frolova

Saint-Petersburg Medical Academy of Postgraduate Studies, Russia

© А. Н. Андрюхин, Е. В. Фролова, 2008.

Сердечная недостаточность — исход большинства сердечно-сосудистых заболеваний, значительно ухудшающий качество жизни и снижающий выживаемость пациентов. Натрийуретические пептиды являются лабораторными маркерами сердечной недостаточности. В обзоре литературы рассмотрено клиническое значение определения натрийуретических пептидов в диагностике, оценке тяжести состояния и лечении пациентов с сердечной недостаточностью. Показана экономическая эффективность и ограничения их использования.

Ключевые слова: натрийуретические пептиды, сердечная недостаточность.

Heart failure is an outcome of most cardiovascular diseases, significantly aggravating the quality of life and reducing the survival of patients. Natriuretic peptides are laboratory markers of heart failure. Literature review describes the clinical value of natriuretic peptides determination using in diagnostics as well as for gravity condition assessment and treatment of patients with heart failure. Its cost-effectiveness and limitation of use are also mentioned here.

Keywords: natriuretic peptides, heart failure.

Сердечная недостаточность (СН) является исходом большинства сердечно-сосудистых заболеваний, значительно ухудшающим качество жизни и снижающим выживаемость. В Европейской популяции с населением более 900 млн человек, по меньшей мере, 10 млн страдает от СН [1]. Общее постарение населения в целом и пациентов с СН, в частности, улучшение ранней диагностики и совершенствование терапевтических и хирургических методов лечения болезней системы кровообращения служат объективными причинами роста распространенности СН. Нужно быть готовым к тому, что через 10–20 лет каждый второй или третий пациент после посещения кардиолога (или терапевта) будет покидать его кабинет именно с таким диагнозом [2]. В настоящее время СН рассматривается как сложный патофизиологический синдром, включающий как гемодинамические, так и нейрогуморальные нарушения. В соответствии с современными моделями патогенеза СН основные компенсаторные изменения происходят под влиянием нейрогормональных систем. Их гиперактивация наблюдается с ранних (бессимптомных) стадий заболевания и задолго предшествует структурным изменениям в органах-мишенях и падению сердечного выброса. В связи с этим боль-

шой интерес представляет поиск универсальных лабораторных маркеров СН. Натрийуретические пептиды (НУП) рассматриваются как вещества, способные выполнять эту роль.

Семейство натрийуретических пептидов. Еще в 50–60-е гг. XX века высказывались предположения, что существует некий «третий фактор» для регуляции водно-электролитного обмена в добавление к альдостерону и вазопрессину. В предсердиях морских свинок были обнаружены гранулы, которых не было в желудочках. Оказалось, что этот «третий фактор» уменьшает реабсорбцию натрия в почечных канальцах и является гуморальным агентом. Но только с 1981 г., после эксперимента А. J. De Bold и соавт. [3], в котором введение экстракта миоцитов предсердий крысам вызывало натрийурез и диурез, поиск «третьего фактора» начал бурно развиваться. Было показано, что активным фактором является пептид, впоследствии названный предсердным натрийуретическим пептидом (ПНП, Atrial Natriuretic Peptide — ANP). В 1984 г. K. Kangawa и соавт. выделили предсердный натрийуретический пептид в чистом виде и определили его химическую структуру, а годом позже М. Cantin и J. Genest опубликовали статью под названием «Сердце — эндокринная железа»,

в которой показали роль предсердного натрийуретического пептида как гормонального фактора, регулирующего водно-электролитный гомеостаз и артериальное давление (АД) [4]. В 1988 г. из мозга свиньи был выделен сходный с предсердным натрийуретическим пептидом фактор, который был назван мозговым натрийуретическим пептидом (Brain Natriuretic Peptide — BNP) [5]. В последующем из различных тканей животных и человека были выделены и другие типы натрийуретических пептидов [6–9], однако их значение в патогенезе СН не установлено.

По химической структуре натрийуретические пептиды представляют собой группу генетически обособленных пептидов, имеющих в основе молекулы кольцо из 17 аминокислот.

Основным источником секреции предсердного натрийуретического пептида являются миоэндокринные клетки предсердий (в норме, преимущественно правого), а мозгового натрийуретического пептида — кардиомиоциты желудочков (преимущественно левого) [10]. Оба пептида хранятся в гранулах в виде прогормонов, которые перед поступлением в кровоток распадаются на гормонально активные С-концевые фрагменты — собственно предсердный и мозговой натрийуретический пептиды и гормонально неактивные N-концевые фрагменты — N-концевой предсердный (N-концевой ПНП — NT-proANP) и мозговой (N-концевой МНП — NT-proBNP) натрийуретический пептиды [11]. Диагностические тест-системы могут определять концентрацию пептидов в плазме крови. Диапазон нормальных значений и единицы измерения зависят от используемой методики.

Основными патофизиологическими эффектами натрийуретических пептидов в патогенезе СН являются [12]:

- 1) диуретическое и натрийуретическое действие
- 2) подавление секреции ренина и альдостерона
- 3) вазодилатация
- 4) блокада активности симпатической нервной системы
- 5) угнетение центра жажды в гипоталамусе
- 6) антипролиферативное действие в отношении сосудистых гладких мышечных, мезангиальных и эндотелиальных клеток, а также фибробластов
- 7) кардиопротекторное действие в условиях ишемии миокарда (показано для мозгового натрийуретического пептида). [13].

Таким образом, система натрийуретических пептидов при СН выступает как антагонист ренин-ангиотензин-альдостероновой системы, симпатoadренальной системы и вазопрессина. Повышенная секреция натрийуретических пептидов задерживает и ослабляет системную и почечную вазоконстрикцию, уменьшает объем внеклеточной жидкости и натрия, снижая пред- и постнагрузку на сердце, препятствует ремоделированию сосу-

дов и миокарда, уменьшает склеротические процессы в сердечно-сосудистой системе и почках, улучшает эндотелиальную функцию и оказывает антиишемическое действие.

Определение содержания натрийуретических пептидов в крови для диагностики сердечной недостаточности. В середине 80-х гг. было впервые показано увеличение содержания предсердного натрийуретического пептида в крови при СН [14]. В 1993 г. обнаружено увеличение N-концевого предсердного [15] и мозгового [16] натрийуретических пептидов еще на стадии бессимптомной дисфункции левого желудочка (ЛЖ). В дальнейшем мозговые натрийуретические пептиды оказались более точными диагностическими маркерами СН, отражающими напряжение миокарда в желудочках сердца [17]. Однако механизмы, контролирующие уровень натрийуретических пептидов в плазме крови и определяющие их секрецию, до сих пор окончательно не выяснены. Ведущими стимулами считаются растяжение миокарда (перегрузка объемом) [18] и/или его напряжение (перегрузка давлением) [19]. В исследовании С.А. Габрусенко и соавт. [20], изучались взаимосвязи основных клинико-гемодинамических показателей и уровней натрийуретических пептидов у 110 пациентов с гипертрофической кардиомиопатией. Было показано, что содержание N-концевого предсердного натрийуретического пептида коррелировало со степенью митральной регургитации и более точно соотносилось с поперечным размером левого предсердия (ЛП). Более сильная корреляция с выраженностью гипертрофии миокарда ЛЖ и обструкцией выносящего тракта ЛЖ была показана для уровня N-концевого мозгового натрийуретического пептида. Наличие мерцательной аритмии сочеталось с более высоким уровнем N-концевого предсердного натрийуретического пептида, но не N-концевого мозгового натрийуретического пептида. Авторы делают вывод, что последний реагирует на повышение давления в полости ЛЖ, а основным стимулом синтеза N-концевого предсердного натрийуретического пептида является растяжение стенок ЛП. Последнее более характерно для перегрузки предсердия объемом (митральная регургитация, мерцательная аритмия), чем давлением.

М. Pieroni и соавт. у 40 пациентов с необструктивной гипертрофической кардиомиопатией выполнили эндомиокардиальную биопсию ЛЖ. В дилатационной стадии болезни количество клеток миокарда, выделяющих мозговой натрийуретический пептид, выросло по сравнению с данными первого обследования. Эти результаты коррелировали с конечным диастолическим давлением ЛЖ [21]. По всей видимости, основным стимулом секреции мозгового натрийуретического пептида в сердце является напряжение миокарда ЛЖ

(диастолическая дисфункция), а предсердного натрийуретического пептида — растяжение миокарда ЛП. В случае сопутствующей мерцательной аритмии содержание в плазме предсердных натрийуретических пептидов со временем снижается, что отражает уменьшение секреторной активности предсердий [22].

Выявление лиц с дисфункцией ЛЖ (скрининг). Такая возможность была показана во многих исследованиях. Так, Т. McDonagh и соавт. [23] оценивали уровень мозгового натрийуретического пептида и распространенность систолической дисфункции ЛЖ у 1653 случайно отобранных лиц, наблюдавшихся семейными врачами. Оказалось, что определение содержания мозгового натрийуретического пептида в крови позволяет исключить систолическую дисфункцию миокарда с точностью до 97,5%.

Оценка содержания натрийуретических пептидов в крови может помочь в выявлении лиц, которым угрожает развитие СН. Т. Wang и соавт. оценили прогностическое значение уровней предсердного и мозгового натрийуретических пептидов у 3346 лиц среднего возраста без сердечно-сосудистых заболеваний, участвовавших в Фремингемском исследовании (Framingham Offspring Study), за период наблюдения в среднем 5,2 года. Уровень мозгового натрийуретического пептида оказался независимым фактором, предсказывающим риск смерти, СН, мерцательной аритмии и инсульта. Высокий уровень содержания предсердного и мозгового натрийуретических пептидов соответствовал увеличению риска СН в три раза [24].

Роль определения содержания натрийуретических пептидов в крови возрастает при обследовании лиц с высоким риском развития осложнений сердечно-сосудистых заболеваний. В исследовании MRC/BHF Heart Protection (исследование «Сердечной защиты» Совета по медицинским исследованиям и Британского фонда сердца), охватившем 20536 человек, исходный уровень N-концевого мозгового натрийуретического пептида был сильным независимым фактором, предсказывающим возможные сердечно-сосудистые осложнения. В течение среднего срока наблюдения 5 лет, риск развития СН был в 9,23 раза выше в группе участников с высокой концентрацией N-концевого мозгового натрийуретического пептида в сравнении с группой, где наблюдалось низкое содержание пептида [25].

Так как ИБС является наиболее частой причиной развития СН, диагностика дисфункции ЛЖ необходима для своевременной коррекции лечения пациентов. М. Whooley и соавт. [26] оценили уровень N-концевого мозгового натрийуретического пептида у 815 пациентов со стабильной ИБС без СН. Вероятность обнаружения желудочковой

дисфункции возрастала в группах пациентов с более высокой концентрацией пептида. Авторы отмечают, что определение содержания в крови N-концевого мозгового натрийуретического пептида может снижать общие затраты на обследование пациентов со стабильной ИБС с целью выявления желудочковой дисфункции, поскольку позволяет избежать проведения ЭхоКГ приблизительно у одной трети пациентов.

Дифференциальная диагностика одышки. Диагностика СН у пациентов, предъявляющих жалобы на одышку, может представлять определенные трудности, особенно на ранних стадиях заболевания. Одышка, отеки и утомляемость могут встречаться и при других патологических состояниях, а их оценка часто субъективна. Методы ЭхоКГ, ангиографии и МРТ, которые используются для окончательной верификации СН, не информативны в начальных стадиях, не обладают абсолютной достоверностью, весьма дорогостоящи и могут быть попросту не доступны, особенно на амбулаторном уровне.

Показательно исследование L.S. Nielsen и соавт. [27], включившее 345 пациентов с жалобами на одышку, направленных врачами общей практики на ЭхоКГ, для уточнения ее причины. Среднее содержание N-концевого мозгового натрийуретического пептида было достоверно выше у пациентов с СН, чем с одышкой несердечного происхождения (189 и 17 пмоль/л, соответственно). У пациентов старше 50 лет с одышкой исследование содержания натрийуретических пептидов в крови исключало диагноз СН в 97% случаев и позволило бы снизить необходимость проведения ЭхоКГ на 50%. Аналогичные данные получены в исследовании М. Cowie и соавт. у 122 пациентов, направленных в клинику с предположительным диагнозом СН. После тщательного клинико-инструментального обследования консилиум из трех опытных кардиологов вынес заключение о наличии СН у 29% пациентов. Уровни мозгового и предсердного натрийуретических пептидов оказались у них достоверно выше, и использование пептидов позволило бы исключить диагноз СН в 98% случаев [28]. Таким образом, определение натрийуретического пептида на этапе первичной медицинской помощи помогает выделить группу пациентов, у которых диагноз СН наиболее вероятен, и, следовательно, имеющих показания для дальнейшего инструментального обследования.

Преимущества использования натрийуретических пептидов для диагностики СН в условиях приемного покоя были показаны в исследовании BNP MS (Многонациональное исследование «Непонятное дыхание»), в котором приняли участие 1586 пациентов с ведущей жалобой на одышку в покое или при нагрузке. Вероятность СН у каждого больного, на основании анамнеза, клиническо-

го обследования, рутинных инструментальных и лабораторных тестов, оценивалась в процентах по визуально-аналоговой шкале. В итоге были сформированы три группы: с высокой вероятностью СН, сомнительной и низкой. Окончательный диагноз СН ставили два независимых кардиолога, с использованием всей информации об обследовании и наблюдением за больным, за исключением сведений о содержании мозгового натрийуретического пептида в крови. Диагноз СН как главной причины одышки был установлен у 744 пациентов. Для уровня мозгового натрийуретического пептида более 100 пг/мл диагностическая точность оказалась равной 83% [29]. Если бы концентрация мозгового натрийуретического пептида была использована врачами приемного покоя для диагностики СН, в группе с высокой вероятностью правильный диагноз был бы установлен у 81,5% пациентов, в группе сомнения — у 74%, а в группе низкой вероятности — у 90,2% [30]. Интересно, что у 417 пациентов в этом исследовании, имевших в анамнезе заболевание легких и не имевших СН, в 20,9% случаев окончательным диагнозом явилась СН. При этом клинический диагноз был установлен только у 37% пациентов, в то время как с помощью определения мозгового натрийуретического пептида можно было бы выявить 93,1% случаев заболевания [31]. Преимущество в диагностике сердечного генеза одышки по сравнению с клиническими проявлениями показано и для N-концевого мозгового натрийуретического пептида [32].

Разработка экспресс-методов определения содержания пептидов в крови позволила начать изучение возможности диагностики неотложных состояний с помощью таких тестов. Первая работа с применением «быстрого» теста мозгового натрийуретического пептида в условиях многопрофильного стационара была проведена Q. Dao и соавт. у 250 пациентов, поступивших в центр неотложной помощи с жалобами на одышку. Врачей, принимавших участие в лечении, просили дать прогноз исхода заболевания для каждого пациента, при этом им не сообщали уровень мозгового натрийуретического пептида. Оказалось, что в приемном отделении пропускают 15% случаев декомпенсации СН, а у 11% пациентов с диагнозом СН выявляют другую причину клинической симптоматики. Использование «прикроватного» теста позволило бы правильно установить или исключить СН в 96% случаев неправильно поставленного диагноза [33]. L.K. Morrison и соавт. экспресс-методом определяли уровни мозгового натрийуретического пептида у 321 пациента, поступившего в отделение неотложной помощи с острой одышкой. Оказалось, что у больных с подтвержденным позднее диагнозом СН уровень мозгового натрийуретического пептида был существенно выше, чем у больных с поражением лег-

ких. Этот тест позволял с точностью 91% дифференцировать одышку, обусловленную сердечной и легочной патологией. Определение уровня мозгового натрийуретического пептида дает дополнительную диагностическую информацию, которая не может быть получена при физикальном, лабораторном и радиологическом исследованиях. По мнению ученых, экспресс-определение содержания в сыворотке мозгового натрийуретического пептида является чувствительным, специфичным и экономически выгодным методом, который целесообразно использовать в отделениях неотложной терапии [34].

Диагностика ранних стадий сердечной недостаточности. Традиционно СН связывают со снижением систолической функции ЛЖ. Однако в последнее время стало понятно, что многих пациентов с СН систолическая функция ЛЖ сохранена. Так, в эпидемиологическом исследовании ЭПОХА среди всех пациентов с СН, верифицированной по Фремингемским критериям, 56,8% пациентов имели фракцию выброса (ФВ) ЛЖ более 50%, а 85,6% — более 40%. Очевидно, что в реальной (амбулаторной) практике врачам чаще приходится иметь дело с пациентами, у которых симптомы СН обусловлены диастолической дисфункцией ЛЖ [35]. Выявление последней с помощью ЭхоКГ требует специальных диагностических методик и высокой квалификации врача-исследователя. В настоящее время ведущим неинвазивным методом является доплеровская ЭхоКГ. Кроме того, перспективно использование тканевой доплерографии, которая во многих лечебных учреждениях пока еще недоступна. Оба метода оценивают наполнение ЛЖ, которое зависит не только от изменений диастолических свойств ЛЖ, но и от изменений нагрузочных условий на сердце и, таким образом, лишь косвенно отражают функционирование сердца в диастоле. До сих пор не разработаны четкие критерии выявления диастолической дисфункции у больных с мерцательной аритмией, стенозом левого атриовентрикулярного отверстия и других поражениях, при которых деформируется спектр митрального кровотока [36].

В 2001 г. A. Maisel и соавт. в исследовании, посвященном использованию мозгового натрийуретического пептида для скрининга пациентов, которым необходима ЭхоКГ, отметили, что пациенты с диастолической дисфункцией ЛЖ не отличались по уровню пептидов от тех, кто имел систолическую дисфункцию ЛЖ [37]. В упомянутом исследовании BNP MS (Многонациональное исследование «Непонятное дыхание») примерно у половины пациентов с диастолической дисфункцией уровни мозгового натрийуретического пептида были такими же высокими, как и у пациентов с систолической дисфункцией. В исследовании S. Arques и соавт., у пациентов, госпитализиро-

ванных с острой одышкой (30 пациентов с АГ и 27 с несердечными случаями), определение мозгового натрийуретического пептида с высокой чувствительностью и специфичностью выявляло СН с сохраненной систолической функцией [38]. В 2004 г. С. Tschore и соавт. изучали роль N-концевого мозгового натрийуретического пептида в диагностике диастолической дисфункции ЛЖ. У 68 пациентов с изолированной диастолической дисфункцией и СН I–III ФК (ФВ ЛЖ более 50%) и у 50 пациентов группы контроля определяли показатели диастолической функции методом тканевой доплерографии, и проводили инвазивное определение параметров гемодинамики. Содержание пептида в плазме крови у больных с диастолической дисфункцией было достоверно выше, чем в группе контроля. При этом уровень N-концевого мозгового натрийуретического пептида увеличивался соответственно функциональному классу СН [39].

T. Mueller и соавт. в проспективном популяционном исследовании с участием 180 человек сравнили диагностическую ценность мозговых натрийуретических пептидов у пациентов с СН, бессимптомной дисфункцией ЛЖ и здоровых людей. Оба маркера оказались полезны в диагностике СН, но при сравнении пациентов с дисфункцией ЛЖ и здоровых лиц было выявлено, что N-концевой мозговой натрийуретический пептид — более точный маркер ранней сердечной дисфункции [40]. Объяснение этого факта может быть связано с различиями в аналитических свойствах пептидов. Концентрация N-концевого фрагмента в 5 раз выше, чем содержание собственно мозгового натрийуретического пептида. После выработки он сохраняется в крови в течение нескольких дней, в отличие от мозгового натрийуретического пептида, который сразу после высвобождения выводится из кровотока. N-концевой мозговой натрийуретический пептид обладает более высокой молекулярной массой, высокой стабильностью в кровотоке. На анализ не влияют такие состояния, как гемолиз, желтуха, липидемия, он может выполняться как в сыворотке, так и в плазме. Пробы N-концевого мозгового натрийуретического пептида сохраняются 21 день при температуре + 4 °С и после 5 замораживаний [41].

Таким образом, натрийуретические пептиды могут с успехом применяться для диагностики и оценки тяжести состояния пациентов с СН с сохраненной систолической функцией. При этом использование N-концевого мозгового натрийуретического пептида позволяет выявлять более ранние нарушения функции миокарда (диастолическая дисфункция), диагностировать СН на ранних стадиях, в высоких функциональных классах.

Следует заметить, что большинство исследований показывают различия в уровне натрийуретических пептидов у пациентов с нормальной и

сниженной ФВ ЛЖ. Однако в них не проводилась специальная оценка диастолической функции независимо от ФВ ЛЖ. Возможно, концентрация натрийуретических пептидов более сильно отражает именно диастолические нарушения ЛЖ. Это предположение согласуется с тем фактом, что связь значения функционального класса СН с показателями диастолической дисфункции существенно сильнее, чем с параметрами систолической функции и, в частности, с фракцией выброса ЛЖ [42].

В заключение следует отметить, что концентрации мозговых натрийуретических пептидов в плазме увеличиваются при использовании мочегонных, ИАПФ, симпатомиметиков, гормонов щитовидной железы, глюкокортикоидов. Количество потребленного натрия, физические нагрузки, положение тела и ряд других клинических условий также могут увеличивать их уровень. Он повышен при легочном сердце, первичной легочной гипертензии, раке легкого, ТЭЛА, остром коронарном синдроме, трансплантации сердца, сепсисе, токсикозе беременности, но это повышение не такое высокое, как у пациентов с одышкой вследствие СН. Механизмы изменения концентраций мозговых натрийуретических пептидов в этих случаях до конца не выяснены [43].

Оценка функционального класса сердечной недостаточности. Определение функционального класса (ФК) у пациентов с СН в соответствии с критериями NYHA (Нью-Йоркская ассоциация сердца) зачастую неточно, так как широко применяемые с этой целью термины «повседневная физическая нагрузка», «нагрузка ниже повседневной» недостаточно конкретны [44]. При отсутствии специального оборудования (спироэргометрия, велоэргометрия, тредмил) для оценки физической толерантности и объективизации функционального статуса у таких пациентов можно использовать тест ходьбы в течение 6 минут (ТШХ), соответствующий субмаксимальной нагрузке [45]. Однако ТШХ может иметь ограничения, например, при трудностях передвижения из-за сопутствующих заболеваний, нарушении статодинамических функций у пациента.

S. Kruger и соавт. изучали взаимосвязь между уровнем мозгового натрийуретического пептида и толерантностью к физической нагрузке у 70 пациентов с СН. Концентрацию мозгового натрийуретического пептида измеряли перед проведением велоэргометрии. Оказалось, что повышенная концентрация мозгового натрийуретического пептида с высокой вероятностью определяет наличие сниженной толерантности к физической нагрузке [46]. В исследовании A. Karabulut с участием 64 пациентов с СН и 36 здоровых людей (группа контроля) отмечено значительное повышение уровня N-концевого мозгового натрийуретического пептида

у пациентов с III—IV ФК. Даже при I ФК уровень пептида был выше, чем в группе контроля. Связи между значением функционального класса СН и фракцией выброса левого желудочка выявлено не было [47].

Таким образом, содержание натрийуретических пептидов в крови может служить объективным критерием оценки толерантности к физическим нагрузкам у пациентов с СН, поддерживая функциональную классификацию NYHA.

Прогноз течения сердечной недостаточности.

Повышенная концентрация натрийуретических пептидов является независимым фактором, предсказывающим развитие декомпенсации и смертность у пациентов с СН. R. Berger и соавт. наблюдали на амбулаторном этапе за 452 пациентами с умеренной и тяжелой СН и фракцией выброса ЛЖ менее 35% в течение трех лет. Уровень мозгового натрийуретического пептида, измеренный в начале наблюдения, оказался независимым фактором, предсказывающим внезапную смерть: только 1% пациентов с уровнем пептида меньше 130 пг/мл умер внезапно, тогда как среди пациентов с уровнем мозгового натрийуретического пептида больше 130 пг/мл умерло 19% пациентов [48]. Высокое прогностическое значение натрийуретических пептидов было продемонстрировано в исследовании G. S. Fonarow и соавт. Внутрибольничная смертность оценивалась у всех участников исследования (48629 человек) и отдельно у пациентов со сниженной и сохраненной систолической функцией. Содержание мозгового натрийуретического пептида в крови предсказывало смертельный исход как при сниженной, так и при сохраненной систолической функции ЛЖ [49].

Низкую рацию выброса ЛЖ традиционно связывают с неблагоприятным прогнозом у пациентов с СН. T. K. Lim и соавт. оценили возможность прогнозирования летальности и декомпенсации, ведущей к повторной госпитализации у 132 пациентов с подозрением на СН. Уровень N-концевого мозгового натрийуретического пептида равный или более 50 пмоль/л и измененная ЭхоКГ оказались независимыми показателями, предсказывающими неблагоприятный исход [50]. В исследовании N. Li и соавт. были получены еще более интересные результаты. Авторы оценивали, будет ли уровень N-концевого мозгового натрийуретического пептида отражать тяжесть СН и предсказывать худший прогноз заболевания после назначения β -блокаторов. Две группы пациентов получали карведилол или бисопролол. Срок наблюдения составил три года. В результате уровень N-концевого мозгового натрийуретического пептида показал положительную взаимосвязь с тяжестью СН (NYHA) как до, так и после лечения, оказался независимым показателем, предсказывающим все случаи смерти, в отличие от фракции

выброса и конечного диастолического размера левого желудочка, возраста, и функционального класса СН [51].

Таким образом, уровень содержания натрийуретических пептидов в крови может использоваться для оценки тяжести состояния при СН независимо от данных ЭхоКГ исследования, фракции выброса левого желудочка и функционального класса СН.

Оценка эффективности терапии сердечной недостаточности. Лечение СН направлено на предотвращение развития ее клинической картины; устранение симптомов СН; замедление прогрессирования болезни путем защиты сердца и других органов-мишеней; улучшение качества жизни; снижение частоты госпитализаций и улучшение прогноза заболевания [52]. Как было показано, натрийуретические пептиды объективно отражают прогноз заболевания, предсказывая необходимость повторных госпитализаций и смертность. Это может служить обоснованием для использования определения концентраций натрийуретических пептидов в оценке эффективности медикаментозных и не медикаментозных способов лечения СН.

Первым крупномасштабным исследованием, в котором было указано на необходимость динамического контроля натрийуретических пептидов в ходе медикаментозной терапии, было исследование Val-HeFT (применение валсартана при СН). Среди 4300 пациентов смертность была наивысшей в группе с повышенным уровнем мозгового натрийуретического пептида. При повторном определении натрийуретических пептидов через 4 месяца среди пациентов с повышением мозгового натрийуретического пептида более, чем на 30% от исходного уровня, смертность составила 19,1%, а при снижении концентрации мозгового натрийуретического пептида более чем на 45%, — 13,6% [53].

P. Bettencourt и соавт. наблюдали за 182 пациентами в течение 6 месяцев после выписки из стационара. Лучшим предвестником неблагоприятного исхода оказался уровень N-концевого мозгового натрийуретического пептида при выписке. Повышение его на 30% во время госпитализации с высокой вероятностью предсказывало развитие смертельного исхода, в то время, как снижение на 30% указывало на хороший прогноз [54].

Ряд исследователей высказывают предположение, что определение концентрации мозгового натрийуретического пептида для наблюдения за состоянием пациента при декомпенсации СН более предпочтительно, чем определение концентрации N-концевого мозгового натрийуретического пептида, который имеет более длительный период полувыведения и менее чувствителен к изменениям внутрижелудочкового давления. A. Gackowski

и соавт. установили 4 независимых фактора для прогноза: уровень N-концевого мозгового натрийуретического пептида при поступлении, изменение содержания мозгового натрийуретического пептида между поступлением и через 24 часа, лечение СН предшествующее госпитализации и применение добутамина. Значит, определение содержания N-концевого мозгового натрийуретического пептида *может так же с успехом применяться для наблюдения за состоянием пациентов с остро возникшей декомпенсацией СН* [55].

Несмотря на то, что высокие уровни натрийуретических пептидов ассоциируются с худшим прогнозом и, наоборот, в процессе лечения мы всегда будем иметь две группы пациентов. У одних лечение приведет к снижению натрийуретических пептидов и улучшению прогноза, а у других уровень пептидов возрастет и прогноз станет более неблагоприятным.

Если целью ведения пациентов становится снижение уровня натрийуретических пептидов, это снижает частоту повторных госпитализаций и, соответственно, стоимость лечения. R. Valle и соавт. ретроспективно оценили две группы госпитализированных пациентов: 149 человек были выписаны исключительно по клиническим показаниям, а 166 — с учетом концентрации мозгового натрийуретического пептида. В течение 6 месяцев в группе пациентов, выписанных на основании клинической картины, было 52 случая повторной госпитализации (35%). Среди пациентов, выписанных на основании оценки содержания натрийуретических пептидов в крови, повторно были госпитализированы 23%. Различий между группами по выживанию не было. Изменение мозгового натрийуретического пептида коррелировало с клиническими исходами. Общая стоимость лечения в больнице была ниже на 7% для пациентов, при ведении которых учитывались показатели натрийуретического пептида [56].

Выбор терапии сердечной недостаточности. Исходя из изложенного, логичным представляется использование содержания натрийуретических пептидов для выбора терапии у конкретного пациента. R. Troughton с соавт. в рандомизированном исследовании проводили коррекцию терапии по результатам клинического осмотра или в зависимости от содержания N-концевого мозгового натрийуретического пептида у 69 пациентов с систолической СН II–IV ФК. Целью терапии было снижение уровня пептида ниже 200 пмоль/л. Срок наблюдения составил в среднем 9,5 месяцев. Пациентов осматривали каждые 2 недели и корректировали терапию: титровали дозы ИАПФ, принимали решение о добавлении диуретика, вазодилатора или блокатора кальциевых каналов. В «клинической» группе количество исходов (смертей, госпитализаций и декомпенсаций) СН

оказалось выше, чем в группе «N-концевого мозгового натрийуретического пептида» (54 против 19) [57]. Аналогичные результаты были продемонстрированы в многоцентровом исследовании P. Jourdain и соавт., оценившем преимущество терапевтической стратегии с использованием контроля содержания мозгового натрийуретического пептида. Всего 220 пациентов с II и III ФК СН, получавших оптимальное лечение, назначенное специалистами по СН, были распределены случайным образом в «клиническую» группу (лечение в соответствии с руководством по СН) и группу «мозгового натрийуретического пептида» (цель лечения — снижение концентрации мозгового натрийуретического пептида до уровня ниже 100 пг/мл). В среднем за 15 месяцев наблюдения достоверно меньшее число пациентов из группы «мозгового натрийуретического пептида» (24% против 52%) было госпитализировано или умерло. Также было отмечено, что терапия изменялась более часто в группе «мозгового натрийуретического пептида» и средняя доза ИАПФ и β-блокаторов, подобранная для этих пациентов, была значительно выше, чем в «клинической» группе [58]. Таким образом, коррекция терапии по уровню натрийуретического пептида более эффективна, чем на основании клинических данных. Пациенты достигают целевых доз препаратов, получают оптимальные лекарственные комбинации. В итоге снижается частота неблагоприятных исходов и задерживается время их наступления.

Экономическая эффективность определения содержания натрийуретических пептидов в крови при сердечной недостаточности. Ранее было показано, что определение натрийуретических пептидов облегчает диагностику и наблюдение за состоянием пациентов с СН и делает ненужными дополнительные инструментальные исследования, в том числе ЭхоКГ. Таким образом, использование натрийуретических пептидов при ведении больных с СН может сэкономить средства, затрачиваемые на лечение. Так, в исследовании, проведенном C. Mueller и соавт., половине из 452 пациентов, поступивших в приемный покой с одышкой, случайным образом назначали однократное определение уровня мозгового натрийуретического пептида. В итоге эти пациенты госпитализировались достоверно реже, чем при стандартном обследовании (75% против 85%), интенсивная терапия требовалась в меньшем количестве случаев (15% против 24%), а время пребывания в стационаре сократилось до 8 дней вместо 11. Общая стоимость лечения была на 26% ниже без влияния на смертность и частоту повторных госпитализаций [59].

Ограничения использования определения содержания натрийуретических пептидов в крови при СН

Отсутствие стандартизации методик оп-

ределения. Нормальные значения и единицы измерения уровней натрийуретических пептидов отличаются в зависимости от используемого метода определения (иммунохемилюминесцентный, иммунофлюоресцентный и иммуноферментный). Фирмы-производители тест-систем также рекомендуют разные верхние границы нормы [28, 60–63]. В качестве верхней границы нормы может быть использована и точка разделения нормы от болезни, полученная в результате многоцентровых клинических исследований. Хотя концентрация натрийуретических пептидов увеличивается с возрастом и несколько выше у женщин, чем у мужчин, клинический уровень для мозгового натрийуретического пептида (Triage, Biosite Inc) равный 100 пг/мл является приемлемым для диагностики СН [64]. В случае использования N-концевого мозгового натрийуретического пептида (Roche Diagnostics), его уровень ниже 125 пг/мл принят за нормальный и нарушения функции сердца могут быть исключены с высокой вероятностью (отрицательное прогностическое значение $\geq 99\%$). В тоже время, уровень N-концевого мозгового натрийуретического пептида выше 125 пг/мл может отражать наличие СН [65]. Следует заметить, что точка разделения нормы от болезни различается в исследованиях у пациентов с острой и хронической одышкой. В первом случае, возраст-зависимая точка разделения может не использоваться, в то время как у пациентов с медленно прогрессирующей одышкой наименьшее значение определяемого пептида, при котором СН может быть исключена, должна зависеть от возраста [66]. В связи с отсутствием стандартизации методов определения натрийуретических пептидов, в клинической практике необходимо учитывать, набор какой фирмы был использован и какие диагностические значения получены в многоцентровых исследованиях для этого метода в конкретной ситуации.

Сердечная недостаточность и патология почек. BNP MS (Многонациональное исследование «Непонятное дыхание») — основное исследование, установившее связь между уровнем клубочковой фильтрации и концентрацией мозгового натрийуретического пептида, по результатам которого рекомендовано использование точки разделения нормы от болезни, равной 200 пг/мл при скорости клубочковой фильтрации (СКФ) менее 60 мл/мин/1,73м² [67]. В связи с тем, что почечная экскреция — основной механизм выведения N-концевых натрийуретических пептидов, многие исследователи склонялись к мнению, что N-концевой мозговой натрийуретический пептид нельзя использовать для диагностики СН у пациентов с почечной патологией. Однако в 2005 г. в исследовании Chr. deFilippi и соавт. было установлено, что независимо от степени почечной недостаточности

оба пептида имеют одинаковую эффективность в диагностике СН, а N-концевой мозговой натрийуретический пептид — более точный показатель смертности [68].

Сердечная недостаточность и ожирение. Диагностика СН и оценка ее тяжести затруднена при наличии ожирения. Избыточная масса тела сама по себе может служить причиной одышки и снижения толерантности к физической нагрузке. В результате, тяжесть состояния при использовании различных кардиопульмональных тестов критерий NYHA и ТШХ, может быть переоценена. Метаболический синдром и ожирение характеризуются низким уровнем натрийуретических пептидов, однако механизм этого явления не ясен [69]. При этом уровень N-концевого мозгового натрийуретического пептида сохраняет диагностическую и прогностическую способность [70] и может с успехом использоваться для оценки тяжести состояния у пациентов с СН во всех категориях массы тела [71]. В случае использования мозгового натрийуретического пептида у тучных пациентов необходимо более осторожно интерпретировать низкие результаты. Так, M. R. Mehra и соавт. при обследовании 318 пациентов выявили более низкие показатели уровня мозгового натрийуретического пептида при сопутствующем ожирении. За год наблюдения у сходных по тяжести пациентов не выявлено различий в частоте госпитализаций и смертности, а 40% пациентов с ожирением имели уровень мозгового натрийуретического пептида ниже 100 пг/мл [72].

Сердечная недостаточность у пожилых. Доказательства диагностической пользы определения натрийуретических пептидов у людей старше 75 лет менее четкие. Конфликты результатов исследований основаны на различиях в оценке состояния пациентов с СН, использовании «золотых стандартов» для диагностики СН и исследований, проведенных на различных популяциях. Уровень натрийуретических пептидов в плазме повышается и у практически здоровых пожилых людей, что может быть связано с возраст-зависимым фиброзом миокарда, снижением почечной функции или едва различимой диастолической дисфункцией, которая не диагностируется современной техникой [66].

Сердечная недостаточность и низкий уровень мозгового натрийуретического пептида. У амбулаторных пациентов, находящихся в стабильном состоянии, может наблюдаться низкий уровень мозгового натрийуретического пептида. Например, в исследовании R. Frantz и соавт. среди пациентов с фракцией выброса ЛЖ менее 35% уровень мозгового натрийуретического пептида ниже нормы отмечен у 16% обследованных [73]. Объяснение этого феномена кроется в представлении о так называемых двух компонентах

уровня мозгового натрийуретического пептида. В период компенсации СН у пациента определяется базисный, или «сухой» уровень пептида, а во время острой перегрузки сердца давлением или объемом — «мокрый» уровень. Однако, высокий уровень мозгового натрийуретического пептида может быть базисным уровнем и он не будет снижаться во время лечения. Это характерно для пациентов с IV ФК. Изначальное отсутствие сведений о «сухом» уровне мозгового натрийуретического пептида может ввести врача в заблуждение. Ухудшение симптомов СН может быть связано с развитием другого заболевания со сходными симптомами (например, ТЭЛА) и его успешное лечение приведет к компенсации состояния, а уровень мозгового натрийуретического пептида останется неизменным. С другой стороны, пациенты с высоким уровнем мозгового натрийуретического пептида, возможно, нуждаются в более интенсивном лечении. Также следует учесть, что острая перегрузка объемом или давлением может так включить синтез мозгового натрийуретического пептида, что он долгое время будет нарабатываться в избыточном количестве [43].

Биологическая изменчивость пептидов. Большое значение в интерпретации уровней биологических маркеров играет их изменчивость в течение времени. R. O'Hanlon и соавт. оценили индивидуальную изменчивость мозговых натрийуретических пептидов у 55 пациентов со стабильной СН. Мозговой натрийуретический пептид показал большую изменчивость, как в течение часа, так и за недельный период. Не выявлено значимой связи между изменчивостью и возрастом, полом или почечной функцией [74]. M. Schou и соавт. изучили долгосрочную изменчивость N-концевого мозгового натрийуретического пептида у пациентов со стабильной СН в течение двух лет и сделали вывод, что уровень пептида постоянен в течение стабильных состояний [75]. Можно предположить, что относительно высокая изменчивость концентрации мозгового натрийуретического пептида отражает состояние миокарда в момент определения и быстро изменяется в зависимости от состояния пациента и функции ЛЖ, что можно использовать при лечении декомпенсации. Кумулятивный уровень N-концевого фрагмента, в отличие от собственно мозгового натрийуретического пептида, отражает функцию миокарда в целом и, вероятно, должен применяться для оценки тяжести состояния у стабильных пациентов с целью длительного мониторинга заболевания и эффективности лечебных и профилактических вмешательств в амбулаторных условиях.

Заключение. Натрийуретические пептиды, вырабатываясь непосредственно в миокарде, от-

ражают патофизиологические механизмы, происходящие в сердце при СН. Увеличение их секреции наблюдается с ранних стадий заболевания и задолго предшествует структурным изменениям в органах-мишенях, которые могут быть выявлены современными визуализирующими методами. Определение их концентрации может выявлять как лиц с СН в популяции, так и тех, у кого СН может развиваться в ближайшем будущем. Ценность определения натрийуретических пептидов возрастает среди лиц с высоким риском развития сердечно-сосудистых заболеваний или их осложнений, что позволяет избежать излишних затрат, в частности на проведение ЭхоКГ.

При первичном контакте с пациентами, у которых заподозрена СН, определение натрийуретических пептидов позволяет с высокой степенью чувствительности исключить СН, выделить группу пациентов, требующих дальнейшего обследования. Оценка уровня натрийуретических пептидов важна для дифференциальной диагностики синдрома «одышки» и позволяет диагностировать СН при сохраненной фракции выброса ЛЖ.

Концентрация натрийуретического пептида объективно отражает тяжесть состояния и связана со значением функционального класса СН. Это, в свою очередь, может быть использовано для оценки эффективности лечения.

Уровень натрийуретического пептида в крови является независимым показателем, предсказывающим риск развития декомпенсации и смерти у пациентов с СН, независимо от величины фракции выброса ЛЖ.

Определение натрийуретического пептида облегчает диагностику и наблюдение за состоянием пациентов с СН и делает ненужным проведение дополнительных инструментальных обследований, что может экономить средства. Если целью ведения пациентов становится снижение уровня натрийуретического пептида, то возможно снижение частоты повторных госпитализаций и, соответственно, стоимости лечения, а коррекция терапии по уровню натрийуретического пептида обладает преимуществами перед клиническими данными.

Отсутствие стандартизации используемых методов определения натрийуретического пептида создает неудобства для клиницистов, требует индивидуального подхода к интерпретации полученных значений. Не полностью решена проблема интерпретации результатов определения уровня натрийуретического пептида при почечной недостаточности и ожирении, а также у пожилых пациентов и при тяжелой СН, где доказательства диагностической пользы менее четкие.

Литература

1. Swedberg K., Cleland J., Dargie H. et al. **Guidelines** for the diagnosis and treatment of chronic heart failure: executive summary (update 2005) // *Eur Heart J.* — 2005. — V. 26, № 11. — P. 1115–1140.
2. Беленков Ю. Н., Мареев В. Ю., Агеев Ф. Т. Эпидемиологические исследования сердечной недостаточности: состояние вопроса // *Сердечная Недостаточность.* — 2002. — Т. 2, № 12. — С. 57–58.
3. DeBold A., Borenstein H., Veress A., Sonnenberg H. A rapid and potent natriuretic response to intravenous injection of atrial myocardial extract in rats // *Life Sci.* — 1981. — № 28. — P. 89–94.
4. Елусеев О. М. Натрийуретические пептиды. Эволюция знаний // *Терапевтический Архив.* — 2003. — Т. 75, № 9.
5. Sudoh T., Kangawa K., Minamino N., Matsuo H. A new natriuretic peptide in porcine brain // *Nature.* — 1988. — № 332. — P. 78–81.
6. Sudoh T., Minamino N., Kangawa K., Matsuo H. C-type natriuretic peptide (CNP): a new member of natriuretic peptide family identified in porcine brain // *Biochem Biophys Res Commun.* — 1990. — № 168. — P. 863–870.
7. Schirger J. A., Heublein D. M., Chen H. H. et al. Presence of Dendroaspis natriuretic peptide-like immunoreactivity in human plasma and its increase during human heart failure // *Mayo Clin Proc.* — 1999. — № 74. — P. 126–130.
8. Amininasab M., Elmi M. M., Endlich N. et al. Functional and structural characterization of a novel member of the natriuretic family of peptides from the venom of *Pseudocerastes persicus* // *FEBS Lett.* — 2004. — V. 557, № 1–3. — P. 104–108.
9. Kawakoshi A., Hyodo S., Yasuda A. et al. A single and novel natriuretic peptide is expressed in the heart and brain of the most primitive vertebrate, the hagfish (*Eptatretus burgeri*) // *J Mol Endocrinol.* — 2003. — V. 31, № 1. — P. 209–220.
10. Mukoyama M., Nakao K., Hosoda K., et al. Brain natriuretic peptide as a novel cardiac hormone in humans. Evidence for an exquisite dual natriuretic peptide system, atrial natriuretic peptide and brain natriuretic peptide // *J Clin Invest.* — 1991. — № 87. — P. 1402–1412.
11. Hunt P. J., Yandle T. G., Nicholls M. G. et al. The amino-terminal portion of pro-brain natriuretic peptide (Pro-BNP) circulates in human plasma // *Biochem Biophys Res Commun.* — 1995. — № 214. — P. 1175–1183.
12. Potter L. R., Abbey-Hosch S., Dickey D. M. Natriuretic Peptides, Their Receptors, and Cyclic Guanosine Monophosphate-Dependent Signaling Functions // *Endocrine Reviews.* — 2005. — V. 27, № 1. — P. 47–72.
13. D'Souza S. P., Baxter G. F. B Type natriuretic peptide: a good omen in myocardial ischaemia? // *Heart.* — 2003. — № 89. — P. 707–709.
14. Burnett J., Kao P., Hu D. et al. Atrial natriuretic peptide elevation in congestive heart failure in the human // *Science.* — 1986. — № 231. — P. 1145–1147.
15. Lerman A., Gibbons R., Rodeheffer R. et al. Circulatory N-terminal ANP as a marker for symptomless LV dysfunction // *Lancet.* — 1993. — № 341. — P. 1105–1109.
16. Motwani J., McAlpine H., Kennedy N. et al. Plasma brain natriuretic peptide as an indicator for angiotensin-converting-enzyme inhibition after myocardial infarction // *Lancet.* — 1993. — № 341. — P. 1109–1113.
17. Doust J. A., Glasziou P. P., Pietrzak E., et al. A systematic review of the diagnostic accuracy of natriuretic peptides for heart failure // *Arch Intern Med.* — 2004. — № 164. — P. 1978–1984.
18. Kazanegra R., Cheng V., Garcia A. et al. A rapid test for B-type natriuretic peptide correlates with filling wedge pressure in patients treated for decompensated heart failure: a pilot study // *J Car Fail.* — 2001. — № 7. — P. 21–29.
19. Maeda K., Tsutamoto T., Wada A. et al. Plasma brain natriuretic peptide as a biochemical marker of high left ventricular end diastolic pressure in patients with symptomatic left ventricular dysfunction // *Am Heart J.* — 1998. — № 135. — P. 825–832.
20. Габрусенко С. А., Сафрыгина Ю. В., Овчинников А. Г., Масенко В. П., Наумов В. Г., Агеев Ф. Т., Беленков Ю. Н. Клинико-гемодинамический статус и сердечные натрийуретические пептиды в плазме крови больных гипертрофической кардиомиопатией // *CONSILIUM MEDICUM. Кардиологический вестник.* — 2006. — Т. 1, № 2.
21. Pieroni M., Bellocchi F., Sanna T. et al. Increased brain natriuretic peptide secretion is a marker of disease progression in nonobstructive hypertrophic cardiomyopathy // *J Card Fail.* — 2007. — V. 13, № 5. — P. 380–388.
22. Van den Berg M., Tjeerdsma G., Jan de Kam P. et al. Longstanding atrial fibrillation causes depletion of atrial natriuretic peptide in patients with advanced congestive heart failure // *Eur J Heart Fail.* — 2002. — № 4. — P. 255–262.
23. McDonagh T., Robb S., Murdoch D. et al. Biochemical detection of left ventricular systolic dysfunction // *Lancet.* — 1998. — № 351. — P. 9–13.
24. Wang T., Larson M., Levy D et al. Plasma natriuretic peptide levels and the risk of cardiovascular events and death // *New Engl J Med.* — 2004. — № 350. — P. 655–663.
25. Heart Protection Study Collaborative Group; Emberson J., Ng L., Armitage J. et al. N-terminal Pro-B-type natriuretic peptide, vascular disease risk, and cholesterol reduction among 20,536 patients in the MRC/BHF heart protection study // *J Am Coll Cardiol.* — 2007. — V. 49, № 3. — P. 311–319.
26. Whooley M. et al. Natriuretic peptide rules out ventricular dysfunction // *Arch Intern Med.* — 2007. — № 167. — P. 483–489.
27. Nielsen LS, Svanegaard J, Klitgaard NA, Egeblad H. N-terminal pro-brain natriuretic peptide for discriminating between cardiac and non-cardiac dyspnoea // *Eur J Heart Fail.* — 2004. — № 6. — P. 63–70.

28. Cowie M., Struthers A., Wood D. et al. Value of natriuretic peptides in assessment of patients with possible new heart failure in primary care // *Lancet*. — 1997. — № 350. — P. 1349–1353.
29. Maisel A., Krishnaswamy P., Nowak R. et al. Rapid measurement of B-type natriuretic peptide in the emergency diagnosis of heart failure // *N Engl J Med*. — 2002. — № 347. — P. 161–167.
30. McCullough P., Nowak R., McCord J. et al. B-type natriuretic peptide and clinical judgment in emergency diagnosis of heart failure // *Circulation*. — 2002. — № 106. — P. 416–420.
31. McCullough P., Hollander J., Nowak R. et al. Uncovering heart failure in patient with a history of pulmonary disease: rationale for the early use of B-type natriuretic peptide in the emergency department // *Acad Emerg Med*. — 2003. — V. 10, № 3. — P. 198–204.
32. Januzzi J., Camargo C., Anwaruddin S. et al. The N-terminal Pro-BNP Investigation of Dyspnea in the Emergency department (PRIDE) study // *Am J Card*. — 2005. — V. 95, № 8. — P. 948–954.
33. Dao Q., Krishnaswamy P., Kazanegra R. et al. Utility of B-type natriuretic peptide in the diagnosis of congestive heart failure in an urgent-care setting // *JACC*. — 2001. — № 37. — P. 379–385.
34. Morrison LK, Harrison A, Krishnaswamy P et al. Utility of a rapid B-natriuretic peptide assay in differentiating congestive heart failure from lung disease in patients presenting with dyspnea // *J Am Coll Cardiol*. — 2002. — № 39. — P. 202–209.
35. Мареев В. Ю., Даниелян М. О., Беленков Ю. Н. Сравнительная характеристика больных с ХСН в зависимости от величины фракции выброса по результатам российского многоцентрового исследования ЭПОХА-О-ХСН: снова о проблеме ХСН с сохраненной систолической функцией левого желудочка // *Журнал Сердечная Недостаточность*. — 2006. — Т. 4, № 38. — С. 164–171.
36. Сапрыгин Д. Б., Мошина В. А. Клиническое значение определения мозгового натрийуретического пептида (аминотерминального фрагмента) — NTproBNP, при кардиоваскулярной патологии // *Лабораторная медицина*. — 2006. — № 8. — С. 13–19.
37. Maisel A., Koon J., Krishnaswamy P. et al. Utility of B-natriuretic peptide as a rapid, point-of-care test for screening patients undergoing echocardiography to determine left ventricular dysfunction // *Am Heart J*. — 2001. — № 141. — P. 367–374.
38. Arques S., Roux E., Sbragia P. et al. Comparison of B-type natriuretic peptide with left atrial enlargement by echocardiography for the diagnosis of new-onset congestive heart failure with a preserved left ventricular systolic function in the setting of longstanding hypertension // *Int J Cardiol*. — 2008. — V. 128, № 1. — P. 123–125.
39. Tschöpe C., Kaner M., Westermann D., Gaub R. et al. The role of NT-proBNP in the diagnostics of isolated diastolic dysfunction: correlation with echocardiographic and invasive measurements // *Eur Heart J*. — 2005. — V. 26, № 21. — P. 2277–2284.
40. Mueller T., Gegenhuber A., Poelz W. et al. Head-to-head comparison of the diagnostic utility of BNP and NT-proBNP in symptomatic and asymptomatic structural heart disease // *Clinica Chimica Acta*. — 2004. — № 341. — P. 41–48.
41. Swedberg K.B., Hall C., Nielsen O.W. et al. New Frontiers in Cardiovascular Management Clinical Experiences and State-of-the-art Research on N-terminal Pro-brain Natriuretic Peptide (NT-proBNP) // *Cardiology Scientific Update*. — 2003. — № 5. — P. 202–235.
42. Терещенко С.Н. Клинико-патогенетические и генетические аспекты хронической сердечной недостаточности и возможности медикаментозной коррекции: Автореф. дис. ... докт. мед. наук. — М., 1998. — 28 с.
43. Silver M.A., Maisel A., Yancy C.W. et al. BNP Consensus panel 2004: A Clinical Approach for the Diagnostic, Prognostic, Screening, Treatment Monitoring, and Therapeutic Roles of Natriuretic Peptides in Cardiovascular Diseases // *Cong Heart Fail*. — 2004. — V. 10, № 5. — P. 1–30.
44. Goldman L., Hashimoto B., Cook F. et al. Comparative reproducibility and validity of systems for assessing cardiovascular functional class: advantages of a new specific activity scale // *Circulation*. — 1981. — V. 64, № 6. — P. 1227–1234.
45. Lipkin D.P., Scriven A.J., Crake T. et al. Six-minute walking test for assessing exercise capacity in chronic heart failure // *Br Med J*. — 1988. — V. 292, № 6521. — P. 653–655.
46. Kruger S., Graf J., Kunz D. et al. Brain natriuretic peptide levels predict functional capacity in patients with chronic heart failure // *J Am Coll Cardiol*. — 2002. — № 40. — P. 718–722.
47. Karabulut A., Kaplan A., Aslan C. et al. The association between NT-proBNP levels, functional capacity and stage in patients with heart failure // *Acta Cardiol*. — 2005. — V. 60, № 6. — P. 631–638.
48. Berger R., Huelsman M., Strecker K. et al. B-type natriuretic peptide predicts sudden death in patients with chronic heart failure // *Circulation*. — 2002. — № 105. — P. 2392–2397.
49. Fonarow G.C., Peacock W.F., Phillips C.O. et al. ADHERE Scientific Advisory Committee and Investigators. Admission B-type natriuretic peptide levels and in-hospital mortality in acute decompensated heart failure // *J Am Coll Cardiol*. — 2007. — V. 49, № 19. — P. 1943–1950.
50. Lim T.K., Hayat S.A., Gaze D. et al. Independent value of echocardiography and N-terminal pro-natriuretic Peptide for the prediction of major outcomes in patients with suspected heart failure // *Am J Cardiol*. — 2007. — V. 100, № 5. — P. 870–875.
51. Li N., Li Y., Wang F. et al. Does NT-proBNP Remain a Sensitive Biomarker for Chronic Heart Failure after Administration of a Beta-blocker? // *Clin Cardiol*. — 2007. — V. 30, № 9. — P. 469–474.
52. Национальные Рекомендации ВНОК И ОССН по диагностике и лечению ХСН (второй пересмотр) // *Сердечная Недостаточность*. — 2006. — Т. 8, № 36. — С. 1–35.

53. Anand I., Fisher L., Chiang Y-T. et al. Changes in brain natriuretic peptide and norepinephrine over time and mortality and morbidity in the valsartan heart failure trial (Val-Heft) // *Circulation*. — 2003. — № 107. — P. 1276–1281.
54. Bettencourt P., Azevedo A., Pimenta J. et al. N-terminal-pro-brain natriuretic peptide predicts outcome after hospital discharge in heart failure patients // *Circulation*. — 2004. — № 110. — P. 2168–2174.
55. Gackowski A., Isnard R., Pousset F. et al. Comparison of kinetics of brain natriuretic peptide and N terminal pro-brain natriuretic peptide during acute heart failure // *Europ Heart J*. — 2003. — № 24. — P. 524.
56. Valle R., Aspromonte N., Carbonieri E. et al. Fall in readmission rate for heart failure after implementation of B-type natriuretic peptide testing for discharge decision: A retrospective study // *Int J Cardiol*. — 2008. — V. 126, № 3. — P. 400–406.
57. Troughton R., Frampton C., Yandle T. et al. Treatment of heart failure guided by plasma aminoterminal brain natriuretic peptide (N-BNP) concentrations // *Lancet*. — 2000. — № 355. — P. 1126–1130.
58. Jourdain P., Jondeau G., Funck F. et al. Plasma brain natriuretic peptide-guided therapy to improve outcome in heart failure: the STARS-BNP Multicenter Study // *J Am Coll Cardiol*. — 2007. — V. 49, № 16. — P. 1733–1739.
59. Mueller C., Scholer A., Laule-Kilian K. et al. Use of B-type natriuretic peptide in the evaluation and management of acute dyspnea // *New Engl J Med*. — 2004. — № 350. — P. 647–654.
60. Shionoria B.N.P. Quantative immnoradiometric assay kit for the determination of human brain (B-type) natriuretic peptide in plasma [product insert]. — Osaka, Japan; Shionogi&Co., LTD; 2002.
61. BNP. ADVIA Centaur Assay Manual [product insert]. — Bayer Healthcare LLC; 2003.
62. Guidelines for the diagnosis and treatment of chronic heart failure. Task force for the diagnosis and treatment of chronic heart failure, European Society of cardiology // *Eur Heart J*. — 2001. — № 22. — P. 1527–1560.
63. proBNP. Elecsys Systems1010/2010/Modular analytics E170 [product insert]. — Roche Diagnostics; 2001.
64. Cowie M.R., Jourdain P., Maisel A. et al. Clinical applications of B-type natriuretic peptide (BNP) testing // *Eur Heart J*. — 2003. — V. 24, № 19. — P. 1710–1718.
65. Gustafsson F., Steensgaard-Hansen F., Badskjaer J. et al. Diagnostic and prognostic performance of N-terminal ProBNP in primary care patients with suspected heart failure // *J Card Fail*. — 2005. — V. 11, № 5. — P. 15–20.
66. Rutten F.H., Hoes A.W. B-type natriuretic peptide assays for detecting heart failure in the elderly: Same value as those in the younger? // *Int J Cardiol*. — 2008. — V. 125, № 2. — P. 161–165.
67. McCullough P.A., Duc P., Omland T. et al. Breathing Not Properly Multinational Study Investigators. B-type natriuretic peptide and renal function in the diagnosis of heart failure: an analysis from the Breathing Not Properly Multinational Study // *Am J Kidney Dis*. — 2003. — V. 41, № 3. — P. 571–579.
68. deFilippi Chr., Maynard S., Dunston R.C. et al. Concomitant Kidney Disease and Heart Failure: Diagnostic and Prognostic Utility of N-terminal proBNP and B-type Natriuretic Peptide // AHA. — 2005. — abstract 2838. — P. 160.
69. Wang T.J., Larson M.G., Keyes M.J. et al. Association of plasma natriuretic peptide levels with metabolic risk factors in ambulatory individuals // *Circulation*. — 2007. — V. 115, № 11. — P. 1345–1353.
70. Bayes-Genis A., Lloyd-Jones D.M., van Kimmenade R.R. et al. Effect of body mass index on diagnostic and prognostic usefulness of amino-terminal pro-brain natriuretic peptide in patients with acute dyspnea // *Arch Intern Med*. — 2007. — V. 167, № 4. — P. 400–407.
71. Ferreira A.M., Mendes M., Ventosa A. et al. Obesity does not influence the correlation between exercise capacity and serum NT-proBNP levels in chronic heart failure // *Int J Cardiol*. 2008. — V. 130, № 1. — P. 103–105.
72. Mehra M.R., Uber P.A., Park M.H. et al. Obesity and suppressed B-type natriuretic peptide levels in heart failure // *J Am Coll Cardiol*. — 2004. — V. 43, № 9. — P. 1590–1595.
73. Frantz R.P., Olson L.J., Grill D. et al. Carvedilol therapy is associated with a sustained decline in brain natriuretic peptide levels in patients with congestive heart failure // *Am Heart J*. — 2005. — V. 149, № 3. — P. 541–547.
74. O'Hanlon R., O'Shea P., Ledwidge M. et al. The biologic variability of B-type natriuretic peptide and N-terminal pro-B-type natriuretic peptide in stable heart failure patients // *J Card Fail*. — 2007. — V. 13, № 1. — P. 50–55.
75. Schou M., Gustafsson F., Kjaer A. et al. Long-term clinical variation of NT-proBNP in stable chronic heart failure patients // *Eur Heart J*. — 2007. — V. 28, № 2. — P. 177–182.

Авторы: А. Н. Андрюхин, врач общей практики МУЗ «Выборгская городская поликлиника»;

Е. В. Фролова, профессор кафедры семейной медицины СПбМАПО

Адрес для контакта: sulkus_m@mail.ru

КАЧЕСТВО ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ. ТОЧКА ЗРЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ ЦЕНТРА СЕМЕЙНОЙ МЕДИЦИНЫ И ГОРОДСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ

А. П. Помаз, Т. А. Дубикайтис, О. Ю. Кузнецова, А. В. Матюшева
ГОО ДПО Санкт-Петербургская академия последипломного образования Росздрава, Россия

QUALITY OF OUTPATIENT MEDICAL CARE. OPINION OF PATIENTS IN GENERAL PRACTICE VS. CITY POLICLINIC

A.P. Pomaz, T.A. Dubikaytis, O.Yu. Kuznetsova, A.V. Matusheva
St-Petersburg Medical Academy of Postgraduate Studies, Russia

© Коллектив авторов, 2008.

В настоящем исследовании проведено сравнение показателей качества оказания медицинской помощи в общей врачебной практике и в поликлинике. Качество медицинского обслуживания оценивали по результатам опроса посетителей двух медицинских учреждений. Установлено, что пациенты центра семейной медицины в целом выше оценили качество медицинской помощи, чем пациенты поликлиники. Опрос посетителей медицинских центров позволил выявить потребность в проведении ряда организационных изменений.

Ключевые слова: качество, медицинская помощь, ожидания пациентов.

The study compared the assessment quality of medical service in family medicine and policlinic. Quality of medical care was appraised by patients with the modified questionnaire "Expectations and reality". The quality of medical care was higher in GP in comparison to policlinic. The study revealed the requirement in some organizational changes.

Keywords: patient expectations, quality, medical service.

Оценка качества оказания помощи в первичном звене здравоохранения имеет большое значение, особенно в период его реформирования. По сей день у общей практики, которая должна придти на смену участковой терапии, много как сторонников, так и противников. Как оценивать качество оказания помощи участкового терапевта и семейного врача?

Особенно информативными могут оказаться данные о госпитализации пациентов с теми заболеваниями, которые следует лечить в амбулаторных условиях. Как уже сообщалось в нашем журнале, в трех центрах амбулаторной помощи, имелись существенные различия в частоте госпитализации больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями и, в частности, с артериальной гипертензией [1].

Как показал анализ, в одном из центров, где преимущественно работают участковые терапевты, более 30% госпитализированных пациентов в течение последнего года не обращались за помощью в поликлинику. При этом все госпитализированные больные из числа лиц, наблюдавшихся врачами общей практики, обращались в центр семейной медицины за медицинской помощью в течение последнего года.

В связи с этим, представляется актуальным оценить мнение пациентов о качестве оказания помощи в двух учреждениях с разной формой оказания первичной медицинской помощи.

Цель исследования — оценка удовлетворенности пациентов качеством работы врача в центре семейной медицины и сравнение полученных результатов с данными анкетирования в поликлинике.

Материалы и методы. Оценка качества работы врачей с помощью опроса пациентов достаточно давно используется за рубежом, для этого разрабатываются специальные анкеты. В частности, анкета QUOTE (Quality of care through the patient's eyes) была разработана, чтобы оценить, сами пациенты удовлетворены качеством оказания медицинской помощи [2].

Смысл анкетирования заключается в том, что в процессе опроса пациент высказывает свои ожидания и представления о том, что должен делать врач. Затем, основываясь на опыте обращения за врачебной помощью, пациент оценивает реальные действия врача. Несоответствие реальной работы врачей тому, что ожидает от них пациент, требует рассмотрения целесообразности изменения оказываемой врачебной помощи. Считает-

ся, что если более 90% пациентов удовлетворены качеством работы врачей, то вносить изменения не требуется [3]. В данном исследовании удовлетворенность качеством оказания медицинской помощи изучали с помощью анкеты QUOTE, адаптированной белорусскими исследователями для оценки удовлетворенности качеством оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях [4]. В ходе адаптации анкеты было установлено, что не все вопросы анкеты QUOTE актуальны для населения Белоруссии и анкета была сокращена до 15 вопросов; был добавлен вопрос о доступности в местных аптеках лекарственных средств, назначенных врачом. Адаптированная анкета QUOTE была переведена на русский язык и получила название «Ожидание и реальность».

Мы упростили методику опроса. Пациентов просили ответить, удовлетворены ли они качеством оказания медицинской помощи по 15 пунктам анкеты «Ожидания и реальность».

Анкетирование проводили летом и осенью 2008 г. Опрашивали пациентов одного из центров семейной медицины и посетителей городской поликлиники Санкт-Петербурга.

Центр семейной медицины оказывает амбулаторную медико-профилактическую помощь в рамках ОМС в течение 12 лет и является структурным подразделением ГОУ ДПО СПбМАПО. Общее количество прикрепленного населения составляет примерно 5500 человек, включая детей и беременных женщин. В центре работает 4 врача общей практики, по 2 в смену. Все врачи прошли подготовку в клинической ординатуре на кафедре семейной медицины нашей Академии.

В городской поликлинике, выбранной в качестве второго медицинского центра, осуществляется поэтапный переход на общую врачебную практику, поэтому первичную медицинскую помощь в ней оказывают участковые терапевты, узкие специалисты и семейные врачи. Все врачи общей практики прошли профессиональную подготовку по специальности «общая (семейная) практика», на кафедре семейной медицины СПбМАПО или на курсе семейной медицины ГМА им. И. И. Мечникова.

В исследовании принимали участие пациенты, обратившиеся за медицинской помощью в дни проведения исследования. Анкету выдавали в регистратуре, после заполнения пациент опускал ее в закрытый ящик в холле.

Отклик составил 39% в поликлинике и 76% в центре семейной медицины. В центре семейной медицины были заполнены 152 анкеты и 58 — в городской поликлинике. Содержание анкет было внесено в электронную базу и статистически обработано с помощью компьютерной программы SPSS 13.0. Анализ данных осуществлялся с помощью методов описательной статистики. Результа-

ты представлены в процентах. Для анализа достоверности различий между поликлиникой и ЦСМ использовали критерий χ^2 .

Результаты и их обсуждение. Сам факт низкого отклика пациентов поликлиники не может не насторожить и требует подробного изучения. С одной стороны, это может характеризовать незаинтересованность пациентов в анкетировании, с другой стороны, может косвенно свидетельствовать о невысокой мотивации сотрудников поликлиники к проведению подобных опросов. В связи с невысоким откликом в поликлинике (небольшое количество анкет, полученных для обработки), представляемые результаты носят предварительный характер.

Как видно из таблицы, свыше 90% пациентов центра семейной медицины удовлетворены качеством медицинского обслуживания по 8 вопросам. В частности, пациенты высоко оценили качество координации и согласования процесса оказания медицинской помощи с другими медицинскими работниками. Положительно оценили этот вопрос 97%, что достоверно отличается от показателя, полученного в результате анкетирования посетителей поликлиники ($p = 0,004$). Участники исследования указали, что врач объясняет причины развития жалоб, описывает цель и ход лечения, а также действие лекарственных препаратов; пациенты врачей общей практики отметили, что врач всегда назначает лекарственные средства, которые имеются в местной аптеке. Положительные ответы достоверно выше в центре семейной медицины, чем в поликлинике. Посетители центра семейной медицины также отметили внимательное отношение, эффективную работу на улучшение здоровья и наличие постоянного лечащего врача.

Пациенты поликлиники выразили удовлетворенность качеством оказания медицинской помощи только по трем вопросам. 96% пациентов указали, что врач относится к ним серьезно и внимательно, 92% отметили готовность врача выполнить срочный визит на дом и 94% высоко оценили работу врача по улучшению здоровья пациента.

Из полученных данных можно заключить, что врач общей практики эффективнее консультирует больных и лучше координирует лечебный процесс. Вместе с тем, пациенты городской поликлиники выше оценили готовность врача выполнить срочный визит на дом. Доля лиц, положительно ответивших на вопрос составила 92% в городской поликлинике и 83% в ЦСМ ($p=0,06$). Вероятно, это связано с тем, что врачи центра семейной медицины настоятельно рекомендуют пациентам приходить на прием к своему врачу, так как в этих условиях есть больше возможностей для обследования. Домашние посещения осуществляются ко всем больным, нуждающимся в постельном режиме. Тем не менее, такая находка при анализе

результатов анкетирования представляет интерес и является поводом для размышлений и более подробного анализа.

Наиболее высокие оценки получили показатели, характеризующие коммуникативные навыки семейных врачей ЦСМ и эффективность совместной работы с пациентом, направленной на решение его проблем: объяснение причин возникновения жалоб, особенностей течения и лечения заболевания, а также прогноза. Положительная оценка объясняется тем, что при обучении в клинической ординатуре на кафедре семейной медицины СПбМАПО традиционно уделяется большое внимание обучению коммуникативным навыкам и принципам проблемно-ориентированного подхода при консультировании пациентов.

По некоторым вопросам удовлетворенность качеством оказания медицинской помощи в ЦСМ не достигла 90%. Так доля лиц, отметивших, что время ожидания составляет менее 15 минут, составила 79% по результатам опроса пациентов ЦСМ. Вместе с тем важно отметить, что аналогичный показатель качества работы врачей поликлиники достоверно ниже, чем в ЦСМ. Всего 54% опрошенных в поликлинике согласились с утверждением «Ожидание приема врача составляет не более 15 минут». Анализ удовлетворенности конфиденциальностью беседы с врачом показал, что доля не удовлетворенных пациентов составила 24% в ЦСМ и 17% в поликлинике. Различия можно объяснить особенностями расположения кабинетов и размерами помещений в ЦСМ по сравнению

с типовой городской поликлиникой. Тем не менее, эти данные могут также стать поводом для принятия организационных решений, направленных на повышение удовлетворенности пациентов.

Как видно из таблицы, в ходе исследования была выявлена потребность пациентов в телефонных консультациях, которая пока не реализована в работе семейного врача, так как не предусмотрена документами, регламентирующими его деятельность.

Проведенное исследование выявило интересные закономерности в оценке работы врачей пациентами двух медицинских центров. С одной стороны, они свидетельствуют о более высоком качестве подготовки врачей первичного звена, обучавшихся в клинической ординатуре по специальности общая врачебная практики (семейная медицина). С другой стороны, они указывают на необходимость улучшения обеспечения конфиденциальности. Это явилось в определенной степени неожиданной находкой для руководителя Центра семейной медицины и требует принятия мер, направленных на устранение выявленного недостатка.

Выводы

1. Пациенты центра семейной медицины оценили качество работы врачей в целом выше, чем пациенты городской поликлиники.

2. Следует рассмотреть возможность сокращения времени ожидания приема за счет переноса части обязанностей на средний медицинский персонал, организации службы дежурных врачей.

Таблица

Результаты анкетирования посетителей центра семейной медицины (ЦСМ) и городской поликлиники (ГП) об удовлетворенности качеством оказания медицинской помощи (доля лиц, утвердительно ответивших на вопрос)

№	Вопросы анкеты	ЦСМ	ГП
1.	Ожидание приема врача составляет не более 15 минут	79,2	53,7
2.	Врач серьезно и внимательно относится ко мне	91,2	96,3
3.	Врач всегда готов выполнить срочный визит	83,2	92,6
4.	Врач целенаправленно работает на уменьшение моих жалоб на здоровье	92,8	94,4
5.	Врач доступно объясняет действие назначенных препаратов	95,2	87,0
6.	Доступна консультация врача по телефону	68,0	27,8
7.	Работа организована так, что другие пациенты не могут слышать разговор на приеме и в регистратуре	76,0	83,3
8.	Врач выписывает медикаменты, которые есть в наличии в местной аптеке	97,6	81,5
9.	Врач в доступной для меня форме объясняет мне цель и ход лечения	98,4	88,9
10.	Является моим постоянным лечащим врачом	93,6	57,4
11.	Точно объясняет причину моих жалоб	97,6	87,0
12.	В медицинском центре есть место для ожидания приема, включая лиц с ограниченными возможностями, пользующихся инвалидными колясками	88,8	66,7
13.	Врач знакомит меня с содержанием медицинской карточки, если я его об этом попрошу	85,6	88,9
14.	Врач координирует и согласовывает медицинскую помощь с другими медработниками и лечебными учреждениями	96,8	87,0
15.	Врач предоставляет четкую информацию об организации работы: время приема, порядок обращения за помощью	84,0	88,9

Возможно, следует обсудить целесообразность организации прямой телефонной связи с кабинетом врача, так как многие проблемы пациентов могут быть решены таким способом.

3. Необходимо создать условия для повышения конфиденциальности при осуществлении приема

врачей, для чего потребуется небольшое переоборудование помещений ЦСМ.

4. Необходимо повысить качество подготовки врачей-слушателей на циклах профессиональной переподготовки в области методики консультирования и развития коммуникативных навыков.

Литература

1. Моисеева И. Е., Кузнецова О. Ю., Фролова Е. В., Плавинский С. Л. Оценка качества оказания медицинской помощи в общей врачебной практике // Российский семейный врач.— 2008.— № 1.— С. 44–46.
2. Nijkamp M. D., Sixma H. J. M., Afman H., et al. Quality of care from the perspective of the cataract patient: the reliability and validity of the QUOTE-Cataract // Br J Ophthalmol.— 2002.— Vol. 86.— P. 840–842.
3. Sixma H. J., Kerssens J. J., Campen C. van, Peters L. Quality of care from the patient's perspective: from theoretical concept to a new measurement instrument // Health Expect.— 1998.— Vol. 1.— P. 82–95.
4. Русович В.З., Воронко Е.А., Боерма У.Г.У., Щелевис Ф.Г. В общей практики глазами пациентов // Российский семейный врач.— 2006.— № 4.— С. 15–20.

Авторы:

А. П. Помаз, врач общей практики Центра семейной медицины СПбМАПО;

Т. А. Дубикайтис, доцент кафедры семейной медицины СПбМАПО;

О. Ю. Кузнецова, профессор, заведующая кафедрой семейной медицины СПбМАПО;

А. В. Матюшева, главный врач ГУЗ ГП № 17 Санкт-Петербурга

Адрес для контакта: tanyadks@hotmail.com

ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ЗАПОРОВ У ПОЖИЛЫХ

В. Н. Петров, А.Г. Захарчук

ГОУ ДПО Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования Росздрава,
СПб ГУЗ «Городской гериатрический медико-социальный центр»

PREVENTION AND TREATMENT OF CONSTIPATION IN ELDERLY

V. N. Petrov, A.G. Zakharchuk

St-Petersburg Medical Academy of Postgraduate Studies,
Department of Nursing and Social Work, Russia

© В. Н. Петров, А.Г. Захарчук, 2008 г.

Статья написана для медицинских сестер и посвящена вопросам профилактики, изложению причин, признаков и осложнений запора у пожилых. Даны рекомендации медсестрам по питанию и особенностям приема слабительных препаратов лицами, страдающими хроническим запором.

Ключевые слова: запор, семейная медицинская сестра, уход.

The paper was written for nurses and presents some ways to prevent constipation in elderly. The causes, symptoms and complications evoked by constipation are described. Some recommendations on diet and taking laxative medicine for patients suffering from chronic constipation are given.

Key words: constipation, family nurse, health care.

Запор — это нарушение опорожнения кишечника с увеличением интервалов между дефекациями свыше нормы или затруднениями при дефекации. Достаточно одного из трех признаков, чтобы констатировать наличие запора:

1. Длительная задержка стула с интервалами между опорожнениями кишечника более двух суток.

2. Регулярное, но затрудненное опорожнение кишечника, когда приходится напрягаться более четверти всего времени дефекации.

3. Систематическое неполное опорожнение кишечника, вызывающее ощущение незаконченности акта дефекации.

Причины запора. Систематическое уменьшение частоты стула может быть связано с изменениями питания, образа жизни, последствиями стресса, переменой места жительства, состава питьевой воды, климата или госпитализацией (в новой, непривычной больничной обстановке у человека иногда возникает рефлексорная задержка стула на 1–3 суток).

Частой причиной хронических запоров является *гиподинамия*: у людей, ведущих малоактивный образ жизни или работающих стоя или сидя, часто к запорам присоединяется геморрой. Переполнение прямой кишки каловыми массами и натуживание при стуле могут привести к застойным

явлениям в области малого таза. Необходимо сказать и о том, что запор очень вреден для пожилых людей с артериальной гипертензией в сочетании с аневризмой аорты и заболеваниями сердца: натуживание у таких людей может вызвать разрыв сосуда, ухудшить коронарное кровообращение и вызвать фибрилляцию желудочков.

Грозной причиной запора является *онкологическая патология* — начинающееся сужение кишечника из-за роста опухоли.

К запору приводят различные *заболевания органов желудочно-кишечного тракта* — геморрой, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, желчнокаменная и спаечная болезни, хронический колит, выпадение прямой кишки, анальные трещины, а также хронические заболевания матки и придатков, предстательной железы. Некоторые лекарственные препараты (опиаты, миорелаксанты, спазмолитики, карбонат кальция, альмагель, препараты висмута и железа, дифенин, ганглиоблокаторы, amitриптилин, антигистаминные и антипаркинсонические препараты, нестероидные противовоспалительные препараты; мочегонные при длительном приеме; отвары черники, черемухи, коры дуба) вызывают *медикаментозный запор*.

У *многорожавших женщин* иногда возникают грыжи передней брюшной стенки и атрофия

мышцы, поднимающей задний проход, что тоже может быть причиной запоров. Запоры наблюдаются у беременных, женщин в климактерическом периоде, а также больных эндометриозом.

Хронические интоксикации таллием, свинцом и ртутью лежат в основе *токсических запоров*.

Задержка стула может быть следствием *длительного постельного режима*.

Возникновению этого недуга способствует сахарный диабет, гипотиреоз, хроническая сердечная недостаточность и хроническая мезентериальная недостаточность.

Истощенные больные часто страдают запором из-за *ослабления мышц* брюшного пресса, тазового дна и диафрагмы. У людей, длительно находящихся на постельном режиме, работа органов пищеварения ухудшается, недостаток движений неблагоприятно сказывается на двигательной и секреторной деятельности желудка и кишечника. Расслабленные стенки живота не могут в достаточной степени поддерживать внутрибрюшное давление, имеющее большое значение для хорошей работы органов пищеварения. Недостаток двигательной активности может способствовать атонии кишечника, венозному застою.

В клинической картине при запоре выделяют местные симптомы:

- ощущение вздутия и распирания живота;
- боли — тупые и схваткообразные — преимущественно в боковых и нижних отделах живота;
- ложные позывы и чувство неполного опорожнения кишечника после дефекации.

Нарушения работы кишечника неблагоприятно сказываются на организме в целом: изменяется питание всех клеток и тканей, в кишечнике накапливаются вредные вещества — токсины (кадаверин, путресцин, индол, скатол, азотистые соединения) которые могут стать причиной хронической интоксикации и развития различных воспалительных заболеваний. Замечено, что рак кишечника чаще возникает у людей, склонных к запору. Вследствие нарушения обмена веществ и интоксикации страдают и функции мозга: нарушается память, появляются головные боли, слабость, раздражительность, снижение работоспособности и настроения. Развивается астенодепрессивный синдром. Нередко больных беспокоят отрыжка, тошнота, извращение вкуса, снижение аппетита.

Диагностика. Медицинская сестра при объективном исследовании пациента, страдающего запором, может выявить трофические нарушения — сухость, дряблость и снижение тургора кожи, выпадение волос, ломкость ногтей. Возможно асимметричное вздутие живота за счет метеоризма, способствующего ограничению экскурсий грудной клетки и затруднению дыхания, провоцирующего появление нарушений ритма сердца.

При пальпации живота определяют мягкоэластические опухолевидные образования (копролиты), исчезающие после дефекации.

Появление запора требует углубленного обследования — комплекса лабораторных и инструментальных исследований, включающих:

- клинический анализ крови;
- определение глюкозы, альбумина, электролитов (Na^+ , K^+ , Ca^{2+}), онкомаркеров;
- определение гормонов щитовидной железы (T_3 , T_4 , ТТГ);
- общий анализ мочи;
- копрограмму;
- исследование кала на яйца гельминтов
- анализ кала на скрытую кровь и дисбактериоз;
- УЗИ органов брюшной полости и малого таза;
- ректороманоскопию, ирригоскопию и колоноскопию.

Выявление причин запора — достаточно сложная задача, относящаяся к компетенции врача. Он может назначить дополнительные исследования и, по показаниям, консультации «узких» специалистов.

Ректороманоскопия и колоноскопия способствуют выявлению воспалительных и атрофических поражений, полипов, дивертикулов, стенозов (стриктур) и опухолей толстой кишки. Рентгенологическое исследование помогает диагностировать не только ее органические изменения, но и нарушения моторно-эвакуационной функции (дискинезии толстой кишки). Необходима консультация невролога для медикаментозного лечения нейрорегуляторных нарушений моторно-эвакуаторной функции кишечника.

Сестринская помощь. Действия медицинской сестры при запоре у пациента следующие:

- выяснить, имелись ли нарушения опорожнения кишечника в предыдущие годы, сопровождаются ли нарушения болевыми ощущениями в животе и диспепсическими расстройствами, имеются ли позывы к дефекации;
- оценить частоту опорожнения кишечника и характер каловых масс (объем, запах, цвет, консистенцию, форму, наличие слизи, гноя и крови);
- выяснить возможные причины задержки стула;
- рассказать пациенту о характере, необходимости и безопасности лабораторных и инструментальных исследований;
- научиться пальпировать живот с диагностической (выявление копростазов и копролитов) и лечебной целью — для стимуляции сократительной (перистальтической) активности кишечника;
- организовать разумный режим физической активности, обучить пациента специальным физическим упражнениям;

— сообщить больному о принципах правильного питания при запоре и следить за их выполнением;

— изучить основы медикаментозного лечения запора, контролировать выполнение пациентом назначений врача, выявлять побочные действия лекарственных препаратов;

— обучить пациента режиму дефекации, создавать для этого комфортную уединенную обстановку, помогать больному пользоваться судном, усаживаться на стульчак;

— оказывать «узникам койки» физическую и психологическую поддержку.

Принципы профилактики и лечения. Важная роль в предупреждении и лечении запора принадлежит правильно организованному питанию. Питаться надо регулярно в одни и те же часы, 4–5 раз в сутки. Из рациона следует исключить продукты, блюда и напитки, оказывающие вяжущее действие и замедляющие опорожнение кишечника: хлеб из муки высшего сорта, выпечные изделия из дрожжевого и сдобного теста, макаронные изделия, рис и манную крупу, жирные сорта мяса, рыбы и птицы, копчености, некоторые ягоды (черника, брусника), крепкий чай, какао, кофе, шоколад. Следует исключить или значительно ограничить употребление цельного молока, овощей, содержащих эфирные масла (чеснок, укроп, сельдерей, петрушка), бобовых (фасоль, горох, чечевица).

При кулинарной обработке не рекомендуется измельчать пищу, ее варят в воде или на пару. Мясо и рыбу лучше готовить куском, каши — в рассыпчатом виде.

Если нет противопоказаний, связанных с опухолевыми или сопутствующими заболеваниями, в рацион включают богатые растительной клетчаткой и стимулирующие опорожнение кишечника пищевые продукты. К ним относятся овощи (свекла, морковь, кабачки, тыква, огурцы, картофель, цветная капуста), сладкие фрукты (яблоки, абрикосы, персики, бананы, сливы) и ягоды (малина, крыжовник, черная смородина, клубника), сухофрукты (чернослив, инжир, курага, урюк, изюм), белый хлеб с добавлением отрубей, крупы (гречневая, овсяная, пшеничная, пшено, ячневая). Возбуждают двигательную активность кишечника растительные масла (подсолнечное, кукурузное, оливковое), добавляемые в пюре, салаты, винегреты. Увеличивают объем кишечного содержимого и тем самым способствуют опорожнению кишечника муссы, фруктовые желе, пастила. Послабляющий эффект дают кисломолочные продукты — бифидокефир, ацидофилин, йогурт, простокваша.

Объем употребляемой жидкости следует увеличить до 2–2,5 л в сутки за счет воды, некрепкого чая, фруктовых и овощных соков, которые, смешиваясь с растительной клетчаткой, увеличи-

вают объем каловых масс и способствуют опорожнению кишечника.

Далее в общем виде представлены рекомендации по питанию больных, страдающих запором.

1) Питье утром натощак 2 стаканов воды комнатной температуры или 2 стаканов фруктового сока (апельсиновый, яблочный или один стакан молочной сыворотки).

2) Употребление овощей: капусты, огурцов, моркови, свеклы.

3) Добавление к рациону зерновых продуктов: 3 ст. ложки пшеничных отрубей и/или 3 ст. ложки льняного семени в течение дня с кефиром или йогуртом.

4) Употребление фруктов: вареные яблоки и ревень, сырые апельсины.

5) Употребление сухофруктов: 6 слив или 3 финика утром замочить в кипяченой воде, а вечером съесть.

При запоре помогают минеральные воды: «Ессентуки» № 4 и № 17, «Арзни», «Славяновская», «Смирновская», «Балтийская», «Джермук». Их назначают по 1–1,5 стакана комнатной температуры по 2–3 раза в день натощак и за 1–1,5 часа до еды в течение нескольких недель.

Полезна фитотерапия с использованием лекарственных растений, оказывающих послабляющее действие: отваров или настоев коры и ягод крушины, крапивы, травы тысячелистника. Хороший эффект дает прием слабительной пасты: взять по 100 г кураги, чернослива, изюма, меда, сок одного лимона, перемешать и употреблять по 1 ст. ложке натощак и между приемами пищи. Послабляющее действие оказывает смесь из кефира или йогурта (1 стакан) с ложкой гречневой муки. Смесь готовят вечером, оставляют на ночь и употребляют утром натощак.

Медикаментозное лечение применяют лишь при неэффективности диетических мероприятий. По назначению врача используют следующие слабительные средства:

— обладающие осмотическими свойствами: лактулоза, форлакс, кодалакс;

— солевые слабительные: карловарская соль, магния сульфат, натрия сульфат;

— увеличивающие объем кишечного содержимого (наполнители): отруби, метилцеллюлоза, морская капуста;

— вызывающие химическое раздражение и повышение моторно-эвакуаторной функции кишечника, тормозящие всасывание в нем воды и солей: препараты крушины, сенны (сенаде, сенадексин, прусеннид), жостера, сабура, корня ревеня, гутталакс, дулькалакс, бисакодил, касторовое масло;

— размягчающие каловые массы и улучшающие их продвижение: глицериновое, вазелиновое и миндальное масло, жидкий парафин;

— комбинированные препараты: кафиол, калифаг и др.

Применение солевых слабительных при онкологических заболеваниях часто эффективно как экстренная мера, если запор связан с нарастающей механической кишечной непроходимостью на разных уровнях. Добавление фруктовых соков частично нейтрализует горький вкус соли.

Необходимо помнить о неудобстве солевых слабительных при использовании пожилыми, ослабленными больными: быстрота и неуправляемость дефекации требует предупреждения больного и его родственников, дежурного персонала и их готовности к быстрому началу действия слабительного.

При упорном многодневном запоре проводят мануальное обследование прямой кишки с последующим ручным удалением копролитов. После очистки нормализуют диету и продолжают использовать слабительные для предупреждения повторного запора.

Побочные действия длительного применения солевых слабительных у больных с недостаточностью выделительной функции почек: возникают гипотония, сонливость, спутанность сознания, мышечная слабость, как следствие задержки солей магния. Назначение слабительных, содержащих соли магния, больным с проявлениями почечной недостаточности, повышением уровня магния, остаточного азота и креатинина в плазме крови противопоказано. Солевые слабительные, вызывая обильную потерю жидкости с каловыми массами, могут усиливать обезвоживание, поэтому питьевой режим должен быть свободным.

При стойком запоре, особенно обусловленном механическими препятствиями, связанными с опухолевым процессом, могут быть использованы клизмы с гипертоническим раствором хлорида натрия (20–30 мл 10% раствора), медицинской желчью (20–30 мл), растительным маслом (30–50 мл), но с учетом противопоказаний — наличие кровоточащих опухолей прямой и сигмовидной кишки. Для восстановления рефлекса дефекации используют чередование водно-масляных клизм (утром ежедневно, объемом 100–200 мл) с очистительными (1 раз в неделю), курс 7–14 дней.

Метеоризм часто сочетается с запором. Повышенное образование газов в кишечнике или нарушение их отхождения причиняет неудобства больному — ограничивают движения диафрагмы и, как следствие, вызывает затруднения дыхания, тяжесть и боли в области сердца, нарушение аппетита, сна и общего самочувствия.

Общие рекомендации по профилактике метеоризма, которые может дать медицинская сестра:

- есть чаще и маленькими порциями в течение дня вместо обычного трехразового питания;
- не только запивать еду, а пить между приемами пищи;
- избегать употребления в большом количестве

продуктов, вызывающих образование газов в кишечнике. К таким продуктам относят яблоки, бобы, горох, капусту (кочанную, свежую, квашеную, брокколи, брюссельскую и цветную), лук, редис, дыни, газированные напитки, пиво, сладости. Чтобы не заглатывать воздух, есть надо медленно и не разговаривать во время еды.

- мотивировать необходимость выполнения двигательных и дыхательных упражнений;
- делать массаж живота.

Метеоризм, как правило, устраняется при применении активированного угля или эспумизана.

Если исключены органические причины запора, медицинская сестра может рекомендовать *специальные физические упражнения*. Физические упражнения усиливают движение крови и лимфы, работа мышц отвлекает большое количество крови из области живота и вызывает снижение венозного давления, что способствует уменьшению застойных явлений в органах малого таза. Усиление движения крови улучшает пищеварительные процессы в кишечнике, в результате чего налаживается стул и устраняются запоры.

При запоре используют общеукрепляющие упражнения и упражнения для укрепления брюшного пресса в разных положениях — стоя, сидя, лежа на спине, на боку, на коленях. Полезны упражнения с небольшим сотрясением туловища, прыжки, подскоки, упражнения со скакалкой, дыхательные упражнения с глубоким вдохом, улучшающие отток венозной крови из мест застоя. В то же время нужно воздерживаться от движений с натуживанием, задержкой дыхания и напряжением.

Комплекс упражнений для профилактики и лечения запоров

Упражнение 1. Стоя. Ноги на ширине плеч, руки на талии. Наклоняйте туловище вперед, в стороны, назад.

Упражнение 2. Стоя. Руки на талии, ноги на ширине плеч. Круговые движения туловищем вправо, влево.

Упражнение 3. Стоя. Наклоны с поворотом туловища: ноги шире плеч, руки развести в стороны, ладони повернуть вниз — вдох. Наклониться вперед и вниз, повернув туловище налево и коснувшись носка левой ноги правой рукой, левая рука вверх — выдох. Возвратиться в исходное положение — вдох. То же упражнение повторить в другую сторону.

Упражнение 4. Стоя или сидя на стуле. Поочередно сгибать ногу в тазобедренном и коленном суставах.

Упражнение 5. Стоя или сидя. Поочередно поднимать прямую ногу с одновременным вытягиванием вперед противоположной руки.

Упражнение 6. Сидя на полу, упираясь сзади ладонями, лечь — сесть.

Упражнение 7. Сидя на полу с разведенными ногами и поднятыми в стороны руками. Достать поочередно левой и правой рукой пальцы ноги с противоположной стороны.

Упражнение 8. Сидя на полу, зацепиться носками за шкаф, руки поместить на талии. Сесть — лечь.

Упражнение 9. Лежа на спине, поднимать согнутые или прямые ноги.

Упражнение 10. Лежа на спине, согнуть ноги, подтянуть их к животу, опустить влево, потом вправо.

Упражнение 11. Лежа на спине, делать круговые движения ногами, как при езде на велосипеде.

Упражнение 12. Лежа на спине, приподнять от пола туловище и ноги, руки развести в стороны.

При запорах рекомендуются также упражнения общеукрепляющего характера, входящие в комплекс утренней зарядки.

Важную роль в развитии рефлекса дефекации играет воспитание. Можно выработать навык опорожнять кишечник каждый день в определенный час, но в то же время есть люди, для которых стул через один или два дня — естественное явление.

Литература

1. Клинические рекомендации. Гастроэнтерология 2006-2007 / Под ред. В. Т. Ивашкина. — М., 2006. — 86 с.
2. Лаптева Е. С., Захарчук А. Г. Особенности сестринского процесса у гастроэнтерологических больных в гериатрии. — СПб., 2002. — 24 с.
3. Сборник стандартов и технологий практической деятельности медицинских сестер / Под. ред. Я. А. Накатиса. — СПб., 2003. — 294 с.
4. Синдромная диагностика внутренних болезней. Выпуск 6 / Под ред. Г. Б. Федосеева. — СПб., 1992. — С. 59–72.
5. Синдром хронического запора. Алгоритм диагностики и лечебной тактики / Под ред. И. В. Маева. — М., 2006. — 44 с.
6. Шемеровский К. А. Функциональные заболевания кишечника. Энтеральная аритмия. — СПб., 2002. — 20 с.

Авторы:

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

А. Г. Захарчук, врач Городского гериатрического медико-социального центра Санкт-Петербурга

Адрес для контакта: СПб, Заневский пр., д.1/82. Кафедра сестринского дела и социальной работы

Тел.: (812) 445 31 14, 445 34 05

УДК 616.936-07

СЛУЧАИ ПОЗДНЕЙ ДИАГНОСТИКИ ЗАВЕЗЕННОЙ МАЛЯРИИ

В. М. Антонов, Ю. В. Лобзин, Н. И. Кузнецов

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

THE CASES OF LATE DIAGNOSIS OF THE IMPORTED MALARIA

V. M. Antonov, Yu. V. Lobzin, N. I. Kuznetsov

St-Petersburg Medical Academy of Postgraduate Studies, Russia

© В. М. Антонов, Ю. В. Лобзин, Н. И. Кузнецов, 2008 г.

В статье представлен анализ ошибок в диагностике завезенной малярии на амбулаторном этапе ведения 2 больных. Первый случай — тропическая малярия у пациента, который заболел через неделю после возвращения из Сьерра-Леоне. Первоначально был диагностирован грипп, и лишь в инфекционной больнице им. С.П. Боткина был установлен правильный диагноз тропической малярии в фазе ранних рецидивов болезни. Второй случай — поздние рецидивы трехдневной малярии у азербайджанки, которая в течение недели получала амбулаторное лечение фторхинолонами по поводу ошибочно диагностированного хронического пиелонефрита. Представлены схемы лечения малярии и алгоритм своевременной диагностики малярии.

Ключевые слова: завезенная малярия, диагностика, лечение малярии, диагностический алгоритм.

The article presents the analysis of misdiagnose of two cases of imported malaria in outpatient departments. The first case is the case of falciparum-malaria. Patient returned from Sierra Leone and he got ill one week later. The preliminary diagnosis was "Flu", but correct diagnosis of falciparum-malaria, the stage of early relapses, was confirmed only in Botkin's infectious hospital. The second case is the case of vivax-malaria, the stage of late relapses, in azerbaijani woman. Primarily the illness was misdiagnosed as the chronic pyelonephritis, and patient undergone treatment by fluoroquinolones during one week before she was admitted to the infectious hospital. Authors describe the therapeutic schemas and the algorithm of the accurate diagnose of malaria.

Key words: imported malaria, diagnosis, treatment of malaria, diagnostic alhorithm.

В настоящее время малярия остается одной из наиболее актуальных проблем международного здравоохранения. Ежегодно более чем в 100 странах и территориях мира, регистрируется 450–500 млн случаев малярии, от которой погибает до 2–3 млн человек.

Расширение интернациональных связей, социальные и природные катаклизмы и связанные с этим миграционные процессы обеспечивают все более интенсивный завоз малярии из неблагополучных стран в свободные от нее регионы, где нередко формируются новые очаги инфекции. Ежегодно в странах Америки и Европы регистрируются тысячи завозных случаев болезни, диагностика и лечение которых нередко представляет большие трудности [1].

Сходная тенденция наблюдается и в России, в том числе в Санкт-Петербурге. В период с января 2006 по август 2008 г/ в Санкт-Петербурге зарегистрировано в общей сложности 32 случая «завозной» малярии (по материалам отдела статистики клинической инфекционной больницы им. С. П. Боткина). У 10 пациентов была диагностирована тропическая (*P. falciparum*), у остальных — трехдневная (*P. vivax*) малярия.

Существование анофелогенных водоемов на территории Санкт-Петербурга и его пригородов создает риск возникновения вторичных от завозных случаев инфекции. Кроме того, возможна гемоконтактная передача плазмодиев от больного или от донора-носителя паразитов при переливании крови.

Наиболее опасной («злокачественной») является тропическая (*P. falciparum*) малярия, на долю которой приходится более 98% смертельных исходов малярийной инфекции, в первую очередь среди неиммунных лиц. Это обусловлено уникальными агрессивными свойствами возбудителя тропической малярии, способного блокировать микроциркуляцию крови в головном мозге, легких, почках и других органах [2]. При несвоевременном или неадекватном лечении часто развивается полиорганная недостаточность, приводящая к гибели больных. Серьезной проблемой является формирование химиорезистентности *P. falciparum* [3]. Возможна передача возбудителей тропической малярии от больной матери ребенку во время беременности и родов.

В качестве клинического примера приводим историю болезни пациента Д., 30 лет. Больной по-

ступил в сентябре 2008 г. в клиническую инфекционную больницу им. С. П. Боткина на 8-й день болезни в тяжелом состоянии с жалобами на высокую температуру — до 39,5 °С, чувство ломоты во всем теле, резкую слабость, бессонницу, потемнение мочи, многократную рвоту и диарею.

При изучении эпидемиологического анамнеза стало известно, что за 1 неделю до заболевания пациент вернулся из эндемичного по малярии региона (Сьерра-Леоне), где находился в течение 1,5 месяцев в качестве туриста. За 2 недели до возвращения на родину пациент получал лечение по поводу нерасшифрованного острого лихорадочного заболевания в местном медицинском центре.

Индивидуальную химиопрофилактику малярии пациент проводил лишь в первые 2 недели тура, сославшись на непереносимость рекомендованных противомаларийных препаратов. Его спутники по туристической поездке (все выходцы из России), находясь в тропическом регионе, все же принимали профилактические средства.

При физикальном исследовании в приемном отделении инфекционного стационара обращали на себя внимание прежде всего тяжелое состояние больного, бледность кожного покрова, иктеричность склер, тахикардия (пульс 110–120 уд. в 1 мин, артериальное давление 120/80 мм рт. ст.); пальпаторно определялась гепатоспленомегалия.

В клиническом анализе крови отмечались уменьшение количества тромбоцитов ($142,2 \times 10^9$ /л), лейкоцитов ($3,3 \times 10^9$ /л), увеличение содержания палочкоядерных нейтрофилов (21%), повышение СОЭ до 50 мм/ч, а также анизцитоз, полихроматофилия, токсигенная зернистость лейкоцитов. В общем анализе мочи был обнаружен белок (до 0,217 г/л). Биохимический анализ крови выявил повышение уровня общего билирубина до 54,5 мкмоль/мл и незначительное повышение активности АсАТ до 49 МЕ/л, уровень креатинина в сыворотке крови составил 0,111 ммоль/л.

На основании клинико-анамнестических данных был установлен провизорный диагноз «Малярия» (в качестве возможных заболеваний не исключались сепсис, тифо-паратифозное заболевание). При экстренном микроскопическом исследовании толстой капли и тонкого мазка крови больного была зафиксирована интенсивная паразитемия *P. falciparum* (кольцевидные трофозоиты до 4+ в поле зрения), что соответствовало абсолютному значению 5–50 тыс. паразитов в 1 мкл [3].

При стандартном исследовании крови пациента методом ИФА маркеры вирусных гепатитов не были обнаружены. В посевах крови и кала рост бактерий не выявлен, РНГА с дизентерийным и сальмонеллезным антигенами — отрицательная.

Лечение больного включало: 7-дневный курс хинина сульфата по 2 г в сутки в комбинации с доксициклином 0,2 г в сутки, а также дезинтоксикационную инфузионную терапию в условиях отделения реанимации и интенсивной терапии.

К концу третьих суток лечения отмечены нормализация температуры тела, уменьшение проявлений интоксикации; при микроскопии крови об-

наружили единичные гаметоциты и кольцевидные трофозоиты *P. falciparum* при общем уровне паразитемии до 1+, т.е. от 5 до 50 возбудителей в 1 мкл [3], что позволило перевести больного в профильное отделение больницы. По окончании лечения и прекращении паразитемии пациент был выписан под наблюдение инфекциониста поликлиники.

Анализ данного случая позволяет сделать вывод, что больной перенес ранний (эритроцитарный) рецидив тропической (*P. falciparum*) малярии, завезенной из Западноафриканского региона, возникший после недостаточного лечения первичных проявлений инфекции в период пребывания пациента в эндемичном очаге. Развитию болезни способствовала неадекватная химиопрофилактика малярии.

Следует отметить, что несвоевременная диагностика и неадекватная терапия тропической малярии часто приводят к развитию злокачественных форм инфекции с неблагоприятным исходом болезни.

В качестве еще одного примера неадекватной диагностической тактики при малярии приводим историю болезни пациентки А., 48 лет, которая поступила в больницу им. С. П. Боткина на 10-й день болезни в состоянии средней тяжести с жалобами на лихорадку, сильную головную боль, тошноту и рвоту, выраженную слабость. Диагноз направившего учреждения: грипп, тяжелая форма? пневмония? обострение хронического пиелонефрита?

Из эпидемиологического анамнеза стало известно, что за 4 месяца до заболевания больная приехала в Санкт-Петербург из Азербайджана, где постоянно проживала в сельской местности. Достоверных сведений о перенесенной малярии и профилактическом приеме противомаларийных препаратов получено не было.

Считает себя больной в течение последних 10 дней: отметила быстрое повышение температуры до 40 °С, ознобы, повышенную потливость, чувство недомогания, резкую слабость, выраженные диспепсические расстройства в виде тошноты и многократной рвоты.

Врач поликлиники поставил диагноз: грипп и назначил симптоматическую терапию — жаропонижающие средства, содержащие парацетамол, поливитамины, отхаркивающие препараты. Однако в течение 4 дней отчетливого улучшения состояния больная не отмечала, лихорадка сохранялась.

Отсутствие положительного эффекта от лечения, сохранение температурной реакции, а также анамнестические сведения о лечении в прошлом от хронического пиелонефрита, позволило врачу поликлиники предположить развитие осложнения гриппа в виде обострения хронического пиелонефрита, в связи с чем дополнительно была назначена антибактериальная терапия (офлоксацин по 200 мг 2 раза в день). На фоне антибактериальной терапии в течение 6 дней лихорадочная реакция сохранялась, что послужило основанием для госпитализации больной в инфекционный стационар.

При обследовании пациентки в приемном отделении больницы была отмечена субиктеричность склер и выявлены гепатоспленомегалия, тахикардия до 100 уд. в 1 мин, артериальная гипотензия (АД — 100/70 мм рт. ст.).

В клиническом анализе крови: эритроциты $4,0 \times 10^{12}$ /л, Hb — 127 г/л, ЦП — 0,97, количество лейкоцитов — $4,8 \times 10^9$ /л, лимфоциты — 59%, СОЭ — 59 мм/ч. В крови уровень мочевины, креатинина, общего билирубина и активность aminотрансфераз сохранились в пределах нормы. В общем анализе мочи выявлено повышение содержания белка до 0,066 г/л. При рентгенологическом исследовании пациентки данных за пневмонию получено не было.

При поступлении в инфекционный стационар больная была обследована на малярию. Микроскопия препаратов крови (толстая капля и тонкий мазок крови) выявила малярийные плазмодии *P. vivax* (кольца, трофозоиты и гаметоциты) при уровне паразитемии 3+, что соответствовало содержанию от 500 до 5000 паразитов в 1 мкл [3].

С первых же часов пребывания в больнице больная А. стала получать этиотропную (купирующую) терапию: хлорохина дифосфат (делагил) внутрь в дозе 1,0 г однократно, а затем, спустя 6 ч, еще 0,5 г. В последующие 2 дня больная получала делагил по 0,5 г в сутки. Наряду с противопаразитарным лечением проводилась дезинтоксикационная терапия. Уже к концу 2-х суток лечения пациентки в стационаре исчезли жалобы на головную боль, прекратились тошнота и рвота, а общее состояние стало удовлетворительным.

После проведения купирующей терапии больная получила курс противорецидивного лечения (примахина дифосфат внутрь по 15 мг основания препарата в сутки в течение 14 дней), направленного на уничтожение тканевых форм плазмодиев (гипнозоиты *P. vivax*), и затем в удовлетворительном состоянии была выписана под наблюдение инфекциониста поликлиники.

Клинический диагноз: Трехдневная (*P. vivax*) малярия, фаза отдаленных (экзоэритроцитарных) рецидивов, форма средней тяжести.

В данном случае имела место несвоевременная диагностика завезенной из Азербайджана малярии, обусловленная недооценкой эпидемиологических сведений о пребывании пациентки в эндемичном регионе. На амбулаторном этапе у длительно лихорадящей больной не было проведено регламентированное в таких случаях нормативными документами микроскопическое исследование крови

на малярию и не осуществлена своевременная (в первые три дня болезни) провизорная госпитализация пациентки в инфекционный стационар.

Несвоевременная диагностика трехдневной (*P. vivax*) малярии и позднее начало этиотропного лечения могут обусловить развитие серьезных осложнений болезни, а также вызвать неблагоприятные эпидемиологические последствия в виде вторичных от завозных случаев инфекции.

В заключение мы хотели бы напомнить лечебно-диагностический алгоритм при подозрении на малярию.

Малярию следует предполагать в следующих случаях:

- Лихорадка в период до 3 лет после пребывания в эндемичном регионе
- Лихорадка в период до 3 месяцев после гемотрансфузий или внутривенных инфузий
- Лихорадка у новорожденного в первые 3 месяца жизни
- Лихорадка неясного генеза
- Спленомегалия неясного генеза
- Анемия неясного генеза
- Лихорадка, анемия, гепатоспленомегалия неясного генеза
- Острое лихорадочное заболевание в сезон передачи малярийных плазмодиев.

Провизорный диагноз малярии делает необходимым:

- Госпитализацию пациента в инфекционный стационар
- Микроскопию мазка и толстой капли крови (взятие препаратов крови производят независимо от уровня температуры в момент исследования)
- При отрицательном результате — повторное исследование крови через 8–10 ч
- Назначение предварительного лечения, не дожидаясь результатов микроскопии крови

Выбор противомалярийных препаратов проводят с учетом формы тяжести и сроков развития болезни, а также региона инфицирования.

При подтвержденном диагнозе малярии необходимо:

- Назначение купирующей терапии в соответствии с видом плазмодиев, формы тяжести болезни и чувствительности возбудителя к химиопрепаратам (с учетом региона заражения).
- Назначение радикального лечения в соответствии с видом малярийного плазмодия и эпидемиологической ситуацией.

Литература

1. Малярия // Паразитарные болезни человека (протозоозы и гельминтозы). Руководство для врачей / Под ред. В. П. Сергиева, Ю. В. Лобзина, С. С. Козлова. — СПб.: Фолиант, 2006. — С.165-193.
2. Попов А. Ф., Токмалаев А. К., Никифоров Н. Д. Малярия: Монография. — М.: Издательство РУДН, 2004. — 271 с.
3. Лысенко А. Я., Кондрашин А. В. Маляриология. — М.: Открытые системы, 1999. — 248 с.

Авторы: В. М. Антонов, ассистент кафедры инфекционных болезней с курсом лабораторной диагностики СПИД СПбМАПО; Ю. В. Лобзин, академик РАМН, профессор, заведующий кафедрой инфекционных болезней с курсом лабораторной диагностики СПИД СПбМАПО;

Н. И. Кузнецов, профессор кафедры инфекционных болезней с курсом лабораторной диагностики СПИД СПбМАПО.

Адрес для контакта: galaxie@mail.ru

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ РОССИЙСКО-НОРВЕЖСКОГО ПРОЕКТА

Н. А. Гурина, Б. Петтерсен
ГОУ ДПО Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования, Россия
Университет г. Тромсё, Норвегия

PRACTICAL RESULTS OF RUSSIAN-NORWEGIAN PROJECT

N. A. Gurina, B. Pettersen
St-Petersburg Medical Academy of Postgraduate Studies, Russia
University of Tromsø, Norway

© Н. А. Гурина, Б. Петтерсен 2008 г.

В этом году вышла в свет новая книга, которая, как мы надеемся, достойно пополнит библиотеку российского врача общей практики. Книга представляет собой руководство по практическим навыкам, которыми должен овладеть каждый семейный врач, чтобы стать специалистом в своей области. В книге около тридцати глав, каждая из них посвящена одному или нескольким практическим навыкам, объединенным общей областью применения. Надеемся, что книга поможет врачам сформировать особое клиническое мышление врача общей практики, которое предполагает комплексный, синдромальный, пациент-ориентированный, проблемный подход, позволяющий логически приблизиться к тому, чтобы поставить правильный диагноз и оказать квалифицированную помощь. Каждая глава содержит иллюстрации, вопросы для самопроверки и литературные источники. Рисунки информативны и помогают читателю научиться правильно выполнять тот или иной мануальный навык. Вопросы для самопроверки дают возможность читателю использовать данную книгу для самоподготовки. К ней всегда можно быстро обратиться в случае возникших затруднений, что придаст уверенности и профессионализма врачам. При желании более углубленно изучить изложенный материал можно воспользоваться дополнительными источниками литературы, приведенными в конце раздела.

Книга является переводным изданием с норвежского языка. Медицинская Ассоциация Норвегии на основании потребностей врачей общей практики предложила опытным врачам-наставникам поделиться своим опытом проведения практических манипуляций в повседневной практике, а затем в 2002 г. опубликовала данное руководство под оригинальным названием «Что, как и с кем?». В то время общая врачебная практика в России как специальность формировалась полным ходом, и для подготовки врачей были необходимы совре-

менные специальные методические пособия. Все это стало предпосылкой для организации совместного российско-норвежского проекта «Адаптация норвежской модели преподавания общей врачебной практики в Российской Федерации». В международном сотрудничестве приняли участие два образовательных учреждения: Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования и норвежский университет г. Тромсё. Финансовая поддержка была оказана Министерством здравоохранения Норвегии по программе сотрудничества в области здоровья и связанных с ним социальных проблем в Баренцевом евро-арктическом регионе 2004–2007 гг.

Проект включал в себя несколько разных направлений деятельности, но был объединен общей идеей: заинтересовать «молодых» врачей в специальности «общая врачебная практика», помочь «старым» врачам повысить их знания и умения, снабдить преподавателей новыми инструментами их работы, тем самым повысить качество оказания медицинской помощи в первичном звене здравоохранения России.

Для обмена опытом, популяризации идей общей практики, обучении современным методам преподавания и предъявляемым к ним требованиям, обсуждения научных направлений и тем исследований в общей врачебной практике в рамках проекта была проведена конференция с международным участием «Семейная медицина: наука, практика и преподавание». Ее материалы были опубликованы в первом номере нашего журнала за 2006 г. По условиям проекта конференция была оценена по стандартной анкете, используемой Медицинской Ассоциацией Норвегии в таких случаях. Оценивались: содержание, педагогические методы, исполнение. В итоге 85–90% участников были удовлетворены профессиональным содержанием конференции, ее организацией и теми обучающими методами, которые были использо-

ваны в ее ходе. Их ожидания были оправданы и они были мотивированы для дальнейшей работы. Остальной части участников хотелось бы больше сосредоточить внимание на реальных нуждах семейной медицины, на проблемах сельского врача, на индикаторах качества медицинской помощи и на проблемах законодательства в сфере общей врачебной практики.

Следующим, по центральному направлению работы по проекту был перевод упомянутого руководства с норвежского языка и адаптация его к российским условиям и современным требованиям, предъявляемым к научно-методическим пособиям. Иногда очень полезно изучить опыт зарубежных коллег, где семейная медицина завоевала прочные позиции в здравоохранении и успешно развивается, и быть благодарными их готовности делиться с нами своими накопленными знаниями. К счастью, у нас уже был опыт работы с переводным изданием, что облегчило, возможно, не сам перевод и адаптацию, а схему работы с материалом. Так, первым переводным руководством, вышедшим в свет в рамках сотрудничества Санкт-Петербургской медицинской академии последиplomного образования и университета г. Тромсё, была книга Линн Гец и Стейнара Вестина «Руководство для преподавателей и врачей общей практики», а вторым — «Практические навыки семейного врача», о котором идет речь в данной статье. На наш взгляд эти две книги логично дополняют друг друга, а поэтому составляют серию переводных изданий кафедры семейной медицины СПбМАПО.

По условиям проекта внедрение обоих представленных учебных пособий в практику, их использование семейными врачами и преподавателями общей врачебной практики должно быть оценено с помощью доказательной методике. Для этого участники проекта провели качественное исследование. Был разработан опросник и выбраны целевые группы для изучения. В задачи исследования входило изучение того, как книга воспринята аудиторией, а также обучение эмпирическим путем российских участников проекта методике качественного исследования для дальнейшего ее использования в преподавании и в будущих проектах. В исследовании приняли участие 8 человек в возрасте от 25 до 55 лет со стажем работы от 2 до 30 лет. Это были врачи общей практики, клинические ординаторы, преподаватели. Все беседы с разрешения участников записывались

на аудиопленку. Каждая сессия продолжалась в среднем 90 минут. Как преподаватели, так и врачи общей практики отметили значимость переведенных руководств для своей работы. Практически все опрошенные преподаватели участвовали в редактировании книг, и в силу их насущности, уже на этом этапе стали использовать материал в обучении врачей. Врачи же отметили, что наконец-то появились источники, которые позволяют найти ответы на вопросы, возникающие в общей врачебной практике, тогда как ранее нужно было изучить десяток книг, чтобы найти нужную информацию. В ходе беседы были определены сильные и слабые стороны книг. К достоинствам были причислены доступный язык изложения, структурированность и содержательность материала, возможность быстрого использования на практике представленной информации, хорошая оценка собственных знаний, возможность найти ответы на большинство практических вопросов, приведение в конце каждой главы вопросов для самопроверки, хорошие иллюстрации, высказывания на полях, сопровождающие основной текст — хорошая пища для размышлений. К недостаткам: не все главы одинаково хорошо структурированы, в одних больше, а в других меньше детальной информации и иллюстраций; не всегда одинаков язык изложения материала; не все практические навыки врача общей практики описаны в книге, например, суточное мониторирование ЭКГ, 6-минутный тест ходьбы не упомянуты; в книге не описаны навыки по педиатрии, а также методика разрешения конфликтных ситуаций между врачами или врачом и пациентом.

В результате бесед было четко представлена неопределимая важность издания двух переводных руководств на данном этапе развития семейной медицины в России. Основные замечания были сделаны в отношении содержания некоторых глав книг, что будет учтено при последующем их переиздании. Это, как показывает практика, неизбежно так как все издание первой книги распространено, а потребности не удовлетворены.

Признанием качества переводных изданий можно считать и получение грифа «рекомендовано в качестве руководства для системы послевузовского профессионального образования врачей» от Учебно-методического объединения по медицинскому и фармацевтическому образованию вузов России.

Авторы:

Н. А. Гурина, ассистент кафедры социальной гигиены, экономики и управления здравоохранением СПбМАПО;

Б. Петтерсен, врач общей практики и общественного здравоохранения, исследователь университета г. Тромсё, Норвегия

Адрес для контакта: guri_nat@mail.ru

ТРЕТИЙ ВСЕРОССИЙСКИЙ СЪЕЗД ВРАЧЕЙ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ

Л. Н. Дегтярева
ГОУ ДПО Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования, Россия

THE THIRD ALL-RUSSIAN CONGRESS OF GENERAL PRACTITIONERS

L. N. Degtayeva
St-Petersburg Medical Academy of Postgraduate Studies, Russia

© Л. Н. Дегтярева, 2008 г.

С 29 по 31 октября 2008 г. в Белгороде проходил III Всероссийский съезд врачей общей практики.

«Белгородчина сердечно приветствует участников III Всероссийского съезда врачей общей практики» — именно так выглядел лозунг, размещенный на рекламных растяжках по всему городу. Хочется сразу же поблагодарить всех организаторов и кураторов делегаций за дружественный прием. На гостеприимную белгородскую землю съехалось около 500 участников из 81 региона и города России.

Открывало съезд выступление Президента Общероссийской ассоциации врачей общей практики (семейных врачей), академика РАМН И.Н. Денисова. Он подчеркнул, что для первичной медико-санитарной помощи (ПМСП), в том числе и для общей врачебной практики, нынешний год является особенным. В 2008 г., как известно, исполняется 30 лет Декларации Всемирной Организации здравоохранения, которая была принята на конференции, посвященной ПМСП в Алма-Ате. ВОЗ определила 2008 год как год первичной медико-санитарной помощи, что является важной символической поддержкой нашей задачи.

За четыре года, прошедших со времени проведения II съезда в Республике Чувашия, была проведена большая работа. Важную роль в развитии общей врачебной практики сыграл приоритетный национальный проект «Здоровье». Увеличилось количество кафедр семейной медицины, в том числе и на додипломном уровне. Количество работающих врачей общей практики достигло 9 тысяч. Активно внедряют в ПМСП общую врачебную практику, кроме наших традиционных лидеров (Санкт-Петербург, Самарская область, Республика Чувашия), такие субъекты Российской Федерации, как Воронежская, Пензенская, Псковская и другие области.

На сегодня организовано более 30 региональных отделений Всероссийской ассоциации ВОП. В 2007 г. Всероссийская ассоциация ВОП стала коллективным членом Всемирной Ассоциации врачей общей практики (WONCA).

С приветственным словом к участникам съезда обратился губернатор Белгородской области Е.С. Савченко. Поскольку в его приветствии говорилось и о развитии системы общей врачебной практики в Белгородской области, то привожу небольшие выдержки из этого выступления. «Уважаемые друзья, приветствую вас на нашей гостеприимной белгородской земле и от всей души поздравляю с открытием III съезда врачей общей практики... Символично, что «Ассоциация врачей общей практики Российской Федерации» выбрала для форума Белгородскую землю. ... Искренне рад, что сегодня мы можем продемонстрировать участникам форума многое, Здравоохранение Белгородчины сегодня динамично развивается. Реализация целевых программ и пилотных проектов, подготовка квалифицированных кадров и системы мотивации специалистов позволили улучшить качество медицинской помощи. Сегодня в белгородских селах 43% населения прикреплено к врачам общей практики. В числе первых в Российской Федерации наша область внедрила отраслевую систему оплаты труда, действует система финансирования оказания первичной помощи по подушевому принципу. У белгородцев есть сейчас свободный выбор врача, и они все чаще стали посещать его с профилактической целью. Повысился престиж службы первичной медико-санитарной помощи. Заработная плата врачей общей практики, с учетом качества выполняемой ими работы, теперь на 30% выше ...».

Программа съезда включала пленарные заседания и работу в секциях по разнообразным направлениям деятельности и обучения врача общей практики.

Первый день работы был посвящен вопросам становления и развития общей врачебной практики в различных регионах России.

В докладе И.Н. Денисова были отражены основные тенденции и задачи развития первичной медико-социальной помощи Российской Федерации. Отмечалось, что в докладе ВОЗ «Первичная медико-санитарная помощь: сегодня актуальнее, чем когда-либо» на международной конференции

ВОЗ (Казахстан, 2008 г.), охарактеризовано современное состояние здравоохранения в мире, и определена концепция совершенствования ПМСП. Учреждение по оказанию ПМСП служит тем местом, куда приходят люди с широким кругом проблем со здоровьем. Неприемлемо, чтобы в странах с низкими доходами службы ПМСП занимались только несколькими «приоритетными болезнями». Учреждение ПМСП является центром, откуда пациентов направляют в различные службы системы здравоохранения. Неприемлемо, чтобы в странах с низкими доходами ПМСП сводилась к работе одного здравпункта или отдельного медико-социального работника. Для оказания ПМСП требуются бригады врачей и сестер, имеющих современную и специальную подготовку. Неприемлемо, чтобы ПМСП была синонимом непрофессиональной, низкотехнологичной помощи. ПМСП должна быть обеспечена надлежащими ресурсами и инвестициями, гарантировать лучшее соотношение цены и качества. Неприемлемо, чтобы в странах с низкими доходами ПМСП финансировалась за счет наличных платежей. Была представлена новая концепция стран-членов ЕС по контролю качества медицинской помощи: переход от эпизодических проверок к системной концепции контроля на основе индикаторов качества и медицинских ошибок в соответствии с клиническими рекомендациями. Должны быть проявлены политическая воля и участие государства и усиление роли врачебных обществ.

Также было отмечено, что внедрение в здравоохранение Российской Федерации высоких технологий не привело к кардинальному улучшению состояния здоровья нации. Система ПМСП сфокусирована, в первую очередь, на лечебно-диагностических службах, оказывающих помощь при уже развившемся заболевании. Необходимо сконцентрировать внимание на профилактике и ранней диагностике заболеваний. Таким образом, констатируется, что ПМСП — проблемная зона в здравоохранении. Нет притока врачебных и сестринских кадров; нет мотивации к улучшению ситуации. Утеряно целостное восприятие пациента: им занимаются разные специалисты, и никто в целом не отвечает за его здоровье. Потребность во врачебных кадрах высока — в конце 2007 г. в России в 45 участковых больницах и 94 амбулаториях не было ни одного врача; 56 сельских больниц и 94 СВА так и не укомплектованы врачами. Сегодня в муниципальных учреждениях здравоохранения России имеется 20 тыс. врачебных вакансий. При этом из 1000 граждан в популяции 750 человек в месяц имеют проблемы со здоровьем, 250 из них обращаются за медицинской помощью. В России численность прикрепленного населения к врачебному участку не соответствует установленным нормативам: 26 % участков имеют контингент

свыше 3000 человек (при норме 1500–1800). В Москве на каждом третьем участке численность прикрепленного населения превышает 3500 человек.

С появлением ВОП/СВ изменился теоретический базис оказания ПМСП: если в работе участкового терапевта главным объектом его внимания был больной, то главным объектом внимания ВОП/СВ должно стать здоровье здорового человека. Внедрение института ОВП привело к формированию нового поколения специалистов, готовых взять на себя ответственность за здоровье пациента. Это позволяет реально осуществлять индивидуальный подход к человеку: «лечить больного, а не болезнь».

Далее в докладе И.Н. Денисова приведены некоторые интересные данные о развитии ОВП в России. В 2007 г. в стране зарегистрировано 7775 ВОП/СВ. Согласно Федеральному регистру, врачи-пенсионеры среди ВОП/СВ составляют 551 (11%), среди терапевтов — 9012 (23%). В рамках Национального проекта «Здоровье» в 2007–2008 гг. подготовлено еще 4575 ВОП/СВ. 94,3% ВОП/СВ имеют сертификат специалиста. Общее количество обследований на одного больного у ВОП/СВ в 7 раз меньше, чем в целом по поликлинике. Лечение у ВОП/СВ в 3–3,5 раза дешевле, чем у других врачей, без снижения его качества. Экономия дает также внедрение в отделениях общей практики дневных стационаров.

Повышение качества медицинской помощи — важнейшее направление деятельности ВОП/СВ. И.Н. Денисов предложил включить в таблицы оснащения ЛПУ библиотеки, включающие материалы на основе научно-доказательных медицинских исследований и клинические протоколы ведения больных для работников ПМСП; материалы по медико-санитарному просвещению и обучению населения здоровому образу жизни. Также он акцентировал внимание на том, что послевузовское профессиональное образование должно изменяться — в основу послевузовской профессиональной подготовки ВОП/СВ должно входить знание клинических рекомендаций и протоколов ведения больных. Что необходимо менять в системе последипломной подготовки? Необходимо сократить продолжительность очного обучения, ввести накопительную систему образовательных кредитов, методическое и законодательное обеспечение дистанционного обучения. Банк накопительных кредитов включает освоение новых методов лечения, диагностики и практических навыков; учебный тренинг для редко выполняемых практических процедур; участие в клинической апробации новых методов диагностики и лечения, лекарственных средств, технических устройств и аппаратуры. Что делают наши коллеги за рубежом? Как набираются кредиты: посещение конференций, лекций; чтение современной медицинской

литературы клинические рекомендации профессиональных обществ и др.; дистанционные методы обучения (интерактивные программы); стажировки в международных центрах и тренинговых центрах; сдача тестовых экзаменов через Интернет, а также путем создания условий для занятий в ЛПУ: доступ в Интернет, к Национальной электронной медицинской библиотеке, наличие клинических рекомендаций на рабочих столах.

Отмечены основные направления совершенствования системы ПМСП. Это рациональное использование услуг специалистов, создание и апробация новых моделей оказания помощи ВОП/СВ, организация отделений Ассоциации ВОП/СВ в субъектах России, повышение уровня базовой подготовки ВОП/СВ через внедрение в практику клинических протоколов ведения больных, распространение информации о достижениях в ПМСП. Министерство здравоохранения и социального развития России совместно с Ассоциацией ВОП/СВ России готовят проект приказа «Порядок деятельности врача общей практики (семейного врача)».

Интересны данные, были представлены в сообщении Московского Центрального научно-исследовательского института организации и информатизации здравоохранения. Отмечены следующие проблемы в области кадровой политики в здравоохранении: несоответствие системы подготовки специалистов потребностям практического здравоохранения и задачам структурной перестройки отрасли; усиление тенденции оттока из отрасли молодых специалистов; несовершенство нормативно-правовой базы отрасли; низкая обеспеченность сельских учреждений и отдаленных территорий при высокой концентрации медицинских работников в крупных городах, в учреждениях специализированной помощи по сравнению с первичным звеном; низкий уровень оплаты труда, недостаточная социальная защищенность работников здравоохранения.

Несмотря на то, что с 1995 по 2007 гг. число врачей в России увеличилось (на 7,2% — то есть с 38,4 до 42,57 на 10 тыс. населения), отмечается выраженная неравномерность распределения врачебных кадров. Различия между обеспеченностью врачами городских и сельских жителей весьма существенны: 54,05 и 11,66 на 10 тыс. населения соответственно. На врачей первичного звена (амбулаторно-поликлинические учреждения) — терапевты, хирурги, педиатры, врачи общей практики/семейные врачи — приходится 9,52 занятых должностей на 10 тыс. населения. Несмотря на общий рост числа врачей, отмечено снижение численности терапевтов, педиатров и врачей скорой медицинской помощи. В то же время увеличилось число врачей-специалистов и численность управленческого звена здравоохранения. Радует рост численности ВОП в 10 раз, с 0,03 до 0,34 на 10 тыс. населения, однако это число несравнимо

мало даже по сравнению с участковыми терапевтами (4,95 на 10 тыс. населения.)

Далее на пленарном заседании выступали представители регионов, они остановились на итогах и перспективах развития общей врачебной практики (семейной медицины) в России. В сообщении М.В. Иванова (г. Воронеж) были представлены результаты и планы развития общей врачебной практики в Воронежской области. Воронеж — город, который будет принимать следующий, IV съезд врачей общей практики в 2012 г. С приветственным словом и сообщением о проблемах развития общей практики в республике Дагестан выступили гости из г. Махачкалы.

Второй день работы съезда был объявлен Днем качества оказания первичной медико-санитарной помощи, во второй половине дня участники съезда ознакомились с опытом работы врачей общей практики Белгородской области.

Начало пленарного заседания второго дня съезда было посвящено проблемам анализа и улучшения качества оказания медицинской помощи. В докладе профессора О.Ю. Кузнецовой отмечалась, что дать однозначное определение понятия качества достаточно сложно — «... качество медицинской помощи, как и мораль, не может иметь однозначного определения (мнение 24 экспертов области организации здравоохранения)» и далее «... не будет найдено единого всеобъемлющего критерия для измерения качества медицинской помощи, необходим комплексный подход для ее оценки» (Цитата по A. Donabedian *Evaluating the Quality of Medical Care/The Milbank Quarterly*, Vol. 83, No. 4, 2005 (pp. 691–729). Также говорилось о позиции рабочей группы по качеству семейной медицины WONCA, определяющей качество оказания помощи как наилучшие исходы для здоровья, возможные в настоящее время с учетом имеющихся ресурсов, и совместимые с ценностями и предпочтениями пациентов. Приводилась ссылка на одного из основоположников анализа качества медицинской помощи А. Donabedian, который еще в 80-е годы, говоря о качестве, задавал вопрос: «Что мы оцениваем?» И отвечал следующим образом: «Структуру — навыки персонала, здание, наличие доступного оборудования. Процесс — методы оказания помощи, адаптированные для условий, в которых функционирует организация. Исходы — результаты, которые получены в процессе оказания помощи (госпитализация, обострение хронических заболеваний)». (*Science* 26 May 1978). Далее были представлены некоторые результаты Российско-Финского проекта, посвященного качеству оказания первичной медицинской помощи. Проект был посвящен разработке модели системы контроля качества на региональном уровне. Проводилось исследование доступности помощи для отдельных категорий пациентов, была проведена апробация оценки индикаторов качества исходов оказания помощи. А также производилась оценка процесса

оказания помощи с учетом исходов лечения при сердечно-сосудистых заболеваниях. Подробнее о результатах проекта сообщили сотрудники кафедры и центра семейной медицины СПбМАПО ассистент И. Е. Моисеева и семейный врач А. П. Помаз.

Отдельно необходимо представить сообщение Е.В. Фроловой «От последипломного образования к непрерывному профессиональному развитию». Оно освещало новые подходы к планированию индивидуального профессионального роста. Что такое непрерывное медицинское образование? Совершенствование в области медицинских знаний на протяжении всей жизни с целью улучшения качества оказания помощи. Непрерывное профессиональное развитие является обязательным с этической точки зрения и включает повышение не только медицинской компетенции, но и, например, лидерских, социальных навыков. Все это диктует необходимость изменить подходы к обучению врачей. Требования к уровню знаний меняются стремительно. Повышаются требования качественной работы от пациентов, общества, возрастает давление лицензионных комиссий. В настоящее время издается около 40 тыс. биомедицинских журналов в мире, примерно 2 миллиона статей по медицинской тематике публикуется ежегодно. Как врачу ориентироваться в этом потоке и выполнить требования общества, сохранив профессионализм? Непрерывное профессиональное развитие планируется на основе методов самооценки работы. Цели обучения устанавливаются врачом общей практики и/или отделением, где он работает. Результат — знание предмета, процесса, разрешение проблемы. Это должно быть индивидуальное обучение и «обучающийся общей практике должен быть там, где пациенты — в отделении общей практики» (*профессор J. Allen, советник по первичной помощи, Великобритания*). Таким образом, непрерывное профессиональное развитие — это обучение, в центре которого — учащийся.

По окончании пленарного заседания работа продолжалась в тематических секциях.

Был проведен интерактивный семинар «Применение новых подходов к клиническому разбору пациентов семейного врача». Участники познакомились с новыми интерактивными методиками проведения клинических разборов, сами активно работали над предложенными задачами. Проводили семинар сотрудники кафедры семейной медицины СПбМАПО профессор Е.В. Фролова и ассистент И.Е. Моисеева. Мастер-класс «Использование видеозаписей консультаций для улучшения качества работы врача общей практики» провела доцент кафедры семейной медицины СПбМАПО Л.Н. Дегтярева. Были показаны пре-

имущества и трудности использования видеозаписей для улучшения качества работы. Круглый стол «Как обеспечить высокое качество работы врача общей практики» проходил под председательством профессора Г.П. Сквирской, профессора О.Ю.Кузнецовой и доцента Е.И. Черниенко. В рамках круглого стола были краткие выступления заведующей ЦСМ СПбМАПО Ж. В. Плешановой, заведующей отделением общей практики И. В. Юбриной (Санкт-Петербург) и главного врача поликлиники Л. И. Мамонтовой (г. Калуга).

Во второй половине второго рабочего дня участникам съезда были продемонстрированы центры общей врачебной практики Белгородской области. Были организованы маршруты для желающих ознакомиться с работой центров ВОП в сельской местности и в городских условиях, для ознакомления с работой ВОП по взаимодействию со службой социальной защиты и органами местного самоуправления. Специальные маршруты были предусмотрены для организаторов здравоохранения и преподавателей. Еще раз хочется поблагодарить организаторов за четкость, заботу и гостеприимство.

Заключительный день съезда был посвящен решению организационных вопросов Общероссийской ассоциации ВОП/СВ и подведению итогов конкурса «Лучший ВОП/СВ и лучший преподаватель 2008 г.». Приятно отметить, что 1 место в конкурсе «Лучший преподаватель кафедры семейной медицины 2008 г.» заняла профессор кафедры семейной медицины СПбМАПО Елена Владимировна Фролова. Врач общей практики из г. Кронштадта — Юрий Алексеевич Зернюк — награжден грамотой Всероссийской Ассоциации ВОП «За верность профессии». Заведующая кафедрой семейной медицины СПбМАПО профессор Ольга Юрьевна Кузнецова награждена медалью Всероссийской Ассоциации ВОП «За заслуги». Санкт-Петербург, представленный на съезде одной из самых многочисленных делегаций (16 человек), увез и самое значительное количество наград, подтвердив передовые позиции по развитию общей врачебной практики.

За время работы съезда в президиум и редакционную комиссию было подано очень много поправок к проекту резолюции съезда. На итоговом совещании они были приняты и утверждены, и итоговый текст резолюции III Всероссийского съезда врачей общей практики будет опубликован в следующем номере журнала.

III Всероссийский съезд врачей общей практики подвел итоги еще одного этапа работы. Впереди новые задачи, новые и хорошо знакомые вопросы, новые встречи и обмен опытом. До новых встреч!

СОДЕРЖАНИЕ ЖУРНАЛОВ «РОССИЙСКИЙ СЕМЕЙНЫЙ ВРАЧ» ЗА 2008 ГОД

№ 1

Лекции

СТАБИЛЬНАЯ СТЕНОКАРДИЯ: ПРИНЦИПЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ <i>Е. В. Фролова</i>	4
--	---

Статьи

ОПЫТ ОРГАНИЗАЦИИ И ПРОВЕДЕНИЯ ДОПОЛНИТЕЛЬНОЙ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ СОТРУДНИКОВ ГОУ ДПО СПБМАПО РОСЗДРАВА <i>О. Ю. Кузнецова, Ж. В. Плешанова, Т. А. Дубикайтис</i>	30
---	----

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ: ВОПРОСОВ БОЛЬШЕ, ЧЕМ ОТВЕТОВ <i>И. В. Юбрина, О. А. Нельшишева</i>	35
---	----

МЕДИКО-ТАКТИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ТЕРРОРИСТИЧЕСКИХ АКТОВ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ВЗРЫВООПАСНЫХ ПРЕДМЕТОВ <i>Н. К. Дзуцов, Ш. Л. Меараго</i>	39
---	----

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ОБЩЕЙ ВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИКЕ <i>И. Е. Моисеева, О. Ю. Кузнецова, Е. В. Фролова, С. Л. Плавинский</i>	44
---	----

Оригинальное научное исследование

ВЛИЯНИЕ КОМОРБИДНОЙ ДЕПРЕССИИ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ЖЕНЩИН В КЛИМАКТЕРИИ, СТРАДАЮЩИХ ОСТЕОАРТРОЗОМ КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ <i>А. А. Попов, Н. В. Изможерова, Е. И. Гаврилова, Н. В. Верьякова, Е. В. Софьянник</i>	47
---	----

Случай из практики

БОЛЬ В СПИНЕ КАК ПРОБЛЕМА ВРАЧА И ПРОБЛЕМА ПАЦИЕНТА <i>Д. Н. Зеленуха</i>	51
--	----

Хроника

О ДЕМОГРАФИИ, ПОЛИТИКЕ И ЖЕНЩИНАХ, МЕНЯЮЩИХ МИР <i>С. Л. Акимова</i>	54
---	----

№ 2

Лекции

ХРОНИЧЕСКАЯ ОБСТРУКТИВНАЯ БОЛЕЗНЬ ЛЕГКИХ: ПРИНЦИПЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ <i>Н. В. Федорова</i>	4
---	---

ОСТРЫЕ НАРУШЕНИЯ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ В ОБЩЕЙ ВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИКЕ <i>Н. В. Лохматкина</i>	19
---	----

Статья

МЕДИКО-ТАКТИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОЧАГОВ ПОРАЖЕНИЯ АВАРИЙНО ХИМИЧЕСКИ ОПАСНЫМИ ВЕЩЕСТВАМИ <i>Ю. Ф. Казнин, В. Д. Соляников</i>	30
---	----

Оригинальное научное исследование

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ОСНОВНЫХ ПУТЕЙ ВЫЯВЛЕНИЯ УБЕРКУЛЕЗА В ОБЩЕЙ ЛЕЧЕБНОЙ СЕТИ <i>Г. С. Баласаняни, С. В. Федоров</i>	36
---	----

ОЦЕНКА ДЕПРЕССИВНЫХ НАРУШЕНИЙ И ТРЕВОГИ У СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ <i>С. Гинтере, Р. Андресиня, Л. Виксна</i>	41
---	----

Вопросы профессиональной подготовки

РОЛЬ КАФЕДРЫ СЕМЕЙНОЙ МЕДИЦИНЫ В ПОДГОТОВКЕ СЕМЕЙНЫХ ВРАЧЕЙ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ ОБУЧЕНИЯ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ИННОВАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ОБРАЗОВАНИЯ <i>М. Ж. Еспенбетова, А.У. Нуртазина</i>	44
--	----

Сестринское дело

ПРОЛЕЖНИ: СЕСТРИНСКИЙ УХОД <i>В. Н. Петров, А. Г. Захарчук</i>	47
---	----

Хроника

ЧТО ЕЩЕ НУЖНО УМЕТЬ УЧЕНОМУ, ЧТОБЫ ЗАИНТЕРЕСОВАТЬ МИР <i>А. К. Лебедев, Н. А. Гурина</i>	51
---	----

ЛЕТНЯЯ ШКОЛА ДЛЯ СПЕЦИАЛИСТОВ ПО ОХРАНЕ ЗДОРОВЬЯ ПОДРОСТКОВ <i>В. П. Медведев</i>	54
--	----

№ 3

Лекции

ВЕДЕНИЕ БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ В ОБЩЕЙ ВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИКЕ
Н. В. Федорова 4

ВЕДЕНИЕ БОЛЬНЫХ С СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ВРАЧАМИ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ
Е. В. Фролова 23

Статья

ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПОРАЖЕННЫМ АВАРИЙНО ХИМИЧЕСКИ
ОПАСНЫМИ ВЕЩЕСТВАМИ
В. Д. Соляников, Ю. Ф. Казнин 39

Оригинальное научное исследование

ОТНОШЕНИЕ ВРАЧЕЙ САНКТ-ПЕТЕРБУРГА И ГОМЕЛЯ К ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫМ
О. Ю. Кузнецова, А. К. Лебедев, В. М. Мицура, Н. И. Кузнецов, С. Л. Плавинский, Н. В. Иванова 45

Сестринское дело

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РАБОТЫ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ
В РОССИИ И ВЕЛИКОБРИТАНИИ
И. Е. Моисеева, Е. В. Полякова 50

Хроника

ЗАЛЬЦБУРГСКИЙ СЕМИНАР ПО СЕМЕЙНОЙ МЕДИЦИНЕ
И. Е. Моисеева 52

НАВЕДЕНИЕ МОСТОВ МЕЖДУ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРОЙ И ПАЦИЕНТОМ С САХАРНЫМ
ДИАБЕТОМ
Н. А. Гурина 54

№ 4

КОЛОНКА ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА 4

Лекция

ВОПРОСЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПСИХОЛОГИИ ДЛЯ ВРАЧЕЙ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ
Л. Н. Дегтярева 6

Литературный обзор

КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ОПРЕДЕЛЕНИЯ НАТРИЙУРЕТИЧЕСКИХ ПЕПТИДОВ ПРИ
СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ
А. Н. Андрюхин, Е. В. Фролова 24

Оригинальное научное исследование

КАЧЕСТВО ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ. ТОЧКА
ЗРЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ ЦЕНТРА СЕМЕЙНОЙ МЕДИЦИНЫ И ГОРОДСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ
А. П. Помаз, Т. А. Дубикайтис, О. Ю. Кузнецова, А. В. Матюшева 36

Сестринское дело

ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ЗАПОРОВ У ПОЖИЛЫХ
В. Н. Петров, А. Г. Захарчук 40

Случай из практики

СЛУЧАИ ПОЗДНЕЙ ДИАГНОСТИКИ ЗАВЕЗЕННОЙ МАЛЯРИИ
В. М. Антонов, Ю. В. Лобзин, Н. И. Кузнецов 45

Хроника

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ РОССИЙСКО-НОРВЕЖСКОГО ПРОЕКТА
Н. А. Гурина, Б. Петтерсен 48

ТРЕТИЙ ВСЕРОССИЙСКИЙ СЪЕЗД ВРАЧЕЙ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ
Л. Н. Дегтярева 50

СОДЕРЖАНИЕ ЖУРНАЛОВ «РОССИЙСКИЙ СЕМЕЙНЫЙ ВРАЧ» ЗА 2008 ГОД 54

ПРАВИЛА ОФОРМЛЕНИЯ СТАТЕЙ В ЖУРНАЛ «РОССИЙСКИЙ СЕМЕЙНЫЙ ВРАЧ»

Уважаемые авторы!

Представляемые для публикации статьи должны соответствовать следующим требованиям.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Примеры оформления списка литературы:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Редакция организует рецензирование, научное и литературное редактирование рукописей статей.