

СРОССИЙСКИЙ 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 д. м. н. Н. А. Беляков (Санкт-Петербург, Россия)
профессор доктор философии Л. Соусгейт (Лондон, Великобритания)

Главный редактор:

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

Заместители главного редактора:

профессор д. м. н. Н. Н. Гурин (Санкт-Петербург, Россия)
доктор философии П. Тун (Лондон, Великобритания)

Редакционная коллегия:

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

Редакционный совет:

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

Ответственный секретарь:

к. м. н. Н. А. Гурина (Санкт-Петербург, Россия)

Журнал включен в список изданий, рекомендованных ВАК для публикаций материалов кандидатских и докторских диссертаций (редакция 22.10.2010 г.) по 18 специальностям (см. сайт www.spbmaro.ru)

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

Адрес редакции:

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

Подписной индекс по каталогу «Роспечать» 29950

Том 15
2-2011

ВЫПУСКАЕТСЯ
ЕЖЕКВАРТАЛЬНО



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

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

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

The cover depicts a beautiful portrait by Karl Brullov of a well-known woman in Russian history. German Princess Frederik-Sharlotte-Marie 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.

Содержание

Contents

Статья

- АЛГОРИТМ ДИАГНОСТИКИ И ТАКТИКА
ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ПРОЛАПСОМ
МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА
*Э. Г. Малев, Э. В. Земцовский, Е. В. Тимофеев,
С. В. Реева* 4
- АНЕВРИЗМА ГРУДНОЙ АОРТЫ В ОБЩЕЙ
ВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИКЕ
Г. И. Нечаева, И. В. Друк, В. В. Кузнецова 9

Оригинальное научное исследование

- ЭМОЦИОНАЛЬНО-ЛИЧНОСТНЫЕ
ХАРАКТЕРИСТИКИ СТОМАТОЛОГОВ-ИНТЕРНОВ,
СВЯЗАННЫЕ С ИХ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ
ДЕЯТЕЛЬНОСТЬЮ
А. А. Абрамов 14
- ПРОБЛЕМЫ ЛЕЧЕНИЯ НИЗКОРОСЛОСТИ
ПРИ СИНДРОМЕ ШЕРЕШЕВСКОГО—ТЕРНЕРА
*Е. Б. Башнина, Т. Е. Кorytko,
М. Ф. Пераева* 20
- РОЛЬ СЕМЬИ В СОЦИАЛИЗАЦИИ
И ФОРМИРОВАНИИ ЗДОРОВЬЯ ПОДРОСТКОВ
КАРАЧАЕВО-ЧЕРКЕССИИ
А. М. Куликов, Х. М. Мареных 23
- ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС МЕДИЦИНСКИХ
РАБОТНИКОВ: «СВЕТА ДРУГИМ — СГОРАЮ»
*Н. В. Семionenkova, И. А. Аргунова,
Н. Е. Титова* 28
- ОСОБЕННОСТИ ДИСФУНКЦИИ МИОКАРДА
У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО
ВОЗРАСТА
П. Дж. Таджибаев 34
- УРОВЕНЬ НЕВРОТИЗАЦИИ И СТИЛИ
СОВЛАДАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ МАТЕРЕЙ ДЕТЕЙ,
БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ
И. М. Никольская, И. Л. Коломиец 40

Обзор литературы

- ЛЕКАРСТВЕННАЯ ТЕРАПИЯ РЕВМАТОИДНОГО
АРТРИТА С ПОМОЩЬЮ ГЕННО-ИНЖЕНЕРНЫХ
БИОЛОГИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ
Э. Н. Оттева, Е. Г. Зоткин 46

Хроника

- МЕЖДУНАРОДНАЯ ПРЕМИЯ ИМЕНИ ПЕТРА
ВЕЛИКОГО ДЛЯ СЕМЕЙНЫХ ВРАЧЕЙ. ПЕРВЫЕ
ПОБЕДИТЕЛИ
О. Ю. Кузнецова, Я. Дегризе 51
- УЧРЕЖДЕНИЕ ВСЕМИРНОГО ДНЯ СЕМЕЙНОГО
ВРАЧА
Е. И. Черниенко 53

Article

- DIAGNOSTIC ALGORITHM AND MANAGEMENT
OF PATIENTS WITH MITRAL VALVE PROLAPSE
*E. G. Malev, Zemtsovsky, E. V. Timofeev,
S. V. Reeve* 4
- THORACIC AORTIC ANEURYSM IN GENERAL
PRACTICE
G. I. Nechaeva, I. V. Druk, V. V. Kuznetsova 9

Original data

- EMOTIONAL PERSONAL BEHAVIOUR OF THE
INTERN-STOMATOLOGISTS RELATED TO THEIR
PROFESSIONAL ACTIVITIES
A. A. Abramov 14
- CHALLENGES OF TREATING SHORT STATURE
IN PATIENTS WITH TURNER SYNDROME
*E. B. Bashnina, T. E. Korytko,
M. F. Persaeva* 20
- THE ROLE OF FAMILY IN THE SOCIALIZATION
AND ADOLESCENTS HEALTH
IN KARACHAI-CHEKKESSIA
A. M. Kulikov, Kh. M. Marenych 23
- PSYCHOLOGICAL STATUS OF MEDICAL
WORKERS: «GIVING LIGHT TO OTHERS — I BURN»
*N. V. Semionenkova, I. A. Argunova,
N. E. Titova* 28
- THE FEATURES OF MYOCARDIAL DYSFUNCTION
IN THE ELDERLY
P. J. Tadjibaev 34
- NEUROTIZATION LEVEL AND COPING STYLE
OF MOTHERS OF CHILDREN WITH DIABETES
MELLITUS
I. M. Nikolskaya, I. L. Kolomiets 40

Literature review

- PHARMACOLOGICAL TREATMENT
OF RHEUMATOID ARTHRITIS WITH BIOLOGIC
AGENTS
E. N. Otteva, E. G. Zotkin 46

Chronicle

- INTERNATIONAL THE PETER THE GREAT
AWARD FOR FAMILY PHYSICIANS. FIRST
WINNERS
O. Yu. Kuznetsova, J. Degryse 51
- CELEBRATING «WORLD FAMILY DOCTOR DAY»
E. I. Chernienko 53

УДК 616.126.42-07/-08

АЛГОРИТМ ДИАГНОСТИКИ И ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ПРОЛАПСОМ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА

Э. Г. Малев¹, Э. В. Земцовский^{1,2}, Е. В. Тимофеев², С. В. Реева^{1,2}

¹ Федеральный центр сердца, крови и эндокринологии им. В. А. Алмазова, Санкт-Петербург, Россия;

² ГОУ ДПО Санкт-Петербургская государственная педиатрическая медицинская академия, Россия

DIAGNOSTIC ALGORITHM AND MANAGEMENT OF PATIENTS WITH MITRAL VALVE PROLAPSE

E. G. Malev¹, Zemtsovsky^{1,2}, E. V. Timofeev², S. V. Reeva^{1,2}

¹ Almazov Federal Heart, Blood and Endocrinology Centre, Saint-Petersburg, Russia;

² State Pediatric Medical Academy, Saint-Petersburg, Russia

© Коллектив авторов, 2011 г.

В связи с выходом в свет новых международных и национальных рекомендаций, посвященных различным аспектам диагностики и лечения заболеваний, относимых к группе наследственных нарушений соединительной ткани и протекающих с поражением сердечно-сосудистой системы, возникла необходимость ознакомить семейного врача с последними данными относительно критериев диагностики и основных принципов ведения пациентов с пролапсом митрального клапана (ПМК). Предлагается новый алгоритм диагностики ПМК, в котором, наряду с современными эхокардиографическими критериями подчеркивается важность выявления признаков системного вовлечения соединительной ткани.

Ключевые слова: пролапс митрального клапана, эхокардиография, системное вовлечение соединительной ткани, ведение больных.

Recently have been published novel international and national guidelines for the management of patients with some inherited connective tissue disorders with involving of the cardiovascular system. We would like to introduce to practicing family physician the new data regarding the criteria for the diagnosis and the basic principles of management of patients with mitral valve prolapse (MVP). We propose a new algorithm for diagnosis of MVP, which together with current echocardiographic criteria emphasizes the importance of identifying signs of systemic manifestations in patients with MVP.

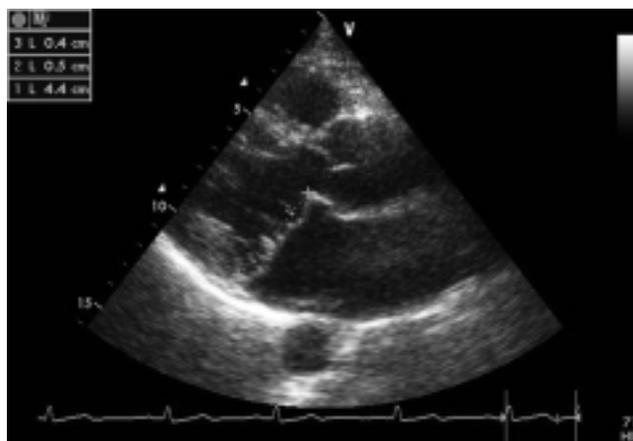
Key words: mitral valve prolapse, echocardiography, systemic manifestations, patients management.

Пролапс митрального клапана (ПМК) — наследственное нарушение соединительной ткани (ННСТ) с аутомным или связанным с X-хромосомой типом наследования [1, 2]. Он является наиболее частой клапанной патологией в индустриальных странах и основной причиной операций на митральном клапане при изолированной митральной недостаточности [3].

Основным методом диагностики пролапса митрального клапана в настоящее время является двухмерная эхокардиография [4]. ПМК диагностируется при максимальном систолическом смещении створок митрального клапана за линию кольца митрального клапана в парастернальной продольной позиции более чем на 2 мм (рис. 1) [5, 6]. Использование именно парастернального продольного сечения для диагностики ПМК обусловлено особенностями формы кольца

митрального клапана. В горизонтальной плоскости кольцо имеет D-образную или бобовидную форму. В сагиттальной же плоскости — седловидную. Соответственно имеются более высоко и низко лежащие точки кольца митрального клапана. При использовании для диагностики ПМК эхокардиографических сечений, плоскость которых проходит через низколежащие точки кольца, повышается вероятность ложноположительного заключения о наличии ПМК. Так, изолированное смещение передней створки за линию кольца митрального клапана, видимое в четырехкамерной верхушечной позиции, является основной причиной его гипердиагностики. Напротив, парастернальное продольное сечение проходит через высоколежащие точки кольца митрального клапана, и использование данного сечения повышает специфичность диагностики ПМК.

Рис. 1. Пример эхокардиографической диагностики ПМК. Парастернальное продольное сечение, передняя створка пролабирует на 5 мм от уровня кольца митрального клапана, задняя — на 4 мм



К сожалению, до настоящего времени критерии эхокардиографической диагностики ПМК остаются не полностью согласованными. Нет единого мнения о глубине минимального выбухания створок в полость левого предсердия, необходимой для диагностики ПМК. В качестве примера такой несогласованности достаточно привести данные из рекомендаций по ведению клапанных пороков сердца АНА/АСС 2006 [3], где в качестве критерия для диагностики ПМК приведено значение 2 мм и более смещения створок за уровень кольца митрального клапана. Однако в работе, на которую ссылаются авторы рекомендаций [5, 6], в качестве критерия ПМК используется смещение створок митрального клапана более 2 мм. Также в руководстве «Brawnwald's Heart Disease», в главе, посвященной клапанной патологии, авторы на с. 1669 указывают, что эхокардиографическими критериями ПМК является выбухание створок более чем на 2 мм, а на с. 1672 — что выбухание должно быть по крайней мере 2 мм [7].

При использовании современных критериев диагностики (более 2 мм) ПМК выявляют при проведении эхокардиографии в 2,4% случаев. Эти данные получены в ходе обширного популяционного исследования — Framingham Heart Study [5, 6]. Само собой разумеется, что включение в группу ПМК всех лиц, у которых отмечено выбухание одной из створок на 2 мм, существенно увеличивает данные о распространенности ПМК [8, 9].

Двухмерная эхокардиография позволяет также провести ряд необходимых для диагностики ПМК измерений, в первую очередь — измерение толщины створок митрального клапана. В зависимости от толщины створки различают *классический ПМК* — при толщине створок в диастолу 5 мм и более (отражает наличие миксоматозной дегенерации створок) и *неклассический ПМК* — при толщине менее 5 мм [6]. Большинство пациентов с ПМК без утолщения створок могут быть отнесены к группе низкого риска с благоприятным прогнозом. Ожидаемая продолжительность жизни у них соответствует таковой в общей популяции. При толщине створки 5 мм и более достоверно повышается суммарная вероятность внезапной смерти, эндокардита и церебральных эмболий, вероятность развития митральной недостаточности, разрыва хорд, желудочковых нарушений ритма. Наличие утолщенных створок при ПМК

повышает риск развития инфекционного эндокардита, хотя в целом его вероятность в популяции пациентов с ПМК низка [3].

Пограничные степени прогиба створок (равные 2 мм или менее), по мнению некоторых авторов, не следует включать в понятие ПМК, поскольку было выявлено отсутствие связи с утолщением створок, митральной регургитацией, увеличением левого предсердия, клапанными осложнениями или дальнейшей прогрессией [6]. Однако, исходя из того что миксоматозная дегенерация может встречаться и при минимальной степени пролабирования створок, мы полагаем целесообразным помимо классического и неклассического вариантов ПМК ввести понятие *вероятный пролапс митрального клапана*, который следует диагностировать при пролабировании створок на 1–2 мм. Такой подход был впервые использован в исследовании CARDIA [9]. По его результатам, определенный (definite) ПМК (при пролапсе более чем на 2 мм) был диагностирован в 0,5% случаев, а вероятный (possible) ПМК (при пролапсе на 1–2 мм) — в 5,2% случаев. По нашим данным, в российской популяции у лиц молодого возраста первичный ПМК выявляется в 4,3% случаев (1,3% — классический; 3% — неклассический), а вероятный ПМК также значительно чаще — в 23,1% [8].

При сравнении этих двух групп у пациентов с первичным ПМК и вероятным ПМК оказалась несколько более высокой частота выявления таких малых аномалий сердца, как аневризма межпредсердной перегородки (17,6 и 9,4% соответственно), асимметрия трехстворчатого аортального клапана (35,3 и 18,8% соответственно). Однако статистически достоверные различия были выявлены только для пролапса трикуспидального клапана (50 и 21,9% соответственно при $p < 0,05$).

В Национальных рекомендациях по наследственным нарушениям соединительной ткани

отмечена возможность сочетания ПМК с системным вовлечением соединительной ткани [2]. О наличии системного вовлечения можно судить по шкале системных признаков, представленной в новом пересмотре Гентских критериев синдрома Марфана (табл.) [10]. Максимально возможное количество баллов равно двадцати, а семь и более

баллов обозначают наличие системного вовлечения. В таких случаях следует говорить о *ПМК с системным вовлечением*. При отсутствии у пациента с ПМК достаточного количества признаков системного вовлечения соединительной ткани рекомендуется употреблять термин *изолированный ПМК*.

Таблица

Оценка признаков системного вовлечения соединительной ткани

№ п/п	Признак и количество баллов
1	Симптом запястья и большого пальца — 3 (симптом запястья или большого пальца — 1)
2	Килевидная деформация грудной клетки — 2 (воронкообразная деформация грудной клетки или асимметрия грудной клетки — 1)
3	Вальгусная деформация стопы — 2 (плоскостопие — 1)
4	Пневмоторакс — 2
5	Эктазия твердой мозговой оболочки — 2
6	Протрузия тазобедренного сустава — 2
7	Уменьшенное отношение верхнего сегмента к нижнему и увеличенное отношение размаха рук к росту и нетяжелая степень сколиоза — 1
8	Сколиоз или тораколюмбальный кифоз — 1
9	Недоразгибание локтевого сустава — 1
10	Лицевые признаки (наличие 3 из 5) — 1 (долихоцефалия, энофтальм, скошенные вниз глазные щели, гипоплазия скуловых костей, ретрогнатия)
11	Кожные стрии — 1
12	Миопия более 3 диоптрий — 1
13	Пролапс митрального клапана (любой вариант) — 1

При таком подходе алгоритм оценки различных форм ПМК может быть представлен следующим образом (рис. 2).

Как видно из рисунка, алгоритм учитывает степень пролабирования створок митрального клапана в полость левого предсердия, а также их толщину. Пролабирование на 3 мм и более позволяет диагностировать первичный пролапс митрального клапана. В зависимости от толщины створок первичный ПМК подразделяется, в свою очередь, на классический и неклассический варианты. При прогибе створок митрального клапана на 1–2 мм следует говорить о вероятном ПМК, который, в свою очередь, также может протекать с утолщением створок (вероятный классический ПМК) и без утолщения створок (вероятный неклассический ПМК). Каждый из этих вариантов, в свою очередь, может сочетаться с наличием или отсутствием системного вовлечения соединительной ткани. Наибольшее внимание врача должны привлекать пациенты с классическим первичным ПМК и признаками системного вовлечения. Прогноз у этих пациен-

тов может оказаться наиболее неблагоприятным, с высоким риском развития осложнений.

По нашим данным, у пациентов с признаками системного вовлечения по сравнению с группой контроля достоверно чаще выявляются ложные хорды (57,1 и 23,3% соответственно; $p = 0,01$) [11]. В рамках математической тенденции можно говорить и о большей частоте таких малых аномалий сердца (МАС), как аневризма межпредсердной перегородки, асимметрия трехстворчатого аортального клапана, пролапс трикуспидального клапана, которые встречались в группе с признаками системного вовлечения более чем в два раза чаще, нежели в группе сравнения. При анализе значимых МАС (напомним, что к значимым МАС мы относим аневризму межпредсердной перегородки, асимметрию трехстворчатого аортального клапана, пролапсы митрального и трикуспидального клапанов) выявлено достоверно большее их количество в группе лиц с признаками системного вовлечения по сравнению с группой контроля ($1,2 \pm 1,1$ и $0,6 \pm 0,5$ соответственно; $p < 0,05$).



Рис. 2. Алгоритм диагностики пролапса митрального клапана

Также для пациентов с системным вовлечением характерны: более высокая средняя дневная и максимальная ночная частота сердечных сокращений, более высокий циркадный индекс. При анализе вариабельности ритма сердца выявляется снижение некоторых статистических показателей ритма сердца, что демонстрирует меньшую вариабельность сердечного ритма у пациентов этой группы. Спектральный анализ сердечного ритма выявил снижение мощности всех показателей. При анализе сердечных аритмий выявлено, что у лиц с системным вовлечением по сравнению с группой лиц без него достоверно чаще выявляется наджелудочковая аберрантная экстрасистолия (15 и 0% соответственно; $p < 0,05$) и миграция водителя ритма по предсердиям (70 и 32% соответственно; $p = 0,01$) [11].

Таким образом, есть все основания полагать, что сочетание ПМК с признаками системного вовлечения соединительной ткани следует расценивать как свидетельство выраженного системного дефекта соединительной ткани, в который вовлечены как минимум две системы — костная и сердечно-сосудистая.

Подходы к ведению больных с ПМК согласованы и изложены в недавно опубликованных рекомендациях АНА/АСС и ВНОК [2, 3]. Большинство, но далеко не все пациенты с ПМК могут быть отнесены к группе низкого риска с благоприятным прогнозом, хотя ожидаемая продолжительность жизни у них такая же, как в общей популяции. Неблагоприятное течение ПМК заключается в нарастании митральной регургитации, приводящей к дилатации левого желудочка и левого предсердия, развитию фибрилляции предсердий, систолической дисфункции левого желудочка и застойной сердечной недостаточности. Возникновение и быстрое прогрессирование митральной регургитации может быть обусловлено разрывом миксоматозно измененных хорд, приводящих

к формированию молотящей (flail) створки митрального клапана. Наличие измененных створок при ПМК может повышать риск развития инфекционного эндокардита, хотя в целом его вероятность в популяции пациентов с ПМК является крайне низкой.

Фибриновые эмболы являются основной причиной неврологической симптоматики (транзиторные ишемические атаки и инсульты) у пациентов с ПМК, риск эмболии у них выше, чем в общей популяции. Внезапная смерть является редким осложнением ПМК (менее 2% случаев при длительном наблюдении, с ежегодной смертностью менее 1%), основной причиной которой могут быть желудочковые тахикардии. Наибольшая частота внезапной смерти наблюдается при семейных формах ПМК.

Большинству пациентов с ПМК могут быть рекомендованы обычный образ жизни и регулярные физические тренировки. В особенности это относится к пациентам, у которых ПМК не сопровождается клинической симптоматикой. При наличии изолированного ПМК отсутствуют противопоказания к беременности.

Бессимптомных пациентов с ПМК и пациентов с ПМК без митральной регургитации необходимо клинически обследовать каждые 3–5 лет. Повторное эхокардиографическое исследование не показано и выполняется только при выявлении признаков высокого риска (толщина створок 5 мм и более) при первичном обследовании, а также при появлении симптомов, позволяющих предположить возникновение значимой митральной регургитации или иного сердечно-сосудистого заболевания.

Пациенты с ПМК с жалобами, обусловленными повышением тонуса или реактивности симпатической нервной системы (сердцебиение, кардиалгии, одышка), часто положительно реагируют на терапию β -адреноблокаторами. В ряде

случаев бывает достаточным отказ от таких стимуляторов, как кофеин, алкоголь и курение. Ортостатическая симптоматика (постуральная гипотензия и сердцебиение) может быть снижена увеличением потребления жидкости и соли, ношением компрессионного белья, в тяжелых случаях — приемом минералокортикоидов. Нарушения ритма могут потребовать дополнительного лечения. Есть все основания рекомендовать в таких случаях с учетом клинической картины регулярный прием микро- и макроэлементов и витаминов, влияющих на метаболизм соединительной ткани. Среди них особое место занимают препараты магния, поскольку дефицит магния весьма распространен, а его роль в процессе образования коллагена не вызывает сомнений. В литературе имеются убедительные данные об эффективности ортата магния для лечения ПМК и нередко сопутствующих ему вегетативных нарушений.

Использование антибиотиков для профилактики инфекционного эндокардита при всех манипуляциях, сопровождающихся бактериемией, показано пациентам с ПМК, в особенности при наличии митральной регургитации, утолщения створок, дилатации ЛЖ (левого желудочка) или левого предсердия.

Специального рассмотрения заслуживает вопрос о тактике хирургического лечения ПМК. На прошедшем в 2009 г. в рамках Российского национального конгресса кардиологов круглом столе, посвященном проблемам ПМК, состоялась дискуссия о целесообразности раннего оперативного вмешательства при ПМК с использованием клапансберегающих технологий. Не все специалисты в нашей стране разделяют точку зрения о необходимости раннего оперативного вмешательства при тяжелой митральной регургитации, вызванной ПМК. Вместе с тем в мире уже накоплен большой опыт, свидетельствующий о том, что самые лучшие результаты хирургической реконструкции митрального клапана получены у пациентов с сохраненной фракцией выброса и неувеличенным конечным систолическим объемом левого желудочка.

Необходимо иметь в виду, что больные с ПМК, сочетающимся с признаками системного вовлечения соединительной ткани и гемодинамически значимой митральной недостаточностью, как правило, склонны к быстрому прогрессированию сердечной недостаточности, развитию легочной гипертензии, фибрилляции предсердий и имеют высокий риск внезапной смерти.

Литература

1. *Grau J. B., Pirelli L., Yu P. J., et al.* The genetics of mitral valve prolapse // *Clin. Genet.* — 2007. — Vol. 72 (4). — P. 288–95.
2. *Наследственные нарушения соединительной ткани. Российские рекомендации. Всероссийское научное общество кардиологов — секция дисплазии соединительной ткани // Кардиоваскулярная терапия и профилактика.* — 2009. — № 8 (6). — Приложение 5.
3. *ACC/AHA 2006 guidelines for the management of patients with valvular heart disease: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines // J. of the American College of Cardiology.* — 2006. — Vol. 48. — P. e1–148.
4. *Hayek E., Gring C. N., Griffin B. P.* Mitral valve prolapse // *Lancet.* — 2005. — Vol. 365 (9458). — P. 507–518.
5. *Freed L. A., Levy D., Levine R. A., et al.* Prevalence and clinical outcome of mitral-valve prolapse // *N. Engl. J. Med.* 1999. — Vol. 341. — P. 1–7.
6. *Freed L. A., Benjamin E. J., Levy D., et al.* Mitral valve prolapse in the general population: the benign nature of echocardiographic features in the Framingham Heart Study // *J. Am. Coll. Cardiol.* 2002. — Vol. 40. — P. 1298–1304.
7. *Libby P., Bonow R., Zipes D.* Braunwald's Heart Disease: A textbook of cardiovascular medicine, 8th ed. — W. B. Saunders Company, 2008. — 2288 p.
8. *Малев Э. Г., Реева С. В., Тимофеев Е. В., Земцовский Э. В.* Современные подходы к диагностике и оценке распространенности пролапса митрального клапана у лиц молодого возраста // *Российский кардиологический журнал.* — 2010. — № 1. — С. 35–41.
9. *Flack J. M., Kvasnicka J. H., Gardin J. M., et al.* Anthropometric and physiologic correlates of mitral valve prolapse in a biethnic cohort of young adults: the CARDIA study // *Am. Heart J.* — 1999. — Vol. 138 (3 Pt 1). — P. 486–92.
10. *Loeys B. L., Dietz H. C., Braverman A. C., et al.* The revised Ghent nosology for the Marfan syndrome // *J. Med. Genet.* — 2010. — Vol. 47 (7). — P. 476–85.
11. *Тимофеев Е. В.* Распространенность диспластических синдромов и фенотипов и их взаимосвязь с характеристиками сердечного ритма у лиц молодого возраста: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — СПб., 2011. — 20 с.

Автор:

Малев Эдуард Геннадиевич — Федеральный центр сердца, крови и эндокринологии им. В. А. Алмазова, ведущий научный сотрудник лаборатории соединительнотканых дисплазий, Санкт-Петербург, ул. Аккуратова, 2.

Адрес для контакта: edwardmalev@hotmail.com

УДК 616.135-007.64:614.24

АНЕВРИЗМА ГРУДНОЙ АОРТЫ В ОБЩЕЙ ВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИКЕГ. И. Нечаева¹, И. В. Друк¹, В. В. Кузнецова²¹ ПДО ГОУ ВПО Омская государственная медицинская академия Росздрава;² Отделение восстановительного лечения поликлиники МУЗ ОГКБ № 1 им. А. Н. Кабанова, г. Омск, Россия**THORACIC AORTIC ANEURYSM IN GENERAL PRACTICE**G. I. Nechaeva¹, I. V. Druk¹, V. V. Kuznetsova²¹ Omsk state medical academy of Roszdrav;² Medical rehabilitation department of Omsk municipal clinical hospital № 1 named by A. N. Kabanov, Omsk, Russia

© Г. И. Нечаева, И. В. Друк, В. В. Кузнецова, 2011 г.

Растущая заболеваемость аневризмой грудной аорты и высокая смертность при развитии осложнений делают ее важным объектом исследований в кардиологии и кардиохирургии. Своевременная диагностика или установление предрасположенности могут позволить разработать индивидуальную терапию и профилактику заболевания. В статье представлен обзор литературы по распространенности и этиологии аневризмы грудной аорты. Приведены современные рекомендации по диагностике и ведению пациентов с аневризмой грудной аорты — частота обследования, медикаментозное лечение и показания к оперативному вмешательству.

Ключевые слова: грудная аорта, аневризма, лечение.

A growing number of aneurysms of the thoracic aorta cases and high death rate connected with complications development make it an important object for investigations in cardiology and cardiosurgery. Timely diagnostics or determination of susceptibility may provide creation of individual therapy and prophylactic of the disease. The review presented in this article is devoted to a prevalence and etiology of aneurysms of the thoracic aorta. Up-to-date diagnostic and treatment recommendations, such as frequency of survey, drug treatment and indications for operation are given.

Keywords: thoracic aorta, aneurysm, treatment.

Аневризма аорты — локальное мешковидное выбухание стенки аорты или диффузное расширение всей аорты более чем в 2 раза по сравнению с нормой [1].

Распространенность аневризмы и расслоения аорты. Л. К. Bickerstaff с коллегами сообщили, что аневризмы грудной аорты ежегодно вновь выявляют в 5,9 случая на 100 тыс. населения [2]. По данным других авторов [3], заболеваемость аневризмой грудной аорты постоянно растет и составляет примерно 10,4 случая на 100 тыс. человеко-лет. Более 60% этих находок включают восходящий отдел и дугу аорты. В свою очередь, Т. С. Demos и Н. V. Posniak констатируют, что в США ежегодно выявляют около 2 тыс. новых случаев расслоения аорты [4], что находится в соответствии с данными L. G. Svensson и E. S. Crawford и равно 10 случаям на 100 тыс. человек [5]. В сводном докладе Т. Shenan сообщается, что максимальная частота расслоений аорты в Европе встречается в Италии и составляет 4,04 случая

на 100 тыс. человек [6]. Таким образом, эти исследования показывают, что среди всей популяции аневризмы и расслоения аорты встречаются примерно в 0,01% случаев.

Этиология аневризмы грудной аорты. Причиной большинства аневризм грудной аорты являются дегенеративные заболевания, вызывающие дилатацию аорты [7]. К дегенерации меди приводят заболевания соединительной ткани, например синдром Марфана, синдром Элерса—Данло, значительную роль играет артериальная гипертензия [7]. Аневризма грудной аорты также связана с бicuspidальным клапаном аорты и другими врожденными кардиоваскулярными аномалиями, с воспалительными и инфекционными заболеваниями. Другие аневризмы грудной аорты связаны с наследственной предрасположенностью к болезни, называемой синдромом семейной аневризмы грудной аорты, третьи являются идиопатическими [4]. Примерно у 5–10% больных имеются родственники первой степени,

у которых обнаружена аневризма аорты [7]. Например, мутации в гене проколлагена III типа могут приводить к развитию аневризм аорты у нескольких членов семьи. Аневризмы восходящей грудной аорты обычно не связаны с атеросклерозом, его доля в этиологии аневризм восходящей аорты составляет около 6% [8].

Состояние аорты при недифференцированной дисплазии соединительной ткани. По данным Г. И. Нечаевой, В. Г. Новак [9], у пациентов с недифференцированной дисплазией соединительной ткани (ДСТ) отмечали изменения крупных сосудов — аорты и легочного ствола. Расширение устья аорты и легочного ствола, по данным эхокардиографии (ЭхоКГ), было выявлено у пациентов с килевидной деформацией грудной клетки (КДГК) в 76,7% случаев. При этом у пациентов с КДГК диаметр сосудов увеличивался по мере прогрессирования деформации. Так, при I степени КДГК размер аорты был увеличен только у 18% больных, при II степени — у 64,3%, при III степени — у всех обследованных. Выявленные изменения в 40,2% случаев сопровождались явлениями регургитации, что сказывалось на объемных показателях сердца (увеличение конечного диастолического объема и конечного систолического объема левого желудочка).

При воронкообразной деформации грудной клетки внутренний диаметр аорты не имел значимых отличий от контрольных данных. У пациентов с астенической конституцией без дефор-

маций грудной клетки внутренний диаметр аорты был несколько уменьшен [9].

Расширение аорты при недифференцированной ДСТ подтверждается и другими авторами. По данным J. R. Matos-Souza et al. [10], лица с пролапсом митрального клапана (ПМК) имели больший диаметр аортального кольца по сравнению с контролем. Кроме этого, многофакторный анализ выявил независимую ассоциацию между ПМК и размером аортального кольца [10]. В ряде случаев дилатация аорты наблюдается при марфаноидном фенотипе [11]. Имеются свидетельства о единичных случаях сочетания изолированной воронкообразной деформации грудной клетки с расширением корня аорты [12].

Особенности оценки диаметра аорты по данным ЭхоКГ. На нормальный диаметр аорты воздействует ряд факторов, таких как возраст, пол и размеры тела пациента, место измерения аорты, метод измерения, надежность и тип визуализирующего метода [4], что необходимо учитывать для правильной интерпретации результатов обследования пациентов. Двухмерная эхокардиография определяет «нормальный» диапазон диаметра аорты на уровне синусов Вальсальвы в различных возрастных категориях и стратифицирует по площади поверхности тела. ЭхоКГ-диагностика аневризмы грудной аорты детерминирована демонстрацией расширения аорты относительно ожидаемого диаметра, откорректированного с помощью номограмм по возрасту и размерам тела [4].

РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ДИАГНОСТИКЕ И ВЕДЕНИЮ ПАЦИЕНТОВ С АНЕВРИЗМОЙ ГРУДНОЙ АОРТЫ [4]

Рекомендации по диагностике и ведению по генетическим синдромам

Синдром Марфана. При первичной диагностике синдрома Марфана рекомендуется определить диаметр аортального кольца и восходящей аорты и через 6 месяцев определить степень расширения аорты (класс I, уровень доказательности: C). При уже установленном диагнозе синдром Марфана рекомендовано визуализирующее исследование аорты 1 раз в год для документации стабильности диаметра аорты, если же максимальный диаметр аорты равен 4,5 см или больше или диаметр аорты значительно превышает исходный, показана более частая визуализация (класс I, уровень доказательности: C). Если отношение максимальной площади поперечного сечения восходящей аорты или кольца в см² к росту пациента в метрах превышает 10, то целесообразно опера-

тивное вмешательство, так как у пациентов более низкого роста расслоение аорты развивается при меньшем размере и у 15% пациентов с синдромом Марфана расслоение возникает при размере менее 5 см (класс II A, уровень доказательности: C) [4]. Женщинам с синдромом Марфана, планирующим беременность, целесообразна профилактическая замена аортального кольца и восходящей аорты, если диаметр превышает 4 см (класс II A, уровень доказательности: C) [4].

Синдром Лойса—Дитца. Этот синдром является аутосомно-доминантным заболеванием, при котором примерно в равном соотношении у больных диагностируются мутации в генах TGFBR1 и TGFBR2. Для этого синдрома характерны поражение сердечно-сосудистой, нервной системы, че-

репно-лицевые и скелетные дизморфии. В структуру данной нозологической формы входят глазной гипертелоризм, расщепление нёбного язычка и/или расщелина твердого нёба, рассыпной тип сосудов артериального русла, расслаивающаяся аневризма восходящего отдела аорты. Другие изменения включают краниосиностоз, аномалию Чиари, задержку умственного развития, врожденные пороки сердца — открытый артериальный проток, септальные дефекты [11]. Пациенты с синдромом Лойса—Дитца или с подтвержденными генетическими мутациями, предрасполагающими к аневризме или расслоению аорты (TGFBF1, TGFBF2, FBN1, ACTA2, MYH11), должны пройти полное обследование аорты при первичной диагностике и спустя 6 месяцев для установления увеличения размеров (класс I, уровень доказательности: C) [4]. Пациентам с синдромом Лойса—Дитца следует ежегодно проводить МРТ-обследование от сосудов головного мозга до таза (класс I, уровень доказательности: B) [13]. Целесообразно рассмотреть возможность оперативного вмешательства на аорте у взрослых пациентов с синдромом Лойса—Дитца или с подтвержденными мутациями TGFBF1 или TGFBF2 и диаметре аорты 4,2 см и больше при трансэзофагеальной ЭхоКГ (внутренний диаметр) или 4,4–4,6 см и больше при компьютерной томографии (КТ) и/или магнитно-резонансной томографии (МРТ) (наружный диаметр) — класс II A, уровень доказательности: C [13].

Синдром Тернера. Это клиническое проявление аномалии одной из X-хромосом у женщин. Синдром Тернера в 60% случаев обусловлен мо-

носимией X-хромосомы, в 20% случаев — мозаицизмом и в 20% случаев — аберрацией одной из X-хромосом. Синдром характеризуется множественными пороками развития скелета и внутренних органов. Важнейшие фенотипические признаки: низкорослость и дисгенезия или полное отсутствие гонад (на месте яичников находят недифференцированные соединительнотканые тяжи, не содержащие половых клеток и фолликулов). Другие признаки: короткая шея с крыловидными кожными складками, низкая линия роста волос на затылке, бочкообразная грудная клетка, нарушение пропорций лица, O-образное искривление рук (деформация локтевых суставов), X-образное искривление ног [14].

Пациенты с синдромом Тернера должны подвергаться исследованию сердца и аорты для выявления бicuspidального аортального клапана, коарктации аорты или дилатации восходящей грудной аорты [4]. Если исходное изображение в норме и нет факторов риска расслоения аорты, повторное исследование выполняют через 5–10 лет или при возникновении клинических показаний. Если исходное изображение не в норме, обследование повторяют через год (класс I, уровень доказательности: C).

У пациентов с синдромом Тернера с дополнительными факторами риска, включая бicuspidальный аортальный клапан, коарктацию аорты и/или гипертензию, и у пациенток, которые планируют беременность, или беременны, целесообразно выполнить обследование сердца и аорты для определения риска расслоения (класс II B, уровень доказательности: C).

Рекомендации по диагностике и ведению пациентов с семейной аневризмой и расслоением грудной аорты [4]

Для родственников первой степени родства пациентов с аневризмой и/или расслоением грудной аорты рекомендована визуализация аорты для определения бессимптомных нарушений (класс I, уровень доказательности: B) [2]. Если у пациента определены мутации в генах, ассоциированные с аневризмой и/или расслоением грудной аорты (FBN1, TGFBF1, TGFBF2, COL3A1, ACTA2, MYH11), его родственники первой степени родства должны пройти консультирование и тестирование. В этом случае только родственники с генетической мутацией должны пройти визуализацию аорты (класс I, уровень доказательности: C). Если у одного или нескольких родственников пациента первой степени родства с известной аневризмой и/или расслоением аорты обнаружена дила-

тация, аневризма или расслоение аорты, целесообразно обследование родственников второй степени родства (класс II A, уровень доказательности: B) [4]. У пациентов с семейным анамнезом аневризмы и/или расслоения грудной аорты целесообразно секвенирование (определение первичной аминокислотной или нуклеотидной последовательности) гена ACTA2 для определения мутаций ACTA2, ответственных за наследственную предрасположенность (класс II A, уровень доказательности: B) [4, 13]. Если у одного и более родственников первой степени родства пациента с известной аневризмой или расслоением аорты обнаруживается дилатация, аневризма и/или расслоение аорты, необходима консультация генетика (класс II B, уровень доказательности: C).

Рекомендации по медикаментозному лечению пациентов с заболеваниями грудной аорты [4]

Устранение факторов риска. Пациентам рекомендуется отказ от курения и прекращение воздействия табачного дыма на работе и дома. Впоследствии полезно направление на специальные программы и/или фармакотерапия (включая никотинзамещающую, бупроприон или вarenиклин) (класс I, уровень доказательности: B) [4]. Пациентам с синдромом Марфана следует избегать контактных видов спорта, подъема тяжестей и изометрических упражнений [3].

Коррекция АД. У гипертензивных пациентов с заболеванием грудной аорты должна проводиться антигипертензивная терапия для достижения целевого АД менее 140/90 мм рт. ст. (у пациентов без диабета) и менее 130/80 (у пациентов с диабетом или хронической почечной недостаточностью (ХПН)) (класс I, уровень доказательности: B) [15]. У пациентов с аневризмой грудной аорты целесообразно снизить АД с помощью в-адреноблокаторов, ингибиторов ангиотензин-превращающего фермента (иАПФ) или антаго-

нистов рецепторов к ангиотензину II до наименьшего уровня, который пациенты переносят без побочных эффектов (класс II A, уровень доказательности: B) [4].

β -адреноблокаторы должны применяться у всех пациентов с синдромом Марфана и аневризмой аорты, чтобы снизить скорость дилатации аорты, при отсутствии противопоказаний (класс I, уровень доказательности: B). У пациентов с синдромом Марфана целесообразно применение антагониста рецепторов ангиотензина II (лозартана), чтобы снизить скорость расширения аорты, при отсутствии противопоказаний (класс II A, уровень доказательности: B) [16, 17].

Лечение статинами для достижения целевого уровня холестерина липопротеидов низкой плотности (ЛПНП) менее 70 мг/дл целесообразно у пациентов с эквивалентами риска коронарной болезни сердца и сопутствующей коронарной болезнью сердца (класс II A, уровень доказательности: A) [4].

Показания для оперативного лечения бессимптомных пациентов с аневризмой восходящей аорты [4]

При диаметре аорты 5,5 см и более следует рассмотреть возможность оперативного лечения (класс I, уровень доказательности C) [4].

Среди пациентов с синдромом Марфана и другими генетически опосредованными заболеваниями необходимо проводить отбор для оперативного лечения при меньшем диаметре — от 4 до 5 см в зависимости от состояния — чтобы избежать острого расслоения или разрыва (класс I, уровень доказательности C) [18]. У пациентов с темпом роста аневризмы более 0,5 см/год даже при диаметре менее 5,5 см следует оценить целесообразность оперативного лечения (класс I, уровень доказательности C) [4].

В литературе не найдены данные о темпах прогрессирования аневризмы аорты при недифференцированной дисплазии соединительной тка-

ни. Вместе с тем диагностировать и классифицировать наследственно обусловленную патологию только по клиническим проявлениям нередко практически невозможно [13].

Недавно проведенное международное обследование 1009 пациентов с генетически подтвержденной мутацией гена фибриллина показало, что опасность осложнений (расслоение аорты и необходимость в оперативном вмешательстве) у лиц с неполным набором Гентских критериев (синдром Марфана) практически не отличается от таковой в группе лиц с полным набором критериев [19]. Поэтому пациенты с недифференцированной ДСТ нуждаются в индивидуально спланированном обследовании сердца и аорты с проведением ЭхоКГ один раз в год, а при наличии показаний — чаще.

Литература

1. Аневризма аорты. — <http://www.mma.ru/article/id33537>. — Последний визит на сайт 10.03.10.
2. Bickerstaff L. K., Pairolero P. S., Hollier L. H. et al. Thoracic aortic aneurysms: a population-based study // *Surgery*. — 1982. — Vol. 92, № 1103. — P. 9.
3. Clouse W. D., Hallett J. W., Schaff H. V. et al. Improved prognosis of thoracic aortic aneurysms: a population-based study // *JAMA*. — 1998. — Vol. 280, № 1926. — P. 9.
4. 2010 ACCF/AHA/AATS/ACR/ASA/SCA/SCAI/SIR/STS/SVM Guidelines for the Diagnosis and Management of Patients With Thoracic Aortic Disease // *Circulation*. — 2010. — Vol. 121. — P. 266–369.

5. *Svensson L. G., Crawford E. S.* Cardiovascular and Vascular Disease of the Aorta. — Philadelphia: W. B. Saunders Company, 1997. — 138 p.
6. *Shennan T.* Dissecting aneurysm. Medical Research Council Special Report Series, № 193. — London: Her Majesty's Stationary Office, 1984.
7. *Этиология и патогенез истинных аневризм аорты.* — <http://www.rusmedserver.ru/patofiziologia/186.html>. — Последний визит на сайт 10.03.10.
8. *Белов Ю. В.* Непосредственные и отдаленные результаты хирургического лечения аневризм и расслоений восходящего отдела и дуги аорты / Ю. В. Белов, А. Б. Степаненко, Ф. В. Кузнечевский // Российский кардиологический журнал. — 2004, № 5. — С. 5–7.
9. *Яковлев В. М.* Кардиореспираторные синдромы при дисплазии соединительной ткани / В. М. Яковлев, Г. И. Нечаева. — Омск: ОГМА, 1994. — 217 с.
10. *Matos-Souza J. R., Fernandes-Santos M. E., Hoehne E. L. et al.* Isolated mitral valve prolapse is an independent predictor of aortic root size in a general population // *Eur. J. Echocardiogr.* — 2009. — Vol. 219, № 1. — P. 11–12.
11. *Кадурина Т. И.* Дисплазия соединительной ткани. Руководство для врачей / Т. И. Кадурина, В. Н. Горбунова. — СПб.: Элби-СПб, 2009. — 704 с.
12. *Vaughan C. I. et al.* Identification of a chromosome 11q23. 2-q24 locus for familial aortic aneurysm disease, a genetically heterogeneous disorder // *Circulation.* — 2001. — Vol. 103. — P. 2469–2475.
13. *Loeys B. L., Schwarze U., Holm T. et al.* Aneurysm syndromes caused by mutations in the TGF-beta receptor // *N. Engl. J. Med.* — 2006. — Vol. 355. — P. 788–798.
14. *Эндокринология* / Под ред. Н. Лавина. — М.: Практика, 1999. — 306 с.
15. *Major outcomes in high-risk hypertensive patients randomized to angiotensin-converting enzyme inhibitor or calcium channel blocker vs diuretic: The Antihypertensive and Lipid-Lowering Treatment to Prevent Heart Attack Trial (ALLHAT)* // *JAMA.* — 2002. — Vol. 288. — P. 2981–2997.
16. *Brooke B. S., Habashi J. P., Judge D. P. et al.* Angiotensin II blockade and aortic-root dilation in Marfan's syndrome // *N. Engl. J. Med.* — 2008. — Vol. 358. — P. 2787–2795.
17. *Lacro R. V., Dietz H. C., Wruck L. M. et al.* Rationale and design of a randomized clinical trial of beta-blocker therapy (atenolol) versus angiotensin II receptor blocker therapy (losartan) in individuals with Marfan syndrome // *Am. Heart. J.* — 2007. — Vol. 154. — P. 624–631.
18. *Boissonnas C. C., Davy C., Bornes M. et al.* Careful cardiovascular screening and follow-up of women with Turner syndrome before and during pregnancy is necessary to prevent maternal mortality // *Fertil Steril.* — 2009. — Vol. 91, № 929. — P. 5–7.
19. *Faivre L.* Contribution of molecular analyses in diagnosing Marfan syndrome and type I fibrillinopathies an international study of 1009 probands / L. Faivre [et al.] // *J. Med. Genet.* — 2008. — Vol. 45, № 6. — P. 384–390.

Авторы:

Кузнецова Вера Владимировна — врач-терапевт отделения восстановительного лечения МУЗ ОГКБ № 1 им. А. Н. Кабанова (г. Омск), заочный аспирант кафедры внутренних болезней и семейной медицины ЦДО ОмГМА;

Нечаева Галина Ивановна — д. м. н., профессор, заведующий кафедрой внутренних болезней и семейной медицины ЦДО ОмГМА;

Друк Инна Викторовна — к. м. н., доцент кафедры внутренних болезней и семейной медицины ЦДО ОмГМА.

Адрес для контакта: werawl@mail.ru

УДК 159.942:614.253.4:616.31

ЭМОЦИОНАЛЬНО-ЛИЧНОСТНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ СТОМАТОЛОГОВ-ИНТЕРНОВ, СВЯЗАННЫЕ С ИХ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬЮ

А. А. Абрамов

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

EMOTIONAL PERSONAL BEHAVIOUR OF THE INTERN-STOMATOLOGISTS RELATED TO THEIR PROFESSIONAL ACTIVITIES

A. A. Abramov

St-Petersburg Medical Academy of Postgraduate Studies, Russia

© А. А. Абрамов, 2011 г.

В статье даны результаты изучения и сравнения некоторых эмоционально-личностных особенностей врачей-стоматологов-интернов, связанных с учебной деятельностью, в зависимости от формы обучения в интернатуре. Протестировано 287 врачей-стоматологов очной и заочной форм обучения в интернатуре СПбМАПО и Уральской ГМА. Выявлены достоверные преимущества очной формы обучения в интернатуре СПбМАПО в формировании личности врача-стоматолога на первом этапе последипломной подготовки.

Ключевые слова: эмоционально-личностные особенности, врач-интерн, стоматология, последипломная подготовка.

The article presents the results of the study and comparison of some emotional and personal characteristics of dentist-interns, related to educational activities, depending on the form of training in internship. Tested 287 dentist-internists full-time and part-time forms of training in internship MAPS and the Ural State Medical Academy. There were significant benefits of full-time students in internships MAPS in shaping the personality of a dentist at the first stage of postgraduate training.

Keywords: emotional personal features, intern, stomatology, postgraduate training.

Развитие передовых медицинских технологий, широкое использование новейшей техники, а также применение эффективных принципов управления настоятельно требуют учета личностных факторов как в процессе профессиональной подготовки, так и на протяжении профессиональной деятельности врача. Сегодня есть достаточно оснований рассматривать профессиональное становление врача как двуединый процесс, включающий формирование совокупности знаний, умений и навыков, с одной стороны, и профессионально значимых личностных психологических качеств — с другой.

Первой из названных составляющих традиционно уделяется существенное внимание, подтверждением чего в последние годы стала реализация концепции непрерывного медицинского образования. Однако системные исследования проблемы психологии медицинского труда, психологического сопровождения развития личности врача на всех этапах профессионализма отсутствуют. Вместе с тем ни у кого не вызывает со-

мнения, что эффективность деятельности специалиста в сфере здравоохранения в значительной степени определяется не только уровнем его профессиональных умений, но и характером профессионального самоопределения, отношения к профессии, профессиональной идентификации [1, 2].

Без опоры на системные представления о психологической специфике медицинского труда и профессионального становления личности врача в основных областях (специальностях) и предметах (специализациях) врачебной деятельности невозможно решать вопросы повышения качества подготовки специалистов, сочетания профессионально-личностной успешности и удовлетворенности субъекта реализуемой профессиональной деятельностью [3, 4].

Целью исследования явилось изучение и сравнение некоторых эмоционально-личностных особенностей будущих врачей-стоматологов, связанных с профессиональной деятельностью в зависимости от формы обучения в интернатуре.

В задачи исследования входило: исследование уровня тревожности врачей-интернов-стоматологов; оценка мотивации успеха и боязни неудачи при овладении выбранной профессией; оценка стремления к улучшению результатов, неудовлетворенности достигнутым, настойчивости в достижении целей; исследование самооценки; диагностика мотивации профессиональной (учебной) деятельности врачей-интернов очной и заочной форм обучения в интернатуре.

Материалы и методы исследования. В исследовании участвовали 287 врачей-интернов-стоматологов. Все они были разделены на 2 группы, равноценные по полу и возрасту. Средний возраст составил $22,34 \pm 0,16$ года.

Первая группа сформирована из 167 человек, обучавшихся в 2004–2008 гг. в очной интернатуре СПбМАПО в учебно-клиническом центре кафедры стоматологии (для подготовки интернов).

Во вторую группу вошли 120 врачей-стоматологов, обучавшихся в эти же годы в заочной интернатуре кафедры стоматологии (для подготовки интернов) СПбМАПО и кафедры стоматологии общей практики Уральской ГМА (Екатеринбург). Практический курс обучения эти врачи-интерны проходили в стоматологических учреждениях различных форм собственности Санкт-Петербурга и Екатеринбурга, а теоретическая подготовка и сдача государственного экзамена на сертификат специалиста осуществлялись на базовых стоматологических кафедрах СПбМАПО и Уральской ГМА.

Программы и условия обучения врачей-стоматологов в интернатуре СПбМАПО и Уральской ГМА идентичны по всем основным параметрам.

Для изучения эмоционально-личностных особенностей врачей-стоматологов-интернов, связанных с профессиональной деятельностью, мы использовали следующие методики:

1) Методика Спилбергер—Ханина — исследование уровня тревожности врачей-интернов в данный момент времени (реактивная тревожность) и уровня тревожности как устойчивой характеристики (личностная тревожность) (подсчитывается сумма чисел-ответов на утверждения: если до 30 баллов — это показатель низкой тревожности, 31–45 баллов — умеренная тревожность, 46 и более баллов — высокая тревожность) [5].

2) Методика оценки мотивации успеха и боязни неудачи Реана [5]. За каждое совпадение ответа с ключом испытуемому дается 1 балл. Подсчитывается общее количество набранных баллов. Если количество набранных баллов от 1 до 7, то диагностируется мотивация на неудачу (бо-

язнь неудачи). Если количество набранных баллов от 14 до 20, то диагностируется мотивация на успех (надежда на успех). Если количество набранных баллов от 8 до 13; то следует считать, что мотивационный полюс ярко не выражен. При этом можно иметь в виду, что если количество баллов 8–9, есть определенная тенденция метизации на неудачу, а если количество баллов 12–13, имеется определенная тенденция мотивации на успех.

3) Методика оценки потребности в достижении (А. А. Карелин) — оценка мотивации достижения (успеха, удаchi) — стремления к улучшению результатов, неудовлетворенности достигнутым, настойчивости в достижении своих целей, стремления добиться своего во что бы то ни стало [5]. Шкала потребности в достижениях имеет децильные (стеновые) нормы, поэтому конкретный результат можно оценить с помощью следующих сумм баллов: низкий уровень мотивации достижения — 2–11 баллов, средний уровень мотивации достижения — 12–15 баллов, высокий уровень мотивации достижения — 16–19 баллов.

4) Методика изучения мотивации профессиональной деятельности К. Замфир — для диагностики мотивации профессиональной деятельности врачей-интернов [5]. Исследуемые по 5-балльной шкале оценивают мотивы профессиональной деятельности. Подсчитываются показатели внутренней мотивации (ВМ), внешней положительной (ВПМ) и внешней отрицательной (ВОМ) в соответствии с определенными ключами. На основании полученных результатов определяется мотивационный комплекс личности. Мотивационный комплекс представляет собой тип соотношения между собой трех видов мотивации: ВМ, ВПМ и ВОМ. К наилучшим, оптимальным, мотивационным комплексам следует относить следующие два типа сочетания: $ВМ > ВПМ > ВОМ$ и $ВМ = ВПМ > ВОМ$. Наихудшим мотивационным комплексом является тип $ВОМ > ВПМ > ВМ$.

5) Исследование самооценки по методике Дембо—Рубинштейн. Методика предложена С. Я. Рубинштейн (1970) для исследования самооценки. В ней использован прием Т. Dembo, с помощью которого обнаруживают представления обследуемого о своем счастье [6]. Изучаются следующие параметры: уровень притязаний, высота самооценки и целевое отклонение. Уровень притязаний: норму, реалистический уровень притязаний, характеризует результат от 60 до 89 баллов; оптимальный — сравнительно высокий уровень — от 75 до 89 баллов, подтверждающий оптимальное представление о своих возможностях, что является важным фактором личностного развития;

Original data

результат от 90 до 100 баллов обычно удостоверяет нереалистическое, некритическое отношение исследуемых к собственным возможностям; результат менее 60 баллов свидетельствует о заниженном уровне притязаний, он — индикатор неблагоприятного развития личности. Высота самооценки: количество баллов от 45 до 74 («средняя» и «высокая» самооценка) удостоверяют реалистическую (адекватную) самооценку; количество баллов от 75 до 100 и выше свидетельствует о завышенной самооценке и указывает на определенные отклонения в формировании личности; количество баллов ниже 45 указывает на заниженную самооценку (недооценку себя) и свидетельствует о крайнем неблагополучии в развитии личности. Целевое отклонение: норма, наилучший вариант — в пределах от 8 до 22 баллов; выше 23 баллов — неразвитый механизм целеполагания, неумение ставить реально достижимые цели.

За критерий успешности профессиональной деятельности (в нашем случае учебной деятельности) были взяты оценки врачей-интернов на этапах итогового выпускного сертификационного экзамена, которые сравнивали с уровнем самооценки испытуемых.

Исследование в Санкт-Петербурге и Екатеринбурге проводилось в одинаковых условиях (средина рабочего дня, свободное от учебных занятий время, в начале обучения и через несколько дней после сдачи сертификационного экзамена).

Методы описательной статистики включали оценку среднего арифметического (M), ошибку среднего (m), стандартного отклонения (SD) для признаков, имеющих нормальное распределение, а также распределение частот для качественных признаков. Для оценки межгрупповых различий показателей, имеющих нормальное распределение, применяли однофакторный дисперсионный анализ и критерий Стьюдента t , в противном случае — критерий Манна—Уитни. При сравнении частотных величин применяли критерий Пирсона и точный метод Фишера. Для оценки динамики исследуемых количественных показателей применяли парные тесты (Стьюдента и Вилкоксона). Критический уровень значимости (p) нулевой статистической гипотезы (об отсутствии значимых различий или факторных влияний) принимали равным 0,05.

Результаты исследования уровня тревожности врачей-интернов обеих групп по методике Спилбергера—Ханина представлены в табл. 1.

Таблица 1

Уровень тревожности врачей-интернов обеих групп по методике Спилбергера—Ханина в баллах ($n = 287$)

Группы	Этапы исследования							
	в начале обучения				в конце обучения			
	Реактивная тревожность		Личностная тревожность		Реактивная тревожность		Личностная тревожность	
	$M \pm m$	SD						
1	$30,83 \pm 0,57$	6,92	$45,74 \pm 0,56$	8,29	$26,84 \pm 0,54^*$	6,99	$40,17 \pm 0,64^*$	8,32
2	$31,08 \pm 0,77$	6,87	$48,14 \pm 0,75$	8,23	$28,50 \pm 0,62^*$	6,83	$43,85 \pm 0,75^*$	8,22

Примечания: M — средние значения, m — ошибка среднего, SD — стандартное отклонение; * — достоверность различия с исходными данными в обеих группах врачей-интернов $p < 0,05$.

Как видно из таблицы, в начале обучения средние значения как личностной, так и реактивной тревожности у врачей-интернов 2-й группы статистически незначительно выше, чем у врачей 1-й группы. За период обучения средние значения реактивной тревожности у врачей-интернов 1-й группы снизились на 3,99 балла, а у врачей-интернов 2-й группы — на 2,58 балла ($p < 0,05$). Средние значения личностной тревожности у врачей-интернов 1-й группы снизились на 5,57 балла, а у врачей-интернов 2-й группы — на 4,29 балла ($p < 0,05$).

Анализ оценки мотивации успеха и боязни неудачи врачей-интернов обеих исследуемых групп по методике А. А. Реана представлен в табл. 2.

За период обучения мотивация к успеху достоверно увеличилась у врачей 1-й группы на 3,39 балла, а у врачей 2-й группы — на 3,09 балла ($p < 0,05$).

Результаты изучения потребности врачей-интернов в достижении своих целей, в данном случае — в освоении специальности, представлены в табл. 3.

Оригинальное научное исследование

Таблица 2

Оценка мотивации успеха и боязни неудачи врачей-интернов по методике А. А. Реана в баллах (n = 287)

Группы	Этапы исследования				Прирост (М)
	в начале обучения		в конце обучения		
	М ± m	SD	М ± m	SD	
1	11,51 ± 0,19	2,12	14,90 ± 0,19*	2,11	3,39
2	11,35 ± 0,16	2,11	14,44 ± 0,16*	2,13	3,09

Примечания: М — средние значения, m — ошибка среднего, SD — стандартное отклонение;
* — достоверность различия с исходными данными в обеих группах врачей-интернов $p < 0,05$.

Таблица 3

Потребность врачей-интернов в достижении своих целей в начале обучения в баллах (n = 287)

Группы	Этапы исследования				Прирост (М)
	в начале обучения		в конце обучения		
	М ± m	SD	М ± m	SD	
1	10,95 ± 0,29	1,64	11,73 ± 0,15*	1,65	0,78
2	10,93 ± 0,17	1,95	11,46 ± 0,15*	1,98	0,53

Примечания: М — средние значения, m — ошибка среднего, SD — стандартное отклонение;
* — достоверность различия с исходными данными в обеих группах врачей-интернов $p < 0,05$.

Средние значения уровня мотивации достижения целей в начале обучения у врачей 1-й группы незначительно выше, чем у врачей 2-й группы. За период обучения средние значения мотивации достижения своих целей у врачей 1-й группы

достоверно увеличились на 0,78 балла, а у врачей-интернов 2-й группы — на 0,53 балла ($p < 0,05$).

Результаты исследования самооценки врачей-интернов по методике Дембо—Рубинштейн представлены в табл. 4.

Таблица 4

Результаты исследования самооценки врачей-интернов по методике Дембо—Рубинштейн в баллах (n = 287): А — самооценка, Б — уровень притязаний, В — целевое отклонение

Группы	Этапы исследования											
	в начале обучения						в конце обучения					
	А		Б		В		А		Б		В	
	М ± m	SD	М ± m	SD	М ± m	SD	М ± m	SD	М ± m	SD	М ± m	SD
1	75,57 ± 0,62	8,26	93,83 ± 0,35	5,86	18,26 ± 0,44	7,56	71,97 ± 0,74**	9,59	89,79 ± 0,48*	6,23	17,82 ± 0,56*	7,31
2	78,46 ± 1,45	11,3	95,89 ± 1,23	5,78	17,43 ± 1,34	10,6	77,01 ± 1,17**	12,8	95,88 ± 0,52*	5,73	18,87 ± 1,09*	11,9

Примечания: М — средние значения, m — ошибка среднего, SD — стандартное отклонение;
* — достоверность различия с исходными данными в обеих группах врачей-интернов $p < 0,05$;
** — достоверность различия с исходными данными в обеих группах врачей-интернов $p < 0,001$.

В начале обучения средние значения показателей самооценки и уровня притязаний у врачей-интернов обеих групп превышают верхние границы нормы (75 баллов): в 1-й группе — на 0,57 балла и 4,83 балла соответственно, во 2-й группе — на 3,46 балла и 6,89 балла соответственно.

В конце обучения средние значения показателя самооценки у врачей-интернов 1-й группы удовлетворяют адекватную самооценку ($71,97 \pm 0,74$ балла), а у врачей 2-й группы свидетельствуют о завышенной самооценке ($77,01 \pm 1,17$ балла) ($p < 0,001$).

Original data

В конце обучения средние значения показателя уровня притязаний у врачей 1-й группы всего на 0,79 балла превышают верхнюю границу нормы (89 баллов), а у врачей 2-й группы превышают верхнюю границу нормы на 6,88 балла ($p < 0,05$). Показатель целевого отклонения в обеих группах на этапах исследования находится

в пределах нормы (8–22 балла). Но в 1-й группе он достоверно снижается за период обучения врачей в интернатуре на 0,44 балла, а во 2-й группе увеличивается на 1,44 балла ($p < 0,05$).

Результаты изучения мотивации профессиональной деятельности врачей-интернов по методике К. Замфир представлены в табл. 5.

Таблица 5

Мотивационные комплексы личностей врачей-интернов ($n = 287$):
А — оптимальный, Б — промежуточный, В — наихудший

Группы	Этапы исследования					
	в начале обучения — абс.; %			в конце обучения — абс.; %		
	А	Б	В	А	Б	В
1	108; 64,7%	56; 33,5%	3; 1,8%	137; 82,1%*	30; 17,9%*	0; —
2	73; 60,8%	45; 37,5%	2; 1,7%	66; 55,0%*	50; 41,7%*	4; 3,3%

* — достоверность различия с исходными данными в обеих группах врачей-интернов $p < 0,05$.

Как видно из данных, приведенных выше, в начале обучения у врачей 1-й группы было больше оптимальных мотивационных комплексов (МК) и меньше промежуточных МК, чем у врачей 2-й группы. Число врачей с наихудшими мотивационными комплексами примерно одинаково в обеих группах. В конце обучения мы наблюдаем полное отсутствие врачей с наихудшими МК в 1-й группе в сравнении с увеличением числа врачей с наихудшими МК в 2 раза во 2-й группе. Кроме этого, в 1-й группе на 17,4% увеличилось число врачей с оптимальными МК и снизилось на 15,6% число врачей с промежуточными МК. Во 2-й же группе к концу обучения число врачей с оптимальными МК снизилось на 5,8%, а с промежуточными МК увеличилось на 4,2% ($p < 0,05$).

Обсуждение результатов исследования. В результате комплексного психологического исследования выявлены некоторые эмоционально-личностные черты врачей-интернов, характерные для обеих исследуемых групп, а именно тревожность, более выраженная и в меньшей степени снижающаяся в период обучения в интернатуре у врачей 2-й группы. Для них, в отличие от врачей 1-й группы, характерны преувеличение собственных возможностей, опасностей, искаженная трактовка обстоятельств, неадекватная оценка ситуации, состояние внутренней напряженности, которое в определенной ситуации может перейти в тревогу и страх, неустойчивость настроения, большая ранимость.

У врачей обеих групп выявлено наличие определенной тенденции мотивации на успех в начале обучения и выраженной мотивации на успех (надежда на успех) при овладении профессиональными навыками в конце процесса обучения

в интернатуре. Но в большей степени это присуще врачам 1-й исследуемой группы.

В целом для обеих групп врачей-интернов характерен низкий уровень мотивации достижения целей в начале обучения и приближение его к средним значениям (12 баллов) к концу обучения в интернатуре. В некоторой степени это больше относится к врачам 1-й группы по сравнению с интернами 2-й группы.

У врачей 1-й группы несколько более выражена тенденция к улучшению результатов обучения в интернатуре, неудовлетворенность достигнутым, настойчивость в достижении целей, стремление добиться своего «во что бы то ни стало». Данная мотивация достижения успеха является одним из ядерных свойств личности, оказывающих влияние на всю человеческую жизнь.

Высокие средние значения показателя самооценки (более 75 баллов) у врачей 2-й группы как в начале, так и в конце обучения свидетельствуют об их завышенной самооценке и указывают на определенные отклонения в формировании личности. Завышенная самооценка может подтверждать их личностную незрелость, неумение правильно оценить результаты своей деятельности, сравнивать себя с другими. Такая самооценка может указывать на существенные искажения в формировании личности — «закрытости для опыта», нечувствительности к своим ошибкам, неудачам, замечаниям и оценкам окружающих.

Завышенные средние значения показателя уровня притязаний у врачей 2-й группы, как в начале, так и по окончании обучения, по нашему мнению, удостоверяют нереалистическое, некритическое отношение врачей-интернов данной группы к собственным возможностям.

В сравнении с врачами 2-й группы, завышенный уровень притязания врачей 1-й группы в начале обучения достоверно снижается до нормального, реалистического к концу обучения. Это свидетельствует об оптимальном представлении врачей 1-й группы о своих возможностях, что является важным фактором личностного развития.

По результатам изучения показателя целевого отклонения следует, что врачам-интернам обеих групп в целом и врачам 1-й группы в большей степени свойственен развитый механизм целеполагания, умение ставить реально достижимые цели.

Врачам 1-й группы свойственен внутренний тип мотивации профессиональной деятельности, то есть для них имеет преобладающее значение на этапе обучения в интернатуре профессиональная деятельность сама по себе. И в меньшей степени у них выражено стремление к удовлетворению иных потребностей, внешних по отношению к содержанию самой деятельности (мотивы социального престижа, зарплаты и т. д.).

Активность врачей 1-й группы мотивирована самим содержанием врачебной деятельности, стремлением достичь в ней определенных позитивных результатов. И тем ниже у них эмоциональная нестабильность.

Врачам-интернам 2-й группы, наоборот, свойственны внешний тип мотивации профессиональной деятельности, для них имеет преобладающее значение на этапе обучения в интернатуре стремление к удовлетворению иных потребностей, внешних по отношению к содержанию самой деятельности (мотивы социального престижа, зарплаты и т. д.). И в меньшей степени у них выражено стремление к освоению профессии как таковой. Деятельность врачей данной группы в большей степени обусловлена мотивами избегания, порицания, желанием «не попасть впро-

сак», которые начинают превалировать над мотивами, связанными с ценностью самой врачебной деятельности, а также над внешней положительной мотивацией. И тем выше у данных врачей уровень эмоциональной нестабильности.

Выводы

1. Обучение в очной интернатуре СПбМАПО достоверно мотивирует врачей-стоматологов на успех при овладении профессиональными навыками, что выражается в стремлении к улучшению результатов обучения в интернатуре, в удовлетворенности достигнутым, настойчивости в достижении целей.

2. В течение процесса обучения в интернатуре СПбМАПО достоверно снижаются тревожность и внутренняя напряженность молодых специалистов-стоматологов. Они более реально оценивают как собственные возможности, так и результаты своей деятельности в сравнении с врачами заочной формы обучения.

3. Очные врачи-интерны СПбМАПО более «открыты для опыта», эмоционально стабильны, более чувствительны к своим ошибкам, неудачам, замечаниям и оценкам окружающих в сравнении с врачами заочной формы обучения.

4. Обучение в очной интернатуре СПбМАПО формирует у врачей стремление к освоению профессии как таковой, к достижению в профессиональной деятельности определенных позитивных результатов. И в меньшей степени — к удовлетворению иных потребностей, внешних по отношению к содержанию самой деятельности (мотивы социального престижа, зарплаты и т. д.).

5. Полученные данные свидетельствуют о правильном комплексном подходе к формированию личности врача-стоматолога в процессе обучения в клинической интернатуре СПбМАПО в отличие от обучения в интернатуре, организованной на базе стоматологических лечебных учреждений различных форм собственности.

Литература

1. Ясько Б. А. Врач, психология личности. — Краснодар: Изд-во КубГУ, 2001. — 248 с.
2. Ясько Б. А. К проблеме профессиональной адаптации врача / Бюллетень НИИ социальной гигиены, экономики и управления здравоохранением им. Н. А. Семашко. — 2002. — Вып. 4 (в двух частях). Часть II. — С. 74–78.
3. Ясько Б. А. Формирование личностной готовности к профессиональной деятельности в условиях многоуровневого образовательного пространства / Психология и практика: Ежегодник РПО. — Т. 4, вып. 4. — Ярославль. — 1998. — С. 253–258.
4. Альбуханова-Славская К. А. Личность в процессе деятельности. В кн.: Психология личности. — Т. 2. — Самара: Бахрах. — 1999. — 240 с.
5. Квинн В. Н. Прикладная психология. — СПб., М., Харьков, Минск: Питер, 2000. — 560 с.
6. Рубинштейн С. Л. Основы общей психологии. — СПб., М., Харьков, Минск: Питер. — 1999. — 720 с.

Автор:

Абрамов Анатолий Анатольевич — доцент, к. м. н., доцент кафедры терапевтической стоматологии Государственного образовательного учреждения дополнительного профессионального образования «Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию».

Адрес для контакта: abramov.aa@mail.ru

УДК 618.1-007.21-053.1/.2:575.181

ПРОБЛЕМЫ ЛЕЧЕНИЯ НИЗКОРОСЛОСТИ ПРИ СИНДРОМЕ ШЕРЕШЕВСКОГО—ТЕРНЕРА

Е. Б. Башнина, Т. Е. Корытко, М. Ф. Персаева

ГОУ ДПО Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования Росздрава,
ГУЗ «Детская поликлиника № 44 Центрального района Санкт-Петербурга», Россия

CHALLENGES OF TREATING SHORT STATURE IN PATIENTS WITH TURNER SYNDROME

E. B. Bashnina, T. E. Korytko, M. F. Persaeva

St-Petersburg Medical Academy of Postgraduate Studies; City Children's Polyclinic № 44, Russia

© Е. Б. Башнина, Т. Е. Корытко, М. Ф. Персаева, 2011 г.

Клинические проявления синдрома Шерешевского—Тернера (СШТ) включают низкорослость и гипергонадотропный гипогонадизм. Низкорослость при СШТ связывают с экспрессией гена SHOX. Лечение препаратами соматотропного гормона увеличивает рост больных при СШТ. Однако исходы терапии весьма переменны. Применение препарата соматотропного гормона в суточной дозе 0,05 мг/кг массы тела увеличивает конечный рост до 150–160 см у 34,5% девочек с СШТ. В настоящее время нет единых взглядов на то, какой возраст следует считать оптимальным для начала терапии гормоном роста.

Ключевые слова: синдром Шерешевского—Тернера, лечение.

Physical features of Turner syndrome (TS) include short stature and hypergonadotropic hypogonadism. SHOX gene is related to the short stature of Turner syndrome. Growth hormone (GH) treatment increases stature in TS, an approved indication for this medication. Outcomes of GH therapy are individual. Treatment in a dosage 0,05 mg/kg/day increases final height till 150–160 cm in 34,5% girls with TS. The optimal ages to start GH therapy have not been defined.

Keywords: Turner syndrome, treatment.

Синдром Шерешевского—Тернера (СШТ) — генетически детерминированное заболевание, развивающееся вследствие качественного либо количественного нарушения одной половой X-хромосомы, встречается с частотой 1 случай на 2000–2500 новорожденных девочек. К основным и наиболее постоянным клиническим проявлениям заболевания относят низкорослость и отсутствие полового развития вследствие гипергонадотропного гипогонадизма. Нарушение роста наблюдается в 95–100% случаев СШТ [1, 2]. Средний конечный рост при СШТ без лечения составляет в среднем 140–143 см. Влияние кариотипа на конечный рост пациентов с СШТ не доказано, однако имеются данные о наиболее благоприятном ростовом прогнозе при наличии изохромосомы или мозаичного варианта кариотипа 45,X/46,XX [3].

Существует ряд гипотез, объясняющих причины задержки роста при СШТ. В настоящее время считают, что ведущую роль в патогенезе низкорослости при СШТ имеют генетические нарушения. На дистальном конце короткого пле-

ча X-хромосомы, называемой псевдоаутосомной областью (Xp 22,3), обнаружен так называемый ген низкорослости SHOX (short stature homeobox gene). Каким образом этот ген вызывает указанные изменения скелета, в настоящее время не вполне понятно. Ген SHOX экспрессируется в скелетных мышцах, плаценте, поджелудочной железе, сердце и костных фибробластах. Исследования секреции гормона роста (ГР) при СШТ показали, что она не нарушена. Однако у девочек с СШТ в крови обнаруживают сниженный уровень инсулиноподобного фактора роста (ИФР-1) — посредника биологических эффектов ГР [4].

В настоящее время наиболее эффективными средствами лечения низкорослости у больных с СШТ являются препараты гормона роста человека (рГР), полученные с использованием технологии рекомбинантной ДНК. Однако данные о возрасте, в котором следует начинать лечение задержки роста препаратами гормона роста, весьма противоречивы.

Цель исследования: изучить показатели скорости роста и конечного роста у больных с СШТ при лечении препаратами гормона роста человека в зависимости от сроков начала терапии.

Материалы и методы. Показатели физического развития изучали при обследовании 48 девочек с подтвержденным при определении кариотипа диагнозом СШТ, получающих препараты гормона роста. 1-ю группу наблюдения составили 20 детей с началом лечения в возрасте 5–6 лет, 2-ю группу — 28 пациентов с началом лечения в возрасте 8–9 лет. Скорость роста до начала терапии в среднем составила 4 см/год. Всем пациентам с целью стимуляции роста был назначен рГР «Хуматроп» в виде лиофилизата для приготовления раствора. Препарат вводили подкожно в дозе 0,05 мг/кг массы тела ежедневно вечером перед сном (20:00–22:00). В качестве критериев оценки эффективности терапии использовали динамику роста, годовую скорость роста. Для оценки параметров физического развития использовали коэффициент стандартного отклонения — SDS (standard deviation score). SDS роста рассчитывали по следующей формуле:

$$\text{SDS роста} = (x - X) / \text{SD},$$

где x — рост ребенка; X — средний рост для данного пола и хронологического возраста; SD —

величина стандартного отклонения роста для данного пола и хронологического возраста [3].

Статистическую обработку результатов проводили с помощью стандартных методов статистического анализа с использованием программного обеспечения Statistica 6.0.

Результаты и их обсуждение. Скорость роста является наиболее значимым показателем, характеризующим эффективность терапии, стимулирующей рост. В течение первого года терапии средняя скорость роста в популяции больных с СШТ, получающих лечение рГР, увеличилась с 4 до 7,5 см в год (в 1,9 раза). На втором году лечения показатель уменьшился и составил в среднем 6,1 см в год, что в 1,5 раза выше скорости роста до лечения. В течение третьего года терапии средняя скорость роста снизилась до 5,5 см/год, что также выше этого показателя до лечения.

Впоследствии скорость роста незначительно превышала таковую до применения рГР в обеих группах наблюдения. Следует отметить, что показатели скорости роста и их динамика не зависели от возраста, в котором была начата терапия препаратами рГР (табл.). Так, не обнаружено достоверных различий в показателях скорости роста между группой с началом лечения в 5–6 лет (1-я группа) и группой с началом лечения в 8–9 лет (2-я группа).

Таблица

Скорость роста у девочек с синдромом Шерешевского—Тернера при лечении препаратами гормона роста

Скорость роста, см/год	До лечения	1 год лечения	2 года лечения	3 года лечения	4 года лечения
1-я группа (n = 20)	3,94 ± 1,41	7,50 ± 1,55	6,01 ± 1,02	5,43 ± 0,98	4,58 ± 1,01
2-я группа (n = 28)	4,03 ± 1,32	8,31 ± 1,61	6,21 ± 1,21	5,58 ± 1,12	4,61 ± 1,11

По мере снижения скорости роста на фоне лечения рГР более медленно изменялся и показатель дефицита роста — SDS роста. Так, если до лечения средний SDS роста составлял 3,3, то через год лечения он составил 2,7, через 2 года — 2,3, через 3 года — 2,1 и через 4 года — 2,1. Средний конечный рост у 48 девочек после завершения курса лечения составил 146,7 см (139–160 см). У 34,5% рост был в пределах от 150 до 160 см, у 65,5% — от 139 до 149,5 см. Необходимо отметить значительные индивидуальные колебания достигнутого конечного роста, однако различий в показателях при начале терапии в возрасте 5–6 лет и 8–9 лет не выявлено. В группе больных, достигших социально приемлемого роста, конечный рост девочек с началом лечения в возрасте 5–6 лет составил в среднем 150,21 ± 6,12 см, при

начале терапии в возрасте 8–9 лет — 152,01 ± 6,03 см. В группе девочек, не достигших социально приемлемых показателей (150 см), 47,4% имели рост от 139 до 144,5 см и 52,6% — от 145 до 149,5 см. Скорость роста на первом году лечения в этой группе составила в среднем 6,1 см/год (минимум — 2,9; максимум — 7,0).

Многочисленными исследованиями показано, что вариабельность ростового ответа у девочек с СШТ на лечение рГР зависит от множества факторов: генетически детерминированный рост, степень задержки роста, своевременность начала лечения, длительность лечения [5]. Показанием к назначению препаратов рГР является снижение роста пациентки ниже 5-й перцентили кривой для здоровых девочек. Наиболее эффективным режимом терапии больных СШТ на осно-

вании рекомендаций, принятых в 2000 г. в Милане, считается ежедневное подкожное введение препарата в вечерние часы (20:00–22:00) в дозе 0,05 мг/кг массы тела в сутки. Указанная доза в 1,5 раза выше, чем применяемая при лечении гипопизарного нанизма [6].

Результаты исследований показали, что при использовании больших доз препарата ростостимулирующий эффект выражен сильнее [7]. Так, в одном из них при введении 0,13 мг/кг/сут максимальная прибавка конечного роста по отношению к прогнозируемому составила 9,6–12,5 см. Однако в настоящее время не рекомендуется использовать дозы препаратов рГР выше 0,05 мг/кг в сутки в связи с отсутствием длительных наблюдений по безопасности лечения высокими дозами. Оптимальная прибавка к конечному росту по сравнению с прогнозируемым без лечения может составлять 8–9 см, что показано в исследованиях, в которых терапия проводилась в течение 6–7 лет. Препараты рГР отменяют, когда костный возраст пациентки равен 14 годам, а скорость роста падает до 2 см/год [7].

Известны лишь единичные работы, показывающие эффективность применения препаратов рГР у девочек с первого года жизни, поэтому вопрос о сроках начала ростстимулирующей терапии в раннем возрасте остается открытым. Не рекомендуют начинать лечение гормоном роста при поздней диагностике СШТ (после 12 лет), несмотря на то что зоны роста могут быть еще открыты.

При позднем начале лечения невозможно достижение социально приемлемого роста. Ростовой эффект, наблюдаемый в первый год лечения рГР, постепенно снижается, но показатели скорости роста при этом весьма вариабельны вне зависимости от возраста пациентов. Причины вариабельности ростового эффекта пока не установлены.

Несмотря на потенциальный риск развития побочных эффектов вследствие использования высоких доз рГР, наблюдаемая их частота не отличается от таковой при лечении теми же препаратами пациентов с гипопизарным нанизмом. Saenger P., Wikland K. A., Conway G. S. et al. показали, что нарушение толерантности к глюкозе и тенденция к артериальной гипертензии при терапии препаратами рГР носят временный характер [7]. Следует отметить, что пока отсутствуют результаты долгосрочного наблюдения при длительном лечении препаратами гормона роста в высоких дозах. Это определяет необходимость взвешенного подхода к определению длительности лечения задержки роста при СШТ.

Выводы

1. Лечение низкорослости при синдроме Шерешевского—Тернера препаратами гормона роста в дозе 0,05 мг/кг массы тела в сутки позволяет достичь роста выше 150 см у 34,5% девочек.
2. Наиболее выраженное ускорение роста отмечается в первые три года лечения вне зависимости от возраста, в котором начато лечение препаратами гормона роста.

Литература

1. Дедов И. И., Семичева Т. В., Петеркова В. А. Половое развитие детей: норма и патология. — М., 2002. — С. 160–164.
2. Дедов И. И., Петеркова В. А., Семичева Т. В., Волеводз Н. Н. Синдром Шерешевского—Тернера. — М., 2002. — 47 с.
3. Панкратова М. С. Ростовые и метаболические эффекты терапии рекомбинантным гормоном роста и половыми стероидами у девочек с синдромом Шерешевского—Тернера: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М., 2009. — 32 с.
4. Guarneri M. P., Abusrewil S. A., Bernasconi S. et al. Turner's syndrome // *Pediatr Endocrinol Metab.* — 2001. — № 14, Suppl. 2. — P. 959–965.
5. Ranke M. B., Saenger P. Turner's syndrome // *Lancet.* — 2001. — Vol. 358. — P. 309–314.
6. Chernauskas S. D., Attie K. M., Cara J. F. et al. Growth hormone therapy of Turner syndrome: the impact of age of estrogen replacement on final height. Genentech, Inc., Collaborative Study Group // *J. Clin. Endocrinol. Metab.* — 2000. — Vol. 85. — № 7. — P. 2439–2445.
7. Saenger P., Wikland K. A., Conway G. S. et al. Recommendations for the diagnosis and management of Turner syndrome // *J. Clin. Endocrinol. Metab.* — 2001. — Vol. 86. — № 7. — P. 3061–3069.

Авторы:

Башнина Елена Борисовна — д. м. н., профессор кафедры эндокринологии имени акад. В. Г. Баранова ГОУ ДПО «Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию»;

Корытко Татьяна Евгеньевна — врач-эндокринолог ГУЗ «Детская поликлиника № 44 Центрального района Санкт-Петербурга»;

Персаева Марианна Феликсовна — аспирант кафедры эндокринологии имени акад. В. Г. Баранова ГОУ ДПО «Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию».

Адрес для контакта: bashnina@mail.ru

УДК 364.64-053.6 (470.631)

РОЛЬ СЕМЬИ В СОЦИАЛИЗАЦИИ И ФОРМИРОВАНИИ ЗДОРОВЬЯ ПОДРОСТКОВ КАРАЧАЕВО-ЧЕРКЕССИИ

А. М. Куликов, Х. М. Мареныч

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

THE ROLE OF FAMILY IN THE SOCIALIZATION AND ADOLESCENTS HEALTH IN KARACHAI-CHEKKESSIA

A. M. Kulikov, Kh. M. Marenych

St. Petersburg Medical Academy of Postgraduate Study, Russia

© А. М. Куликов, Х. М. Мареныч, 2011 г.

Для четверти подростков Карачаево-Черкесии характерна высокая социальная адаптированность, сочетающаяся с выраженной вегетативной лабильностью. Такой статус обусловлен противоречивыми детско-родительскими отношениями в современной семье: стремление сохранить строгость и традиции горского воспитания при слабой возможности материальной поддержки детей, снижении авторитета родителей и ориентации подростков на европейские либеральные ценности. Негативным последствием семейной дезорганизации становится рискованное поведение детей, более выраженное, чем у родителей.

Ключевые слова: семья, подростки, рискованное поведение, социальная адаптация, вегетативная устойчивость.

A quarter of adolescents in Karachay-Cherkessia have high social adaptability, combined with severe autonomic lability. This status is due to conflicting child-parent relationship in the modern family: the desire to maintain the rigor and tradition of highland education opportunities for poor child support, reducing the authority of parents and adolescent orientations to European liberal values. Negative consequences of family disruption become risky behavior in children, more pronounced than that of their parents.

Key words: family, adolescents, risky behavior, social adaptation, autonomic stability.

Введение. Роль семьи является определяющей в социализации и личностном росте ребенка, формировании у него навыков здорового образа жизни и самосохранительного поведения [1, 2]. В семьях народов Северного Кавказа, включая и Карачаево-Черкесскую Республику (КЧР), традиционно в условиях безусловного подчинения младших старшим формируются культура поведения и внешнего вида, проигрываются социальные роли и социально одобряемое поведение, выкристаллизовываются половые и гендерные роли, осуществляется подготовка к семейной жизни [3]. Суровость в отношении воспитания мальчиков и высокая степень заботы о девочках явились следствием необходимости подготовки детей к реальным условиям жизни этноса [4].

Тем не менее в последнее десятилетие прослеживается явное изменение морально-нравственных ценностей российского общества, которое в разной степени, но затрагивает все без исключения регионы и этносы. На первый план выходят утилитарно-прагматические ценности.

На Кавказе этот процесс особенно ярко проявляется в городах, где не наблюдается тесной связи между представителями родов и этнического сообщества [5]. Чем хуже семейный микроклимат по оценкам подростков, тем выше их склонность к рискованным формам поведения [1, 6]. Взрослое поколение КЧР старается сохранить свои традиционные ценности, однако молодежь достаточно быстро попадает под влияние глобализации и меняет свои нравственные ориентации [7].

Цель работы: выявление особенностей социализации, вегетативной дезадаптации и рискованного поведения подростков с учетом влияния на эти процессы изменений традиционных детско-родительских отношений.

Материал и методы исследования. В исследовании социальной адаптированности и вегетативной устойчивости приняли участие 392 подростка 15–16 лет города Черкесска, из них 189 юношей и 203 девушки. Применяли опросник М. Гавлиновой (СВ — «социум-вегетатика»), утвержденный Европейским союзом школьной и универси-

тетской гигиены и медицины и рекомендованный Научным центром здоровья детей РАМН для профилактических медицинских осмотров подростков [8]. Дополнительные данные о детско-родительских взаимоотношениях и характере рискованного поведения были получены при опросе учащихся общеобразовательных школ и учреждений среднего профессионального образования 15–17 лет, проживающих в г. Черкесске (798 человек) и Санкт-Петербурге (119 человек). Кроме того, на вопросы анкеты в Черкесске ответили 105 родителей обследованных подростков.

Социальная адаптированность подразумевает адекватное применение и совершенствование подростками жизненных навыков в школе, семье, в общении со сверстниками (коммуникабельность, самооценка, лидерство и др.) и отсутствие при этом психологического дискомфорта.

Вегетативная устойчивость — способность организма адекватно реагировать на различные воздействия внешней среды. Фактически с помощью опросника определяется уровень вегетативной дисфункции (эмоционально-тревожный, астенический, дезадаптационный и другие синдромы), которая сегодня трактуется как показатель степени адаптации организма к внешней среде, прежде всего к психологическим нагрузкам. Вегетативную дисфункцию также можно трактовать как интегральный маркер здоровья и адаптированности подростков [9].

Результаты и их обсуждение. На первом этапе работы определяли особенности социальной адаптированности и вегетативной устойчивости подростков КЧР. У 92,8% обследованных к 15–16 годам пубертатное созревание было завершено. Таким образом, особенности социализации и вегетативных реакций подростков в первую очередь были обусловлены спецификой их образа жизни и семейного воспитания. Найдены явные половые различия в социальной адаптированности и вегетативной устойчивости. Девушки достоверно отставали от юношей в социализации. Низкая социальная адаптированность отмечена у 24,2% девушек и 15,6% юношей ($p < 0,01$), а высокая — соответственно у 27,4 и 44,3% обследованных ($p < 0,01$). Примечательно, что в исследованиях, проведенных в Томске [10] и Ярославле [11], половых различий в социальной адаптированности у молодых людей не было выявлено. Девушки отличались от юношей и более выраженной вегетативной дисфункцией. Высокая вегетативная лабильность была у каждой третьей девушки (33,4%) и у каждого четвертого юноши (24,3%, $p < 0,05$). Скорее всего, это можно трактовать как результат различного воспитания и

требований к мальчикам и девочкам в северокавказских семьях.

Для подтверждения этого предположения был проведен сравнительный анализ наших данных с аналогичными показателями подростков Москвы, полученными в НИИ гигиены детей и подростков по единой методике [8]. Социальная адаптированность у подростков Черкесска оказалась лучшей, чем у их московских сверстников. Так высокий уровень этого показателя отмечен в Черкесске у 44,3% юношей и 27,4% девушек, а в Москве — у 24,0% юношей ($p < 0,01$) и 19,5% девушек ($p < 0,05$).

Вегетативная лабильность была более характерна для московских юношей. Однако очень выраженная вегетативная неустойчивость встречалась только у юношей Черкесска (10,1%). В Москве таких подростков было в 5 раз меньше (1,8%, $p < 0,01$). В Черкесске, в отличие от Москвы, практически отсутствовали девушки очень высокой вегетативной устойчивости (соответственно 3,0 и 16,9%, $p < 0,01$). В то же время практически каждая пятая девушка (18,2%) имела очень высокую вегетативную дезадаптацию при аналогичном показателе в Москве в 3,3% ($p < 0,01$).

Исследования показали, что часть подростков Черкесска (около 10% выборки) за высокий уровень социальной адаптированности должна расплачиваться выраженным внутренним психологическим дискомфортом, ведущим к явной вегетативной дисфункции и возможным психологическим срывам. Очевидно обычаи, традиции и строгое родительское воспитание вступают в противоречие с естественным желанием подростков в поведении походить на своих сверстников в других регионах, например в Москве. Это ведет к формированию соматизации тревоги.

У юношей и девушек КЧР выявлен широкий спектр вариантов сочетания типов социальной адаптированности и вегетативной устойчивости. Это дало основание для выделения нескольких клинико-прогностических вариантов социализации подростков КЧР (табл. 1).

1. *Нормальный социальный и вегетативный статус* имеют 65,1% юношей и 51,7% девушек. Это группа подростков с хорошей социализацией и низким риском психосоматических заболеваний.

2. *К группе риска* (низкая социальная адаптированность при нормальной вегетативной устойчивости и наоборот) относятся 14,3% юношей и 22,6% девушек. Такие молодые люди демонстрируют высокий риск формирования вегетативной дисфункции или уже развившееся заболевание, а также низкую самооценку.

3. *Явные отклонения* (крайние варианты сочетаний социальной адаптированности и вегетативной устойчивости) отмечены у 21,7% юношей и 25,6% девушек. Эти подростки обладают высокой социальной ответственностью, но при этом испытывают психологический дискомфорт от

необходимости удерживать себя в рамках родительских требований, обычаев и традиций. Данная группа нуждается в коррекции вегетативной дисфункции терапевтическими и психотерапевтическими методами, а также в психологическом сопровождении.

Таблица 1

Вегетативная устойчивость юношей и девушек при различных вариантах социальной адаптированности

Социальная адаптированность	Распределение вариантов вегетативной устойчивости (абс., % от общего количества обследованных подростков каждого пола)					
	высокая		нормальная		низкая	
	Юноши	Девушки	Юноши	Девушки	Юноши	Девушки
Нормальная	24 (12,7%)	6** (3,0%)	41 (21,7%)	26 ** (12,8%)	11 (5,8%)	24* (11,8%)
Высокая	17 (9,0%)	23 (11,3%)	41 (21,7%)	50 (24,6%)	27 (14,3%)	25 (12,3%)
Низкая	6 (3,2%)	12 (5,9%)	16 (8,5%)	22 (10,8%)	8 (4,2%)	15 (7,4%)

Примечание: достоверные различия между юношами и девушками (метод Фишера) — * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$.

Патриархальное воспитание, вероятно, имеет свои преимущества и недостатки. Очевидно, обычаи, традиции и строгое родительское воспитание вступают в противоречие с желанием части подростков следовать современным европейским стереотипам поведения молодежи. Это может сопровождаться формированием психосоматических и поведенческих расстройств. Известно, что фрустрации, испытываемые подростком в семье, избыточное эмоциональное напряжение приводят к срыву нервно-психического баланса, которое может проявляться в трех вариантах: невротизации, соматизации, девиациях поведения [12]. Способом решения проблемы фрустрации может стать уход подростков из-под родительской опеки. Большинство современных молодых людей в КЧР (юноши — 88,0%, девушки — 96,0%) уже желают жить отдельно от родителей [7].

Психологический конфликт и социальная дезадаптация, испытываемые подростками, помимо формирования вегетативной дисфункции и неврозов, способствуют вовлечению молодежи в рискованное поведение. Известно, что именно семья, ее психологический комфорт и любовь родителей к детям служат адекватной защитой подростков от употребления наркотиков, алкоголя, курения и ранней сексуальной активности. Мы предполагали, что в условиях патриархальной семьи, строгого родительского воспитания распространенность рискованного поведения подростков будет минимальна. С этой целью было сопоставлено поведение юношей и девушек г. Черкесска и Санкт-Петербурга (региона,

придерживающегося либеральных европейских ценностей). Полученные данные представлены в табл. 2.

Как и ожидалось, в КЧР вредные привычки преобладают у юношей. Тем не менее даже у девушек появилось поведение, которое еще 10–20 лет назад было недопустимым в патриархальной культуре. Сегодня каждая десятая девушка считает для себя вполне естественным употребление алкоголя и сексуальные отношения.

Рискованное поведение подростков в КЧР и Санкт-Петербурге различается степенью выраженности. Подростки Санкт-Петербурга — бесспорные лидеры в употреблении алкоголя и сексуальной активности. Вместе с тем юноши обеих групп абсолютно сопоставимы по вовлеченности в курение и употребление наркотиков.

Принципиально важно, что в рискованном поведении у подростков в КЧР прослеживаются такие же тенденции, как и в Санкт-Петербурге. В обеих группах отмечено более лояльное отношение к употреблению алкоголя и сексуальной активности, чем к курению и употреблению наркотиков. Очевидно, что рискованное поведение подростков, даже при наличии этнических особенностей, имеет универсальный характер.

Анализ структуры ответов молодежи Черкесска и Санкт-Петербурга также весьма примечателен. Подростки мегаполиса попытались уйти от конкретики только при описании своего сексуального поведения (6,8%). Значительное количество подростков КЧР, уклоняющихся от конкретного ответа (до 55%), характеризует их

Рискованное поведение подростков Черкесска и Санкт-Петербурга

Риски	Контингент	Черкесск			Санкт-Петербург		
		да	нет	уклонились от ответа	да	нет	уклонились от ответа
Употребление алкоголя	Юноши	26,8	42,2	31,0	81,8*	18,2	—
	Девушки	13,9	66,8	19,3	90,0*	10,0	—
Курение	Юноши	33,8	40,6	25,6	36,4	63,6	—
	Девушки	3,9	78,6	17,5	40,0*	60,0	—
Проба наркотика	Юноши	12,4	39,8	27,8	13,6	86,4	—
	Девушки	1,2	89,1	9,7	14,0*	86,0	—
Половая жизнь	Юноши	28,7	16,3	55,0	59,1*	34,1	6,8
	Девушки	9,7	89,5	0,9	34,0*	60,0	6,0

Примечание: достоверные различия между подростками соответствующего пола Черкесска и Санкт-Петербурга показаны * — $p < 0,01$.

как более закрытых, опасаящихся дать социально неодобряемую информацию. Это свидетельствует о значительной интравертированности молодых людей, выросших в патриархальных семьях.

Судя по результатам опроса родителей подростков г. Черкесска, семейный уклад действительно претерпевает изменения. Только одна треть семей оценивает свое материальное положение как удовлетворительное. На наличие регулярного полноценного питания (не менее трех раз день с горячими блюдами) указали лишь 37,8% молодых людей. Изменяется характер взаимоотношений родителей и детей. О полном доверии к своим сыновьям и дочерям говорят не более 80% взрослых. Это может указывать на снижение безусловного авторитета семьи в глазах подростка.

По мнению родителей, нормальный психологический климат существует только у 42,8% семей. Это совпадает с оценками и самих подростков (47,2%). Практически аналогичное мнение высказали и их сверстники из Санкт-Петербурга (55,5%). Не исключено, что произошедшие в стране социально-экономические перемены приводят к стиранию этнических особенностей семейного быта и уклада, а также восприятия молодежью своего положения в семье.

Современная семья стала принимать необходимость обсуждения с подростками вопросов профилактики рискованного поведения. Судя по данным опроса, родители признают наличие сексуальных проблем современной молодежи

даже на Кавказе. Уже в четверти семей (24,6%) эти вопросы обсуждаются совместно. Отметим, что в Санкт-Петербурге семей, признающих сексуальность подростков, в два раза больше (46,2%). Однако для остальных родителей в республике это все еще остается закрытой темой. Как положительный факт следует отметить нарастание интереса подростков к своему репродуктивному здоровью. Так в 2007 году профилактический осмотр у гинеколога прошли 69,8% девушек.

Крайне тревожно, что по вовлеченности в рискованное поведение современные подростки опережают своих родителей. Количество курящих родителей (36,8%) и их детей (33,8%) одинаково. Однако среди употребляющих алкоголь подростков в три раза больше (26,8%), чем их родителей (8,7%, $p < 0,01$).

Заключение. Таким образом, современная молодежь КЧР проходит период приспособления к новому социокультурному и общественно-экономическому строю, затрагивающему многие стороны уклада жизни и традиционных ценностей. Возникает глубокое противоречие между традиционными требованиями в сохранении этнического своеобразия, этнической ментальности и потребностью в адаптации к новым условиям, в освоении новой культуры. Крайне важно, что ситуация растерянности подростков КЧР в отношении необходимости сохранения национальных нравственных традиций и одновременного стремления к западным ценностям формирует психологический конфликт, приводящий

к соматизации тревоги с последующим формированием психосоматических расстройств и отклонений в социализации подростков.

Современная семья в КЧР уже не может в полной мере обеспечить социальное благополучие и здоровье подростков. Об изменении нравственных ценностей семьи свидетельствует высокая распространенность рискованного поведения молодежи, даже более выраженная у детей, чем их родителей. Вероятно, что тип семейного вос-

питания должен адаптироваться к меняющимся социально-экономическим условиям и нравственным ценностям общества в целом. Сегодня, когда семья имеет весьма малые возможности поддержки детей, оптимальным вариантом профилактики и коррекции социальной и вегетативной дезадаптации могут стать клиники, дружественные к молодежи. Именно в этих учреждениях подростки получают комплексную медико-психолого-социальную помощь.

Литература

1. Полунина Н. В., Нестеренко Е. И., Борисенко В. В., Полунина В. В. Роль семьи в сохранении здоровья детей // Российский вестник перинатологии и педиатрии. — 2004. — № 4. — С. 61–64.
2. Эйдемиллер Э. Г., Юстицкис В. Психология и психотерапия семьи. 4-е изд. — СПб.: Питер, 2009. — 672 с.
3. Батчаева Х. Х-М. Традиционная педагогическая культура карачаевского народа (История, теория, практика). — Казань: Изд-во Казанского университета, 2002. — 417 с.
4. Семенов К. Б. Этнопедагогика горской семьи: история, теория, практика (на примере адыгского, балкарского, карачаевского народов). — Майкоп: АГУ, 2000. — 307 с.
5. Аргунова Г. А. Формирование духовно-нравственных ценностных ориентаций подростков на морально-этических традициях адыгов. — Черкесск, КЧГТА, 2005. — 180 с.
6. Молчанова С. С., Шубочкина Е. И., Куликова А. В. Семья как основа здорового образа жизни // Материалы II конгресса РОШУМЗ. — М., 2010. — С. 417–420.
7. Накохова Р. Р. Психология ценностных ориентаций этносов и этнофоров Северного Кавказа (на материале исследования народов Карачаево-Черкесии). — М.: Линкор, 2008. — 280 с.
8. Оценка состояния здоровья детей. Новые подходы к профилактической и оздоровительной работе в образовательных учреждениях: Руководство для врачей. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. — 432 с.
9. Куликов А. М. Соматоформная вегетативная дисфункция у подростков: Сотрудничество интерниста и психотерапевта // Вопросы психического здоровья детей и подростков. — 2009 (9). — № 1. — С. 69–76.
10. Пулуди Н. Г., Зуева С. С. Анализ социальной адаптированности и вегетативной устойчивости подростков // Материалы Всероссийской 66-й итоговой студенческой научной конференции им. Н. И. Пирогова (Томск, 23–25 апреля 2007 г.) / Под ред. В. В. Новицкого, Л. М. Огородовой. — Томск: Сибирский государственный медицинский университет, 2007. — С. 81–83.
11. Черная Н. Л., Ганузин В. М., Киселева А. В., Ермолина Е. А. Сравнительная характеристика вегетативной устойчивости и социальной адаптированности подростков, обучающихся в сельских и городских школах // Детская больница. — 2009. — № 1. — С. 33–37.
12. Эйдемиллер Э. Г. Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства // Детская психиатрия / Под ред. Э. Г. Эйдемиллера. — СПб.: Питер, 2005. — С. 525–556.

Авторы:

Куликов Александр Матвеевич — профессор кафедры педиатрии и детской кардиологии СПбМАПО.

Мареныч Халимат Мухаджировна — заочный целевой аспирант кафедры, заведующий отделением по оказанию медицинской помощи подросткам детской больницы г. Черкесска.

Адрес для контакта: alexander.kulikov@spbmapo.ru

УДК 613.86:614.254

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ: «СВЕТА ДРУГИМ — СГОРАЮ»¹

Н. В. Семионенкова, И. А. Аргунова, Н. Е. Титова
ГОУ ВПО Смоленская государственная медицинская академия Минздравсоцразвития, Россия

PSYCHOLOGICAL STATUS OF MEDICAL WORKERS: «GIVING LIGHT TO OTHERS — I BURN»

N. V. Semionenkova, I. A. Argunova, N. E. Titova
Smolensk State Medical Academy, Russia

© Н. В. Семионенкова, И. А. Аргунова, Н. Е. Титова, 2011 г.

В статье обоснована актуальность определения психологического статуса медицинских работников. С помощью госпитальной шкалы тревоги и депрессии HADS и шкалы депрессий Центра эпидемиологических исследований США CES-D проведено психологическое тестирование 110 работников здравоохранения. Частота клинически значимых проявлений тревоги по опроснику HADS составила 19,1%, сочетанных тревожно-депрессивных расстройств — 36,4%. Достоверно чаще тревожные расстройства выявлены у лиц, не состоящих в браке; медработников с хроническими заболеваниями. Клинически значимые депрессии найдены по CES-D у 34,5%, что в 1,5 раза превышает частоту депрессий среди больных. Депрессии преобладают у людей старше 50 лет. Таким образом, клинически значимая тревога и депрессия у медицинских работников встречается в 3 раза чаще, чем в общей популяции, а частота сочетанных тревожно-депрессивных расстройств соответствует таковой у людей с хроническими болевыми синдромами. Причинами высокой частоты пограничных заболеваний у работников медицинской сферы являются преобладание среди них женщин, рост лечебно-диагностической нагрузки и документооборота, отсутствие полноценного отдыха, низкие материальные возможности, повышенная стрессогенность профессии.

Ключевые слова: депрессия, тревога, тревожно-депрессивные расстройства, психологическое тестирование, медицинские работники.

In the article the actuality of the definition of psychological status of medical workers was grounded with the help of the Hospital Anxiety and Depression Scale HADS and the depression scale of the USA epidemiological research Center CES-D psychological testing of 110 medical workers has been led. The frequency of clinically significant anxiety signs by HADS comprised 19,1%, the combined anxiety and depression disorders — 36,4%. Authentically more frequent anxiety and disorders were revealed in unmarried persons, medical workers with chronic diseases. Clinically significant depressions were found by CES-D in 34,5%, which is 1,5 times more than commonly met in patients. Depressions prevail in persons older then 50. That is the clinically significant anxiety and depression in medical workers is met 3 times more then in common population and the frequency of combined anxiety and depression disorders equals to those one of the people with chronic pain syndromes. The causes of high frequency of the border-line diseases in medical workers are the prevalence of women among them, the increase of treatment and diagnostic loading and documentary turnover, the absence of valuable rest, low material possibilities, highly stressogenic profession.

Key words: depression, anxiety, anxiety/depression disorders, psychological testing, medical workers.

Актуальность. Эпидемиологические исследования последних десятилетий свидетельствуют о высокой распространенности непсихотических психических расстройств в общей медицинской практике, намного превышающей их частоту в общей популяции [1–3].

По расчетам ВОЗ, подобные нарушения наблюдаются примерно у 10% населения в целом и у 20% пациентов звена первичной медицинской помощи. На протяжении жизни пограничные заболевания переносят примерно 450 миллионов человек, причем преобладают женщины [4].

¹Aliis inserviendo consumidor. Aliis lucens uror. (Служа другим, себя трачу. Светя другим, сгораю). Ван Тульпиус, голландский врач, XVII век.

Клинически значимая тревога встречается у 5–7% в общей популяции и у 25% и более пациентов, наблюдающихся врачами общей практики. В течение жизни заболеваемость тревожными расстройствами может достигать свыше 30%. Генерализованное тревожное расстройство возникает, как правило, до 40 лет, протекает хронически годами с выраженной флюктуацией симптомов. Женщины заболевают генерализованным тревожным расстройством в два с лишним раза чаще мужчин. Распространенность панических расстройств, по данным эпидемиологических исследований, составляет 1,9–3,6%. Панические атаки в 2–3 раза преобладают среди женщин [5].

Эпидемиологические исследования пациентов медицинских учреждений различного типа (поликлиники, больницы, госпитали, диспансеры, клинические отделения научно-исследовательских центров) свидетельствуют, что депрессивные состояния наблюдаются примерно у 23,8% больных. Риск возникновения депрессий выше у пожилых пациентов с более низким уровнем образования (среднее и неполное среднее) и нестабильным социальным положением [6]. При клинико-эпидемиологическом обследовании больных, обращающихся к участковым терапевтам, депрессивные расстройства выявляются в 21,5% случаев [3], а при использовании шкал — у 46–56% [7]. В то же время симптомы депрессии распознаются врачами-интернистами лишь в 4–17% случаев [8]. Как свидетельствуют данные исследований, депрессии чаще всего выявляются у пациентов с травмами головного мозга и их последствиями, дисциркуляторной энцефалопатией, патологией костно-суставной системы, вегетосудистой дистонией, сахарным диабетом, острым нарушением мозгового кровообращения, инфарктом миокарда, нестабильной стенокардией, постинфарктным или атеросклеротическим кардиосклерозом, нарушениями ритма и проводимости сердца, хроническими obstructивными заболеваниями легких, язвенной болезнью, онкопатологией [1, 3, 6, 7].

Следует также учитывать, что депрессии сами по себе способны серьезно влиять на адаптационные возможности и качество жизни пациента. Анализ зависимости развития депрессивных расстройств от возраста пациентов показывает, что они возникают в средней возрастной группе, то есть в период наибольшей жизненной активности человека. Депрессия в ее различных клинических вариантах признается сейчас одной из главных причин снижения трудоспособности [9]. Вероятность инвалидизации у больных депрес-

сией в 1,78 раза выше, чем у пациентов без этого психического расстройства [6].

Растет количество работ, убедительно демонстрирующих высокое превалирование тревожных симптомов или тревожных расстройств у пациентов с депрессией. Например, эпидемиологическое исследование «RAPSODY» показало, что среди пациентов, страдающих хроническими болевыми синдромами, у 14% имелось тревожное расстройство, у 17% — депрессия, а у 36% — их сочетание, что взаимно утяжеляло течение каждого синдрома и собственно неврологического и/или соматического заболевания [5].

Рост пограничных заболеваний в популяции объясняют многими причинами. Это урбанизация, миграция и увеличение плотности населения, постоянно возрастающий уровень стресса и ослабление социальной поддержки. Среди факторов, способствующих распространению аффективных расстройств, рассматривается также рост средней продолжительности жизни людей с хроническими соматическими заболеваниями, часто сопровождающимися тревожно-депрессивными расстройствами [4].

Систематическая неудовлетворенность результатами социальной деятельности, неуверенность и безысходность в решении поставленных задач, сдерживание эмоциональных проявлений, обусловленное социальными нормами поведения, нередко приводит к тому, что современный человек лишается душевного покоя и эмоционального равновесия. Это, в свою очередь, ведет к нервному перенапряжению, которое с течением времени может трансформироваться в состояние персистирующего психоэмоционального стресса. У таких людей снижена стрессоустойчивость и нарушена адаптация к любым изменениям внешней и внутренней среды [10].

Синдром эмоционального (профессионального) «выгорания», проявляющийся нарастающим *эмоциональным* истощением, встречается у лиц, работа которых связана с тесным контактом с людьми, в том числе и у медицинских работников [4, 11]. Однако он не является синонимом тревожно-депрессивных расстройств и изучается по специальной методике Maslach Burnout Inventory [12].

Особого внимания заслуживает состояние психического здоровья медицинских работников. Они в полной мере испытывают весь груз социальных, профессиональных, экономических и семейных трудностей, касающихся не только их самих, но и многочисленных пациентов. Вникая в проблемы больных, врачи и медсестры вы-

нуждены отодвигать свои личные заботы на второй план, что способствует у них самих повышению риска развития или утяжелению течения уже имеющихся заболеваний. Это также может привести к снижению трудоспособности медицинского персонала, и без того нуждающегося в социальной поддержке в непростых условиях современного общества.

Материалы и методы. Целью и задачами нашего исследования явилось изучение с помощью психологического тестирования распространенности тревожно-депрессивных расстройств у медицинских работников, степени их выраженности в зависимости от возраста, пола, семейного положения, уровня образования, наличия хронических соматических заболеваний и их фармакотерапии.

Обследовано 110 медицинских работников города Смоленска: 61 врач (55,5%) и 49 представителей среднего медперсонала (44,5%), из них 100 женщин и 10 мужчин. Исследовали психологический статус сотрудников поликлиник, противотуберкулезного диспансера, родильного дома, согласившихся пройти анонимное тестирование. Преобладание женщин над мужчинами было обусловлено гендерными особенностями медицинской профессии. Средний возраст обследованных составил $45,62 \pm 1,19$ года. 64 медицинских работника (58,2%) были замужем (женаты), 46 (41,8%) были одиноки (овдовели, не состояли в браке или были в разводе). У 66 лиц (60%) имелись хронические заболевания: артериальная гипертензия — у 22 (20%); синдром вегетативной дистонии — у 11 (10%); ишемическая болезнь сердца — у 4 человек (3,6%), в том числе у одного врача в анамнезе — инфаркт миокарда. Хронический гастрит выявлен у 14 обследованных (12,7%); язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки — у 3 (2,7%); дискинезия желчевыводящих путей — у 5 (4,5%); хронический холецистит — у 9 (8,2%); желчнокаменная болезнь — у 3 (2,7%). 9 медработников (8,2%) страдали остеохондрозом позвоночника; 6 (5,5%) — заболеваниями суставов; 1 (0,9%) — хроническим бронхитом, 1 — бронхиальной астмой (0,9%). Воспалительные болезни мочевыводящих путей отмечены у 10 (9%); гинекологическая патология (миома или полип матки, хронический аднексит) — у 6 (5,5%); онкологические заболевания — у 2 (1,8%); варикозная болезнь вен нижних конечностей — у 3 (2,7%). Сахарный диабет обнаружен у 2 (1,8%); узловой зоб — у 2 человек (1,8%); в 1 случае (0,9%) — пароксизмы наджелудочковой тахикардии. У 31 медицинского работника (28,2%) имелась сочетанная соматическая патология. 15 об-

следованных (13,6%) постоянно получали стандартную терапию, в основном по поводу артериальной гипертензии и ишемической болезни сердца (β -адреноблокаторы, ингибиторы АПФ и диуретики); 2 — НПВП в связи с заболеваниями суставов; 1 — сахаропонижающие препараты; 2 человека принимали феназепам. Лишь один доктор состоял на учете у психиатра по поводу тяжелого тревожно-депрессивного расстройства, принимал антидепрессанты и не отмечал достаточной эффективности лечения.

Психологический статус медицинских работников определяли тестированием по двум опросникам. Госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS) состоит из двух подшкал — тревоги и депрессии. Каждая подшкала содержит по 7 вопросов [13]. Обследуемые самостоятельно отвечали на тесты, что в среднем занимало 3–5 минут. Затем подсчитывали сумму баллов, набранных по каждой из подшкал, а также суммарный балл по шкале. Суммарный балл по каждой из подшкал в пределах 6–9 баллов указывал на субклинические проявления тревоги/депрессии, 10 баллов и более — на клинически значимые проявления. Сумму 19 и более баллов по всей шкале HADS расценивали как тревожно-депрессивное расстройство.

Шкала депрессий Центра эпидемиологических исследований США, опросник CES-D, состоит из 20 вопросов и оценивается в баллах [14]. Пациенты заполняли опросник самостоятельно, что в среднем занимало 5–7 мин. Согласно CES-D, диагностическим признаком депрессии является результат в 19 баллов и более. Данная шкала позволяет выявить легкое расстройство, при котором возможно лечение депрессии в общей лечебной сети. При показателе $19 < \text{CES-D} < 25$ диагностировали легкое депрессивное расстройство, при CES-D свыше 26 баллов пациент нуждается в направлении к психиатру.

Валидность, чувствительность и специфичность перечисленных выше шкал HADS и CES-D установлены в недавно проведенных исследованиях [15].

Статистическая обработка результатов психологического тестирования проводилась с использованием пакета программ Statgraphics 5.0. Достоверность результатов при нормальном распределении оценивалась с помощью t-критерия Стьюдента, который при несоблюдении законов нормального распределения заменялся критерием Вилкоксона. Достоверными считались изменения при $p < 0,05$. Вычислялся коэффициент корреляции — r при сравнении результатов тестирования по обоим шкалам.

Результаты и их обсуждение. У медицинских работников в соответствии со шкалой HADS субклинические проявления тревоги выявлены в 49 случаях (44,5%), из них у 46 женщин. Клинически значимая тревога имела только у 21 женщины (19,1% общего числа обследованных). Субклиническая депрессия найдена у 26 человек (23,6%), в том числе у 24 женщин. Клинически значимые депрессивные расстройства у мужчин отсутствовали, но были обнаружены у 18 женщин (16,4%). У 40 обследованных (36,4%) выявлено сочетанное тревожно-депрессивное расстройство, из них только 2 у мужчин.

Согласно шкале CES-D, депрессивные расстройства диагностированы у 38 из 110 медработников (34,5%), причем легкой степени — у 20 женщин и 1 мужчины (19,1%), выраженная депрессия — только у 17 женщин (15,5% обследованных).

При сравнении результатов выявления депрессии по двум шкалам (HADS и CES-D) корреляции не обнаружено ($r = 0,67$, $p = 0,07$). Поэтому для уточнения наличия и степени выраженности депрессии были использованы оба опросника. Выявление депрессии по CES-D и обоим шкалам расценивалось как клинически значимая депрессия.

По шкале HADS у лиц в возрасте до 50 лет и старше 50 лет достоверных различий в частоте тревожных расстройств не найдено. Значительная разница в этих возрастных группах была выявлена при клинически значимой депрессии. Согласно HADS, она имела у 13 лиц (32%) старше 50 лет и у 5 человек (8%) моложе этого возраста ($p = 0,001$). По результатам опросника CES-D выраженная депрессия отмечена у 12 человек (24%) старше 50 лет и 5 (8%) моложе 50 лет ($p = 0,001$).

При анализе семейного положения обследуемого контингента достоверно чаще клинически значимые тревожные расстройства выявлялись у лиц, не состоявших в браке, разведенных и овдовевших. Они обнаружены в 22% случаях (у 10 человек из 46) и только у 8% семейных (11 человек из 64), $p < 0,05$. Достоверных различий в возникновении депрессий в зависимости от семейного положения не получено.

У врачей реже, чем у средних медицинских работников, выявлялись тревожные состояния с тенденцией к достоверности ($p = 0,07$) — у 34 человек из 61 (56%), у 36 из 49 человек (73%). У больных с депрессией различий в уровне образования не отмечено.

У лиц с хроническими заболеваниями тревожные расстройства найдены в 71% случаев (47 че-

ловек), при отсутствии их — в 52% (23 человека), $p < 0,001$. У больных с хронической патологией согласно HADS чаще развивались субклинические проявления депрессии — у 24 из 66 (37%) в отличие от группы лиц соматически здоровых — у 3 человек из 44 (7%), $p < 0,001$. По CES-D, у лиц с соматическими заболеваниями чаще диагностировались депрессии легкой степени с тенденцией к достоверности — у 16 человек из 66 (24%) в отличие от лиц без хронической патологии — у 5 из 44 (11%), $p = 0,09$. 12 обследованных длительно получали препараты, способствующие развитию депрессии (β -адреноблокаторы, НПВП, феназепам). У 7 человек этой группы (58%) возникла депрессия (у 4 — легкая степень, у 3 — средней тяжести).

Заключение. Таким образом, согласно полученным данным, клинически значимая тревога и депрессия у медицинских работников встречается в 3 раза чаще, чем в общей популяции [1, 4, 5]. Выявление у медицинских работников сочетанных тревожно-депрессивных расстройств соответствует их частоте у людей, страдающих хроническими болевыми синдромами [5]. Шкала CES-D, по нашим данным, дает более полную оценку депрессий по степеням их тяжести в сравнении с HADS.

Высокая частота выявления тревожных состояний и депрессии в проведенном исследовании в определенной мере связана с преобладанием женщин в изучаемом контингенте. Их развитию способствовали сугубо женские социально-психологические и бытовые аспекты жизни (одиночество, проблемы у детей, уход за престарелыми родителями и т. п.), нарушения эмоциональной сферы в связи с менструально-репродуктивной функцией.

У медицинских работников старше 50 лет значительно чаще выявлялись тревожно-депрессивные расстройства. С нашей точки зрения, это связано с большим стажем трудовой деятельности в сложных, постоянно меняющихся экономических и социальных условиях, обилием хронических заболеваний, снижением с возрастом процессов адаптации и стрессоустойчивости.

У одиноких медицинских работников тревожные состояния развивались значительно чаще и протекали тяжелее. Патологическая тревога превалировала у людей со средним специальным образованием, реже диагностировалась у врачей.

Тревожно-депрессивные состояния чаще обнаруживались у медицинских работников, имеющих ряд хронических болезней, особенно их сочетание. Хорошо известно, что депрессивные

расстройства, возникая на фоне соматической патологии, значительно отягощают состояние пациента и прогноз, отрицательно сказываются на трудоспособности. Тем не менее лишь один человек из общего числа обследованных медработников наблюдался по поводу тревожно-депрессивного расстройства, у остальных заболевание оставалось недиагностированным и нелеченным, несмотря на снижение трудоспособности. По результатам психологического тестирования 11 выявленным больным были назначены антидепрессанты и/или анксиолитики, 2 согласились на обследование и лечение в Центре пограничных состояний. Остальные от лекарственной терапии отказались. Отказ от лечения свидетельствовал о низком комплаинсе медицинских работников с пограничными заболеваниями.

Происходящее в течение более двух десятилетий реформирование российского здравоохранения создает ситуацию хронического стресса и истощает адаптационные возможности нервной системы у медицинских работников. Люди, отвечающие за состояние общественного здоровья в целом и за здоровье каждого отдельного пациента, не выдерживают все возрастающей лечебно-диагностической нагрузки, необоснованного увеличения медицинского документооборота, тем более что отсутствует полноценный отдых, что связано с низкими материальными возможностями и дефицитом свободного времени.

Кроме того, постоянно усложняющиеся реалии медицинской профессии, по-прежнему некомфортные условия и неадекватная оплата труда, затрудняющие повседневную работу медиков и усиливающие стрессогенность профессии, способствуют развитию патологической тревожности и в итоге приводят к заниженной самооценке, ощущению низкой эффективности труда, несмотря на прилагаемые медиками личные усилия. Исчезающее уважение к медицинской профессии, подогреваемое скандалами на медицинские темы в средствах массовой информации, формирует в медицинском сообществе ощущение полной безнадежности и усугубляет у ее тружеников тяжесть синдрома профессионального «выгорания». В полной мере к работникам сферы здравоохранения на современном этапе можно отнести известное латинское изречение: «Светя другим, стораю сам».

Таким образом, наше исследование указывает на первостепенную необходимость выявления тревожно-депрессивных расстройств у медицинских работников для оказания им помощи. Речь идет не только о медикаментозной, психотерапевтической, но и о социально-экономической поддержке. От того, насколько внимательно государство, общество в целом и медицинское сообщество отнесутся к данной проблеме, будет зависеть эффективность лечебной работы профессионалов и в конечном итоге здоровье населения России.

Литература

1. Александровский Ю. А. Пограничные психические расстройства. — М.: Медицина, 2000. — 496 с.
2. Краснов В. Н. Психиатрические расстройства в общей медицинской практике // Русский медицинский журнал. — 2001. — Т. 9, № 25. — С. 1187–1191.
3. Смулевич А. Б. Депрессии при соматических и психических заболеваниях. — М.: МИА. — 2003. — 432 с.
4. Краснов В. Н., Довженко Т. В., Бобров А. Е. Тревожно-депрессивные расстройства у пациентов первичной медицинской сети // Медицинский вестник. — 2010. — № 11 (516). — С. 9–10.
5. Воробьева О. В. Хронические тревожные расстройства в практике врача-интерниста // КОМПАС в мире депрессий. — М., 2008. — № 21. — С. 2.
6. Дробизhev М. Ю. Депрессия как общемедицинская проблема // Психиатрия и психофармакотерапия. — 2006. — Т. 8, № 2. — С. 57–61.
7. Cavanaugh S., Furnaletto L M., Creech S. D. et al. Medical illness, past depression, and present depression: a predictive triad for in-hospital mortality // Am. J. Psychiat. — 2001. — Vol. 158, № 1. — P. 43–48.
8. Ozmen E., Ogel K., Sagduyu A., Boratav C. Dysthymic disorder in primary health care // Turk. Psikiyatri Derg. — 2002, Spring. — Vol. 13, № 1. — P. 23–32.
9. Глушков Р. Г., Андреева Н. И., Алеева Г. Н. Депрессии в общемедицинской практике // Русский медицинский журнал. — 2005. — Т. 13, № 12. — С. 858–860.
10. Акарачкова Е. С. Хронический стресс и нарушение адаптации у медицинских работников // Трудный пациент. — 2006. — № 8. — С. 35–39.
11. Freudenberger H. J. Staff burn-out // Journal of Social Issues. — 1974. — Vol. 30, № 1. — P. 159–165.

12. *Maslach C., Jackson S. E.* The measurement of experienced burnout // *Journal of Occupational Behaviour*. — 1981. — № 2. — P. 99–113.
13. *Zigmond A. S., Snaith R. P.* Hospital Anxiety and Depression Scale // *Acta Psychiat. Scand.* — 1983, № 67. — P. 361–370.
14. *Выявление депрессии в общей практике // КОМПАС в мире депрессии.* — 2006. — № 15. — С. 4.
15. *Андрющенко А. В., Дробижев М. Ю., Добровольский А. В.* Сравнительная оценка шкал CES-D, BDI и HADS в диагностике депрессий в общей медицинской практике // *Журнал неврологии и психиатрии.* — 2003. — № 5. — С. 7–11.

Авторы:

Семионова Н. В. — к. м. н., доцент кафедры общей врачебной практики с курсом поликлинической терапии ГОУ ВПО СГМА Минздравсоцразвития России;

Аргунова И. А. — к. м. н., доцент кафедры общей врачебной практики с курсом поликлинической терапии ГОУ ВПО СГМА Минздравсоцразвития России;

Титова Н. Е. — к. м. н., ассистент кафедры общей врачебной практики с курсом поликлинической терапии ГОУ ВПО СГМА Минздравсоцразвития России.

Адрес для контакта: semionenkov67@rambler.ru; argunova.irina@mail.ru

УДК 616.127-053.88/.9

ОСОБЕННОСТИ ДИСФУНКЦИИ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

П. Дж. Таджибаев

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

THE FEATURES OF MYOCARDIAL DYSFUNCTION IN THE ELDERLY

P. J. Tadjibaev

St-Petersburg Medical Academy of Postgraduate Studies, Russia

© П. Дж. Таджибаев, 2011 г.

Актуальность. Дисфункция миокарда — стадия сердечной недостаточности, характеризующаяся наличием изменений систолической или диастолической функции желудочка, выявленной при эхокардиографическом исследовании, не сопровождаемая какими-либо специфическими клиническими симптомами. Вторичная профилактика сердечной недостаточности — приоритетное направление современной науки. Знаний о бессимптомном течении заболевания, особенно у людей пожилого и старческого возраста в Российской Федерации, накоплено недостаточно. **Цель:** оценить распространенность дисфункции миокарда у лиц пожилого и старческого возраста. **Дизайн:** одномоментное поперечное исследование. **Материалы и методы:** участники отобраны случайным образом из базы данных поликлиники № 95 Колпинского района. Сформированы две возрастные группы, 65–74 лет и 75 лет и старше. Всего обследовано 284 человека. Обследование включало изучение анамнеза, анкетирование, антропометрию, ЭКГ, ЭхоКГ с помощью портативного ультразвукового сканера, проведение функциональных и лабораторных тестов. **Результаты:** распространенность дисфункции миокарда составила 21,5% (95% ДИ = 16,9%–26,8%), в том числе 1,8% (95% ДИ = 0,6%–4,1%) — систолическая и 19,8% (95% ДИ = 15,3%–24,9%) — диастолическая дисфункция миокарда. Основными заболеваниями, по данным анамнеза и медицинских записей, были АГ (91,1%), избыточная масса тела и ожирение (85,7%), ИБС (62,5%), СД (12,5%), ИМ (10,7%), инсульт (10,7%), ХОБЛ (21,4%).

Ключевые слова: систолическая дисфункция миокарда, диастолическая дисфункция миокарда, пожилые, сердечная недостаточность.

Myocardial dysfunction is the stage of heart failure, characterized by changes in systolic or diastolic function detected by echocardiography, without having any symptoms. Modern methods of treating heart failure are focused on prevention of the transition of asymptomatic myocardial dysfunction to heart failure. The prevalence of myocardial dysfunction in Russia was studied insufficiently, especially in the elderly. **Objective:** To estimate the prevalence of myocardial dysfunction in the community dwelling elderly. **Design:** cross-sectional study. **Material and methods:** participants over 65 years, randomly selected from a database polyclinic № 95 Kolpino. Two age groups 65–74 years and 75 years and older were formed. 284 participants were investigated. All participants were examined using a portable ultrasound scanner, ECG, anthropometric methods, functional and laboratory tests, and questionnaires. **Results:** the prevalence of myocardial dysfunction was 21,5% (95% CI = 16,9%–26,8%), 1,8% (95% CI = 0,6%–4,1%) systolic and 19,8% (95% CI = 15,3%–24,9%) diastolic. The main diseases detected were hypertension (91,1%), overweight and obesity (85,7%), IHD (62,5%), diabetes (12,5%), 10,7% suffered from past myocardial infarction and stroke. In 21,4% of patients COPD was recorded in their medical records.

Keywords: systolic myocardial dysfunction, diastolic myocardial dysfunction, elderly, heart failure.

Введение. По данным литературы, недостаточно сведений о распространенности дисфункции миокарда у пожилых людей. Бессимптомная дисфункция миокарда — это доклиническая стадия сердечной недостаточности, характеризующаяся отсутствием клинических проявлений, но наличием изменений систолической или диастолической функции миокарда левого же-

лудочка, выявленных при эхокардиографическом исследовании. По данным зарубежной литературы, это нарушение встречается примерно с той же частотой, что и сердечная недостаточность. В рекомендациях Европейского кардиологического общества подчеркнуто, что современные методы лечения больных сердечной недостаточностью следует направлять прежде всего

на предупреждение перехода бессимптомной дисфункции миокарда в клинику сердечной недостаточности [1]. К сожалению, изучению дисфункции миокарда у пожилых пациентов в условиях первичной медицинской помощи посвящено очень мало работ. В то же время вероятность обратного развития изменений миокарда на стадии дисфункции возможна и показана в клинических испытаниях. Поэтому актуальность оценки истинного распространения дисфункции миокарда у пожилых пациентов не вызывает сомнений. Ответ на этот вопрос будет способствовать разработке лечебных и профилактических мероприятий, нацеленных на предотвращение развития СН и доступных на уровне врача общей практики.

Не случайно видный кардиолог Н. J. Dargie писал: «Будущее диагностики сердечной недостаточности обусловлено необходимостью ранней идентификации бессимптомных пациентов, чтобы содействовать быстрому началу терапии» [2].

Цель исследования: оценить распространенность дисфункции миокарда у пожилых пациентов в возрастных группах от 65 до 74 лет и старше 75 лет.

Материалы и методы. Объектом одномоментного поперечного исследования стали пациенты, отобранные случайным образом из базы данных населения старше 65 лет, наблюдающихся в городской поликлинике № 95 Колпинского района. Сформированы 2 группы: 65–74 лет и старше 75 лет. Всего в исследовании приняло участие 284 человека.

В комплекс исследований каждого участника включали измерение роста, массы тела (с расчетом ее индекса, $\text{кг}/\text{м}^2$), физикальный осмотр, лабораторные, инструментальные и функциональные методы, а также анкетирование. При физикальном осмотре измеряли артериальное давление, проводили перкуссию и аускультацию сердца, уточняли признаки и симптомы СН в соответствии со шкалой оценки клинического состояния (ШОКС). Степень артериальной гипертензии определяли в соответствии с Национальными рекомендациями по профилактике, диагностике и лечению артериальной гипертензии [3]. Кроме того, оценивали клинический анализ крови, содержание общего белка, С-реактивного белка, глюкозы и креатинина в крови. Запись электрокардиограмм проводили на 6/12-канальном аппарате «GE Healthcare-MAC 1200».

Массу тела считали нормальной при ИМТ от 18,50 до 24,99 $\text{кг}/\text{м}^2$; недостаточной — при ИМТ меньше 18,49 $\text{кг}/\text{м}^2$; избыточной — при ИМТ от 25,00–29,99 $\text{кг}/\text{м}^2$; когда ИМТ был от 30,00 до

34,99 $\text{кг}/\text{м}^2$, это считалось ожирением 1-й степени, от 35,00 до 39,99 $\text{кг}/\text{м}^2$ — ожирением 2-й и выше 40,00 $\text{кг}/\text{м}^2$ — 3-й степени.

Оценка физического функционирования включала определение мышечной силы и скорости походки.

Мышечную силу определяли с помощью кистевого динамометра ДК50 в килограммах. Пожилой человек сжимал динамометр с максимальной силой 3 раза с перерывом в 30 секунд тестируемой рукой, отведенной от туловища под прямым углом. Все три значения записывали. В процессе анализа максимальные результаты каждой руки суммировали и рассчитывали среднее значение [4].

Скорость походки определяли с помощью деления расстояния длиной 3 метра, которое проходил пожилой человек туда и обратно, на время в секундах (с) [5].

Оценку эмоционального статуса проводили с помощью гериатрической шкалы депрессии (Geriatric Depression Scale), включающей 15 закрытых вопросов [6, 7]. Количество баллов выше 5 оценивалось как подозрение на депрессию.

Когнитивный статус оценивали с помощью краткой шкалы оценки психического статуса (Mini Mental State Examination) из 30 пунктов [8]. Результаты теста имеют следующее значение: 28–30 баллов — нет нарушений когнитивных функций; 24–27 баллов — преддементные когнитивные нарушения; 20–23 балла — деменция легкой степени выраженности; 11–19 баллов — деменция умеренной степени выраженности; 0–10 баллов — тяжелая деменция.

Диагноз дисфункции миокарда, согласно Национальным рекомендациям Всероссийского научного общества кардиологов (ВНОК) и Общества специалистов по сердечной недостаточности (ОССН) по диагностике и лечению хронической СН [9], ставили при отсутствии клинических симптомов сердечной недостаточности, но при наличии эхокардиографических изменений в состоянии покоя. Для определения выраженности клинических симптомов СН использовали шкалу оценки клинического состояния (ШОКС) при ХСН (модификация Мареева В. Ю., 2003) [9]. ШОКС включает 10 пунктов, для определения которых собирается анамнез и проводится физикальное обследование. Полученные ответы отмечают в баллах и суммируют. По ШОКС выделяют I функциональный класс (ФК), когда суммарная оценка менее или равна 3 баллам, II ФК, когда сумма баллов от 4 до 6; III ФК с суммой баллов от 7 до 9; наконец, IV ФК с суммой баллов более 9.

Основным методом диагностики дисфункции миокарда была эхокардиография (ЭхоКГ). Все

исследования выполнены на портативном цифровом ультразвуковом сканере фирмы Mindray M5, исследования проводили в соответствии с рекомендациями Комитета по номенклатуре и стандартизации ASE [10]. Для измерения фракции выброса (ФВ) использовали несколько методик: в М-режиме, используя модифицированную формулу Хинона, и в В-режиме, используя количественный метод Симпсона и оценивая визуально [11]. Диастолическую функцию оценивали при синусовом ритме в режиме импульсной доплерэхокардиографии. Устанавливали общепринятые показатели трансмитрального кровотока: пиковую скорость раннего (Е) и позднего (А) диастолического наполнения, а также соотношение Е/А и время замедления раннего наполнения ЛЖ (ВЗ). Диастолическую дисфункцию классифицировали в зависимости от прогрессирования на незначительную, умеренную и тяжелую, которые соответствуют типу с замедленным расслаблением, псевдонормальному и рестриктивному типу [9]. Массу левого желудочка и объем левого предсердия рассчитывали в М-режиме и двухмерном измерении и индексировали к площади поверхности тела. Пациентов с фибрилляцией предсердий и клапанной патологией умеренной и тяжелой степени при диагностике диастолической дисфункции исключали, так как эти состояния не позволяли оценить трансмитральный доплеровский поток [11].

Обработка результатов исследования проведена методами параметрической и непараметрической статистики с помощью статистического пакета SPSS 18.0 и MedCalc для персональных компьютеров. При анализе рассчитывали средние величины, стандартные отклонения (СО) и 95% доверительный интервал. Достоверность различий при равномерности распределения оценивали с помощью t-теста Стьюдента, при неравномерности распределения — критерием U Манна—Уитни.

Результаты. В возрастной группе 65–74 года отклик составил 92,3%, в группе 75 лет и старше — 87%. Причинами отказа от участия в исследовании чаще всего было нежелание обследоваться, принимать медицинскую помощь. Нетранспортабельных пациентов было 16, их обследовали на дому. Всего было в возрасте 65–74 лет — 94 (65,3%) женщины и 50 (34,7%) мужчин; 75 лет и старше — 101 (72,1%) женщина и 39 (27,9%) мужчин.

При эхокардиографическом исследовании установлено, что фракция выброса (ФВ) у 92,2% (95% ДИ 88,5%–95,1%) участников была выше 50%, а у 7,8% (95% ДИ, 4,9%–11,5%) меньше 50%. Средний возраст этих пациентов был 76,7 (СО ±

± 6,6) лет. Основными заболеваниями в этой группе были: ИБС у 19 (86,4%) человек, причем 4 (18%) пациента перенесли ИМ, АГ у 14 (63,6%), у 6 (27,3%) отмечалась фибрилляция предсердий, а также у 12 обследованных (54,5%) были обнаружены клапанные патологии умеренной и тяжелой степени.

Средний возраст пациентов с ФВ более 50% составил 75,2 (СО ± 5,5) года. Среднее значение ФВ у обследованных в этой группе составило 65,1% (СО ± 6,7%). Основными заболеваниями у них были: АГ у 158 (81,9%) человек, ИБС у 152 (78,8%), СД у 30 (15,5%), 26 (13,5%) человек перенесли инсульт, 21 (10,9%) — инфаркт миокарда. У 10 (5,2%) участников была зарегистрирована фибрилляция предсердий. У 55 (28,5%) пациентов в прошлом был установлен диагноз ХОБЛ. У 151 (78,2%) участника были зарегистрированы избыточная масса тела и ожирение (ИМТ > 25 кг/м²). На ЭхоКГ было выявлено 65 (33,7%) случаев клапанной патологии. Легочная гипертензия 1-й и 2-й степени установлена у 32 (16,6%) человек.

Бессимптомная дисфункция миокарда была диагностирована у 61 пациента (21,5%, 95% ДИ = 16,9%–26,8%). Систолическая дисфункция отмечена у 5 обследованных (1,8%, 95% ДИ = 0,6%–4,1%), диастолическая — у 56 (19,8%, 95% ДИ = 15,3%–24,9%). Кроме того, у 12 человек (4,2%, 95% ДИ = 2,2%–7,3%) ни систолическая, ни диастолическая функции не были нарушены. У всех был повышен уровень АД; среднее значение ИМТ составило 29,5 ± 3,9 кг/м² и только один участник имел нормальный ИМТ; 10 страдали ИБС, 4 ХОБЛ, 3 СД, один перенес инсульт, и ни один из них не имел в анамнезе перенесенного инфаркта миокарда.

Кроме нарушения функции миокарда у 86 человек (30,3%) была выявлена впервые клапанная патология умеренной и тяжелой степени, а у 40 (14,1%) — легочная гипертензия разной степени.

Пациенты, у которых выявлена только диастолическая дисфункция (без клиники СН), чаще всего имели АГ — 51 (91,1%) человек, избыточную массу тела — 48 (85,7%), ИБС — 35 (62,5%), ХОБЛ — 12 (21,4%), СД — 7 человек (12,5%) (табл. 1). Инфаркт миокарда и инсульт перенесли по 6 (10,7%) человек. В 46 (82,1%) случаях диастолическая дисфункция соответствовала типу замедленного расслабления, в 9 (16,1%) случаях носила умеренный характер, псевдонормальный тип, и только в 1 (1,8%) случае она была тяжелой стадии, отмечался рестриктивный тип.

Значительная доля женщин в группе от 65 до 74 лет имела депрессию (26,1%). Во всех остальных возрастных группах показатели депрессии у мужчин и женщин были от 6 до 12%. Риск раз-

Характеристика пациентов с бессимптомной диастолической дисфункцией

Параметры	65–74 лет				75 лет и старше			
	женщины		мужчины		женщины		мужчины	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Диастолическая дисфункция миокарда	23	59,0	16	41,0	9	52,9	8	47,1
Индекс массы тела:								
норма	3	13,0	1	6,3	1	11,1	3	37,5
избыточная масса тела	15	65,2	10	62,5	5	55,6	5	62,5
ожирение 1 ст.	3	13,0	4	25,0	2	22,2	0	0
ожирение 2 ст.	2	8,7	0	0	1	11,1	0	0
ожирение 3 ст.	0	0	1	6,3	0	0	0	0
Нормальное АД	2	8,7	2	12,5	1	11,1	0	0
Всего с АГ:	21	91,3	14	87,5	8	88,9	8	100,0
1-й степени	2	8,7	2	12,5	2	22,2	1	12,5
2-й степени	4	17,4	3	18,8	2	22,2	0	0
3-й степени	5	21,7	2	12,5	2	22,2	1	12,5
Изолированная АГ	10	43,5	7	43,8	2	22,2	6	75,0
ИБС	14	60,9	12	75,0	5	55,6	4	50,0
Инфаркт миокарда	0		4	25,0	0	0	2	25,0
Инсульт	1	4,3	2	12,5	2	22,2	1	12,5
Сахарный диабет	3	13,0	2	12,5	1	11,1	1	12,5
ХОБЛ	5	21,7	4	25,0	3	33,3	0	0

вития белково-энергетической недостаточности в соответствии с критериями краткой шкалы оценки питания был установлен у 21,7% женщин и 25% мужчин в возрастной группе 65–74 года и у 33 и 12,5% соответственно в возрастной группе 75 лет и старше. Нормальные показатели когнитивного статуса имели в возрасте 65–74 лет 39,1% женщин и 62,5% мужчин; в старшей возрастной группе — 22,2% женщин и 37,5% мужчин.

Показатели, полученные во время эхокардиографического исследования пациентов с дисфункцией миокарда, сравнили с аналогичными параметрами, полученными у пациентов с симптомами СН. Статистически достоверные различия получены только по показателю времени замедления раннего наполнения левого желудочка. В группе пациентов с ДМ этот показатель составил $269,2 \pm 49,2$ мс, тогда как у участников с симптомами — $245,9 \pm 58,6$ мс ($p < 0,005$).

Оценили также основные показатели физического функционирования, которые у пожилых пациентов могут меняться значительно по при-

чинам, обусловленным неблагоприятным старением, и служить прогностическими индикаторами госпитализаций, хрупкости, помещения в дома ухода и инвалидизации (табл. 2).

Обсуждение. У обследованных пожилых пациентов в 21,5% случаев выявлена дисфункция миокарда, преимущественно диастолического характера, что сравнимо с международными данными. Так, в исследовании 2042 участников старше 45 лет, отобранных случайным методом в графстве Ольмстед штата Миннесота, США [11], проводившемся с 1997 по 2000 г., установлено, что в популяции 20,8% жителей имели незначительную диастолическую дисфункцию, 6,6% — умеренную и 0,7% — тяжелую. Систолическая дисфункция в этом же исследовании была выявлена у 6,0% обследованных. Однако в нашем исследовании доля больных с систолической дисфункцией составила 1,8%, что значительно меньше и может быть обусловлено более ранним, чем в возрасте 65 лет, развитием симптомов СН у участников нашего исследования.

Оценка физического функционирования пациентов с бессимптомной дисфункцией миокарда

Характеристика	Среднее	Стандартная ошибка	95% ДИ для среднего		Стандартное отклонение
			нижняя граница	верхняя граница	
Сила сжатия правой руки, кг	20,88	1,14	18,60	23,17	8,45
Сила сжатия левой руки, кг	18,17	1,14	15,88	20,46	8,46
Средняя сила сжатия обеих рук, кг	19,53	1,11	17,31	21,74	8,20
Скорость походки, м/с	0,61	0,030	0,55	0,67	0,22

Обращает внимание высокая частота артериальной гипертензии, что в общем согласуется с данными литературы. Так называемый портрет пациента с диастолической сердечной недостаточностью — женщина с артериальной гипертензией и ожирением. Высокий средний индекс массы тела заставляет пристальнее оценивать симптомы сердечной недостаточности, так как одышка может быть связана и с наличием ожирения.

У обследованных отмечено выраженное снижение показателей физического функционирования. Так, показатель скорости походки, являющийся индикатором прогноза, считается нормальным, если составляет от 1,8 до 1 м/с. Если скорость походки менее 0,8 м/с, то это означает снижение мобильности и развитие зависимости в течение ближайших двух лет; скорость походки ниже 0,6 м/с означает в ближайшее время развитие тяжелой ИБС, госпитализации, наступление смерти [12]. Таким образом, несмотря на отсутствие симптомов СН, группа с дисфункцией миокарда отличается крайне неблагоприятными прогностическими показателями. В связи с этим в задачи будущего исследования необходимо включить прогностическую оценку симптомов сердечной недостаточности и вклад их в развитие данного состояния.

Еще одним показателем неблагоприятного прогноза является депрессия. В обследованной группе показатели депрессии были несколько ниже, чем в популяции пожилых пациентов в Колпино [13]. В целом эти данные согласуются с результатами других российских популяционных исследований.

Выводы

1. Распространенность дисфункции миокарда, установленной при эхокардиографическом обследовании у пожилых участников исследования, составила 21,5% (95% ДИ, 16,9%–26,8%), причем преобладали нарушения диастолической функции (19,8%, 95% ДИ, 15,3%–24,9%).

2. У пациентов с диастолической дисфункцией миокарда чаще всего отмечали артериальную гипертензию и избыточную массу тела.

3. У пациентов, имевших бессимптомную дисфункцию миокарда, были выявлены неудовлетворительные показатели физического функционирования.

3. Параметры эхокардиографического исследования у участников с бессимптомной дисфункцией миокарда и с симптомами сердечной недостаточности достоверно различались только по времени замедления раннего наполнения левого желудочка.

Литература

1. ACC/AHA 2005 Guideline Update for the Diagnosis and Management of Chronic Heart Failure in the Adult // *Circulation*. — 2005. — Vol. 112, № 12. — P. 154–235.
2. Dargie H. J., McMurray J. J., McDonagh T. A. Heart failure — implications of the true size of the problem // *J. Intern. Med.* — 1996. — Vol. 239, № 4. — P. 309–315.
3. Национальные рекомендации по профилактике, диагностике и лечению артериальной гипертензии. — <http://www.cardiosite.ru/articles/article.aspx?articleid=5544>. — Последний визит на сайт 21.01.11.
4. Lemmink K. A. P., Kemper H., de Greef M. H. G. et al. Reliability of the Groningen Fitness Test for the Elderly // *Journal of Aging and Physical Activity*. — 2001. — Vol. 9. — P. 194–212.
5. Dumurgier J., Elbaz A., Ducimetiere P. et al. Slow walking speed and cardiovascular death in well functioning older adults: prospective cohort study // *BMJ*. — 2009. — Vol 339, № 4460. — P 10.

6. *de Craen A. J., Heeren T. J., Gussekloo J.* Accuracy of the 15-item geriatric depression scale (GDS-15) in a community sample of the oldest old // *Int. J. Geriatr. Psychiatry.* — 2003. — Vol. 18, № 1. — P. 63–66.
7. *Yesavage J. A., Brink T. L., Rose T. L. et al.* Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report // *J. Psychiatr. Res.* — 1982. — Vol. 17, № 1. — P. 37–49.
8. *Tombaugh J. A., McIntyre N. J.* The mini-mental state examination: a comprehensive review // *J. Am. Geriatr. Soc.* — 1992. — Vol. 40, № 9. — P. 922–935.
9. *Национальные рекомендации ВНОК И ОССН по диагностике и лечению ХСН (третий пересмотр) // Сердечная недостаточность.* — 2010. — Т. 11, № 1. — С. 1–58.
10. *Recommendations for Chamber Quantification: A Report from the American Society of Echocardiography's Guidelines and Standards Committee and the Chamber Quantification Writing Group, Developed in Conjunction with the European Association of Echocardiography, a Branch of the European Society of Cardiology // J. Am. Soc. Echocardiogr.* — 2005. — Vol. 18, № 12. — P. 1440–1463.
11. *Redfield M. M., Jacobsen S. J., John C., et al.* Burden of Systolic and Diastolic Ventricular Dysfunction in the Community: Appreciating the Scope of the Heart Failure Epidemic // *JAMA.* — 2003. — Vol. 289, № 2. — P. 194–202.
12. *Oberg T., Karsznia A., Oberg K.* Basic gait parameters: reference data for normal subjects, 10-79 years of age // *J. Rehabil. Res. Dev.* — 1993— V. 30, № 1. — p. 210–223.
13. *Гурина Н. А., Фролова Е. В., Дегриз Я.* Изучение состояния здоровья пожилых людей в одном из районов Санкт-Петербурга. Проект «Хрусталь» // *Успехи геронтологии.* — 2011. — № 1. — (Принято к печати).

Автор:

Таджибаев Пулод Джахонгирович — очный аспирант кафедры семейной медицины СПбМАПО, пр. Просвещения, 45, кафедра семейной медицины МАПО, Санкт-Петербург, 194291.

Адрес для контакта: pylod@mail.ru

УДК 616.8-009-055.26:616.379-008.64-053.2

УРОВЕНЬ НЕВРОТИЗАЦИИ И СТИЛИ СОВЛАДАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ МАТЕРЕЙ ДЕТЕЙ, БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

И. М. Никольская, И. Л. Коломиец

ГОУ ДПО Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования, Россия

NEUROTIZATION LEVEL AND COPING STYLE OF MOTHERS OF CHILDREN WITH DIABETES MELLITUS

I. M. Nikolskaya, I. L. Kolomiets

St. Petersburg Medical Academy of Postgraduate Studies, Russia

© И. М. Никольская, И. Л. Коломиец, 2011 г.

Исследованы уровень невротизации и копинг-стили матерей детей, больных сахарным диабетом I типа. Проанализированы взаимосвязи этих показателей с воспитательной практикой. Предложена модель краткосрочной гештальттерапии матерей, направленная на улучшение их совладания с болезнью ребенка и доступная в общей врачебной практике.

Ключевые слова: сахарный диабет I типа, уровень невротизации, копинг-стили, воспитание, гештальт-терапия.

The neurotization level and coping style of mothers with children who has type I diabetes have been studied. Correlations of these results with educational practice were analyzed. We offered the model of short-term gestalt-therapy. The model improves mother's coping with a child's illness and it is applicable in medical practice.

Key words: diabetes of I type, neurotization level, coping style, educational practice, gestalt-therapy.

Введение и актуальность. Сахарный диабет (СД) — наиболее распространенное эндокринное заболевание, проявляющееся абсолютным и относительным дефицитом инсулина, при котором организм теряет способность к утилизации углеводов как энергетического материала. По данным международных исследований, в мире насчитывается 160 млн больных сахарным диабетом. В России зарегистрировано более 2,5 млн больных, хотя, по мнению российских специалистов, их реальное число приближается к 8 млн. Каждые 15 лет число больных СД удваивается, а максимальный подъем заболеваемости приходится на препубертатный и пубертатный периоды [1]. По данным клинических наблюдений, СД у детей протекает значительно тяжелее, чем у взрослых. Хронические осложнения, необходимость соблюдения ежедневных медицинских процедур, преждевременная смерть в молодом возрасте — все это заставляет рассматривать СД у детей как одну из актуальных проблем современной педиатрии, эндокринологии и медицинской психологии.

СД входит в жизнь не только ребенка, но и его родителей, оказывая негативное влияние на пси-

хическое состояние членов семьи и семейные взаимоотношения. Показано, что матери заболевших детей переживают СД как «кризис» [2], вследствие чего у них может развиваться посттравматическое стрессовое расстройство [3]. Очевидно, что психофизическое самочувствие больного СД ребенка прямо взаимосвязано с состоянием нервно-психического здоровья его матери и ее способностью к совладанию со стрессом болезни, что обуславливает необходимость оказания ей психологической помощи.

В изучении семьи ребенка с СД акцент делают на характере семейных взаимоотношений и воспитании как одном из важных механизмов, регулирующих течение болезни [3, 4]. В то же время вопрос о взаимосвязи самочувствия больного ребенка в семье и характеристик его воспитания с нервно-психическим состоянием матери и ее стрессоустойчивостью продолжает оставаться малоизученным и потому актуальным.

Все вышеизложенное определило *цель настоящего исследования* — изучить у матерей детей, больных СД, уровень невротизации как обобщенный показатель их нервно-психического здоровья и копинг-стили — как важнейшую

личностную характеристику, отражающие уязвимость/устойчивость к стрессу; проанализировать взаимосвязи этих показателей с характеристиками воспитания и самочувствием ребенка в семье.

Полученные данные положены в основу разработки модели краткосрочной психологической помощи матерям детей, больных СД, основанной на теории и практике гештальттерапии.

Гештальттерапия — это направление психотерапии, основными принципами которого являются актуальность (работа в настоящем), стремление к развитию осознанности, формирование способности принимать ответственность за свою жизнь [6].

Материалы и методы исследования. Всего обследовано 150 жителей Санкт-Петербурга и Ленинградской области. Основную группу составили дети в возрасте 8-11 лет учащиеся общеобразовательных школ, больные инсулинозависимым сахарным диабетом ($n = 35$), и их матери ($n = 35$). Средний возраст детей основной группы — 9 лет, средний возраст матерей — 36 лет. На момент исследования дети основной группы находились на лечении в стационаре. Цель — компенсация углеводного обмена путем введения в организм инсулина и соблюдения режима приема пищи.

Контрольную группу составили здоровые учащиеся общеобразовательных школ в возрасте от 8 до 11 лет ($n = 40$) и их матери ($n = 40$). Средний возраст детей контрольной группы — 9 лет, средний возраст матерей — 34 года.

Для обследования матерей использовались шкала для психологической экспресс-диагностики уровня невротизации [7]; методика многомерного исследования копинга «Копинг-поведение в стрессовых ситуациях» Н. С. Эндлера, Д. А. Паркера в адаптации Т. Л. Крюковой [8], опросник для родителей «Анализ семейных взаимоотношений» (АСВ) Э. Г. Эйдемиллера, В. Юстицкиса [9]. Для обследования детей использована проективная методика «Рисунок семьи» [10].

Шкала для психологической экспресс-диагностики уровня невротизации — медико-психологический экспресс-диагностический инструмент, позволяющий оценить выраженность невротизации как обобщенного показателя нервно-психического здоровья. Высокий уровень невротизации отражает выраженную эмоциональную возбудимость, доминирование негативных переживаний (тревожность, напряженность, беспокойство, растерянность, раздражительность), легкую фрустрируемость внешними и внутренними обстоятельствами. Для лиц с высоким уровнем невро-

тизации характерно чувство неполноценности, затруднения в общении и социальная робость. Низкий уровень невротизации отражает эмоциональную устойчивость и положительный фон основных переживаний. Для лиц с низким уровнем невротизации характерны спокойствие, оптимизм, инициативность, чувство собственного достоинства, социальная смелость, независимость, легкость в общении, стрессоустойчивость.

Методика многомерного исследования копинга «Копинг-поведение в стрессовых ситуациях», предложенная канадскими исследователями Н. Эндлером и Д. Паркером и адаптированная Т. Л. Крюковой, направлена на изучение стилей совладающего со стрессом поведения как личностных (диспозиционных) характеристик. Психологическое предназначение копинга (совладания) состоит в том, чтобы как можно лучше адаптировать человека к требованиям ситуации, позволяя овладеть ею, ослабить или смягчить эти требования, постараться избежать или привыкнуть к ним и таким образом погасить стрессовое воздействие ситуации. В современной клинической психологии изучению копинг-поведения большое внимание уделяется в связи с тем, что оно рассматривается как важная мишень для психологического воздействия [8]. Методика определяет *три основных копинг-стиля*: проблемно-ориентированный (направлен на решение задачи, проблемы); эмоционально-ориентированный (направлен на переживание проблемы), ориентированный на избегание. В третьем стиле выделяют два вспомогательных субстиля: отвлечение от проблем и социальное отвлечение (поиск социальной поддержки) [8].

Опросник АСВ позволяет определить различные нарушения процесса воспитания и установить некоторые психологические причины этих нарушений. Воспитание — это целенаправленное формирование личности для подготовки ее к участию в общественной и культурной жизни в соответствии с социокультурными нормативными моделями. Оценивали следующие характеристики воспитания: уровень протекции, степень удовлетворения потребностей ребенка, количество требований, запретов и санкций, неустойчивость воспитания. Также выявлялись психологические (личностные) проблемы родителей, решаемые за счет ребенка: расширение сферы родительских чувств, предпочтение в ребенке детских качеств, воспитательная неуверенность родителя, фобия утраты ребенка, неразвитость родительских чувств, проекция на ребенка собственных нежелательных качеств, вынесение конфликта между супругами в сферу воспитания и др.

Original data

Методика «Рисунок семьи» предназначена для выявления особенностей внутрисемейных отношений и эмоционального самочувствия ребенка в семье. Оценивали следующие показатели: благополучие, тревожность, конфликтность, чувство неполноценности в семейной ситуации.

Статистическая обработка данных проведена с помощью программы «Статистика». Для сравнения выборок использовался критерий Фишера, для исследования корреляционной зависимости — коэффициент Спирмена.

Результаты и их обсуждение. Исследование невротизации показало, что в основной группе матерей среднее значение ее уровня ($M = 3,06$) достоверно выше, чем в контрольной ($M = 63,77$; $p < 0,000$).

Более чем у 30% матерей основной группы выявлены повышенный, высокий и очень высокий уровень невротизации, тогда как в контрольной группе такое не отмечено ни в одном случае. В то же время 80% матерей контрольной группы имели очень низкий и низкий уровень невротиза-

ции, тогда как в основной группе это обнаружено только в 22% наблюдений. Таким образом, у матерей детей, больных СД, наблюдалось отклонение в сторону высоких значений уровня невротизации, а у матерей здоровых детей — в сторону низких значений.

Специальный анализ содержания высказываний по шкале диагностики невротизации определил качественные характеристики эмоционального состояния матерей основной группы, уровень невротизации которых находился в границах от неопределенного до очень высокого: неуверенность в себе, недовольство своей жизнью, тревогу, разного рода страхи, а также повторяющиеся соматически неприятные ощущения.

Значимые корреляционные взаимосвязи уровня невротизации матерей сравниваемых групп с характеристиками воспитания и самочувствием ребенка в семье представлены в табл. 1.

Из табл. 1 видно, что обнаружена прямая корреляция уровня невротизации с потворствованием ($p < 0,05$) и чувством неполноценности у больного

Таблица 1

Корреляционные взаимосвязи уровня невротизации матерей с характеристиками воспитания и самочувствием ребенка в семье

Характеристики	Основная группа	Контрольная группа
	уровень невротизации	
Потворствование	0,031 ($p < 0,05$)	-0,353
Чувство неполноценности ребенка в семейной ситуации	0,031 ($p < 0,05$)	-0,367

ребенка в семье ($p < 0,05$). Потворствование — это особенность воспитания, проявляющаяся в максимальном и некритичном удовлетворении родителями потребностей ребенка. Чувство неполноценности — переживание ребенком своей малозначимости в семейной ситуации. Выявленная взаимосвязь означает, что чем выше у матери уровень невротизации и, значит, чем больше она испытывает тревогу, напряжение и беспокойство, тем больше стремится к некритичному удовлетворению потребностей ребенка, больного СД. Это согласуется с данными литературы [4]. В свою очередь, тревога, беспокойство и неуверенность в себе у матери прямо взаимосвязаны с переживанием ребенком неполноценности и изоляции в семье.

Исследование копинг-стилей показало, что в основной группе показатели проблемно-ориентированного ($p < 0,025$), ориентированного на избегание копинга, а также показатели субшкал «Отвлечение» и «Социальное отвлечение» до-

стоверно ниже, чем в контрольной группе матерей ($p < 0,001$).

Анализ частоты представленности значений копинг-стилей, находящихся выше или ниже средних нормативных значений для женщин, полученных в исследовании Т. Л. Крюковой [8], показал следующее (табл. 2).

Несмотря на отсутствие достоверных различий по шкале эмоционально-ориентированного копинга между основной и контрольной группами матерей, сравнение их показателей со средними нормативными значениями для женщин позволило проследить такое различие. Так, у 63% матерей основной группы показатели по данной шкале превышают среднее нормативное значение для женщин [8]. В отличие от этого, у 73% матерей здоровых детей значения эмоционально-ориентированного копинга находятся ниже среднего нормативного значения для женщин, что указывает на их меньшее эмоциональное реагирование на стресс.

Частота представленности показателей копинг-стилей матерей, находящихся выше и ниже средних нормативных значений для женщин, %

Величина показателей копинг-стиля	Показатели копинг-стиля									
	проблемно-ориентированный копинг		эмоционально-ориентированный копинг		копинг, ориентированный на избегание		отвлечение		социальное отвлечение	
	осн.	контр.	осн.	контр.	осн.	контр.	осн.	контр.	осн.	контр.
Выше средних значений	51	85	63	17,5	20	50	29	65	14	37,5
Ниже средних значений	49	15	37	72,5	80	50	71	25	86	62,5

Матери детей, больных СД, по шкале копинга, ориентированного на избегание, в 80% наблюдений имели показатели ниже среднего нормативного значения. Это указывает на то, что они не склонны к снятию тревоги, дискомфорта и восстановлению сил, использованию стратегии отвлечения от проблемы; обращаться за социальной поддержкой; избегать проблемы на уровне мышления или поведения. В то же время 65% матерей здоровых детей имеют по субшкале «Отвлечение» показатели выше среднего нормативного значения, что демонстрирует их умение применять различные стратегии отвлечения от проблем для снятия внутреннего напряжения и обретения душевного равновесия.

Обращает на себя внимание, что у 86% матерей основной и у 63% матерей контрольной группы показатели субстиля «Социальное отвлечение» находятся ниже среднего нормативного значения для женщин. Это свидетельствует о том, что они не склонны обращаться за социальной поддержкой к родным, знакомым или специалистам. Особенно это выражено у матерей детей, больных СД.

Корреляционные взаимосвязи копинг-стилей с уровнем невротизации не были достоверно установлены, однако были определены взаимосвязи копинг-стилей матерей детей, больных СД, с рядом других характеристик. Так, выраженность проблемно-ориентированного копинг-стиля матерей основной группы обратно взаимосвязана с тремя показателями: возраст ребенка, чрезмерность санкций, проекция на ребенка женских качеств ($p < 0,05$). Это показывает, что матери детей больных СД, у которых выражен рациональный анализ проблемной ситуации, воспитывают детей более младшего возраста, не склонны к использованию санкций и восприятию ребенка как носителя так называемых женских черт.

Выраженность эмоционально-ориентированного копинга обратно взаимосвязана с возрастом матери, чрезмерностью запретов и прямо взаимосвязана с количеством госпитализаций ребенка, гиперпротекцией, недостаточностью требований-запретов к ребенку, фобией утраты ребенка ($p < 0,05$). Гиперпротекция отражает стремление матери уделять ребенку много сил, внимания и времени. Недостаточность требований-запретов к ребенку показывает, что ребенку «все можно, ничего не запрещено». Фобия утраты ребенка свидетельствует о повышенной неуверенности матери, боязни ошибиться, преувеличенном представлении о болезненности ребенка. Выявленные взаимосвязи могут означать, что матери, которые эмоционально переживают сложные ситуации, — моложе и воспитывают детей, которые много раз были госпитализированы. Эти матери уделяют много времени, сил и внимания ребенку, его воспитание становится центральным делом их жизни. При этом существует фобия утраты ребенка, которая закономерно возникает, так как ребенок часто госпитализируется, а само заболевание — сахарный диабет — имеет высокий риск летального исхода. Страх утраты заставляет мать прислушиваться к любым пожеланиям ребенка и опекать его. В этом случае больному ребенку «все можно», даже если запреты для него и существуют, он легко их нарушает, зная, что ему за это ничего не будет.

Выраженность копинг-стиля, ориентированного на избегание, обратно взаимосвязана с тремя показателями: недостаточностью требований-запретов, чрезмерностью санкций, предпочтением в ребенке детских черт ($p < 0,05$), и прямо взаимосвязана с возрастом матери ($p < 0,05$). Чрезмерность санкций указывает на приверженность матерей к строгим наказаниям, неадекватность реагирования — на незначительные нарушения.

Предпочтение в ребенке детских черт отражает стремление матери игнорировать взросление ребенка, стимулировать у него сохранение непосредственности, наивности, игривости. Полученные данные свидетельствуют, что матери, умеющие отвлекаться от стрессовых ситуаций, искать социальную поддержку или избегать проблем, — более старшего возраста. В их воспитании присутствуют запреты, они не склонны инфантилизировать ребенка, но их наказания, если и присутствуют, не строги.

Полученные данные использованы при разработке модели краткосрочной психотерапии матерей детей, больных сахарным диабетом, в условиях детского эндокринологического отделения. В основу модели положены теория и практика гештальттерапии, которая содействует быстрому поиску адаптивных механизмов личности в среде [11].

Врач или медицинский психолог беседуют с матерью и предлагают ей принять участие в краткосрочной гештальт-терапии с целью более конструктивного совладания с психологическими последствиями хронической болезни ее ребенка.

Разработанная модель включает пять этапов психологического воздействия:

Первый этап — признание матерью ситуации хронического заболевания у ребенка. Специалист расспрашивает мать о действиях и усилиях, которые она предпринимает для лечения своего ребенка. Специалист позитивно переформулирует и озвучивает стратегии, которые позволили эффективно совладать с болезнью и ее последствиями.

Второй этап — помощь матери в осознании ею эмоциональных переживаний в актуальной ситуации и как реакции на ситуацию заболевания ребенка сахарным диабетом. Специалист фокусирует внимание матери на ее эмоциональных реакциях, озвучивая эмоции, которые он регистрирует в процессе наблюдения за матерью.

Третий этап — осознание матерью своих потребностей. Специалист называет потребности матери, которые были фрустрированы в связи с болезнью ребенка, обсуждает возможность их удовлетворения или добровольного отказа от удовлетворения.

Четвертый этап — осознание матерью того, как она получает поддержку и организует самоподдержку. При недостаточной самоподдержке показателем которой является высокое значение эмоционально-ориентированного копинга, задача специалиста заключается в прояснении тех действий, которые могут поддержать мать

при совладании с ситуацией болезни ребенка. Если мать при решении проблем опирается на себя (высокий проблемно-ориентированный копинг), специалист помогает ей совладать со стрессом путем обращения за содействием к другим людям, поощряет на получение поддержки психолога/врача (копинг «Социальное отвлечение»).

Пятый этап — осуществление новой формы поведения в организации внутренней и внешней поддержки. Специалист обсуждает с матерью новую форму поведения, которая в ситуации болезни ребенка удовлетворяет ее потребности. Посредством усиления у матери саморегуляции и самоподдержки специалист способствует разрешению проблемы семьи — конструктивному совладанию с болезнью.

Для иллюстрации использования данной модели рассмотрим клинический случай.

Мать Анна, 26 лет, среднее специальное образование, менеджер, замужем.

Дочь Елена, 8 лет, ученица 2-го класса общеобразовательной школы. Диагноз: сахарный диабет 1-го типа с 4 лет. Елена пятый раз госпитализирована в эндокринологическое отделение.

У матери определен высокий уровень невротизации, высокие значения эмоционально-ориентированного копинг-стиля и низкие значения субстиля «Отвлечение». Это свидетельствует, что она чрезмерно эмоционально реагирует на проблемные ситуации. Воспитанию и здоровью дочери Анна уделяет много времени, сил и внимания, это центральное дело ее жизни. При этом имеет место фобия утраты ребенка, которая закономерно возрастает из-за частых госпитализаций и высокого риска летального исхода. Страх утраты заставляет Анну прислушиваться к любым пожеланиям ребенка и опекать ее. Елене «все можно», даже если запреты для нее и существуют, она легко их нарушает, зная, что ей за это ничего не будет.

Следуя разработанной модели гештальттерапии, психолог обсудила историю заболевания ребенка. Обнаружено, что Анна восприняла ситуацию «эмоционально, винила себя и сильно переживала».

Отметим, что в случае преобладания эмоционально-ориентированного совладания при реализации модели следует начинать со второго этапа, потом переходить к первому, а затем вновь возвращаться ко второму. Это требуется для снижения эмоционального напряжения и гармонизации эмоционального состояния матери. В связи с этим психолог сфокусировалась на эмоциональных переживаниях матери — вине и страхе, которые приводили к усилению выполнения родительской роли по отношению к дочери. Здесь важным для Ан-

ны оказалось признание ее стремления совладать со сложной ситуацией.

Переходя к третьему этапу, психолог сосредоточила внимание матери на осознании ее потребностей как важнейшего источника активности личности и формирования нового поведения. Анна признала, что нуждается в поддержке, которая может принимать разные формы. Особо отметила важность поддержки со стороны мужа («пойти вдвоем куда-нибудь», «муж сходит со мной вместе на прием к врачу»).

На четвертом и пятом этапах Анна активно обсуждала изменения, которые она может внести в свою жизнь, и кто ей в этом может содействовать. В обсуждении фигурировали ее муж, дочь, мать. Все вместе это привело к осмыслению важности новой формы поведения, отражающей субстиль копинга «Социальное отвлечение» — возможность и необходимость обращаться за социальной поддержкой.

Заключение. Проведенное исследование показывает, что у матерей детей, больных СД, уровень невротизации достоверно выше, чем у матерей здоровых детей. Для них характерны неуве-

ренность в себе, недовольство своей жизнью, тревога и разного рода страхи, повторяющиеся неприятные соматически ощущения. Уровень невротизации матерей прямо взаимосвязан с поведением больному ребенку и его собственным чувством неполноценности и изоляции в семье.

Показатели проблемно-ориентированного копинга и копинга, ориентированного на избегание, а также показатели субшкал «Отвлечение» и «Социальное отвлечение» у матерей детей, больных СД, достоверно ниже, чем в группе матерей здоровых детей. Копинг-стили матерей больных детей взаимосвязаны с их собственным возрастом, возрастом и количеством госпитализаций ребенка, характеристиками воспитательной практики.

Результаты исследования положены в основу разработки модели краткосрочной гештальттерапии матерей детей, больных СД, доступной для осуществления в общей врачебной практике. Модель направлена на осознание матерью более конструктивного совладания с болезнью ребенка и может быть использована медицинскими психологами, врачами и другими специалистами.

Литература

1. Дедов И. И., Кураева Т. Л., Петеркова В. А., Щербачева Л. Н. Сахарный диабет у детей и подростков. — М., 2002. — 391 с.
2. Сабунаева М. Л. Факторы переживания родителями критической ситуации заболевания ребенка сахарным диабетом // Вестник Поморского университета. — 09.2006. — № 3. — С. 25–28.
3. Landolt M. A., Ribl K., Laimbacher J., Vollrath M., Gnehm H. E., Sennhauser F. H. Posttraumatic stress disorder in parents of children with newly diagnosed type 1 diabetes // J. Pediatric Psychology. — 2002. — 27 (7). — С. 647–652.
4. Мотовилин О. Г., Щербачева Л. Н., Андрианова Е. А., Кураева Т. Л. Детско-родительские отношения в семьях детей, больных сахарным диабетом I типа // Сахарный диабет. — 2008. — № 4(41) — С. 50–54.
5. Самойлова Ю. Г., Кравец Е. Б., Олейник О. А. Роль психологических факторов в достижении адекватного гликемического контроля у детей и подростков с сахарным диабетом I типа // Бюллетень сибирской медицины. — 2010. — № 1. — С. 97–102.
6. Робин Ж.-М. Быть в присутствии другого: этюды по психотерапии. — М.: Институт общегуманитарных исследований, 2008. — 288 с.
7. Шкала для психологической экспресс-диагностики невротизации: Пособие для врачей и психологов. — СПб., 1999. — 35 с.
8. Крюкова Т. Л. Психология совладающего поведения.— Кострома: Студия оперативной полиграфии «Авантитул». — 2004. — 344 с.
9. Эйдемиллер Э. Г., Юстицкис В. Психология и психотерапия семьи. — СПб., 2009. — 656 с.
10. Лидерс А. Г. Психологическое обследование семьи.— М.: Издательский центр «Академия».— 2007.— 432 с.
11. Сименс Х. Практическое руководство для гештальттерапевтов.— СПб., 2008. — 168 с.

Авторы:

Никольская Ирина Михайловна — д.пс.н., профессор кафедры детской психиатрии, психотерапии и медицинской психологии ГОУ ДПО СПбМАПО;

Коломиец Ирина Леонидовна — старший лаборант кафедры детской психиатрии, психотерапии и медицинской психологии ГОУ ДПО СПбМАПО, психолог.

Адрес для контакта: kolirina2006@yandex.ru

УДК 616.72-002.77:615.03

ЛЕКАРСТВЕННАЯ ТЕРАПИЯ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА С ПОМОЩЬЮ ГЕННО-ИНЖЕНЕРНЫХ БИОЛОГИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ

Э. Н. Оттева¹, Е. Г. Зоткин²

¹ ГУЗ «Краевая клиническая больница № 1 им. профессора С. И. Сергеева»;

¹ ГОУ ДПО Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения, Хабаровск, Россия;

² ГОУ ДПО Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования Росздрава, Россия;

² ГУЗ «Клиническая ревматологическая больница № 25», Санкт-Петербург, Россия

PHARMACOLOGICAL TREATMENT OF RHEUMATOID ARTHRITIS WITH BIOLOGIC AGENTS

E. N. Otteva¹, E. G. Zotkin²

¹ Regional Clinical Hospital N 1 named after prof. S. I. Sergeev, Khabarovsk;

¹ Institute of Advanced Training of health professionals, Khabarovsk, Russia;

² St. Petersburg Medical Academy of Postgraduate Studies;

² St. Petersburg Clinical Rheumatologic Hospital N 25, Russia

© Э. Н. Оттева, Е. Г. Зоткин, 2011 г.

Ревматоидный артрит (РА) является хроническим воспалительным заболеванием суставов, протекающим с их деструкцией, прогрессированием сопутствующих болезней, а также развитием стойкой инвалидизации. РА — это самое частое аутоиммунное заболевания человека. Продолжительность жизни пациентов РА меньше, чем в общей популяции. В настоящее время выдвинута концепция раннего назначения базисных противоревматических препаратов в течение так называемого двухгодичного терапевтического окна. Препаратами первой линии в лечении РА по праву считаются метотрексат и лефлуномид. Для повышения их эффективности стали активно применяться биологические препараты (блокаторы фактора некроза опухоли, рецептора интерлейкина 6, ко-стимуляции Т-лимфоцитов, анти-CD20). В статье обсуждаются результаты клинических исследований с применением биологических препаратов, а также стратегия лечения раннего и позднего РА.

Ключевые слова: ревматоидный артрит, метотрексат, лефлуномид, биологическая терапия.

Rheumatoid arthritis (RA) is a chronic inflammatory arthropathy with articular damage, attendant comorbidities, and with increasing disability. RA is the most common human autoimmune disease. Life expectancy in RA patients is less than in the general population. Now there is put forward the concept of early administration of disease-modifying antirheumatic drugs during so-called two-year therapeutic window. First-line drugs in the treatment of RA are methotrexate and leflunomide. To enhance their effectiveness biological agents have been actively used in clinical practice (TNF blockers, IL-6 blockers, anti-CD20, blockers of co-stimulation). In this article the authors discuss the results of clinical trials with including biologic agents and treatment strategy of early and late RA.

Keywords: rheumatoid arthritis, methotrexate, leflunomide, biologic agents.

Ревматоидный артрит (РА) — аутоиммунное ревматическое заболевание неизвестной этиологии, характеризующееся хроническим эрозивным артритом (синовитом) и системным поражением внутренних органов [1–3]. РА относится к наиболее частым аутоиммунным заболеваниям и является одним из самых «молодых» болезней человечества.

Более половины больных становятся инвалидами уже в первые 5–7 лет болезни. Через 20 лет от начала болезни число инвалидов увеличивается до 60–90% [4].

Еще в начале 1980-х годов РА рассматривали как доброкачественное заболевание, лечение ко-

торого заключалось в назначении нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП) в качестве монотерапии и применении комплекса физиотерапевтических процедур. Только при тяжелом течении РА и неэффективности НПВП назначали иммуносупрессивные препараты нецитостатического ряда, а также глюкокортикоиды (ГК). Однако представления ведущих ревматологов о принципах лекарственной терапии РА в настоящее время существенно изменились. Длительные проспективные исследования убедительно доказывают, что раннее назначение базисных противовоспалительных препаратов (БПВП) улучшает прогноз РА: быстро развива-

ется симптоматический эффект, что приводит к ограничению синовитов, и происходит торможение костной деструкции, что увеличивает способность к самообслуживанию и существенно снижает инвалидность [2].

Уже в начале 90-х годов была выдвинута концепция раннего назначения БПВП в течение так называемого двухгодичного терапевтического окна (2-year therapeutic window). В последнее время чаще стал употребляться термин «окно возможностей» (window of opportunity) [2].

К БПВП относятся метотрексат, лефлуномид, сульфасалазин, гидроксихлорохин, поскольку их применение в виде монотерапии или комбинации способствует торможению эрозивного процесса в пораженных суставах. Достижению более частого и быстрого ответа на лекарственную терапию способствует применение биологической терапии.

Препаратами первой линии могут считаться метотрексат и лефлуномид, однако возможно применение и других лекарственных средств, как правило, при доброкачественном дебюте РА [1, 5].

Первые публикации, свидетельствующие об эффективности метотрексата в лечении РА, относятся к середине 50-х годов. Метотрексат подавляет выработку трансметилированных токсических метаболитических продуктов, которые накапливаются в тканях в условиях хронического воспаления, снижает количество и функциональную активность макрофагов в очаге воспаления. Терапевтическая активность определяется антифолатным действием препарата. Ингибируя фермент дегидрофолатредуктазу, метотрексат в низких дозах оказывает антипролиферативный эффект, а в высоких дозах индуцирует апоптоз активированных Т-клеток. Концентрация препарата в сыворотке крови сопоставима с концентрацией в синовиальной оболочке. За счет этого метотрексат достаточно быстро, уже к концу первого месяца от начала лечения, способствует уменьшению боли и воспаления в периферических суставах. Препарат хорошо переносится в широком диапазоне терапевтической дозы (от 7,5 до 25 мг/нед), что позволяет проводить как эскалацию, так и индукцию лечения. Применение метотрексата позволило улучшить не только непосредственный, но и отдаленный прогноз у многих пациентов [3, 5].

Следует отметить, что приемлемая эффективность метотрексата наблюдается примерно у 50% больных РА. В больших дозах препарат может вызывать побочные эффекты, что ограничивает его применение. Не исключено развитие вторичной резистентности при длительном применении [2].

Другим препаратом выбора является лефлуномид, который используют для лечения только РА. Внедрение лефлуномида в клиническую практику улучшило ситуацию в некоторых случаях, однако не решило всех проблем. Лефлуномид является пролекарством, он быстро конвертируется в активный метаболит А771726 с длительным периодом полувыведения (до 18 дней), который замедляет клеточный цикл путем ингибции пиримидина рибонуклеотида, что сопровождается нарушением синтеза ДНК и РНК в лимфоцитах. Так реализуется цитостатический эффект не только в Т-лимфоцитах, но и активированных моноцитах/макрофагах и В-лимфоцитах. Было показано, что за счет подобного механизма действия лефлуномид обладает хорошим противовоспалительным, иммуномодулирующим и антипролиферативным эффектом.

В. Combe с соавторами (2003) отметили некоторое преимущество лефлуномида по сравнению с метотрексатом в лечении РА. Эффективность лефлуномида доказана у пациентов с ранним РА, которые никогда не получали метотрексат [2, 6].

В Российском исследовании РАДИКАЛ показано, что из 30 пациентов с высокой степенью активности ($DAS28 \geq 6,0$), получавших в качестве первого базисного препарата лефлуномид, у 13 была достигнута ремиссия [1]. По данным Р. М. Балабановой (2009), среди 51 пациента, принимавшего лефлуномид в течение 6 месяцев, положительные результаты получены в 94,1% случаях [7].

Достаточно высокая эффективность показана при применении комбинированной терапии метотрексатом, лефлуномидом, внутрисуставными инъекциями глюкокортикоидов при раннем РА [3].

Бурный прогресс в изучении патогенеза РА, открытие основных провоспалительных цитокинов, влияющих на иммунный дисбаланс, привели к развитию нового направления в терапии аутоиммунных ревматических болезней — лечения генно-инженерными биологическими препаратами (ГИБП) [2, 3, 7].

Поскольку фактор некроза опухоли- α (ФНО- α) является ведущим цитокином в развитии РА, именно он стал первой мишенью антицитокиновой терапии. Начали разрабатывать блокаторы или ингибиторы ФНО- α . Первым из моноклональных антител на рынке фармпрепаратов России появился инфликсимаб (ремикеид) [3, 7, 8]. Инфликсимаб представляет собой химерное моноклональное антитело к ФНО- α , состоящее из 75% человеческого и 25% мышинового белка. Препарат с высокой специфичностью связывается как с растворимым, так и с мембраносвязанным ФНО- α . Инфликсимаб позволяет за короткий период времени уменьшить клинико-лабораторные

проявления РА и замедлить костную деструкцию. Препарат относится к химерным и должен применяться с метотрексатом [3, 8].

В одном из первых рандомизированных клинических исследований (РКИ) ATTRACT, целью которого было изучение эффективности инфликсимаба, было включено 428 больных с высокой активностью РА. Добавление инфликсимаба к метотрексату привело к значительному улучшению течения РА в 51% случаев. В контрольной группе, получавшей метотрексат в виде монотерапии, такие же результаты были достигнуты лишь у 17% пациентов. Через 2 года темпы деструкции, оценивавшиеся по методу Шарпа, были значительно ниже в группе вмешательства по сравнению с контрольной группой.

Результаты открытого исследования, проведенного в России (2004), совпали с данными РКИ ATTRACT. При использовании инфликсимаба к концу первого года достигнуто улучшение у 52% больных РА, а клиническая ремиссия — в 16% случаев [3].

В РКИ ASPIRE, одной из задач которого было определение эффективной дозы инфликсимаба, было показано, что к 54-й неделе ремиссия наблюдалась у 21,2–31% пациентов с РА. При этом значимое торможение деструкции суставов наблюдалось в случаях, когда доза инфликсимаба составляла 3 мг/кг массы тела [14].

Особо следует отметить исследование BeST, в которое были включены пациенты с ранним РА (до 2 лет). Сложный дизайн исследования был обусловлен попыткой симуляции обстоятельств реальной клинической практики. Авторы применили различные схемы лечения: 1) монотерапия метотрексатом и его замена при недостаточной эффективности (I группа); 2) комбинированная терапия любого БПВП с метотрексатом (II группа); 3) одновременное назначение метотрексата, сульфасалазина и преднизолона (III группа); 4) комбинированная терапия метотрексатом с инфликсимабом (IV группа). Через 4 года в IV группе 43% больных РА находились в состоянии ремиссии, причем 13% — в так называемой безлекарственной ремиссии, поскольку к этому времени в применении БПВП не было необходимости. Достоверное снижение темпов костной деструкции отмечено в III и IV группах. В I и II группах рентгенологическое прогрессирование заболевания наблюдалось более чем в 50% случаев [9].

В настоящее время обсуждается вопрос о ремиссии без лекарств [1, 7]. Через 5 лет наблюдения пациентов с РА, включенных в исследование BeST, у 19% удалось отменить все противоревматические препараты с сохранением ремиссии на протяжении более 22 месяцев. D. Furst с соавто-

рами высказали суждение о реальной возможности достижения длительной ремиссии при последовательном использовании БПВП и ГИБП [7].

Другой полностью человеческий блокатор ФНО- α , адалимумаб (хумира), который вводится под кожу живота по 40 мг 2 раза в месяц, нашел применение для лечения РА как в комбинации с метотрексатом, так и в качестве монотерапии [10–12].

Исследование PREMIER, в котором участвовало 799 пациентов с тяжелым ранним РА, показало, что быстрый и очень хороший клинический эффект развивался одинаково часто на фоне применения адалимумаба как в виде монотерапии, так и с метотрексатом. К концу 2 года наблюдения комбинированная терапия вызывала ремиссию и торможение рентгенологической деструкции достоверно чаще ($p < 0,001$), чем монотерапия адалимумабом [11].

Клонирование генов рецептора ФНО- α позволило создать еще один класс моноклональных антител к растворимым рецепторам. Этанерцепт (энбрел) — димерный комбинированный белок, состоящий из человеческого р75 рФНО α , соединенного с Fc-фрагментом человеческого иммуноглобулина. Препарат применяют в качестве монотерапии и комбинации с метотрексатом в дозе 25 мг 2 раза/нед или 50 мг 1 раз/нед [13].

В исследовании COMET 542 больных с ранним РА были рандомизированы на 2 группы. Одна группа ($n = 274$) получала этанерцепт с метотрексатом, а другая ($n = 268$) — плацебо с метотрексатом. Через 52 недели достигли клинической ремиссии 50% пациентов первой группы и лишь 28% — второй группы ($p < 0,001$). Рентгенологическая ремиссия получена в 78,2 и 56,4% случаях в первой и второй группах соответственно [3].

Таким образом, первые результаты использования ГИБП, направленных на блокаду ФНО- α , были обнадеживающими, но отдаленные результаты показали, что в реальной клинической практике от 30 до 60% пациентов с РА оказались рефрактерны к антицитокиновой терапии. Менее чем у половины больных РА удавалось достигнуть полной или частичной ремиссии, около трети больных прекращали лечение через 2–3 года из-за развития вторичной рефрактерности [2, 13, 14]. Отмечено также увеличение частоты туберкулеза, что потребовало более тщательного наблюдения за больными, получавшими блокаторы ФНО- α .

Известная роль В-лимфоцитов в инициации и прогрессировании различных заболеваний способствовала созданию еще одного ГИБП, блокирующего CD20-молекулу. Препарат получил название ритуксимаб (мабтера) и представляет собой химерное моноклональное антитело, со-

стоящее из человеческого и мышиноного белковых компонентов. В клинической практике ритуксимаб стали использовать в лечении неходжкинских лимфом, а затем и других гематологических заболеваний начиная с 1997 года [3, 13, 15–18]. Установлено, что ритуксимаб блокирует только антиген CD20 на поверхности зрелых клеток, но не влияет на плазматические клетки, что не изменяет общий иммунитет больного и не повышает риск развития инфекций (исключение составляет вирусный гепатит В) [3].

Детальный анализ результатов исследований и механизмов действия ритуксимаба послужил поводом его применения при рефрактерном ревматоидном артрите. После премедикации метилпреднизолоном для уменьшения выраженности аллергических реакций ритуксимаб вводят внутривенно медленно по 1000 мг с интервалом в 14 дней два раза в год. Доказано, что препарат может применяться в качестве монотерапии, а также в комбинации с метотрексатом.

Первое регистрационное РКИ REFLEX с включением 499 больных РА показало преимущество комбинированной терапии ритуксимабом и метотрексатом перед монотерапией метотрексатом. Отчетливый эффект от лечения (клиническое и рентгенологическое улучшение) отмечен практически у всех больных I группы, при этом эффективность монотерапии метотрексатом была в 3 раза ниже [16, 18]. При проведении повторных курсов ритуксимаба наблюдалось нарастание эффекта от терапии. Доказана достаточная безопасность длительного применения ритуксимаба: не было выявлено увеличения риска оппортунистических инфекций, в том числе туберкулеза, реактивации вирусных инфекций и роста онкологических заболеваний.

В исследовании DANCER, включавшем в себя 465 больных РА, резистентных к базисной терапии, показано, что премедикация метилпреднизолоном, существенно не влияя на конечный результат, способствовала быстрому позитивному ответу на лечение [17].

По данным Российского регистра больных РА, получающих ГИБП, после первого курса лечения ритуксимабом через 24 недели ремиссия была достигнута в 15,3% случаев, что сопоставимо с данными ретроспективного анализа N. Assosus и соавторов [3].

Исследование MIRROR, включавшее 378 больных РА с тяжелым течением и недостаточной эффективностью метотрексата в дозе 10–25 мг/нед, показало, что ритуксимаб в стандартной дозе 2000 мг на курс восстанавливал или повышал клинический эффект у больных с вторичной резистентностью к инфликсимабу.

Возможность применения ритуксимаба в качестве препарата первой линии подтвердило исследование SERENE, в которое было включено 512 больных РА. Отмечено нарастание эффекта после каждого курса ритуксимаба. Так, через 48 недель лечения достигнута ремиссия у 11% больных, а у 24% получена низкая степень активности.

Интерлейкин-6 играет ключевую роль в хронизации воспаления и развитии системных проявлений РА, поскольку синтезируется многими клетками (Т- и В-лимфоциты, фибробласты, эндотелиальные клетки, моноциты, кератиноциты, мезангиальные и глиальные клетки). Гуманизованное моноклональное антитело к интерлейкину-6 получило название тоцилизумаб (актепра).

Уже в первом исследовании CHARISMA было показано снижение активности РА почти до ремиссии у 44,7% пациентов, получавших тоцилизумаб в дозе 8 мг/кг. Другое открытое исследование SAMURAI показало существенное торможение костной деструкции у пациентов на тоцилизумабе. Подобные результаты получены в РКИ OPTION и TOWARD, где в исследования включались наиболее тяжелые больные, получавшие ранее 4 и более различных БПВП [3, 12].

Подавление патологической активации Т-лимфоцитов удалось осуществить путем создания блокатора ко-стимуляции Т-лимфоцитов — абатацепта (орнсия) [19]. В исследовании AIM (2006) показано, что в течение двухлетнего периода наблюдения комбинированная терапия абатацептом и метотрексатом привела к развитию ремиссии у 30,9% больных РА, а низкая активность по индексу DAS28 была отмечена в 56,1% случаев, что оказалось в 2 раза выше по сравнению с группой контроля (монотерапия метотрексатом).

Появление все большего количества ГИБП ставит перед ревматологами ряд вопросов, таких как оптимизация схем лечения РА; лечение раннего РА, эскалация лекарственной терапии (step up), ее ограничение при достижении желаемого результата (step down), комбинированная терапия, переход с одного базисного препарата на другой при развитии вторичной резистентности (switch on) [20]. Проведенные крупные РКИ с применением различных препаратов, блокирующих провоспалительные цитокины, убедительно доказали их более высокую эффективность в комбинации с метотрексатом по сравнению с монотерапией БПВП. При ускользании первичного ответа на любой ГИБП возможен переход на другой биологический препарат. Включение ГИБП в лечение РА возможно как в ранней, так и в поздней стадиях патологического процесса при неэффективности БПВП. Таким образом, достижение ремиссии РА с помощью ГИБП становится более реалистичной задачей.

Литература

1. Каратеев Д. Е. Ранний ревматоидный артрит: диагностика, принципы ведения больных / Лекции цикла повышения квалификации врачей. — М.: Изд-во «АРР». — 2009. — С. 34–42.
2. Насонов Е. Л. Почему необходима ранняя диагностика и лечение ревматоидного артрита? // РМЖ. — 2002. — Т. 10, № 22. — С. 1009–1012.
3. Сигидин Я. А., Лукина Г. В. Биологическая терапия в ревматологии. — М., 2007. — 179 с.
4. Горячев Д. В., Эрдес Ш. Ф. Стоимость ревматоидного артрита и экономическая целесообразность терапии // Научно-практ. ревматология. — 2001. — № 5. — С. 58–65.
5. British Society for Rheumatology and British Health Professionals in Rheumatology guideline for the management of rheumatoid arthritis // Rheumatology. — 2009. — № 1. — P. 1–23.
6. Combe B, Oed C. Higher efficacy of Leflunomide in methotrexate-naive patients // Ann. Rheum. Dis. — 2003. — № 62, Suppl. 1. — P. 189.
7. Балабанова Р. М. Эффективность лефлуномида (Арава) при раннем ревматоидном артрите // РМЖ. — 2009. — Т. 17, № 21. — С. 1418–1426.
8. Насонов Е. Л. Моноклональные антитела к фактору некроза опухоли б в ревматологии // РМЖ. — 2003. — Т. 11, № 7. — С. 390–394.
9. Coekoop-Ruiterman Y., Vries-Bouwstra de J. et al. Clinical and radiographic outcomes of four different treatment strategies in patients with early rheumatoid arthritis (the Best study): A randomized, controlled trial // Arthritis & Rheum. — 2005. — № 52. — P. 27–35.
10. Насонов Е. Л. Применение ритуксимаба при ревматоидном артрите: новые данные // Тер. архив. — 2009. — Т. 81, № 6. — С. 1–9.
11. Breedveld F., Weisman M., Kavanaugh A. et al. The PREMIER Study: multicenter, randomized, double-blind clinical trial of combination therapy with adalimumab plus methotrexate alone or adalimumab alone in patients with early rheumatoid arthritis who had not had previous methotrexate treatment // Arthritis Rheum. — 2006. — № 54. — P. 26–37.
12. Burmester G. R., Van de Putte L., Rau R. et al. Sustained efficacy of adalimumab monotherapy in patients with DMARD refractory RA // Ann. Rheum. Dis. — 2003. — № 62, Suppl. 1. — P. 192.
13. Насонов Е. Л. Применение ритуксимаба при ревматоидном артрите: новые данные // Тер. архив. — 2009. — Т. 81, № 6. — С. 1–9.
14. Smolen J. S., van der Heijde D. et al. Predictors of joint damage in patients with early rheumatoid arthritis treated with high-dose methotrexate with or without concomitant infliximab. Results from the ASPIRE trial // Arthritis Rheum. — 2006. — № 54. — P. 702–710.
15. Blank N., Max R., Briem S. et al. Combination therapy with Rituximab and etanercept for patients with rheumatoid arthritis // Ann. Rheum. Dis. — 1998. — № 67, Suppl. 2. — P. 188.
16. Cohen S. B., Greenwald M., Dougados M. R. et al. Efficacy and safety of rituximab in active RA patients who experienced an inadequate response to one or more anti-TNF б therapies (REFLEX study) // Arthritis Rheum. — 2005. — № 52, Suppl. — S 677.
17. Emery P., Fleischmann R., Filipowicz-Sosnowska A. et al. The efficacy and safety of rituximab in patients with active rheumatoid arthritis despite methotrexate treatment: results of a phase IIb double-blind, placebo-controlled, dose-ranging trial (DANCER) // Arthritis Rheum. — 2006. — № 54. — P. 1390–1400.
18. Keystone E., Emery P., Peterfy C. D. et al. Prevention of joint structural damage at 1 year with rituximab in rheumatoid arthritis patients with an inadequate response to one or more TNF inhibitors (REFLEX Study) [abstract] // Ann. Rheum. Dis. — 2006. — № 65. — P. 58.
19. Насонов Е. Л. Новые аспекты фармакотерапии ревматоидного артрита — блокада ко-стимуляции Т-лимфоцитов // РМЖ. — 2009. — Т. 17, № 3. — С. 2–7.
20. Furst D. E., Keystone E. C., Kirkham B. et al. Updated consensus statement on biological agents for the treatment of rheumatic diseases, 2008. // Ann. Rheum. Dis. — 2008. — № 67. — P. 2–25.

Авторы:

Оттева Эльвира Николаевна — заведующий ревматологическим отделением краевой клинической больницы № 1 им. профессора С. И. Сергеева, доцент кафедры внутренних болезней Института повышения квалификации специалистов здравоохранения (Хабаровск);

Зоткин Евгений Германович — заведующий кафедрой сестринского дела и социальной работы Санкт-Петербургской медицинской академии последипломного образования, руководитель центра профилактики остеопороза Клинической ревматологической больницы № 25 (Санкт-Петербург).

Адреса для контакта: elvott@mail.ru, ezotkin@mail.ru

МЕЖДУНАРОДНАЯ ПРЕМИЯ ИМЕНИ ПЕТРА ВЕЛИКОГО ДЛЯ СЕМЕЙНЫХ ВРАЧЕЙ. ПЕРВЫЕ ПОБЕДИТЕЛИ

О. Ю. Кузнецова, Я. Дегриз

ГОУ ДПО Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования, Россия
Левенский католический университет, Бельгия

INTERNATIONAL THE PETER THE GREAT AWARD FOR FAMILY PHYSICIANS. FIRST WINNERS

O. Yu. Kuznetsova, J. Degryse

St. Petersburg Medical Academy of Postgraduate Studies, Russia
Leven Catholic University, Belgium

© О. Ю. Кузнецова, Я. Дегриз, 2011 г.

В Санкт-Петербурге подведены итоги международного конкурса на получение премии имени Петра Великого для молодых семейных врачей. На церемонии, организованной в Генеральном консульстве Бельгии, вручен диплом первому лауреату — врачу общей практики Н. Ю. Васильеву. Проект реализован в рамках сотрудничества СПбМАПО и Католического университета Левена (Бельгия).

Ключевые слова: семейный врач, премия имени Петра Великого, международное сотрудничество.

27 мая 2011 года в Генеральном консульстве Бельгии в Санкт-Петербурге состоялась торжественная церемония вручения первой премии имени Петра Великого. Это событие имеет свою интересную историю. Идея о поощрении российских молодых талантливых семейных врачей возникла у профессора кафедры семейной медицины Католического университета Левена Яна Дегриза. Благодаря его энтузиазму и искренней любви к нашей стране началось творческое сотрудничество одного из старейших университетов Европы и Санкт-Петербургской медицинской академии последипломного образования. В немалой степени этому союзу способствовало совместное участие в работе Европейской академии преподавателей семейной медицины профессора Е. В. Фроловой и нашего бельгийского коллеги.

Почему эта премия получила имя Петра Великого и предназначена именно для семейных врачей? Как нам хорошо известно, Петр I провел несколько месяцев в европейских странах и, в частности, в Голландии, на той территории страны, которая в настоящее время является частью Бельгии. Недаром современники называли Петра царем-плотником. Он сам учился строить корабли, готовил своих подчиненных за рубежом, а затем полученные знания и умения воплощались на практике, в частности при создании российского флота. Пример человека, обучившегося за рубежом и способствующего развитию любого нового направления в науке или практи-

ческой деятельности в своей стране, не только поучителен, но и достоин подражания в лучшем значении этого слова. Именно поэтому Петр Первый стал символом первого международного конкурса для молодых семейных врачей, аналогов которому в нашей стране еще нет. К сожалению, пока в нашей стране семейная медицина не является престижной специальностью. Тем не менее в первичном звене здравоохранения трудится много талантливой молодежи. На ее поощрение и поддержку, которая будет способствовать профессиональному росту, а следовательно, и развитию семейной медицины, ориентирован данный конкурс.

Бельгийской и российской сторонами были разработаны правила для участников конкурса. В их число могли войти семейные врачи или клинические ординаторы кафедр общей врачебной практики/семейной медицины российских образовательных учреждений в возрасте не старше 35 лет. Их творческий потенциал оценивали по качеству выполнения одного из трех видов письменных работ: описание интересного клинического случая, научная статья, проект, направленный на повышение качества оказания первичной медицинской помощи. Работа должна быть написана на английском языке. Важным условием данного конкурса является то, что премия предназначена для обеспечения месячной стажировки в университете Бельгии, направленной на повышение профессионального мастерства, инициации научной деятельности в области

семейной медицины. Кроме того, лауреат должен подготовить и опубликовать по результатам своей стажировки статью в российском научно-практическом журнале и выступить с докладом перед своими коллегами в Санкт-Петербурге.

Для оценки представленных проектов было назначено международное бельгийско-российское жюри, председателями которого стали профессор Ян Дегриз и заведующий кафедрой семейной медицины СПбМАПО профессор О. Ю. Кузнецова. В состав жюри с российской стороны вошли профессор кафедры семейной медицины СПбМАПО Е. В. Фролова и заведующий кафедрой семейной медицины Петрозаводского государственного университета профессор Н. В. Доршакова.

Информация о конкурсе была размещена на сайте Католического университета Левена, а также разослана по электронным адресам во все медицинские вузы Российской Федерации. Всего было получено 6 заявок, в их числе — 4 от семейных врачей, работающих в Санкт-Петербурге, и 2 от врачей, работающих в Ленинградской области. К сожалению, из других регионов заявки на участие в конкурсе не поступили.

Итак, первыми номинантами на премию стали молодые российские семейные врачи Наталья Рябова, Татьяна Данилова, Дмитрий Зеленуха, Николай Васильев, Антон Андриухин и Ирина Синельникова. По решению международного жюри лауреатом стал Николай Васильев, работающий в отделении общей практики поликлиники № 102 Приморского района Санкт-Петербурга. Он представил описание непростого клинического случая, который продемонстрировал не только хорошие знания врача в области внутренних болезней, но и всесторонний подход к пациенту, имеющему множество проблем со здоровьем, которые тем не менее удалось решить на уровне первичной медико-санитарной помощи. Теперь у доктора Васильева появилась возможность пройти стажировку в одном из лучших образовательных учреждений Европы, а возможно, и задуматься о занятии научными исследованиями в области семейной медицины. Также официальным номинантом конкурса стал Антон

Адрес для контакта: oukuznetsova@mail.ru

Андриухин, врач общей практики из Выборга, который представил проект, направленный на повышение качества оказания помощи больным с сердечной недостаточностью.

Необходимо отметить торжественную обстановку, в которой проходило вручение премии. Церемония была открыта Генеральным консулом Бельгии госпожой Мари-Жоан Роккас. При вручении диплома она нашла очень теплые слова для своего приветствия. Кроме того, на церемонии выступили: профессор Ян Дегриз, осветивший историю появления инициативы по присуждению премии имени Петра Великого, профессор О. Ю. Кузнецова, отметившая важность поддержки молодежи для обеспечения развития семейной медицины как специальности, профессор Е. В. Фролова, обратившая внимание присутствующих на то, что все номинанты прошли подготовку на кафедре семейной медицины СПбМАПО. Между выступлениями звучала прекрасная музыка в блестящем исполнении известной пианистки, лауреата международных конкурсов Юлии Стадлер.

Финансовая поддержка в реализации этого проекта, который будет осуществляться и в последующие годы, была предоставлена биофармацевтической компанией AstraZeneca. От лица компании выступил медицинский директор региона «Центральная и Восточная Европа, Азия, Ближний Восток и Африка, АстраЗенека Россия» Ги Вандерховен. Он поздравил первого лауреата и пожелал другим участникам конкурса не останавливаться на достигнутом и двигаться вперед, постоянно совершенствуя свои знания и навыки, а также выразил надежду, что премия им. Петра Великого будет способствовать развитию российской медицины и совершенствованию оказания первичной медицинской помощи.

Информация о начале следующего конкурса будет опубликована в октябре 2011 года. С условиями его проведения можно будет ознакомиться на сайте Всероссийской ассоциации врачей общей практики: www.familymedicine.ru

Работы принимаются до 1 апреля 2012 года. Мы ждем новых номинантов!

УЧРЕЖДЕНИЕ ВСЕМИРНОГО ДНЯ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА

Е. И. Черниенко
 ГОУ ВПО Первый государственный медицинский университет им. И. М. Сеченова, Россия

CELEBRATING WORLD FAMILY DOCTOR DAY

E. I. Chernienko
 First State Medical University named by I. M. Sechenova, Russia
 © Е. И. Черниенко, 2011 г.

На последнем совещании в Канкуне, Мексика, в мае 2010 года Совет Всемирной организации семейных врачей (WONCA) единогласно одобрил учреждение Всемирного дня семейного врача.

Международная организация семейных врачей (WONCA) хорошо известна на международном уровне и получила признание Всемирной организации здравоохранения, что позволяет ей ежегодно объявлять один из дней текущего года Всемирным днем семейного врача. В 2011 году таким днем стало 19 мая. Руководство WONCA призывает все национальные профессиональные общественные организации, входящие в ее состав, отмечать этот день в своих странах.

Всемирный день семейного врача посвящается роли семейного врача (врача общей практики) в системах здравоохранения всего мира. Но это событие могут отмечать не только профессионалы. Принять участие в празднике могут пациенты и их семьи, наблюдающиеся у семейного врача, а также коллеги по работе в области первичной медицинской помощи. Это даст возможность подчеркнуть значимый вклад семейных врачей в охрану здоровья во всем мире.

Профессиональный праздник семейного врача, признанный во всем мире, призван принести признание семейной медицине, укрепить позиции специальности, а также привлечь внимание к проблемам, возникающим при работе семейных врачей как в своих странах, так и во всем мире.

Российская ассоциация врачей общей практики (семейных врачей) — РАВОП — не осталась в стороне от этого знаменательного события. 19 мая в Москве был проведен 3-й конгресс «Управление качеством медицинской помощи и системой непрерывного образования медицинских работников». Первое пленарное заседание было посвящено Всемирному дню врача общей практики (семейного врача). 17 врачей общей практики, преподавателей семейной медицины,

организаторов здравоохранения были награждены медалями и грамотами РАВОП. В резолюции конгресса отмечено, что в рамках национального проекта в сфере здравоохранения обучено более 12 тыс. врачей первичного звена. Число врачей общей практики достигло 9700 человек. Участники конгресса приняли решение, основные положения которого изложены ниже.

1. Поддержать инициативу Всемирной ассоциации врачей общей практики (семейных врачей) о ежегодном проведении Всемирного дня врача общей практики (семейного врача).

2. Ежегодно принимать участие в праздновании Всемирного дня врача общей практики (семейного врача), привлекая семьи, пациентов, коллег по работе в области семейной медицины (общей врачебной практики), что даст возможность подчеркнуть важный вклад семейных врачей в охрану здоровья населения во всем мире.

3. Провести методическое совещание с ведущими кафедрами семейной медицины по следующим проблемам:

- преподавание особенностей общей врачебной практики/семейной медицины;
- взаимоотношения с узкими специалистами;
- возрождение традиций российской медицинской школы.

4. Просить Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации:

- обратить внимание на необходимость приоритетного развития первичной медико-санитарной помощи;
- оказывать содействие в реализации проектов и предложений по развитию общей врачебной практики в регионах, разрабатываемых в медицинских вузах и органах управления здравоохранением субъектов РФ;
- содействовать привлечению главных внештатных специалистов по общей врачебной практике и врачей общей практики к разработке порядков оказания помощи (маршрутизации боль-

ных) и применения стандартов в общей врачебной практике на уровне субъекта РФ и медицинских учреждений.

В каждой стране День семейного врача отмечается по-разному. Нельзя сказать, что он сразу же стал популярным событием. Тем не менее в отдельных регионах Российской Федерации этот день был отмечен профессиональными общественными организациями либо администрацией города, либо области.

19 мая 2011 г. в Санкт-Петербурге прошло очередное заседание регионального отделения Ассоциации специалистов семейной медицины, на котором было объявлено об инициативе WONCA по учреждению Всемирного дня семейного врача. В числе специалистов, получивших награды Всероссийской ассоциации врачей общей практики в связи со Всемирным днем семейного врача, есть и члены нашей региональной ассоциации. Главный врач поликлиники 47 Невского района Л. Н. Василевская за заслуги в области организации общей практики удостоена медали Ассоциации, доцент кафедры семейной медицины СПбМАПО Л. Н. Дегтярева получила грамоту как лучший преподаватель семейной медицины, а врач ЦСМ СПбМАПО Д. Н. Зеленуха получил грамоту как лучший семейный врач.

Департамент здравоохранения Кировской области провел 19 мая 2011 г. областное выездное совещание для организаторов здравоохранения области, посвященное развитию ОВП в Кировской области.

В г. Ступино Московской области 20 мая состоялись встречи сотрудников учреждений здравоохранения с населением и проведена конференция для врачей общей практики Московской области.

В г. Омске с 17 по 19 мая 2011 года проведен ряд мероприятий, посвященных Всемирному дню семейного врача, в которых участвовали и маленькие пациенты офиса общей практики:

— детский утренник «Мама, папа, я — здоровая семья» был организован непосредственно в отделении общей практики микрорайона Тополиный для воспитанников детского сада и дру-

гих детей, проживающих на территории, прикреплённой к этому отделению;

— конкурс школьных сочинений «Семейный врач — профессия особенная».

Кроме того, была проведена научно-практическая конференция для семейных врачей «Актуальные вопросы профилактики».

В Челябинской области этот день стал поводом для освещения в средствах массовой информации. Так, 18 мая 2011 г. по областному радио прозвучало поздравление в адрес семейных врачей, а в областной газете «Южно-Уральская панорама» от 19 мая 2011 г. было помещено интервью с главным специалистом Министерства здравоохранения Челябинской области по общей врачебной практике (семейной медицине) профессором О. Ф. Калевым «Важней всего — здоровье в доме». В телевизионной программе «Телефакс» был продемонстрирован офис врачей общей практики, который находится в поселке Аэропорт Челябинской области. По соглашению с Министерством здравоохранения Челябинской области принято решение о премировании лучших врачей общей практики Челябинской области, которое будет приурочено ко Дню медицинского работника.

Мы надеемся, что празднование Всемирного дня семейного врача станет доброй традицией для всех наших коллег, которые выбрали эту непростую и ответственную работу. Появление профессионального праздника, отмечаемого в масштабах всей планеты, свидетельствует о том, что семейный врач нужен всем людям независимо от их национальности и религиозной принадлежности.

С праздником, дорогие коллеги!

Примечание редколлегии. Мы с удовольствием присоединяемся к автору этой публикации. Несмотря на то что наш журнал вышел после описанных событий, мы от всей души поздравляем наших читателей как с прошедшим Всемирным днем семейного врача, так и с Днем медицинского работника и желаем здоровья, счастья и успехов в профессиональной деятельности на благо наших пациентов.

Адрес для контакта: echernienko@mail.ru

ПРАВИЛА ОФОРМЛЕНИЯ СТАТЕЙ В ЖУРНАЛ «РОССИЙСКИЙ СЕМЕЙНЫЙ ВРАЧ»

Уважаемые авторы!

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Примеры оформления списка литературы:

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

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

Актуальные вопросы диагностики и лечения остеопороза: Методическое пособие для врачей / Под ред. В. И. Магурова, 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.

ВНИМАНИЮ ЗАКАЗЧИКОВ РЕКЛАМЫ!

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

Стоимость размещения рекламы в одном номере:

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

Рекламный модуль на обложке, цветной:

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

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

**По вопросам размещения рекламы обращаться по телефонам:
8 (812) 598-93-20, 598-52-22 (ответственный секретарь Н. А. Гурина).**

**«Российский семейный врач»
Свидетельство о регистрации № 017794 от 22.06.98
Подписной индекс по каталогу «Роспечать» 29950
По вопросам приобретения журнала обращаться по тел. (812) 598-52-22**

Редактор В. П. Медведев

Санкт-Петербург, издательство Санкт-Петербургской медицинской академии последипломного образования.
Подписано в печать 13.07.2011 г. Формат 60 × 90 1/8. Бумага офсетная, Гарнитура Journal. Печать офсетная.
Усл. печ. л. . Тираж 1000 экз. Заказ № . Цена договорная.
193015, Санкт-Петербург, ул. Кирочная, д. 41.
Отпечатано в типографии