

СРОССИЙСКИЙ СЕМЕЙНЫЙ ВРАЧ

МЕДИЦИНСКИЙ НАУЧНО-
ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

Учредитель

ГБОУ ВПО «Северо-Западный государственный медицинский университет
им. И. И. Мечникова» Минздрава России

Главный редактор:

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

Заместитель главного редактора:

профессор д. м. н. Н. Н. Гурин (Санкт-Петербург, Россия)

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 д. м. н. Е. Ф. Онищенко (Санкт-Петербург, Россия)

доцент к. м. н. А. Л. Шишков (Санкт-Петербург, Россия)

Редакционный совет:

академик РАН профессор д. м. н. И. Н. Денисов (Москва, Россия) — председатель
академик РАН, заслуженный деятель науки РФ, профессор д. м. н. В. И. Мазуров
(Санкт-Петербург, Россия)

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)

профессор доктор философии П. Мак-Крори (Лондон, Великобритания)

профессор д. м. н. О. М. Лесняк (Санкт-Петербург, Россия)

доктор философии П. Тун (Лондон, Великобритания)

профессор доктор философии Л. Соусгейт (Лондон, Великобритания)

профессор доктор философии Э. Свонсон (Айова-Сити, США)

Ответственный секретарь:

к. м. н. И. Е. Моисеева (Санкт-Петербург, Россия)

Информация о журнале размещается в Реферативном журнале

**Журнал включен в список изданий, рекомендованных ВАК для публикаций ма-
териалов кандидатских и докторских диссертаций (редакция 22.10.2010)
по 18 специальностям (см. сайт www.szgmu.ru)**

и базах данных ВИНТИ РАН, на сайте eLibrary.ru

Адрес редакции:

194291, Санкт-Петербург, пр. Просвещения, д. 45

ГБОУ ВПО «СЗГМУ им. И. И. Мечникова» Минздрава России,

кафедра семейной медицины

Телефон: (812) 598-93-20, 598-52-22, эл. адрес: fammedmapo@yandex.ru

Подписной индекс по каталогу «Роспечать» 29950

Том 19

3—2015

**ВЫПУСКАЕТСЯ
ЕЖЕКВАРТАЛЬНО**



**Журнал является
официальным печатным изданием
Российской ассоциации
врачей общей практики**

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 и 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, Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования, ныне Северо-Западный государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова). К сожалению, Елена Павловна не дожидаясь открытия института. Дело ее рук продолжила дочь Екатерина Михайловна, по инициативе которой институту было присвоено имя матери.

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

The cover depicts a beautiful portrait by Karl Brullov of a well-known woman in Russian history. German Princess Frederik-Sharlotte-Marie Wuertemberg, 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 North-Western State Medical University named after I. I. Mechnikov. Unfortunately, Elena Pavlovna died long before the Institute was opened to the public but her daughter, Ekaterina Mikhaylovna, brought her mothers 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

Клинические рекомендации

ТРОМБОЗ ГЛУБОКИХ ВЕН НИЖНИХ
КОНЕЧНОСТЕЙ
А. К. Лебедев, О. Ю. Кузнецова 4

ДИАГНОСТИКА И ВЕДЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ
С СИНДРОМОМ РАЗДРАЖЕННОГО
КИШЕЧНИКА В ОБЩЕЙ ВРАЧЕБНОЙ
ПРАКТИКЕ
А. К. Лебедев 17

Дополнительное профессиональное образование

НЕПРЕРЫВНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ ОБРАЗОВАНИЕ.
ОСОБЕННОСТИ РЕАЛИЗАЦИИ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ПРОГРАММ ПО ОБЩЕЙ
ВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИКЕ (СЕМЕЙНОЙ
МЕДИЦИНЕ)
*О. Ю. Кузнецова, И. Е. Моисеева,
О. Т. Гончаренко* 27

Хроника

СЕМЕЙНАЯ МЕДИЦИНА: ПРОШЛОЕ,
НАСТОЯЩЕЕ И БУДУЩЕЕ (ПО МАТЕРИАЛАМ
1-ГО СЪЕЗДА ВРАЧЕЙ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ
И СЕМЕЙНЫХ ВРАЧЕЙ КЫРГЫЗСТАНА,
БИШКЕК, 29–30 ОКТЯБРЯ 2015 ГОДА)
Н. Н. Бримкулов 33

Новости

ИНФОРМАЦИЯ О НОВОМ ЦИКЛЕ
ТЕМАТИЧЕСКОГО УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ
«СОВРЕМЕННЫЕ ПРИНЦИПЫ ОКАЗАНИЯ
ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ» 37

ИНФОРМАЦИЯ О КНИГЕ
«ПАЛЛИАТИВНАЯ ПОМОЩЬ
В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ» 39

Clinical guidelines

DEEP VENOUS TROMBOSIS OF LOWER
EXTREMITIES
A. K. Lebedev, O. Yu. Kuznetsova 4

DIAGNOSIS AND TREATMENT OF IRRITABLE
BOWEL SYNDROME IN GENERAL PRACTICE
A. K. Lebedev 17

Continuing medical education

CONTINUING MEDICAL EDUCATION.
FEATURES OF IMPLEMENTATION OF
EDUCATIONAL PROGRAMS FOR GENERAL
PRACTICE (FAMILY MEDICINE)
*O. Yu. Kuznetsova, I. E. Moiseeva,
O. T. Goncharenko* 27

Chronicle

FAMILY MEDICINE: THE PAST, THE PRESENT
AND THE FUTURE (ON THE MATERIALS
OF THE 1ST CONGRESS OF GENERAL
PRACTITIONERS AND FAMILY DOCTORS,
BISHKEK, KYRGYZSTAN, 29–30 OCTOBER 2015)
N. N. Brimkulov 33

News

INFORMATION ABOUT NEW COURSE
“MODERN PRINCIPLES
OF PALLIATIVE CARE” 37

INFORMATION ABOUT NEW MANUAL
“PALLIATIVE CARE IN AMBULATORY
SETTING” 39

УДК 617.58:616.14-005.6

ТРОМБОЗ ГЛУБОКИХ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

А. К. Лебедев, О. Ю. Кузнецова

ГБОУ ВПО «Северо-Западный государственный медицинский университет имени И. И. Мечникова»
Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия

DEEP VEIN THROMBOSIS OF LOWER EXTREMITIES

A. K. Lebedev, O. Yu. Kuznetsova

North-Western State Medical University named after I. I. Mechnikov, St. Petersburg, Russia

© А. К. Лебедев, О. Ю. Кузнецова, 2015 г.

В клинических рекомендациях представлены классификация, эпидемиология, факторы и группы риска тромбоза глубоких вен нижних конечностей. Описаны основные принципы клинической и инструментальной диагностики в амбулаторных условиях, диагностические критерии, принципы дифференциальной диагностики. Представлены рекомендации по медикаментозному и немедикаментозному лечению в условиях общей врачебной практики, показания к хирургическому лечению тромбоза глубоких вен нижних конечностей.

Клинические рекомендации утверждены на заседании профильной комиссии Минздрава России по ОВП 13.10.2015.

Ключевые слова: тромбоз глубоких вен нижних конечностей, общая врачебная практика.

The guidelines present the classification, epidemiology, risk factors and risk groups of deep venous thrombosis of lower extremities. Basic principles of clinical and instrumental diagnostics in general practice, diagnostic criteria, and principles of differential diagnosis are presented. The guidelines also present recommendations for pharmacological and non-pharmacological treatment in general practice and indications for surgical treatment of deep venous thrombosis of lower extremities.

Clinical guidelines were approved at the meeting of the profile committee on general practice of the Ministry of Health of Russia on 13.10.2015.

Keywords: deep venous thrombosis of lower extremities, general practice.

Настоящие рекомендации включают следующие уровни доказательности (табл. 1).

American College of Chest Physicians (ACCP) для научно-доказательных клинических рекомендаций разделил доказательства на сильные (класс 1) и слабые (класс 2) рекомендации, ос-

нованные на высоком качестве исследований (класс А), на исследованиях умеренного качества (В класс) и доказательствах низкого качества (класс С). В результате были сформированы следующие классы рекомендаций (табл. 2).

Таблица 1

Описание уровней доказательности

Категория доказательности	Источники	Определение
А	Рандомизированные контролируемые исследования (РКИ). Большое количество данных	Доказательность основана на результатах хорошо спланированных РКИ, которые предоставляют данные, соответствующие данным в популяции, для которой представлены рекомендации. Категория А требует проведения значительного количества исследований с участием большого количества пациентов
В	Рандомизированные контролируемые исследования (РКИ). Ограниченное количество данных	Доказательность основана на результатах исследований, включающих вмешательства в ход заболевания (интервенционные исследования), с ограниченным числом участников; на <i>post hoc</i> анализе; анализе подгрупп РКИ или метаанализе РКИ. В целом к категории В относятся данные небольшого количества рандомизированных исследований, небольших по размеру, проведенных с участием популяции, отличающейся от популяции, для которой даются рекомендации, или если результаты указанных исследований в некоторой степени противоречивы
С	Нерандомизированные исследования. Наблюдательные исследования	Доказательность основана на исходах неконтролируемых или нерандомизированных исследований или наблюдательных исследованиях

Категория доказательности	Источники	Определение
D	Заключения экспертов	Данная категория применяется только в тех случаях, когда предлагаемые рекомендации представляются обоснованными, но клинической литературы по данному вопросу недостаточно для того, чтобы поместить утверждение в одну из вышеизложенных категорий. Заключение экспертов основано на клиническом опыте или знаниях, которые не соответствуют вышеперечисленным критериям

Таблица 2

Уровни рекомендаций

1A — Сильная рекомендация, высокое качество доказательств	Преимущества явно перевешивают риски или наоборот	Доказательства получены на основе рандомизированных контролируемых испытаний без значимых ограничений или исключительно убедительные доказательства на основе обсервационных исследований	Рекомендация может применяться к большинству пациентов в большинстве случаев. Дальнейшие исследования вряд ли изменят уверенность в оценке эффекта
1B — Сильная рекомендация, среднее качество доказательств	Преимущества явно перевешивают риски или наоборот	Данные из рандомизированных контролируемых испытаний со значительными ограничениями (противоречивые результаты, методологические недостатки, неточности) или очень убедительные доказательства из обсервационных исследований	Рекомендация может применяться к большинству пациентов в большинстве случаев. Высококачественные исследования могут изменить оценку
1C — Сильная рекомендация с низким или очень низким качеством доказательств	Преимущества явно перевешивают риск или наоборот	Доказательства получены на основе по крайней мере одного обсервационного исследования, серии случаев или рандомизированных контролируемых испытаний с серьезными недостатками или на основе косвенных доказательств	Рекомендация может применяться к большинству пациентов во многих случаях. Высококачественные исследования, скорее всего, повлияют на уверенность в оценке эффекта и могут изменить оценку
2A — Слабая рекомендация, высокое качество доказательств	Преимущества тесно сбалансированы с рисками и недостатками	Доказательства получены на основе рандомизированных контролируемых испытаний без значимых ограничений или исключительно убедительные доказательства из обсервационных исследований	Рекомендации могут зависеть от обстоятельств, пациента или социальных ценностей. Дальнейшие исследования вряд ли изменят уверенность в оценке
2B — Слабая рекомендация, среднее качество доказательств	Преимущества тесно сбалансированы с рисками и недостатками	Доказательства рандомизированных контролируемых испытаний с важными ограничениями (противоречивые результаты, методологические недостатки, косвенные или неточные) или очень убедительные доказательства из наблюдательных исследований	Рекомендации могут зависеть от обстоятельств, пациента или социальных ценностей. Высококачественные исследования могут оказать влияние на уверенность в оценке эффекта и могут изменить ее
2C — Слабая рекомендация с низким или очень низким качеством доказательств	Неопределенность в оценках выгод, рисков и бремени; преимущества, риск и бремя могут быть тесно сбалансированы	Доказательства получены по крайней мере на основе одного критического исхода из обсервационных исследований, серии случаев или рандомизированных контролируемых испытаний с серьезными недостатками или на основе косвенных доказательств	Другие варианты могут быть в равной степени разумными. Исследования высокого качества, скорее всего, будут иметь сильное влияние на оценку эффекта и могут изменить оценку

1. Определение

Тромбоз глубоких вен нижних конечностей — формирование одного или нескольких тромбов в пределах глубоких вен нижних конечностей.

Исторически в нашей стране по патогенетическому механизму принято выделять флеботромбоз и тромбофлебит. Флеботромбоз — первичный тромбоз вен нижних конечностей с непрочной фиксацией тромба к стенке вены. Тромбофлебит — вторичный тромбоз, обуслов-

ленный воспалением внутренней оболочки вены с прочной фиксацией тромба к стенке сосуда. Тромбофлебит реже вызывает осложнения, однако клиника, диагностика, лечение и профилактика этих состояний сходны. В МКБ-10 понятие «флеботромбоз» отсутствует, однако в нашей стране этот термин часто используют для обозначения поражения глубоких вен, в то время как под тромбофлебитом подразумевают локализацию тромботического процесса в подкожных венах.

2. Коды по МКБ-10

I80 — Флебит и тромбоз флебит.

I80.1 — Флебит и тромбоз флебит бедренной вены.

I80.2 — Флебит и тромбоз флебит других глубоких сосудов нижних конечностей.

I80.2 — Флебит и тромбоз флебит нижних конечностей неуточненный.

3. Эпидемиология

Частота тромбоза глубоких вен нижних конечностей (ТГВ) в общей популяции ежегодно составляет порядка 1–1,5 случая на 1000 взрослого населения с частотой тромбоэмболии легочной артерии (ТЭЛА) до 60 случаев на 100 000 населения. В пожилом и старческом возрасте частота ТГВ увеличивается до 200 случаев на 1000 населения в год. Легочную эмболию регистрируют ежегодно с частотой 35–40 на 100 000 человек. Более 25 % случаев ТГВ и ТЭЛА происходит непосредственно при различных оперативных вмешательствах. ТГВ является одной из главных причин послеоперационной летальности (5 % после общехирургических и 24 % — после ортопедических вмешательств). В Великобритании от потенциально предотвратимых эмболий ежегодно погибает около 25 тыс. человек. 71 % пациентов с умеренным и высоким риском ТГВ не получают ни механической, ни фармакологической профилактики ТГВ [1–3].

4. Факторы и группы риска [1, 4–6]

Еще в 1865 г. R. Virchow описал сочетание патологических факторов, являющихся основным пусковым механизмом внутрисосудистого образования тромбов и известных как триада Вирхова. Она включает в себя изменение свойств крови (состояние гиперкоагуляции), травму стенки сосуда (повреждение эндотелия) и замедление тока крови (стаз).

Стаз и повреждение эндотелия: катетеризация и иные внутривенные манипуляции, операции (особенно ортопедические и на тазовых органах), значительные травмы и переломы, иммобилизация конечности или другое вынужденное обездвиживание тела, например при длительных переездах, перелетах, параличах, наркозе (более 60 мин) с использованием миорелаксантов.

Тромбофилии: наследственные или приобретенные нарушения свертываемости крови со склонностью к тромбозам, такие как резистентность к активированному протеину С, генетическая аномалия коагуляционного фактора V (Лейден), мутация G20210A протромбинового гена, гипергомоцистеинемия, антикардиолипидные антитела, антифосфолипидный синдром, наличие волчаночного антикоагулянта, повышенный уровень фактора VII, недостаточность

протеина С, дефицит протеина S, дисфибриногенемия, диспластиногенемия, антитромбиновая недостаточность.

Медицинские состояния: новообразования (солидные опухоли и миелопролиферативные заболевания или другие злокачественные новообразования в активной фазе и нехирургические методы лечения рака, например, гормональная терапия), беременность и послеродовый период, острый инфаркт миокарда, сердечная недостаточность, инсульт, ожирение, воспалительные заболевания толстой кишки, нефротический синдром, тромбоэмболии в анамнезе, гепарин-индуцированная тромбоцитопения, пароксизмальная гемоглобинурия.

Лекарственные препараты: использование оральных контрацептивов, гормональная заместительная терапия, химиотерапия (в том числе тамоксифеном).

Прочие факторы: возраст старше 40 лет, курение, дегидратация организма, перенесенный ТГВ в анамнезе, ТГВ у родственников.

5. Скрининг

Скрининг ТГВ не следует проводить у пациентов высокого риска (А). У таких больных профилактика ТГВ более эффективна, чем скрининг (А) [7].

У пациентов, уже получающих низкомолекулярный гепарин или варфарин, профилактику следует продолжить.

Для выявления ТГВ у пациентов высокого риска, которым противопоказаны антикоагулянты из-за опасности кровотечения, проводят УЗИ вен нижних конечностей.

6. Классификация

По локализации ТГВ подразделяют на:

- проксимальный (поражение бедренных, подвздошных и нижней полой вен);
- дистальный (вены голени, подколенная вена).

По степени фиксации проксимальной части тромба к венозной стенке выделяют:

- эмболоопасный (флотирующий тромб);
- неэмболоопасный (пристеночный и окклюзивный тромбы).

Пример формулировки диагноза

Рак поджелудочной железы (T4N1M0). Правосторонний илеофemorальный флеботромбоз. Тромбоэмболия легочной артерии.

Тромбоз глубоких вен левой голени. Ожирение 2 ст. Медицинский аборт от 25.08.2009 (срок 12–14 нед.)

7. Принципы диагностики заболевания

Анамнез и физикальное исследование

При подозрении на ТГВ необходимо собрать детальный анамнез заболевания, оценить факторы риска и семейный анамнез, провести осмотр.

Clinical guidelines

Собирая анамнез, важно выяснить жалобы, указывающие на возможный ТГВ:

- отек голени или всей нижней конечности;
- боль или болезненность в покое;
- боль в икроножной мышце при ходьбе;
- сочетание боли или болезненности с отеком существенно повышает вероятность ТГВ (59 %).

???? здесь - или - с пробелами

Каждый симптом по отдельности обеспечивает вероятность ТГВ П-22 % (В) [7].

ТГВ часто протекает бессимптомно. Бессимптомное течение наиболее характерно для пациентов, находящихся на постельном режиме. Первым симптомом ТГВ может быть ТЭЛА. У пациентов с переломом бедренной кости ТГВ может локализоваться изолированно в области пораженного бедра.

Необходимо активно выявлять состояния, которые могут оказать влияние на тактику ведения пациента:

- рецидивирующие венозные тромбозы и ТЭЛА (А);
- нарушения свертываемости крови (В);
- нарушения свертываемости крови у родственников первой степени родства (С);
- прием пероральных контрацептивов (В);
- беременность в настоящий момент или в недавнем прошлом (В) [7].

В ходе физикального обследования при ТГВ наиболее часто определяются [8, 9]:

- отек лодыжки или голени; при тромбозе подвздошных вен — отек всей ноги с возможным распространением отека даже на брюшную стенку;

- пальпаторная болезненность в проекции пораженного сосудистого пучка нижней конечности;

- положительные симптомы Хоманса — боль в икроножных мышцах при тыльном сгибании стопы; Мозеса — болезненность при сдавлении голени в переднезаднем направлении; Ловенберга — боли в мышцах голени при давлении до 150 мм рт. ст., создаваемом манжеткой сфигмоманометра. Применение этих тестов ограничено в связи с их невысокой диагностической значимостью и опасностью развития ТЭЛА;

- цианоз кожи нижних конечностей, заметно увеличивающийся в вертикальном положении пациента и после ходьбы; сеть расширенных подкожных вен на голени;

- повышение температуры кожи пораженной конечности по сравнению со здоровой конечностью.

Важно оценить артериальную пульсацию на всех уровнях, чувствительность, объем активных и пассивных движений в суставах.

Для определения вероятности наличия ТГВ применяют клинические критерии (шкала Велса, табл. 3) (А) [7, 10].

Таблица 3

Шкала Велса

Анамнез	Баллы
Онкологическое заболевание в активной фазе (пациент проходит курс лечения, заболевание диагностировано в предшествующие 6 мес., или пациент получает паллиативное лечение)	+1
Паралич, парез или гипсовая иммобилизация нижней конечности	+1
В недавнем прошлом строгий постельный режим в течение 3 дней и более или обширное хирургическое вмешательство в последние 4 нед.	+1
Объективное исследование	
Местная болезненность в проекции глубоких вен	+1
Отек голени и бедра	+1
Окружности голеней на уровне, расположенном на 10 см ниже бугристости большеберцовой кости, различаются более чем на 3 см	+1
Отек только на пораженной стороне	+1
Расширение (но не варикозное) коллатеральных вен	+1
Альтернативный диагноз настолько же вероятен, как и ТГВ, или даже более вероятен	-2
Оценка претестовой вероятности ТГВ: 0 или менее — низкая, 1-2 — умеренная, 3 или более — высокая [13].	

Таблица 4

Частота тромбоемболических осложнений в зависимости от степени риска, определяемой по клиническим критериям (по данным объективных тестов) [8]

Степень риска	Тромбоз вен голени	Тромбоз проксимальных вен	Смертельная легочная эмболия
Высокая	40-80 %	10-30 %	1-5 %
Умеренная	10-40 %	2-10 %	0,1-0,7 %
Низкая	< 10 %	< 1 %	< 0,01 %

Клиническая оценка вероятности ТГВ предпочтительнее выполнения тестов у всех лиц, подозрительных на ТГВ (2В). У пациентов с низкой претестовой вероятностью ТГВ нижних конечностей рекомендуется начать обследование с определения D-димера или ультразвукового исследования (УЗИ) проксимальных вен. Эти методы обследования имеют ряд преимуществ в отношении доступности, цены и безопасности по сравнению с флебографией (1В) или УЗИ всей нижней конечности, включая исследование дистальных вен (2В). У пациентов с умеренной претестовой вероятностью рекомендуется начать обследование с высокочувствительного D-димера, проксимального компрессионного УЗИ или УЗИ всей нижней конечности; это лучше, чем отсутствие тестирования (1В) или флебография (1В). У пациентов с высокой претестовой вероятностью рекомендуется проксимальное компрессионное УЗИ или УЗИ всей нижней конечности; что предпочтительнее флебографии (1В).

Обязательные вопросы

Когда впервые возникли клинические признаки острого венозного тромбоза/тромбофлебита и какие?

С чем связывает пациент их появление?

Динамика клинических проявлений (например, первоначальная локализация отека либо место возникновения тромбофлебита, его выраженность, распространение на другие отделы конечности, характер и интенсивность болевого синдрома).

Какие препараты принимал больной (антикоагулянты, дезагреганты, флеботоники, нестероидные противовоспалительные препараты — НПВП) и какова была их эффективность?

Были ли раньше тромботические осложнения? Чем они проявлялись?

Имеются ли одышка, боли в грудной клетке, кровохарканье? Были ли эпизоды потери сознания?

Были ли за последний месяц госпитализации и/или операции? В связи с чем?

Имеются ли какие-либо сопутствующие заболевания сердечно-сосудистой системы, печени, почек?

Лабораторные и инструментальные методы исследования

При подозрении на ТГВ всегда необходимы инструментальные исследования, так как симптомы ТГВ неспецифичны (А). Необходимо обследовать пациентов с отеками, болями и цианозом кожи нижних конечностей для исключения возможного ТГВ (А) [7].

При подозрении на ТГВ в качестве диагностического метода первого выбора применяют ультразвуковое (компрессионное или дуплексное) сканирование вен нижних конечностей (А).

Назначают ультразвуковую доплерографию (УЗДГ) с компрессией проксимальных вен в качестве начального скрининга. При нормальных результатах исследования его повторяют через 5–8 дней [7]. Чувствительность УЗДГ достигает 95 %, а специфичность — 98 %.

При невозможности провести УЗИ вен можно использовать импедансную плетизмографию (А). При диагностике дистальных локализаций ТГВ эти методы имеют меньшую точность. Для мониторингирования состояния рекомендуется проведение серии ультразвуковых исследований с интервалом в 7 дней. Следует учитывать, что у пациентов с заболеваниями периферических артерий, хронической сердечной недостаточностью и сдавлением вен на уровне таза (опухоль, беременность) импедансная плетизмография дает ложноположительные результаты.

Для исключения ТГВ следует оценить уровень D-димера в крови (А) [7]. Тест на D-димер имеет чувствительность 90 %, а специфичность — лишь 79 % [11]. Высокочувствительный количественный тест на D-димер имеет чувствительность 96–100 % [12].

При ТГВ в случае плохой визуализации вен во время УЗИ показано выполнение рентгеноконтрастной флебографии, результативность которой может быть повышена при использовании МРТ (магнитно-резонансная флебография) (А) [7].

У пациентов с низкой клинической вероятностью ТГВ отрицательный количественный тест на D-димер позволяет исключить как проксимальный, так и дистальный ТГВ без необходимости диагностической визуализации (В); отрицательный качественный тест на D-димер, подтвержденный шкалой клинических критериев, позволяет исключить ТГВ (В); отрицательный качественный тест на D-димер позволяет исключить проксимальный ТГВ (В). Пациентам со средней и высокой клинической вероятностью ТГВ нижней конечности однократный негативный тест на D-димер исключить тромбоз не может (В) [11]. При средней претестовой вероятности в данной ситуации требуется тщательная оценка состояния пациента и аудит (С). Анализ не может исключить ТГВ при высокой претестовой вероятности патологии (В). Тест на D-димер должен проводиться до начала лечения гепарином (С) [13].

У пациентов с низкой клинической вероятностью ТГВ отрицательный результат однократной УЗДГ сосудов, даже при наличии симптоматики, исключает проксимальный и клинически значимый дистальный ТГВ (В). У пациентов со средней и высокой клинической вероятностью ТГВ нижних конечностей в подобной ситуации необходимо выполнить серию (повтор

Clinical guidelines

через 5–7 дней) сонографических исследований (В), а пациенты с высокой вероятностью тромбоза вен таза или нижней полой вены могут потребовать дополнительных методов визуализации (КТ, МРТ, флебография) [11]. Отрица-

тельный тест на D-димер вместе с отрицательным результатом УЗДГ позволяет исключить ТГВ без выполнения повторных УЗДГ или флебографии (В) [13].

Таблица 5

Критерии ТГВ американского колледжа радиологии [14, 15]

Метод исследования	Балл	Комментарий	Относительный уровень радиации
УЗДГ с компрессией	9		Нет (0)
Инвазивная флебография таза	6	При сомнительных результатах других исследований или при планировании инвазивного вмешательства	Средний и выше
МРТ-флебография	6	Высокая демонстративность	Нет (0)
КТ с контрастированием таза	6	Дополнение к КТ-ангиографии легких при подозрении на ТЭЛА	Средний (1–10 мЗиверт)
Инвазивная флебография сосудов	5	При сомнительных результатах других исследований или при планировании инвазивного вмешательства	Средний (1–10 мЗиверт)
КТ-флебография (после введения контраста)	5	Дополнение к КТ-ангиографии легких при подозрении на ТЭЛА	Средний (1–10 мЗиверт)
Радиоизотопная флебография	3		Средний (1–10 мЗиверт)
Рентгенография нижних конечностей	2		Минимальный (< 0,1 мЗиверт)
УЗИ	1		Нет (0)

Оценка: 1 – минимально подходящее исследование для диагностики ТГВ,
9 – максимально подходящее исследование

Клинические рекомендации Американской академии семейных врачей и Американского колледжа врачей предлагают выбирать диагностический тест на основе клинической шкалы оценки состояния пациента. При низкой вероятности ТГВ рекомендовано проведение высокочувствительного теста на D-димер; отрицательный результат говорит о крайне низкой вероятности тромбоза. Дуплексная сонография рекомендована пациентам со средней и высокой претестовой вероятностью ТГВ [12].

8. Дифференциальная диагностика

При подозрении на ТГВ необходимо проводить дифференциальную диагностику с рядом заболеваний (С) [7].

У пациентов с подозрением на ТГВ необходимо исключить хроническую венозную недостаточность, ортопедические заболевания и др.

Наличие кисты Бейкера не исключает диагноза ТГВ (А) [7].

Дифференциальная диагностика ТГВ [17, 18]:

– хроническая венозная недостаточность обычно связана с варикозной или посттромботической болезнями, ожирением. Помимо клинических симптомов, диагностике помогает УЗИ;

– тромбофлебит поверхностных вен. Определяется полоса гиперемии над плотной болезнен-

ной варикозной веной. В 10 % случаев сопровождается ТГВ;

– мышечное напряжение, разрыв мышцы или травма. Боль, возникающая при движениях, более характерна для ортопедических проблем при травмах. Обычно в анамнезе есть указание на травму ноги. Соответствующее рентгенологическое исследование позволяет диагностировать ортопедическое заболевание, например перелом кости;

– отек парализованной ноги. Наблюдает при параплегии. У пациентов с параличами могут возникать отеки в отсутствие ТГВ;

– киста Бейкера. Боль чаще всего локализуется в подколенной области. Выявляется при УЗИ;

– целлюлит. Покраснение кожи и повышение ее температуры. Показано лечение антибиотиками;

– лимфостаз и слоновость. Характерно отсутствие отека пальцев ног. В анамнезе часто рожистое воспаление. Болевой синдром, как правило, отсутствует. Могут определяться увеличенные паховые лимфатические узлы.

9. Осложнения заболевания

Наиболее частое и опасное осложнение ТГВ — ТЭЛА (табл. 6).

Оценка клинической вероятности ТЭЛА [20]

Клиническая характеристика	Баллы
ТЭЛА или ТГВ в анамнезе	+ 1,5
Частота сердечных сокращений более 100 в 1 мин	+ 1,5
Недавние операции или иммобилизации (30 дней)	+ 1,5
Клинические проявления ТГВ	+ 3
Альтернативный диагноз менее вероятен, чем ТЭЛА	+ 3
Кровохарканье	+ 1
Онкологическое заболевание	+ 1
Оценка: клиническая вероятность ТЭЛА низкая — 0–1 балл; средняя — 2–6 баллов; высокая — ≥7 баллов [20].	

По данным клинических рекомендаций Американской академии семейных врачей и Американского колледжа врачей, пациентов с высокой вероятностью ТЭЛА необходимо сразу направлять на дополнительные визуализационные исследования (вентиляционно-перфузионное сканирование, КТ-, МРТ-ангиография), при этом достаточным является КТ [12].

10. Общие принципы терапии в амбулаторных условиях

Цели лечения: нормализация оттока крови по конечности, предотвращение восходящего тромбоза вен таза и нижней полой вены, предотвращение развития ТЭЛА, посттромбофлебитического синдрома, профилактика рецидивов заболевания, восстановление трудоспособности в кратчайшие сроки, снижение инвалидизации больных.

Немедикаментозное лечение

Необходимо применять эластические компрессионные бинты, чулки, колготки как дополнение к медикаментозному лечению больных ТГВ (А). Все пациенты с ТГВ должны носить эластические компрессионные чулки для снижения риска развития посттромботического синдрома (А) [17].

Компрессионный трикотаж необходимо подбирать строго по размеру. Следует напоминать

пациентам, что даже качественный трикотаж теряет эластичность после 6 мес. регулярного использования. Компрессия необходима в течение первых 2–3 недель после развития ТГВ (желательно дальнейшее постоянное использование в течение 2 лет и дольше).

Эффективность лечения ТГВ перемежающейся пневматической компрессией с использованием специальных аппаратов не определена.

Медикаментозное лечение

Для лечения острого проксимального ТГВ применяют гепарин (с последующим переходом на варфарин). Иногда используют тромболитис, который может предотвращать развитие тромбоза бедренных вен (А) [7].

Нефракционированный (стандартный) гепарин (НФГ) назначают внутривенно в качестве терапии первой линии у госпитализированных пациентов с ТГВ (А) [7]. Нефракционированный гепарин вводят в виде болюса с последующей инфузией до достижения увеличения **активированного частичного тромбопластинового времени (АЧТВ)** в 1,5–2,5 раза выше исходного. Возможные режимы терапии:

- болюсно 5000 ЕД, затем инфузия со скоростью 1000 ЕД/ч;
- болюсно 80 ЕД/кг, затем инфузия со скоростью 18 ЕД/кг/ч.

Таблица 7

Основные характеристики некоторых гепаринов

Препарат	Торговое название (фирма-производитель)	Период полужизни в плазме (мин)	Рекомендуемые дозы	
			профилактика	лечение
Гепарин (НФГ)	(Gedeon Richter, Biochemie, Lechiva)	30–60	5000 ЕД 2–3 раза в сутки	450 ЕД/кг в сутки
Эноксапарин	Клексан (Aventis)	180–275	20–40 мг 1 раз в сутки	1 мг (100 МЕ)/кг 2 раза в сутки
Дальтепарин	Фрагмин (Pharmacia & Upjohn)	139–228	70 МЕ/кг 1 раз в сутки	120 МЕ/кг 2 раза в сутки
Надропарин	Фраксипарин (Sanofi-Synthelabo)	162–201	0,004 мл/кг 1 раз в сутки	0,008 мл/кг 2 раза в сутки
Адрепарин	Нормифло (Wyeth-Ayerst)	200	50 МЕ/кг 2 раза в сутки	100 МЕ/кг 2 раза в сутки
Тинзапарин	Логипарин (Novo)	200	50 МЕ/кг 1 раз в сутки	178,6 МЕ/кг 2 раза в сутки

Clinical guidelines

В амбулаторных условиях для лечения ТГВ назначают низкомолекулярный гепарин подкожно (А). Он также эффективен, как и НФГ, но предпочтительнее в плане безопасности (А) [21, 22].

Хорошая биодоступность, отсутствие действия на весь коагуляционный каскад (в основном активность анти-Ха-фактора), значительное сокращение числа инъекций во время всего курса гепаризации, высокая терапевтическая эффективность и отсутствие необходимости в постоянном лабораторном контроле делают низкомолекулярные гепарины (НМГ) препаратами выбора.

НМГ назначают до достижения показателя МНО выше 2,0, но не менее 5 дней для минимизации риска рецидива ТГВ и развития ТЭЛА (В) [21]. Для отмены НМГ рекомендовано достичь стабилизации показателя МНО 2–3 в течение двух последовательных дней (А) [23].

При отсутствии противопоказаний после начала лечения гепарином в тот же день начинают длительную терапию варфарином для снижения риска повторных венозных тромбоэмболий (А) [7, 21].

Лечение варфарином (стартовая доза от 5 до 10 мг) продолжают как минимум на 3 мес. дольше вероятного времени рецидива (А) [22]. Целевой уровень МНО составляет 2–3. Начальная доза варфарина может быть снижена у пациентов старше 70 лет, с заболеваниями печени, при алкоголизме, массе тела менее 50 кг, сердечной недостаточности [19].

На начальных этапах лечения МНО определяют 2–3 раза в неделю, в ходе подбора доз варфарина — один раз в 1–2 недели, после стабилизации МНО — один раз в 4–8 недель [22]. Прием варфарина более 6 мес. повышает риск развития тромбоцитопении и остеопороза.

У пациентов с гепарин-индуцированной тромбоцитопенией применяют гирудин (А) [7]. Степень гипокоагуляции оценивают по времени свертывания крови.

Тем, кто не может использовать никакие антикоагулянты, рекомендуется установка кава-фильтра для предупреждения ТЭЛА (В) [21].

Пациентам со злокачественными опухолями для вторичной профилактики венозных тромбоэмболий назначают НМГ (А) [7].

ТГВ в период беременности требует специального мониторинга и особого лечения (А). Начальное лечение ТГВ у беременных аналогично таковому у других пациентов, однако назначение варфарина противопоказано в связи с тератогенным действием. На протяжении беременности продолжают лечение гепаринами, предпочтительнее НМГ (А) [21].

Показанием для назначения фибринолитической терапии при ТГВ может быть лишь поражение подвздошно-бедренного сегмента конеч-

ности у пациентов, у которых польза терапии превышает риск значительных кровотечений (С) [11].

Хирургическое лечение показано лишь при угрозе развития гангрены конечности и массивной ТЭЛА с развитием шока и системной гипоперфузии. Решение о хирургическом решении должно приниматься немедленно (D) [21].

Эффективность лечения ТГВ с помощью нестероидных противовоспалительных препаратов и антиагрегантов не доказана.

В последние годы появляется все больше клинических данных эффективного использования прямого ингибитора тромбина дабигатрана (прадакса), селективных ингибиторов фактора свертывания крови Ха — апиксабана (эликвис), ривароксабана (ксарелто), фондапаринукса (арикстра) и длительно действующего производного последнего идропаринукса. Метаанализ применения апиксабана (в дозах 2,5 мг и 5 мг), дабигатрана, ривароксабана, идропаринукса и антагонистов витамина К (АВК) показал, что каждый из препаратов значительно снижает риск рецидива ТГВ по сравнению с плацебо, начиная со снижения риска на 73 % у идропаринукса до 86 % у АВК. Из перечисленных препаратов, за исключением идропаринукса, все активные методы лечения значительно снижают риск ТГВ по сравнению с аспирином, начиная со снижения на 73 % при применении 2,5 мг апиксабана или ривароксабана до 80 % при использовании АВК. Апиксабан и аспирин были единственными препаратами, которые значимо не увеличивают общий риск кровотечения по сравнению с плацебо. Все активные методы лечения, кроме аспирина, имеют более высокий риск кровотечения (до 2–4 раз) по сравнению с апиксабаном как в дозе 2,5 мг, так и в дозе 5 мг [27].

У пациентов с ТГВ терапия АВК начинается с первого дня назначения НМГ или НФГ (2С). Для амбулаторных пациентов начальная доза варфарина составляет 10 мг в день в течение первых 2 дней, после чего дозировка основывается на результатах измерения международного нормализованного отношения (МНО) (2С). Пациентам, получающим терапию АВК, с неизменно стабильным МНО рекомендуется увеличение межтестовых интервалов с 4 до 12 недель (2В). Пациентам, принимающим АВК, рекомендуется избегать одновременного приема нестероидных противовоспалительных препаратов, в том числе и селективных ингибиторов циклооксигеназы 2-го типа (2С). Для пациентов, принимающих АВК, рекомендуется терапевтический диапазон МНО от 2,0 до 3,0 (целевой уровень МНО — 2,5) (1В). При принятии решения о внутривенном введении НФГ обычная схема подразумевает болюс 5000 ЕД с последующим введением 1000 ЕД/ч; при расчете на

массу тела рекомендуется болюсное введение 80 ЕД/кг с последующим введением 18 ЕД/кг в час, а пациентам с инсультом в анамнезе — болюсно 70 ЕД/кг с последующим введением 15 ЕД/кг в час (2С). Для амбулаторных больных с ТГВ, получавших НФГ подкожно, рекомендуется первая доза 333 ЕД/кг, затем 250 ЕД/кг (2С). Пациентам с выраженной патологией почек (клиренс креатинина 30 мл/мин) рекомендуется снижение дозы препарата (2С). Для пациентов с ТГВ массой тела более 100 кг лечебная доза фондапаринукса увеличивается с обычных 7,5 мг до 10 мг ежедневно (2С). При принятии решения об отмене АВК возможна одномоментная отмена препарата без постепенного снижения дозы (2С) [30].

При повышении МНО до 10 без признаков кровотечения витамин К не назначается (2В); при МНО от 10 и выше без признаков кровотечения рекомендуется пероральный прием витамина К (2С). При развитии кровотечения, ассоциированного с АВК, предпочтительнее введение концентрата четырех факторов протромбинового комплекса (факторы свертывания крови II, VII, IX и X в комбинации), чем плазмы крови (2С) с дополнительным медленным внутривенным введением витамина К в дозировке от 5 до 10 мг (2С). Пациентам, получающим АВК перед оперативным вмешательством, прием препарата приостанавливают за 5 дней до операции (1С); после хирургической операции прием АВК возобновляют через 12–24 ч после операции (2С) [30].

Хирургическое лечение

Хирургическое лечение при ТГВ нижних конечностей в амбулаторно-поликлинических учреждениях не проводится. Хирургическое лечение проводят в стационаре при восходящих тромбозах с флотирующими тромбами и высокой вероятностью тромбоэмболии легочной артерии.

Критерии эффективности лечения

Основными критериями являются: процент амбулаторных пациентов с ТГВ, количество койко-дней и сроки нетрудоспособности, время от первых клинических проявлений до постановки диагноза, доля пациентов, использующих эластический трикотаж, частота рецидивов и осложнений, качество жизни после лечения, частота инвалидизации.

11. Показания к консультации специалистов

Консультация хирурга необходима для решения вопроса о проведении дополнительных диагностических тестов пациентам, у которых УЗДГ вен или импедансная плетизмография дали неоднозначные результаты (С). На консультацию сосудистого хирурга следует направлять пациентов с персистирующим отеком нижних конечностей (С) [7].

Консультация сосудистого хирурга (флеболога), гематолога, генетика показана пациентам с повторными эпизодами идиопатического ТГВ, которым необходимо обследование для исключения состояния гиперкоагуляции (С).

Консультация специалиста показана при необходимости назначения альтернативных лекарственных средств (D) — гирудина в связи с развитием гепарин-индуцированной тромбоцитопении или неэффективностью лечения варфарином. Следует проконсультироваться на предмет использования для мониторингования степени гипокоагуляции экаринового тромбинового времени у пациентов, получающих прямые ингибиторы тромбина.

В консультации гинеколога нуждаются пациентки с ТГВ на фоне беременности (D). Консультация хирурга показана при илеокавальном тромбозе, рецидивирующей ТЭЛА [7].

12. Показания к госпитализации больного

Большинство пациентов с ТГВ голени и бедра можно безопасно лечить с применением низкомолекулярного гепарина в амбулаторных условиях.

Показания к госпитализации:

- тяжелая сопутствующая патология;
- диагностирование илеофemorального тромбоза с ТЭЛА или без нее (B);
- признаки ТЭЛА;
- необходимость хирургического вмешательства для предотвращения ТЭЛА (флотирующие тромбы илеокавального сегмента);
- аллергия на гепарины, гепарин-ассоциированная тромбоцитопения;
- геморрагический инсульт в анамнезе;
- гематурия или недавнее желудочно-кишечное кровотечение;
- уровень гемоглобина менее 80 г/л или тромбоцитопения по данным предыдущих лабораторных исследований;
- травма в предшествующие 2 нед.;
- хирургическое вмешательство в предшествующие 2 нед.;
- неконтролируемая артериальная гипертензия (систолическое АД более 180 мм рт. ст. или диастолическое АД более 110 мм рт. ст.);
- серьезная почечная патология с уровнем сывороточного креатинина более 200 мкмоль/л;
- печеночная недостаточность;
- тромбоцитопения, высокий риск кровотечения;
- невозможность проведения в амбулаторных условиях 5-дневного курса подкожных инъекций;
- низкая приверженность больного к лечению (например, вследствие невозможности самообслуживания, психических нарушений, глухоты и др.).

13. Профилактика

Решения, касающиеся профилактики, должны быть приняты после оценки факторов риска тромбоза, кровотечения, клинического контекста и предпочтений пациента.

Факторы риска кровотечений [1]:

- активное кровотечение;
- приобретенные нарушения свертываемости крови (например, острая печеночная недостаточность);
- совместное использование антикоагулянтов, которые могут увеличить риск кровотечения (например, варфарин при цифрах МНО выше 2);
- планирующаяся в течение ближайших 12 часов люмбальная пункция/эпидуральная/спинальная анестезия и 4 часа после данных манипуляций;
- острое нарушение мозгового кровообращения;
- тромбоцитопения (тромбоциты менее $75 \times 10^9/\text{л}$);
- неконтролируемая артериальная гипертензия (230/120 мм рт. ст. или выше);
- нескорректированные наследственные нарушения свертываемости крови (такие как гемофилия и болезнь Виллебранда).

Важно не допускать обезвоживания пациентов, поощрять максимально раннюю мобилизацию. Не следует считать применение аспирина или других дезагрегантов достаточной мерой для адекватной профилактики ТГВ. При невозможности проведения других мер профилактики при очень высоком риске ТГВ следует рассмотреть возможность установки кава-фильтра [1].

Первичную профилактику ТГВ необходимо проводить всем иммобилизованным пациентам, большинству пациентов хирургических отделений и пациентам с травмами (А). Для госпитализированных пациентов с высоким риском тромбоза рекомендуется тромбопрофилактика с использованием НМГ, низких доз нефракционированного гепарина или фондапаринукса (1В). Для госпитализированных пациентов с низким риском тромбоза профилактика не рекомендуется (степень 1В). Госпитализированным пациентам с повышенным риском тромбоза и высоким риском кровотечений рекомендуется механическая тромбопрофилактика с использованием компрессионного трикотажа (2С) или прерывистой пневматической компрессии (2С), по крайней мере, до тех пор, пока риск кровотечения не снизится (2С). Для амбулаторных пациентов с онкологическими заболеваниями без дополнительных факторов риска ТГВ плановая профилактика с использованием НМГ или НФГ не проводится (2В), рекомендуется профилактическое использование антагонистов витамина К (1В) [29].

Варфарин или низкомолекулярный гепарин назначают пациентам, которым проводят протезирование коленного или тазобедренного сустава, операции на органах таза, нейрохирургические вмешательства, пациентам старше 40 лет, оперируемым по поводу новообразований, и пациентам с дефицитом ингибиторов свертывания крови (А). Пациентам, которым проводят протезирование коленного или тазобедренного сустава, дозу варфарина подбирают до достижения значения МНО от 1,8 до 3 или назначают низкомолекулярный гепарин.

Следует использовать компрессию с помощью эластического трикотажа для первичной профилактики послеоперационного ТГВ у пациентов высокого риска, имеющих также высокий риск кровотечений на фоне назначения антикоагулянтов (А) (у пациентов с **черепно-мозговой травмой**, поражением спинного мозга или переломами бедренных костей или костей таза).

Компрессию с помощью эластичных гольфов используют у пациентов с высоким риском ТГВ при длительных авиаперелетах; до вылета дополнительно назначают низкомолекулярный гепарин (А) [7]. У пациентов с низким или средним риском ТГВ применяют только эластичные гольфы, обеспечивающие давление от 14 до 17 мм рт. ст.; их надевают за 2–3 ч до вылета. Пациентам высокого риска рекомендуется однократное подкожное введение низкомолекулярного гепарина за 2–4 ч до вылета в дополнение к использованию эластичных гольфов [23].

Пациентам с высоким риском ТЭЛА (например, при флотирующей тромбе в магистральной вене) в случаях объективного подтверждения наличия ТГВ в нижнюю полую вену устанавливают кава-фильтр.

Обучение больного

Следует информировать пациентов о побочных эффектах, связанных с лечением, механизмах действия лекарственных средств и лекарственных взаимодействиях, в первую очередь о механизме действия варфарина, его взаимодействии с другими препаратами, а также о необходимости соблюдения диеты.

Женщинам, использующим гормональные контрацептивы, нужно знать, что при приеме комбинированных оральных контрацептивов риск ТГВ возрастает в 3–5 раз (В); комбинированные контрацептивы, содержащие левоноргестрел или норэтистерон, ассоциированы с меньшим риском ТГВ (относительный риск — 3) по сравнению с препаратами, содержащими десогестрел или гестоден (В) (относительный риск — 5), и являются препаратами первого выбора (В); риск ТГВ наиболее высок в первые 4 мес. после начала приема гормональных контрацептивов и снижается до популяционного

Клинические рекомендации

через 3 мес. после их отмены (В); нет данных о влиянии неотложной контрацепции на ТГВ; курящим женщинам старше 35 лет оральная комбинированная контрацепция не рекомендуется, возможно использование прогестогенов (В); прогестогенам отдается предпочтение и у женщин с индексом массы тела более 30 кг/м^2 (В) [24].

Пациентам рекомендуют ограничить прием продуктов, содержащих значительное количество витамина К (капуста, шпинат, листья салата, печень, зеленый чай, кофе), и полностью отказаться от алкоголя.

Следует убедить пациента в необходимости сообщения врачу, проводящему антикоагулянтную терапию, обо всех изменениях режима медикаментозной терапии (изменение доз, отмена препаратов или назначение новых).

На время лечения варфарином беременность противопоказана.

Для профилактики посттромботического синдрома необходимо носить компрессионный трикотаж (А) начиная с первого месяца после диагностики проксимального ТГВ и продолжать как минимум 1 год [25].

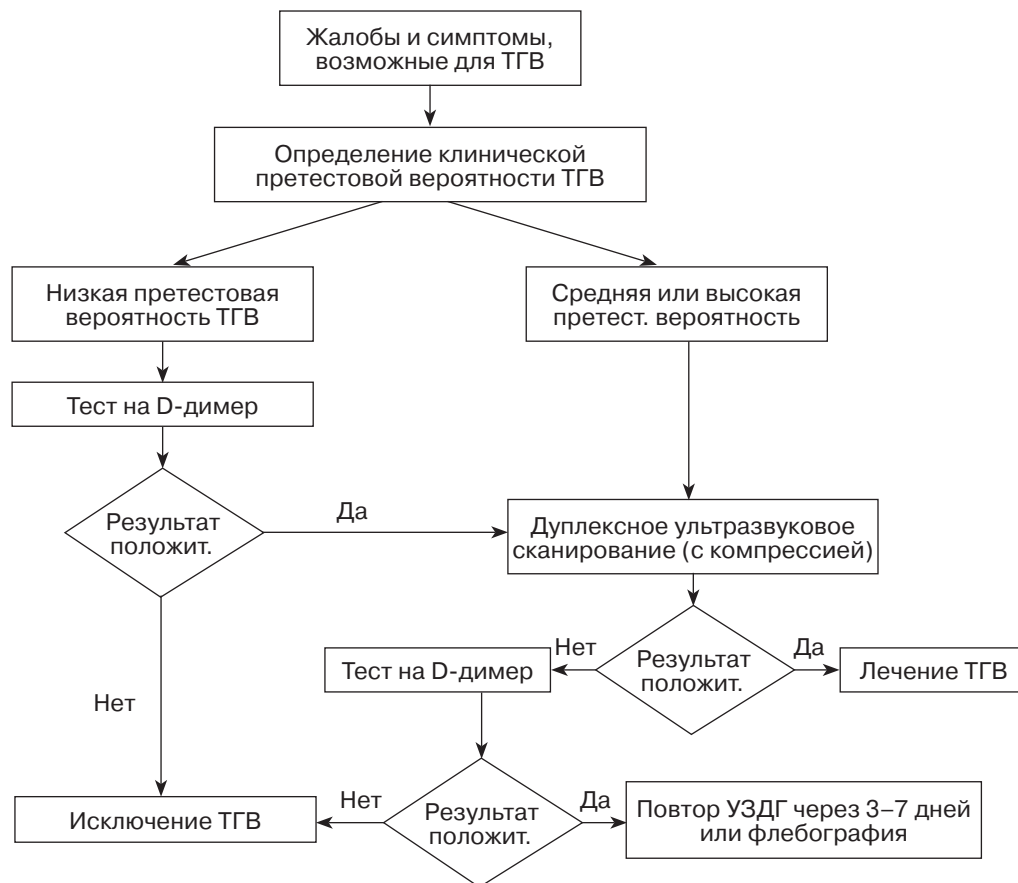
14. Прогноз

После первого эпизода ТГВ посттромботический синдром развивается в течение 2 лет у 60 % пациентов (А). При отсутствии лечения у половины больных возникает бессимптомная ТЭЛА (А). У одной четверти больных возникает рецидив венозной тромбоэмболии в течение последующих 5 лет (А), особенно при онкологических заболеваниях или нарушениях свертываемости крови (А). Приблизительно у 1 % пациентов через год выявляют онкологическое заболевание (С) [7].

Около 20 % нелеченых проксимальных ТГВ обуславливают ТЭЛА, в 10–20 % случаев летальную. При активной терапии антикоагулянтами смертность снижается в 5–10 раз [26].

15. Порядок оказания лечебно-диагностической помощи в амбулаторно-поликлинических условиях

Диагностический алгоритм ТГВ [13, 31]



Литература

1. NICE clinical guideline 92. Reducing the risk of venous thromboembolism (deep vein thrombosis and pulmonary embolism) in patients admitted to hospital. January 2010. Review decision date: July 2014. 52 p. — www.nice.org.uk/guidance/CG92 — Последнее посещение сайта 9.09.2015.
2. Nordstrom Af., Lindblad B., Bergqvist D. et al. A prospective study of the incidence of deep-vein thrombosis within a defined urban population // *J. Intern. Med.* — 1992. — Vol. 232. — P. 155–160.
3. Российские клинические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике венозных тромбозных осложнений // *Флебология (прил.)*. — 2010. — Т. 4. — Вып. 2. — № 1. — 2010. — 37 с.
4. *Current Clinical Medicine*. — 2009 / Ed. W. D. Carey. — Elsevier, 2008. — 1440 p. — ISBN 978-1-4160-4096-5.
5. Кириенко А. И., Матюшенко А. А., Андрияшкин В. В. Острый тромбоз. — М.: Литтерра, 2006. — 108 с.
6. Guidelines for the diagnosis, treatment and prevention of pulmonary thromboembolism and deep vein thrombosis (JCS 2009). JCS Joint Working Group // *Circ J.* — 2011. — Vol. 75. — № 5. — P. 1258–1281.
7. Руководство по первичной медико-санитарной помощи. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. — 1584 с.
8. Флебология: Руководство для врачей / Под ред. В. С. Савельева. — М.: Медицина, 2001. — 664 с.
9. Верткин А. Л., Бараташвили В. Л., Беляева С. А. Острый венозный тромбоз: Справочник поликлинического врача. — 2007. — Т. 4. — № 6. http://old.consilium-medicum.com/media/refer/07_06/4.shtml — Последнее посещение сайта 9.09.2015.
10. Wells P. S., Anderson D. R., Bormanis J. et al. Value of assessment of perfect probability of deep-vein thrombosis in clinical management // *Lancet*. — 1997. — Vol. 350 (9094). — P. 1795–1798.
11. Clinical policy: critical issues in the evaluation and management of adult patients presenting with suspected lower-extremity deep venous thrombosis. American College of Emergency Physicians (ACEP) Clinical Policies Committee; ACEP Clinical Policies Subcommittee on Suspected Lower-Extremity Deep Venous Thrombosis. — *Ann Emerg Med.* — 2003. — Vol. 42(1). — P. 124–135.
12. Qaseem A., Snow V., Barry P. et al. Current diagnosis of venous thromboembolism in primary care: a clinical practice guideline from the American Academy of Family Physicians and the American College of Physicians // *Ann Fam Med.* — 2007. — Vol. 5 (1). — P. 57–62.
13. Keeling D. M., Mackie I. J., Moody A., Watson H. G. The diagnosis of deep vein thrombosis in symptomatic outpatients and the potential for clinical assessment and D-dimer assays to reduce the need for diagnostic imaging. Haemostasis and Thrombosis Task Force of the British Committee for Standards in Haematology // *Br J Haematol.* — 2004. — Vol. 124(1). — P. 15–25.
14. Needleman L., Polak J. F., Bettmann M. A. et al. Suspected lower extremity deep vein thrombosis. American College of Radiology. ACR Appropriateness Criteria. *Radiology*. — 2000. — Vol. 215 (Suppl). — P. 49–53.
15. Polak J. F., Yucel E. K., Bettmann M. A. et al. ACR Appropriateness Criteria® suspected lower extremity deep vein thrombosis. Suspected lower extremity deep vein thrombosis. American College of Radiology (ACR). — 2005. — 5 p.
16. Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI). Venous thromboembolism. Bloomington (MN): Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI). — 2007. — 91 p.
17. Клиническая ангиология: Руководство для врачей: В 2 т.: Т. 1. Под ред. А. В. Покровского. — М.: Медицина, 2004. — 808 с.
18. Практическое руководство для врачей общей (семейной) практики / Под ред. И. Н. Денисова. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2001. — 720 с.
19. Winter M., Keeling D., Sharpen F. et al. Procedures for management of patients with deep venous thrombosis // *Clin. Lab. Haem.* — 2005. — Vol. 27. — P. 61–66.
20. Chagnon I., Bounameaux H., Aujesky D. et al. Comparison of two clinical prediction rules and implicit assessment among patients with suspected pulmonary embolism // *Am J Med.* — 2002. — Vol. 113 (4). — P. 269–275.
21. Arbor A. Venous thromboembolism. University of Michigan Health System. — 2009. — 13 p.
22. Клинические рекомендации, основанные на доказательной медицине / Под ред. Ю. Л. Шевченко, И. Н. Денисова, В. И. Кулакова, Р. М. Хаитова. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2002. — 1248 с.
23. Clarke M. J., Hopewell S., Juszczak E. et al. Compression stockings for preventing deep vein thrombosis in airline passengers // *Cochrane Database of Systematic Reviews*. — 2006. — Issue 2. — Art. No: CD004002.
24. Venous thromboembolism and hormonal contraception. London (UK): Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG). — 2004 Oct. — 13 p. (Guideline; No 40).

Клинические рекомендации

25. Outpatient management of uncomplicated deep venous thrombosis. Michigan Quality Improvement Consortium. — 2007 Aug. — 1 p.

26. Практическое руководство для врачей общей (семейной) практики / Под ред. И. Н. Денисова. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2001. — 720 с.

27. *Sobieraj D. M., Coleman C. I., Pasupuleti V.* et al. Comparative efficacy and safety of anticoagulants and aspirin for extended treatment of venous thromboembolism: A network meta-analysis. *Thromb Res.* — 2015. — Vol. 135(5). — P. 888–96.

28. *Bates S. M., Jaeschke R., Stevens S. M.* et al. Diagnosis of DVT. Antithrombotic Therapy and Prevention of Thrombosis, 9th ed: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines. *Chest.* — 2012. — Vol. 141 (2 Suppl). — P. e351S–e418S.

29. *Kahn S. R., Lim W., Dunn A. S.* et al. Prevention of VTE in Nonsurgical Patients: Antithrombotic Therapy and Prevention of Thrombosis, 9th ed: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines. *Chest.* — 2012. — Vol. 141 (2 Suppl). — P. e195S–e226S.

30. *Guyatt G. H., Akl E. A., Crowther M.* Executive Summary: Antithrombotic Therapy and Prevention of Thrombosis, 9th ed: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines. *Chest.* — 2012. — Vol. 141 (2 Suppl). — P. 7S–47S.

31. Стандарт медицинской помощи больным с эмболией и тромбозом других уточненных вен (при оказании специализированной помощи) (утв. приказом Минсоцразвития РФ от 11 сентября 2007 г. № 592). — Консультант плюс. — Последнее посещение 9.09.2015.

Информация об авторах:

Лебедев Анатолий Константинович — к. м. н., доцент кафедры семейной медицины ГБОУ ВПО «Северо-Западный государственный медицинский университет имени И. И. Мечникова» Минздрава России

Кузнецова Ольга Юрьевна — д. м. н., профессор, заведующая кафедрой семейной медицины ГБОУ ВПО «Северо-Западный государственный медицинский университет имени И. И. Мечникова» Минздрава России

Адрес для контактов:

anatoliy.lebedev@szgmu.ru

УДК 616.34-009-02-08:616.85

ДИАГНОСТИКА И ВЕДЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА В ОБЩЕЙ ВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИКЕ

А. К. Лебедев

ГБОУ ВПО «Северо-Западный государственный медицинский университет имени И. И. Мечникова»
Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия

DIAGNOSIS AND TREATMENT OF IRRITABLE BOWEL SYNDROME IN GENERAL PRACTICE

A. K. Lebedev

North-Western State Medical University named after I. I. Mechnikov, St.Petersburg, Russia

© А. К. Лебедев, 2015 г.

В клинических рекомендациях представлены классификация синдрома раздраженной кишки, эпидемиология, факторы и группы риска. Описаны основные принципы клинико-лабораторной и инструментальной диагностики в амбулаторных условиях, диагностические критерии, принципы дифференциальной диагностики. Представлены рекомендации по медикаментозному и немедикаментозному лечению в условиях общей врачебной практики.

Клинические рекомендации утверждены на заседании профильной комиссии Минздрава России по ОВП 13.10.2015 г.

Ключевые слова: синдром раздраженной кишки, общая врачебная практика.

The guidelines present the classification, epidemiology, risk factors and risk groups of irritable bowel syndrome. Basic principles of clinical, laboratory and instrumental diagnostics in general practice, diagnostic criteria, principles of differential diagnosis are presented. The guidelines also present recommendations for pharmacological and non-pharmacological treatment in general practice.

Clinical guidelines were approved at the meeting of the profile committee on general practice of the Ministry of Health of Russia on 10.13.2015.

Keywords: irritable bowel syndrome, general practice.

Уровни доказательств

Настоящие рекомендации включают основные положения рекомендаций Национального института здравоохранения и клинической практики (National Institute for Health and Clinical Excellence — NICE) и Британского гастроэнтерологического общества (British Society of Gastroenterology — BSG), которые используют рейтинговую схему оценки силы доказательств (табл. 1), однако для каждой отдельной рекомендации сила доказательств не приводится.

Клинические рекомендации Всемирной гастроэнтерологической организации (World Gastroenterology Organization — WGO) также не приводят рейтинговую шкалу для каждой рекомендации.

Настоящие рекомендации включают уровни доказательности (табл. 2), используемые в докладах Британского гастроэнтерологического общества (BSG). Уровни доказательности приводятся после соответствующего утверждения жирным шрифтом в скобках, например (**A**).

Таблица 1

Рейтинговая схема для оценки силы доказательств

Ia	Доказательность основана на метаанализе рандомизированных контролируемых двойных слепых плацебо-контролируемых исследований
Ib	Доказательность основана по крайней мере на 1 рандомизированном контролируемом исследовании (РКИ)
IIa	Доказательность основана по крайней мере на 1 нерандомизированном контролируемом исследовании
IIb	Доказательность основана по крайней мере на 1 квазиэкспериментальном исследовании
III	Доказательность основана на неэкспериментальных описательных исследованиях, таких как сравнительные исследования, корреляционные исследования, исследования по типу «случай — контроль»
IV	Доказательность основана на докладах комитета экспертов или мнении и/или клиническом опыте экспертов

Описание уровней доказательности

A	Доказательность основана по крайней мере на одном РКИ хорошего качества (рейтинг Ia или Ib)
B	Доказательность основана на исходах исследований без рандомизации (рейтинг IIa, IIb или III)
C	Доказательства основаны на отчетах экспертных комитетов, мнений или клинического опыта авторитетных экспертов при отсутствии клинических исследований хорошего качества (рейтинг IV)

Каждая рекомендация Американской гастроэнтерологической коллегии разделяет доказательства на сильные (строгие) (степень 1) и слабые (степень 2), а силу доказательств на выраженную (уровень A), умеренную (уровень B) и слабую (уровень C) (табл. 3).

Характеристики классов рекомендаций

Класс рекомендации/описание	Преимущество по сравнению с риском	Методологическое качество подтверждающих документов	Выводы
1A. Сильная рекомендация, высокое качество доказательств	Преимущества явно перевешивают риск или наоборот	РКИ без значительных ограничений или неопровержимые доказательства обсервационных исследований	Сильная рекомендация, можно применить для большинства пациентов в большинстве случаев. Еще одно свидетельство вряд ли изменит уверенность в оценке эффекта
1B. Сильная рекомендация, среднее качество доказательств	Преимущества явно перевешивают риск или наоборот	РКИ со значительными ограничениями (противоречивые результаты, методологические недостатки, неточности) или исключительно убедительные доказательства обсервационных исследований	Сильная рекомендация, можно применить для большинства пациентов в большинстве случаев. Высшее качество доказательств вполне может изменить уверенность в оценке эффекта
1C. Сильная рекомендация, низкое качество или очень низкое качество доказательств	Преимущества явно перевешивают или наоборот	Обсервационные исследования или серии случаев	Сильная рекомендация может применяться для большинства пациентов в большинстве случаев. Высшее качество доказательств, скорее всего, изменит уверенность в оценке эффекта
2A. Слабая рекомендация, высокое качество доказательств	Преимущества тесно сбалансированы с рисками	РКИ без значительных ограничений или неопровержимые доказательства обсервационных исследований	Слабая рекомендация, действия могут отличаться в зависимости от обстоятельств, предпочтений пациентов или общественных ценностей. Еще одно свидетельство вряд ли изменит уверенность в оценке эффекта
2B. Слабая рекомендация, среднее качество доказательств	Преимущества тесно сбалансированы с рисками	РКИ со значительными ограничениями (противоречивые результаты, методологические недостатки, неточности) или исключительно убедительные доказательства обсервационных исследований	Слабая рекомендация, действия могут отличаться в зависимости от обстоятельств, предпочтений пациентов или общественных ценностей. Еще одно свидетельство вряд ли изменит уверенность в оценке эффекта
2C. Слабая рекомендация, низкое качество или очень низкое качество доказательств	Неопределенность в оценках выгод и рисков; преимущества и риск могут быть тесно сбалансированы	Обсервационные исследования или серии случаев	Очень слабые рекомендации; другие альтернативы могут быть в равной степени разумными. Высшее качество доказательств, вероятно, изменит уверенность в оценке эффекта

1. Определение

Синдром раздраженного кишечника (СРК) — функциональное расстройство, при котором боль или дискомфорт в животе уменьшаются после дефекации, связаны с изменением частоты дефекации и консистенции стула, возникают не менее 3 дней в месяц на протяжении последних 3 месяцев при общей продолжительности жалоб не менее 6 месяцев. При этом необходимо наличие по меньшей мере двух из трех нижеперечисленных условий:

- боль уменьшается после дефекации;
- боль сочетается с изменением частоты стула;
- боль сочетается с изменением консистенции стула [1, 2].

2. Коды по МКБ-10

- К 58 – Синдром раздраженного кишечника.
- К 58.0 – Синдром раздраженного кишечника с диареей.
- К 58.9 – Синдром раздраженного кишечника без диареи.

3. Эпидемиология

В мире СРК страдают 9–23 % взрослого населения. Заболеваемость новыми случаями СРК составляет около 1 % населения ежегодно (0,2–7 %). Две трети пациентов, страдающих данным заболеванием, к врачам не обращаются в связи с деликатным характером жалоб. Пик заболеваемости приходится на молодой трудоспособный возраст — 20–40 лет. Средний возраст пациентов составляет 24–41 год. В молодом возрасте женщины страдают СРК чаще мужчин в 1,5–2 раза. Среди мужчин старше 50 лет СРК распространен так же часто, как и среди женщин [3–6].

4. Факторы и группы риска

Возраст. Пик распространенности СРК приходится на 20–40 лет.

Пол. Женщины страдают заболеванием чаще мужчин (в 1,5–2 раза). При этом у женщин чаще преобладает СРК с запорами, а у мужчин — СРК с диареей.

Социально-экономический статус. Среди пациентов с СРК чаще встречаются лица с низким социально-экономическим статусом [7].

Генетическая предрасположенность и личностные особенности. Отмечено увеличение риска СРК до 3 раз у лиц, близкий член семьи которых имел данное заболевание. Возможны нарушения кишечной активности, повреждения слизистого барьера, висцеральная гиперчувствительность, нарушения нейрогормональных взаимодействий между центральной нервной системой и кишечником, изменение уровня серотонина [8].

Стрессовые ситуации и психологические расстройства. Существует связь между СРК и психологическими расстройствами (например, тревога, депрессия, посттравматическое стрессовое расстройство). До двух третей пациентов с СРК, наблюдающихся в специализированных центрах, имеют сопутствующее психическое расстройство.

Физическое и сексуальное насилие является предиктором тяжелых симптомов СРК [9].

Инфекционный гастроэнтерит в анамнезе значительно (в 5,9 раза) повышает риск развития СРК [7].

5. Скрининг

Скрининг на наличие СРК не проводится.

Наличие СРК не увеличивает риск смертности или риск развития других желудочно-кишечных заболеваний, таких как хронический панкреатит, злокачественные новообразования желудочно-кишечного тракта, непроходимость кишечника и язва желудка [7].

6. Классификация

В зависимости от характера изменений стула выделяют четыре возможных варианта СРК.

1. СРК с запорами — СРК-З (твердый или фрагментированный стул ≥ 25 %, жидкий или водянистый стул < 25 % всех актов дефекации).

2. СРК с диареей — СРК-Д (жидкий или водянистый стул ≥ 25 %, твердый или фрагментированный стул < 25 % всех актов дефекации).

3. Смешанная форма (твердый или фрагментированный стул ≥ 25 %, жидкий или водянистый стул ≥ 25 % всех актов дефекации).

4. Неклассифицируемая форма — недостаточно данных для установления диагноза СРК с запором, СРК с диареей или смешанной формы (обычно твердый или фрагментированный стул < 25 %, жидкий или водянистый стул < 25 % всех актов дефекации).

В основу данной классификации положена форма стула по Бристольской шкале, которая легко понимается больными и позволяет быстро идентифицировать характер нарушений стула. Согласно Бристольской шкале форм кала при запоре отмечается 1-й и 2-й типы формы кала, а 6-й и 7-й типы соответствуют поносу (табл. 4).

Пример формулировки диагноза

При формулировке диагноза необходимо указать тип преобладающих нарушений стула:

синдром раздраженного кишечника с диареей;
синдром раздраженного кишечника с запором;
синдром раздраженного кишечника, смешанный тип.

7. Принципы и алгоритмы клинико-лабораторной и инструментальной диагностики заболевания в амбулаторных условиях

При сборе анамнеза заболевания важно установить связь между возникновением клинических симптомов и воздействием внешних

Таблица 4

Бристольская шкала формы каловых масс

Тип 1	Отдельные твердые комочки кала (стул в виде «орешков»)
Тип 2	Кал нормальной колбасовидной формы, но с твердыми комочками
Тип 3	Кал нормальной колбасовидной формы, но поверхность с глубокими бороздками
Тип 4	Кал нормальной колбасовидной формы или в виде змейки с гладкой поверхностью и мягкой консистенцией
Тип 5	Кал в виде шариков с ровными краями, легко эвакуируется
Тип 6	Кусочки кала с неровными краями, кашицеобразной консистенции
Тип 7	Водянистый или жидкий стул без твердых комочков

факторов: нервные стрессы, перенесенные кишечные инфекции, возраст больного к началу заболевания, продолжительность заболевания до первого обращения к врачу, проводимое ранее лечение и его эффективность. Важно выявить наличие тревоги, депрессии и предположить другие психопатологические состояния.

Молодым пациентам (до 45 лет) с типичными функциональными симптомами, без симптомов тревоги или отягощенного семейного анамнеза по раку толстой кишки и при отсутствии патологии при осмотре может быть поставлен рабочий диагноз СРК без дальнейшего обследования и переоценки диагноза с рекомендациями по образу жизни (**B**) [10]. Регулярное диагностическое тестирование с полным клиническим анализом крови, биохимическими анализами, исследованиями функции щитовидной железы, кала на яйца глистов и паразитов, а также визуализацией органов брюшной полости не рекомендуется у пациентов с типичными симптомами СРК, не имеющих признаков тревоги из-за низкой вероятности развития органического заболевания (**1C**) [11].

При этом, учитывая то, что диагноз СРК исключает наличие органической патологии, многие клинические рекомендации [12–14] **предлагают** выполнять пациентам, имеющим диагностические критерии СРК, следующие анализы:

- клинический анализ крови,
- СОЭ,
- С-реактивный белок,
- антитела к эндомиозию (или антитела к тканевой трансглутаминазе).

Дополнительные анализы (необязательные):

- УЗИ органов брюшной полости,
- сигмоидоскопия,
- колоноскопия,
- гормоны щитовидной железы,
- анализ кала на скрытую кровь,
- анализ кала на яйца глистов и паразитов,
- водородный дыхательный тест на выявление непереносимости лактозы и избыточный бактериальный рост.

Регулярный серологический скрининг на целиакию (глютенную энтеропатию) должен осуществляться у пациентов с СРК-Д и СРК смешанного типа (**1B**). Применение лактозного дыхательного теста может быть рекомендовано в тех случаях, когда наличие лактозной мальабсорбции (мальдигестии) вызывает озабоченность, несмотря на изменение питания (**2B**). В настоящее время нет достаточных данных, чтобы рекомендовать дыхательный тест для выявления избыточного бактериального роста в тонкой кишке у больных СРК (**2C**). В связи с низкой претестовой вероятностью болезни Крона, язвенного колита и рака толстой кишки обязательная для всех визуализация толстой

кишки не рекомендуется у пациентов моложе 50 лет с типичными симптомами СРК и не имеющих признаков тревоги (**1B**). Колоноскопия должна быть выполнена у пациентов с СРК при наличии симптомов тревоги для исключения органических заболеваний и у пациентов в возрасте старше 50 лет с целью скрининга колоноRECTАЛЬНОГО РАКА (**1C**). При колоноскопии, выполняющейся у пациентов с СРК с диареей, должна быть рассмотрена возможность получения биопсий из случайных участков для исключения микроскопического колита (**2C**) [11].

Определение уровня кальпротектина в кале рекомендуется для дифференциальной диагностики воспалительных заболеваний кишечника (ВЗК) и СРК у взрослых с недавним началом желудочно-кишечных симптомов при отсутствии подозрения на рак и наличии возможности выполнения теста [15].

Обследование пациентов с диареей должно включать определение уровней витамина В₁₂, фолиевой кислоты, ферритина, кальция, альбумина, исследование функции щитовидной железы, выявление антител к эндомиозию, исследование копрограммы и в случае необходимости рентгенологическое обследование толстой кишки с бариевым контрастированием. Тяжелая диарея требует выполнения колоноскопии для исключения колита (**C**) [10].

Пожилым пациентам с недавно появившимися симптомами и молодым лицам с отягощенным семейным анамнезом по раку толстой кишки оправдано проведение визуализационных исследований толстой кишки. Прогрессирование симптомов в любой возрастной группе требует переоценки необходимости выполнения визуализационных исследований толстой кишки (**C**) [10].

Дифференциальный диагноз

– Рак толстой кишки и другие опухоли желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), например карциноид.

– Эндокринные расстройства (гипертиреоз, гипотиреоз).

– Целиакия (глютенная энтеропатия).

– Лактазная и дисахаридазная недостаточность.

– Воспалительные заболевания кишечника (болезнь Крона, язвенный колит).

– Дивертикулит.

– Последствия применения лекарственных препаратов (слабительных, блокаторов кальциевых каналов, антидепрессантов, нестероидных противовоспалительных препаратов, наркотических анальгетиков, препаратов железа, антибиотиков, препаратов желчных кислот).

– Ишемический колит.

– Острые кишечные инфекции, связанные с протозойным (лямблии, амебы) или бактериальным поражением.

- Синдром избыточного бактериального роста.
- Гинекологические заболевания (эндометриоз, воспалительные заболевания, опухоли яичника).

Сопутствующие заболевания [6, 13]

Пациенты с коморбидностью имеют тенденцию к более тяжелой форме СРК.

Фибромиалгия встречается у 20–50 % пациентов с СРК.

СРК часто встречается при некоторых других хронических заболеваниях с болевым синдромом:

- синдром хронической усталости присутствует у 51 % больных;
- патология височнонижнечелюстного сустава у 64 %;
- хроническая боль в малом тазу у 50 %.

Часты сочетания СРК с неязвенной диспепсией, дискинезией желчевыводящих путей, расстройствами настроения.

8. Критерии ранней диагностики

Предварительный диагноз СРК обычно основывается на данных анамнеза и результатах физикального осмотра без проведения дополнительных исследований. Окончательный диагноз требует доказательного исключения органического заболевания с учетом индивидуальной симптоматики и характеристик каждого конкретного пациента. Во многих случаях (например, у молодых пациентов без угрожающей симптоматики) окончательный диагноз может быть установлен только на основании клинических данных.

Диагностические критерии (Римские критерии III) [16]

- Появление симптомов по меньшей мере за 6 месяцев до установления диагноза.

- Рецидивирующая абдоминальная боль или дискомфорт более 3 дней в месяц в течение прошлых 3 месяцев.

- Минимум 2 из представленных ниже симптомов:

- улучшение состояния после дефекации;
- связь с изменениями в частоте стула;
- связь с изменениями в характере стула.

Частые симптомы СРК, подтверждающие диагноз [6, 14]:

- метеоризм;
- патологический характер стула (твердый и/или жидкий);
- патологическая частота стула (менее 3 раз в неделю или более 3 раз в день);
- натуживание при дефекации;
- срочная необходимость дефекации;
- чувство неполной эвакуации из кишечника;
- появление слизи из прямой кишки.

Поведенческие симптомы, помогающие в установлении диагноза СРК в клинической практике [6]:

- симптомы присутствуют более 6 месяцев;
- стресс усугубляет симптоматику;
- частые консультации по вопросам, не связанным с гастроэнтерологией;
- не доказанные посредством медицинского обследования симптомы в анамнезе;
- ухудшение состояния после еды;
- сочетанные тревожность и/или депрессия.

У пациентов с СРК обращает внимание несоответствие между большим количеством предъявляемых жалоб, длительным течением заболевания и удовлетворительным общим состоянием больного [5].

9. Осложнения

Соматических осложнений у СРК нет. Качество жизни снижается до 25–30 % в связи с нарушением режима работы и сна, появлением тревоги. Пациенты с СРК могут иметь симптомы на протяжении многих лет [15].

10. Общие принципы терапии в амбулаторных условиях

Общие мероприятия

Создание терапевтического союза между врачом и пациентом

Создание терапевтического союза включает в себя общий для врача и пациента взгляд на природу симптомов заболевания и диагноз, соглашение в отношении лечебной стратегии (выбор препарата, ожидание формирования эффекта, терпение при смене лекарств, адаптация к нежелательным реакциям на проводимую терапию), соглашение в отношении возможностей терапии [2].

Диета и образ жизни

Рекомендации по соблюдению диеты могут быть полезны пациентам с диареей, которые потребляют чрезмерно большие количества трудноперевариваемых углеводов, фруктов или кофеина (С). При запорах у пациентов с низким уровнем потребления растительных волокон следует рекомендовать диету с высоким содержанием растительных волокон (С). Пациентам с диареей, у которых потребление лактозы является существенным (более 280 мл молока в день), нужно рекомендовать исключение лактозы и/или проведение теста на толерантность к лактозе (В).

Если пациент придерживается какой-либо специфической диеты (сыроедение, диета с избыточным потреблением жира и т. д.), положительный эффект может быть достигнут при отказе от такой диеты (В) [10].

Несмотря на противоречивые данные исследований по оценке эффективности назначаемой диеты, всем пациентам с СРК следует **придерживаться следующих рекомендаций** [2, 10, 11]:

1. Принимать пищу регулярно в специально отведенное время, избегать ее приема в спешке, в процессе работы.

2. Не пропускать приемы пищи и не допускать длительных перерывов между ними.

3. Ограничить курение, употребление алкоголя, газированных напитков.

4. Провести тест с исключением продуктов с повышенным содержанием пищевых волокон. Уменьшению вздутия может способствовать прием овса в виде хлопьев и каш, а также семян льна (до одной столовой ложки в день). Пациентам с СРК с преобладанием запоров следует рекомендовать увеличить потребление пищевых волокон (**С**). При отсутствии эффекта или невозможности повышения количества пищевых волокон в рационе возможен дополнительный прием волокон. Шелуха подорожника исфагулы (гидрофильный муциллоид псиллиума) является разумной альтернативой пшеничных отрубей, особенно у пациентов с болевым синдромом, вздутием живота и чрезмерным послаблением стула (**В**).

5. Провести тест с исключением лактозы из рациона. При этом следует помнить, что даже в случае подтвержденной ее непереносимости пациенты нормально переносят прием 10–12 г лактозы в день.

6. При диарее и метеоризме ограничить прием свежих фруктов тремя порциями в день (по 80 г каждая).

7. При наличии сопутствующей диарее исключить прием сорбитола, входящего в состав подсластителей пищевых продуктов, напитков, жевательной резинки, а также в средства для похудения.

8. При наличии сопутствующего вздутия ограничить потребление животных жиров и продуктов, приготовленных на них, потребление капусты, молока, мучных изделий.

9. Пациенту целесообразно вести пищевой дневник для выявления продуктов, употребление которых приводит к усилению симптомов заболевания.

Влияние гипоаллергенной диеты в отношении уменьшения симптомов заболевания не доказано (**2С**). Сведения об эффективности диеты, подобранной на основании анализа уровня антител к определенным пищевым белкам, остаются противоречивыми [2, 11].

Пациентам с СРК следует рекомендовать в течение рабочей недели тратить не менее 30 минут в день на умеренные физические нагрузки (бег, занятия на тренажерах, плавание), а также планировать рабочий день таким обра-

зом, чтобы выделять время на отдых в течение дня.

Медикаментозное лечение

Спазмолитические препараты

Для купирования боли при СРК используются различные группы спазмолитиков — блокаторы М-холинорецепторов, натриевых и кальциевых каналов. Спазмолитики эффективны для уменьшения болей в животе, при этом несколько более эффективны спазмолитические препараты с антихолинэргическим действием (**А**). Эффект использования масла мяты перечной превосходит эффект плацебо у пациентов с СРК (**2В**). Высокая эффективность была отмечена при лечении гиосцина бутилбромидом и пинаверия бромидом [2, 10, 11].

Препараты для купирования диареи

При СРК с преобладанием диареи применяются такие препараты, как лоперамида гидрохлорид, смекта, невсасывающийся антибиотик рифаксимин и пробиотики.

Снижая тонус и моторику гладкой мускулатуры ЖКТ, лоперамида гидрохлорид улучшает консистенцию стула, уменьшает количество позывов на дефекацию, однако не оказывает существенного влияния на другие симптомы СРК, в том числе на абдоминальную боль и вздутие живота (**А**). Кодеин является разумной альтернативой лоперамиду, но часто вызывает нежелательный седативный эффект (**А**) [2, 10].

Ежедневный прием диоктаэдрического смектита в течение 8 недель (1 пакетик 3 раза в день) у пациентов с диарейным вариантом СРК способствует улучшению качества жизни, а также уменьшению интенсивности боли в животе и метеоризма [2, 10].

Короткий курс приема невсасывающегося антибиотика рифаксимины достаточно эффективно купирует диарею, а также способствует уменьшению вздутия живота (**1В**). Вместе с тем нет данных безопасности длительного приема препарата [2].

При диарее у больных с постинфекционной природой заболевания по результатам отдельных исследований отмечена эффективность курсового (в течение 3 недель) приема висмута трикалия дицитрата [2].

Пациентам с СРК с преобладанием диареи при мальабсорбции солей желчных кислот может помочь прием холестирамина (**В**) [10].

Препараты для лечения запора

Лечение хронических запоров начинается с общих рекомендаций: увеличение в рационе содержания растительной клетчатки, объема потребляемой жидкости до 1,5–2 л в сутки, а также повышение физической активности. Однако уровень исследований, в которых изучалась эффективность общих мероприятий, базировался большей частью на мнении экспер-

тов, основанном на отдельных клинических наблюдениях.

При СРК с преобладанием запоров применяются слабительные следующих групп: слабительные, увеличивающие объем каловых масс, осмотические слабительные, слабительные, стимулирующие моторику кишки.

Слабительные, увеличивающие объем каловых масс. Увеличивая объем кишечного содержимого, придают каловым массам мягкую консистенцию. Не оказывают раздражающего действия на кишку, не всасываются, не вызывают привыкания. Гидрофильный муциллоид псиллиума (шелуха семян подорожника) достаточно эффективен и может быть рекомендован **(2B)**. Имеется лишь одно исследование, отметившее положительный эффект поликарбофила кальция. Отруби пшеницы или кукурузные отруби не более эффективны, чем плацебо, в плане влияния на симптомы СРК и не могут быть рекомендованы для рутинного использования **(2C)** [2, 11].

Осмотические слабительные. К наиболее изученным из них относятся *полиэтиленгликоль* — ПЭГ (макрогол) и лактулоза, обладающие свойством замедлять всасывание воды и увеличивать объем кишечного содержимого. Эти препараты не метаболизируются в ЖКТ, не вызывают структурных изменений толстой кишки и привыкания, способствуют восстановлению естественных позывов на дефекацию. Слабительные на основе ПЭГ улучшают частоту стула **(1B)**, но не влияют на боли в животе **(2C)** [2, 11].

Слабительные, стимулирующие моторику кишки. Лекарственные препараты этой группы стимулируют хеморецепторы слизистой оболочки толстой кишки и усиливают ее перистальтику. Количество самостоятельных актов дефекации у больных с хроническим запором достоверно увеличивалось при приеме бисакодила по сравнению с плацебо; при этом на фоне приема стимулирующих слабительных возможно возникновение болей **(2C)**. В соответствии с рекомендациями Российской гастроэнтерологической ассоциации длительность курса лечения препаратами рассмотренной группы не должна превышать 10–14 дней [2].

Препараты комбинированного действия. В лечении пациентов с СРК применяются лекарственные средства, которые с учетом механизма своего действия способствуют и уменьшению боли в животе, и нормализации частоты и консистенции стула. Агонисты периферических опиоидных рецепторов нормализуют двигательную активность кишечника в результате влияния на различные подтипы периферических опиоидных рецепторов и, кроме того, повышают порог болевой чувствительности за

счет воздействия на глутаматные рецепторы синапсов задних рогов спинного мозга. Тримебутина малеат уменьшает частоту и выраженность абдоминальной боли, безопасен при длительном применении, эффективен для лечения сочетанной функциональной боли **(2B)** [2].

К средствам комбинированного действия для лечения пациентов с СРК может быть отнесен препарат, включающий в себя альверина цитрат и симетикон **(1A)** [2].

Пробиотики

Подтверждено лечебное действие различных пробиотиков при СРК. Эффект от терапии следует оценивать не ранее чем через 4 недели от начала приема препарата в дозе, рекомендованной производителем. Доказана эффективность пробиотиков, содержащих такие микроорганизмы, как *B. infantis*, *B. animalis*, *B. breve*, *B. longum*, *L. acidophilus*, *L. plantarum*, *L. casei*, *L. bulgaricus*, *S. thermophilus* **(2B)** [2].

Антидепрессанты

Психотропные препараты, к которым относятся *трициклические антидепрессанты* и *селективные ингибиторы обратного захвата серотонина* (СИОЗС), применяются для коррекции эмоциональных нарушений, а также для уменьшения боли в животе.

Трициклические антидепрессанты могут быть полезны для лечения болевого синдрома, изначально в низкой дозе, но периодически может требоваться повышение дозы. Их лучше избегать, если запор является основной характеристикой болезни **(A)** [10].

СИОЗС являются более эффективными, чем плацебо, для купирования общих симптомов СРК и уменьшают боли в животе **(1B)** [11].

Однако при назначении психотропных средств следует учитывать, что приверженность больных к лечению данными препаратами низкая и 28 % пациентов самостоятельно прекращают их прием [2].

Антагонисты 5HT₃-рецепторов

Антагонист 5-HT₃ рецепторов алосетрон является более эффективным, чем плацебо, при облегчении общих симптомов СРК у мужчин **(2B)** и женщин **(2A)** при СРК с диареей. Однако потенциально серьезные побочные эффекты, включая запоры и ишемию толстой кишки, также возникают чаще у пациентов, получавших алосетрон, по сравнению с плацебо **(2A)**. Баланс пользы и вреда алосетрона является наиболее благоприятным у женщин с тяжелой СРК с диареей, которые не ответили на обычные методы лечения **(1B)** [11, 17].

Агонисты 5HT₄-рецепторов (серотонина)

Агонист 5-HT₄-рецепторов тегасерод является более эффективным, чем плацебо, при облегчении общих симптомов СРК у женщин с СРК-З **(1A)** и пациентов с СРК-С **(1B)**. Наиболее рас-

пространенным побочным эффектом тегасерода является диарея (**1А**) [11, 17].

Селективные активаторы С-2-хлоридных каналов

Любипростон (в дозе 8 мкг два раза в день) является более эффективным, чем плацебо, в купировании общих симптомов СРК у женщин с СРК-3 (**1В**) [11, 17].

Психотерапевтические методы

Эффективными при СРК являются когнитивная поведенческая терапия, гипнотерапия и психологическая поддержка. Постановка диагноза, объяснение симптомов, их причин и связи с физическими, диетическими или психологическими факторами вместе с психологической поддержкой и доверительными отношениями должны быть основой ведения пациентов (**С**). Пациенты с тревогой, но без психической патологии, которым не помогают вышеуказанные рекомендации, могут получить положительный эффект от релаксационной терапии (**В**). Пациенты с психическими расстройствами могут ответить на психотерапию, когнитивно-поведенческую терапию или требуют обычного психиатрического лечения, при этом лица с минимальной психической патологией могут хорошо реагировать на гипнотерапию (**В**) [2, 10].

Фитотерапия и акупунктура

Эффект фитотерапии при СРК потенциально может быть случайным фактором, связанным с используемыми составляющими и их чистотой. Существуют значительные опасения по поводу токсичности, вплоть до печеночной недостаточности, при использовании травяных смесей. Систематический обзор процедуры иглоукалывания был безрезультатным в связи с гетерогенностью результатов. Необходимы дальнейшие исследования, прежде чем могут быть сделаны окончательные выводы об эффективности акупунктуры или фитотерапии [11, 18].

Новые методы лечения синдрома раздраженного кишечника

Расширение знаний о патогенезе СРК привело к появлению самых разнообразных новых лекарственных препаратов. В целом имеются агенты, влияющие на развитие СРК с преимущественно периферическими эффектами и с комбинацией периферических и центральных эффектов. Примеры классов лекарственных средств с преимущественно периферическими эффектами включают препараты, которые влияют на секрецию хлоридов, агонисты гуанилатциклазы, блокаторы кальциевых каналов, агонисты опиоидных рецепторов и агонисты мотилиновых рецепторов. Классы лекарств, обладающие как периферическими, так и центральными эффектами, включают новые серотонинергические агенты, антагонисты кортикотропин-рилизинг гормона и вегетативные модуляторы [17, 18].

11. Показания к консультации специалистов

Приводимые ниже показатели — «**симптомы тревоги**» — могут быть проявлением органической патологии и должны служить показанием к углубленному обследованию [2, 13, 14].

Жалобы и анамнез:

Непреднамеренная и необъяснимая потеря массы тела

Кровотечение из прямой кишки

Начало заболевания в пожилом возрасте

Рак толстой кишки, рак яичников, целиакия, язвенный колит и болезнь Крона у родственников

Ночная симптоматика

Постоянные боли в животе как единственный и ведущий симптом поражения ЖКТ

Прогрессирующее течение заболевания

Непосредственное обследование:

Лихорадка

Изменения со стороны внутренних органов (гепатомегалия, спленомегалия и др.)

Лабораторные данные:

Анемия

Лейкоцитоз

Повышение СОЭ

Наличие скрытой крови в кале

Изменения в анализе крови

Стеаторея и полифекалия

На дополнительное обследование и консультацию специалиста также могут быть направлены дети с подозрением на воспалительные заболевания кишечника для дифференциальной диагностики болезни Крона, неспецифического язвенного колита и невоспалительных заболеваний кишечника [15].

12. Показания к госпитализации больного

Пациенты с СРК в госпитализации не нуждаются. Госпитализация может потребоваться при наличии выраженных «симптомов тревоги» и невозможности организовать консультацию специалиста в кратчайшие сроки. К ним относят [5]:

– боль, остро возникшую и сохраняющуюся 6 ч или более;

– непрерывно усиливающуюся боль;

– головокружение, слабость, апатию;

– артериальную гипотонию, тахикардию;

– видимое кровотечение (выделение крови при рвоте или из прямой кишки);

– высокую лихорадку;

– упорную рвоту;

– признаки острого живота — напряжение мышц брюшной стенки, положительный симптом Щеткина — Блюмберга, симптомы пареза кишечника (увеличение объема живота, неотхождение газов, отсутствие перистальтических шумов);

– гнойные или кровянистые выделения из влагиалища.

Пациенты, направленные в стационар с более тяжелыми симптомами, обычно требуют дальнейшего обследования, включая визуализационные методы (В) [10]. Обычно, кроме клинического анализа крови, СОЭ и ЦРБ, рекомендуется исследование уровня гормонов щитовидной железы, анализ кала на скрытую кровь, анализ кала на яйца гельминтов, наличие простейших, бактерии кишечной группы, определение уровня кальпротектина в кале, УЗИ органов брюшной полости, эзофагогастродуоденоскопия и колоноскопия [2].

13. Профилактика

Учитывая знания о СРК, имеющиеся на настоящий момент, и возможности профилактики посредством влияния на модифицируемые факторы риска, можно предложить следующие профилактические мероприятия.

1. Увеличить потребление жидкости.
2. Включить в диету кисломолочные продукты с доказанной пробиотической активностью.
3. Ограничить потребление газообразующих продуктов.
4. Ограничить потребление жирной пищи.
5. Исключить потребление напитков, содержащих кофеин, и колу.
6. Исключить алкоголь.
7. Исключить переизбыток.

8. Есть медленно, тщательно пережевывая пищу.
9. Исключить продукты с сорбитолом и добавками фруктозы.

10. Контролировать стресс и избегать стрессовых ситуаций.

14. Прогноз

У большинства пациентов с СРК симптомы, несмотря на проводимое лечение, сохраняются, но не усиливаются. Вероятность их купирования при наблюдении в течение 12–20 мес. составляет 38 % [6]. К факторам, оказывающим негативное влияние на прогноз, относятся:

- наличие клинического варианта СРК с преобладанием диареи;
- низкая приверженность больных к лечению;
- тревожность по поводу рисков, связанных с заболеванием;
- нарушение повседневных функций, обусловленных СРК;
- длительный анамнез болезни;
- хронический стресс;
- наличие сопутствующих психических заболеваний.

Поведение врача, которое может положительно влиять на исход лечения:

- признание наличия заболевания;
- информирование пациента о СРК;
- психологическая поддержка пациента.

Литература

1. Longstreth G. F., Thompson W. G., Chey W. D. et al. Functional Bowel Disorders // *Gastroenterology*. — 2006. — Vol. 130. — P. 1480–1491.
2. Ивашкин В. Т., Шелыгин Ю. А., Баранская Е. К. и др. Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации, Ассоциации колопроктологов России по диагностике и лечению больных с синдромом раздраженного кишечника // *Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии*. — 2014. — Т. 24. — № 2. — С. 92–101.
3. Lovell R. M., Ford A. C. Global prevalence of and risk factors for irritable bowel syndrome: a meta-analysis // *Clin Gastroenterol Hepatol*. — 2012. — Vol. 10. — № 7. — P. 712–721.
4. Brandt L. J., Chey W. D., Foxx-Orenstein A. E. et al. An evidence-based position statement on the management of irritable bowel syndrome. American College of Gastroenterology Task Force on Irritable Bowel Syndrome // *Am J Gastroenterol*. — 2009. — Vol. 104. — Suppl 1. — P. 1–35.
5. Гастроэнтерология. Национальное руководство: краткое издание / Под ред. В. Т. Ивашкина, Т. Л. Лапиной. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. — 480 с.
6. World Gastroenterology Organisation (WGO). World Gastroenterology Organisation Global Guideline: irritable bowel syndrome: a global perspective. Munich (Germany): World Gastroenterology Organisation (WGO). — 2009. — 20 p.
7. Wilkins T., Pepitone C., Alex B., Schade R. R. Diagnosis and Management of IBS in Adults // *Am Fam Physician*. — 2012. — Vol. 86. — № 5. — P. 419–426.
8. Saito Y. A., Petersen G. M., Larson J. J. et al. Familial aggregation of irritable bowel syndrome: a family case-control study // *Am J Gastroenterol*. — 2010. — Vol. 105. — № 4. — P. 833–841.
9. White D. L., Savas L. S., Daci K. et al. Trauma history and risk of the irritable bowel syndrome in women veterans // *Aliment Pharmacol Ther*. — 2010. — Vol. 32. — № 4. — P. 551–561.
10. Jones J., Boorman J., Cann P. et al. British Society of Gastroenterology guidelines for the management of the irritable bowel syndrome // *Gut*. — 2000. — Vol. 47. — Suppl II. — P. 1–19.

Клинические рекомендации

11. An Evidence-Based Systematic Review on the Management of Irritable Bowel Syndrome American College of Gastroenterology Task Force on Irritable Bowel Syndrome // *American Journal of Gastroenterology*. — 2009. — Vol. 104. — Suppl. 1. — P. S1-S35.
12. National Collaborating Centre for Nursing and Supportive Care. Irritable bowel syndrome in adults. Diagnosis and management of irritable bowel syndrome in primary care. — London (UK): National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE), 2008. — 553 p.
13. *Spiller R., Aziz Q., Creed F.* et al. Guidelines on the irritable bowel syndrome: mechanisms and practical management // *Gut*. — 2007. — Vol. 56. — № 12. — P. 1770–1798.
14. Irritable bowel syndrome in adults. Diagnosis and management of irritable bowel syndrome in primary care; February 2008 (revised 2014). NICE clinical guideline 61. — 32 p.
15. Faecal calprotectin diagnostic tests for inflammatory diseases of the bowel. National Institute for Health and Clinical Excellence; October 2013. NICE diagnostics guidance 11. — 58 p.
16. *Drossman D. A.* The Functional Gastrointestinal Disorders and the Rome III Process // *Gastroenterology*. — 2006. — Vol. 130. — P. 1377–1390.
17. *Wilkins T., Pepitone C., Alex B., Schade R. R.* Diagnosis and Management of IBS in Adults // *Am Fam Physician*. — 2012. — Vol. 86. — № 5. — P. 419–426.
18. *Saha L.* Irritable bowel syndrome: Pathogenesis, diagnosis, treatment, and evidence-based medicine // *World J Gastroenterol*. — 2014. — Vol. 20. — № 22. — P. 6759–6773.

Информация об авторе:

Лебедев Анатолий Константинович — к. м. н., доцент кафедры семейной медицины Северо-Западного государственного медицинского университета имени И. И. Мечникова

Адрес для контактов:

anatoliy.lebedev@szgmu.ru

УДК 614.23:616.1/6

НЕПРЕРЫВНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ ОБРАЗОВАНИЕ. ОСОБЕННОСТИ РЕАЛИЗАЦИИ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ПРОГРАММ ПО ОБЩЕЙ ВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИКЕ (СЕМЕЙНОЙ МЕДИЦИНЕ)

О. Ю. Кузнецова, И. Е. Моисеева, О. Т. Гончаренко

ГБОУ ВПО «Северо-Западный государственный медицинский университет имени И. И. Мечникова»
Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия

CONTINUING MEDICAL EDUCATION. FEATURES OF IMPLEMENTATION OF EDUCATIONAL PROGRAMS FOR GENERAL PRACTICE (FAMILY MEDICINE)

O. Yu. Kuznetsova, I. E. Moiseeva, O. T. Goncharenko

North-Western State Medical University named after I. I. Mechnikov, St. Petersburg, Russia

© О. Ю. Кузнецова, И. Е. Моисеева, О. Т. Гончаренко, 2015 г.

В статье описаны современные принципы непрерывного медицинского образования и собственный опыт подготовки врачей общей практики (семейных врачей) с использованием сетевой формы обучения с участием профессиональной общественной организации. Приводится анализ результатов реализации новой образовательной программы продолжительностью 144 часа для врачей общей практики, основанной на модульном принципе с элементами дистанционного обучения. Делается вывод о необходимости дополнительной проработки новой формы обучения с учетом данных анонимного анкетирования обучающихся.

Ключевые слова: непрерывное медицинское образование, профессиональная общественная организация, дистанционное обучение, общая врачебная практика (семейная медицина).

The article describes the modern principles of continuing medical education and training of general practitioners (family doctors) with network forms of education with the participation of professional public organizations. The analysis of the results from the implementation of a new educational 144 hours program for general practitioners based on a module principle with elements of distance learning is present. The conclusion about the need for more study of the new forms of learning taking into account the data of the anonymous survey the students is present too.

Keywords: continuing medical education, professional public organization, distance learning, general practice (family medicine).

В Российской Федерации многие годы существовала сложившаяся система последипломного образования, в рамках которой дипломированные врачи могли обучаться на различных циклах повышения квалификации. Для овладения новой специальностью врачи могли обучаться на циклах профессиональной переподготовки продолжительностью более 500 ч. Для подтверждения сертификата специалиста в той или иной области медицины были разработаны программы циклов общего усовершенствования продолжительностью от 144 до 260 ч. Один раз в пять лет каждый врач должен был пройти такую подготовку, которая завершалась экзаменом. Кроме того, врач мог получить дополнительные знания и навыки на более коротких циклах обучения, которые носили название «тематических» и были, как правило, посвящены одной из проблем, наиболее актуальных для практического здравоохранения. Учитывая, что подтверждение сертификата специалиста ре-

гламентировано нормативными документами и четко контролируется работодателем, так называемые ресертификационные циклы были наиболее востребованными и популярными.

В 2013 г. Министерство здравоохранения Российской Федерации выдвинуло инициативу начать пилотный проект по отработке новой системы обучения дипломированных специалистов, которая получила название «непрерывное медицинское образование». Суть этой системы отражена в методических рекомендациях, подготовленных Координационным советом при Минздраве России, и заключается в реализации различных образовательных мероприятий не один раз в пять лет, а на протяжении всего этого периода времени [1]. Введение этой системы обусловило необходимость учета образовательной активности врачей в виде кредитов, при этом за один кредит был принят один час, оставшийся традиционным мерилom продолжительности обучения. Необходимо обратить

внимание на то, что получить кредиты врач может только участвуя в различных образовательных мероприятиях, которые проводятся медицинскими профессиональными организациями. Следует отметить, что наряду с внедряющейся новой системой дополнительного профессионального образования традиционная система подготовки сохраняется до 2021 г. На смену традиционной системе сертификации приходит система аккредитации врачей, которая будет осуществляться также каждые пять лет, но потребует подтверждения осуществления профессионального развития на постоянной основе. Данные изменения закреплены законодательно в статьях 69 и 100 обновленной версии Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» [2].

Подтверждением того, что врач повышает свой уровень знаний и умений на постоянной основе, станут кредиты, которые можно «заработать», участвуя в образовательных мероприятиях, проводимых медицинскими профессиональными организациями, которые были аккредитованы Советом по непрерывному медицинскому образованию при Минздраве России (Совет НМО), а также осваивая электронные модули, расположенные на сайте www.sovetnmo.ru [1]. Кроме того, врач должен фиксировать свое участие и в других мероприятиях, которые проводятся на локальном уровне: разборы больных на ЛКК, стажировки на рабочем месте. Для этого предназначены портфолио, которые могут быть представлены как в электронном виде, так и на бумажных носителях.

Деятельность образовательных учреждений, которые ранее занимались последипломной подготовкой, также будет трансформирована. В соответствии с Приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 12.09.2013 № 1061 (ред. от 25.03.2015) «Об утверждении перечней специальностей и направлений подготовки высшего образования» сохранятся программы профессиональной переподготовки продолжительностью более 500 ч, образовательные программы с дистанционным обучением, реализуемые совместно с медицинскими профессиональными общественными организациями, а также специальные программы, включающие отработку навыков в симуляционном классе и индивидуальную стажировку на рабочем месте, за организацию которой отвечает образовательное учреждение [3].

Форма проведения аккредитации зависит от того, какие трудовые функции должен осуществлять врач. Выпускники всех медицинских вузов начиная с 2017 г. будут проходить первичную аккредитацию, которая будет состоять

из письменного тестирования, демонстрации владения практическими навыками в симуляционном классе и при проведении ОСКЭ (объективный структурированный клинический экзамен с привлечением специально обученных сотрудников, выполняющих роль симулированных пациентов). Начиная с 2018 г. ординаторы, завершившие программу обучения, будут проходить первичную специализированную аккредитацию по аналогичной схеме, но с учетом уже освоенных профессиональных компетенций в соответствии с теми трудовыми функциями, которые должен выполнять врач после обучения в ординатуре. Если врач в течение своей карьеры захочет приобрести новую специальность, проходя обучение по образовательной программе профессиональной переподготовки, ему предстоит специализированная аккредитация с учетом полученных компетенций по новой специальности. Если же врач хочет приобрести новую компетенцию, не меняя специальности, а для повышения своего уровня квалификации и расширения трудовых функций (например, нового метода инструментального обследования), он может освоить специальную образовательную программу, включающую обучение в симуляционном классе и стажировку на рабочем месте, которая завершится специализированной аккредитацией. Специалист должен будет продемонстрировать свою компетентность в области освоенного метода в условиях симуляционного класса. В тех случаях, когда врач не расширяет объем имеющихся компетенций, он проходит повторную аккредитацию, к участию в которой будут допускаться сотрудники, набравшие за 5 лет 250 кредитов и продемонстрировавшие портфолио, свидетельствующие об участии в различных образовательных мероприятиях, стажировках и т. д.

В новую систему непрерывного медицинского образования в первую очередь войдут выпускники ординатуры 2018 г., которые с этого времени должны будут набирать необходимые образовательные кредиты. Дипломированные врачи до 2020 г. могут избрать для себя традиционные сертификационные циклы, тогда для них первая повторная аккредитация пройдет в 2025 г. Врачи, которые выберут новые формы подготовки с дистанционным компонентом и участием медицинских профессиональных организаций в 2016 г., с этого времени вступают в систему непрерывного медицинского образования и переходят на более гибкий режим обучения, участвуя в образовательных мероприятиях, которые дают возможность набрать кредиты, необходимые для прохождения аккредитации в 2021 г.

Новая система подготовки кадров, основанная на обязательном участии медицинских про-

фессиональных организаций, создает условия для того, чтобы они стали полноправными участниками обучения дипломированных специалистов. Другой особенностью новой системы является активное внедрение дистанционного обучения, важность которого подчеркивается в приказе Минобрнауки России от 12.09.2013 № 1061 (ред. от 25.03.2015) «Об утверждении перечней специальностей и направлений подготовки высшего образования» [3].

В странах Западной Европы и США профессиональные общественные организации играют большую роль в подготовке медицинских кадров на последипломном уровне. Система учета кредитов существует достаточно давно. К ней приобщены не только медицинские профессиональные организации, но и многие научные журналы, в которых среди традиционных публикаций, посвященных результатам клинических исследований, можно увидеть материалы с пометкой СМЕ (continued medical education — непрерывное медицинское образование) с указанием, какое количество кредитов можно получить при проработке этих материалов и правильных ответах на тестовые задания [4].

Как правило, ни одна крупная международная конференция не проходит без выдачи ее участникам сертификатов, в которых указано количество кредитов, полученных в результате посещения такого мероприятия.

Таким образом, система непрерывного медицинского образования, предлагаемая Минздравом России, имеет зарубежные аналоги. Насколько она эффективнее и лучше той, что создавалась в нашей стране на протяжении десятилетий, покажет время. Наш опыт обучения в соответствии с принципами непрерывного медицинского образования, включавшего дистанционное обучение и участие медицинской профессиональной организации, выявил как положительные, так и отрицательные стороны такой подготовки.

В соответствии с приказом Минздрава России 11.11.2013 № 837 от «Об утверждении Положения о модели отработки основных принципов непрерывного медицинского образования для врачей-терапевтов участковых, врачей-педиатров участковых, врачей общей практики (семейных врачей) с участием общественных профессиональных организаций» [5, 6] кафедра семейной медицины СЗГМУ им. И. И. Мечникова разработала дополнительную профессиональную образовательную программу повышения квалификации врачей по специальности «Общая врачебная практика (семейная медицина)». Общая продолжительность программы составила 144 ч, из них 108 ч было отведено на подготовку на базе кафедры семейной медицины, включая дистанционное обучение, 36 ч были представлены образовательными мероприятиями медицинской профессиональной организации (Санкт-Петербургская региональная ассоциация семейной медицины). Предварительно между ассоциацией и университетом был заключен договор о сотрудничестве для совместной реализации данного проекта.

Распределение часов очных и заочных занятий, включенных в программу, представлено на рис. 1. Как видно из рисунка, объем дистанционной подготовки превышал 50 %.

Очное обучение включало лекционные, семинарские и практические занятия на кафедре семейной медицины, а также посещение мероприятий ассоциации. Дистанционное обучение заключалось в освоении слушателями электронных модулей в системе дистанционного обучения СЗГМУ имени И. И. Мечникова на базе платформы MOODLE (Modular Object-Oriented Dynamic Learning Environment — модульная объектно-ориентированная динамическая обучающая среда). На освоение материалов каждого модуля отводилось определенное время, после чего слушатели должны были ответить на вопросы промежуточного тестирования.

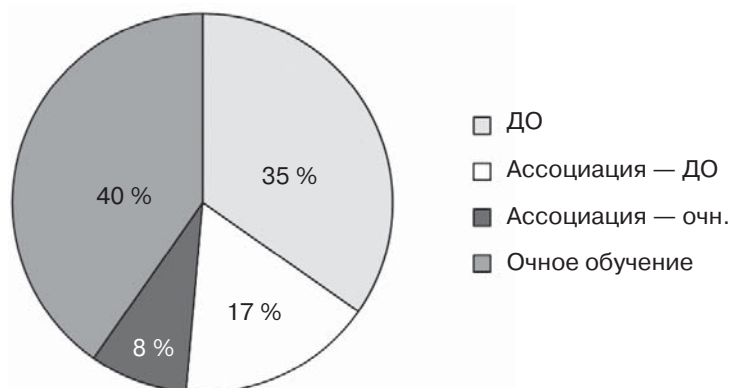


Рис. 1. Распределение учебных часов. ДО — дистанционное обучение; Ассоциация — ДО — дистанционное обучение в рамках ассоциации; Ассоциация — очн. — очные учебные мероприятия в рамках ассоциации; очное обучение — очные занятия на кафедре

Дополнительное профессиональное образование

Учитывая дистанционный компонент, необходимость включения мероприятий, которые осуществлялись ассоциацией, обучение продолжалось с 03.03.2014 по 03.10.2014. Обучаться по новой программе изъявили желание 17 врачей общей практики (семейных врачей), причем преимущественно из одной поликлиники. Участие в программе, имеющей дистанционный компонент, было привлекательно в первую очередь для администрации, поскольку откомандировать на очное обучение,

продолжительностью один месяц одновременно всех семейных врачей было практически невозможно.

Возрастная структура врачей-слушателей представлена на рис. 2. Как видно из рисунка, слушатели были представлены разными возрастными группами, но среди них не было лиц пожилого возраста. Это обстоятельство было важно для данной формы обучения, поскольку далеко не все пожилые люди хорошо владеют компьютерной техникой.

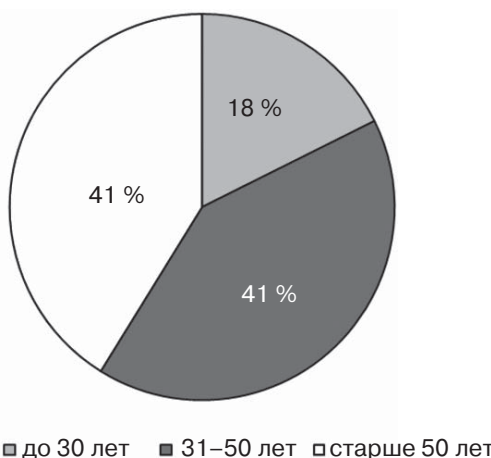


Рис. 2. Распределение слушателей по возрасту

Учитывая новую форму обучения, которая требовала не только участия ассоциации, но и привлечения к оценке программы обучения и набору врачей-слушателей представителей Комитета по здравоохранению правительства Санкт-Петербурга, потребовалось проведение ряда совещаний, на которых были обсуждены этапы реализации обучения и сама программа. Для врачей, которые ранее неоднократно обучались на кафедре семейной медицины, но не имели опыта участия в дистанционных формах подготовки, также были проведены совещание и очный тренинг по работе с Интернетом и системой MOODLE. Тренинг осуществлялся за рамками времени, выделенного на обучение. Для лучшего освоения системы дистанционного обучения всем слушателям была разослана пошаговая инструкция для работы. Внедрение новой формы обучения проходило в рамках пилотного проекта, в котором участвовали 15 образовательных учреждений России. В связи с этим очень четко контролировался каждый шаг реализации программы. О проведении занятий, данных тестирования слушателей после прохождения каждого модуля программы отчеты отсылались во Всероссийский учебно-научно-методический центр при Минздраве России (ВУНМЦ). Программы мероприятий, которые были запланированы в рамках ассоциации,

предварительно были согласованы с Российской ассоциацией врачей общей практики, а затем вместе с объемным пакетом сопроводительных документов отправлялись сотрудникам Совета по непрерывному медицинскому образованию (Совет НМО) при Минздраве России [1].

Еще одной особенностью данного вида обучения была необходимость регистрации слушателей на сайте Совета НМО [1]. Каждый из них должен был завести свой личный кабинет, вести индивидуальный план, в котором следовало отмечать участие в образовательных мероприятиях медицинских профессиональных организаций. Кроме того, слушателям было рекомендовано освоить электронные модули, представленные на сайте, что требовало от них дополнительного времени, так как доказательством освоения материалов было успешное прохождение тестового контроля.

Завершающим этапом обучения была итоговая аттестация. К этой процедуре врачи-слушатели допускались при условии освоения материалов всех модулей в системе MOODLE, о чем свидетельствовали результаты тестирования, предоставления документов, подтверждающих участие в образовательных мероприятиях ассоциации, за которые слушатели получали кредиты, а также выполнения самостоятельной работы в виде реферата. Итоговая

Continuing medical education

аттестация включала заключительное тестирование в режиме on-line (100 вопросов множественного выбора), оценку практических навыков в симуляционном классе и собеседование с использованием контрольных вопросов. При оценке тестовых заданий практически все слу-

шатели продемонстрировали отличные результаты (более 90 % правильных ответов).

Мнение слушателей о реализации новой программы отражено в анкете, которая была разработана ВУНМЦ (см. табл.).

Таблица

Результаты анкетирования слушателей

Вопросы анкеты	Да	Нет
<i>Возможность обучаться дистанционно (%)</i>		
Есть ли у Вас выход в Интернет на рабочем месте?	18	82
Есть ли у Вас выход в Интернет дома?	100	0
Испытываете ли Вы затруднения при работе с порталом Координационного совета sovetnmo.ru ?	35	65
<i>Время для обучения и мотивация врачей (%)</i>		
Есть ли у Вас «библиотечные дни» для дистанционного обучения?	6	94
Отпускает ли Вас работодатель на мероприятия профессиональных обществ, включенных в программу НМО?	59	41
Оценивает ли работодатель Ваше участие в повышении квалификации?	29	71
<i>Качество образовательных мероприятий (%)</i>		
Удовлетворяет ли Вас качество образовательных мероприятий, предоставляемых вузом?	100	0
Удовлетворяет ли Вас качество образовательных мероприятий, проводимых профессиональным обществом?	100	0

Кроме анкеты, мы попросили слушателей дать письменную характеристику этого вида обучения. Суммируя эти небольшие эссе, можно представить коллективные отношения к такому циклу следующим образом.

«Основная сложность дистанционного обучения — его значительная растянутость (до 1/2 года) и необходимость каким-то образом выкраивать недостающее время на фоне интенсивной повседневной занятости („без отрыва“) на работе, дома, в семье и т. п., так как „скидки“ на текущий „учебный процесс“ не делается. Необходимо официальное предоставление „обучающемуся“ свободных „библиотечных дней“ для самоподготовки — на сдачу тестов, экзаменов и т. п. Иначе вечно уставший и перегруженный доктор просто физически не сможет полноценно участвовать в данном учебном процессе».

Как видно из этой цитаты, основную сложность для слушателей представляла необходимость обучения в личное время. Как будет решаться этот вопрос в дальнейшем, трудно сказать. Скорее всего, такая форма подготовки

будет превалировать, постепенно замещая очное обучение. Вместе с тем ситуация с отношением врачей к дистанционным формам обучения явно меняется. Как демонстрирует наш опыт, врачи за последнее время изменили свое отношение к дистанционным образовательным технологиям [7, 8].

Заключение. Опыт проведения обучения с использованием дистанционных технологий и при участии медицинской профессиональной общественной организации показал возможность реализации данной модели. Однако такой вид обучения требует от преподавателей большой предварительной подготовки и затрат своего личного времени для контроля дистанционного обучения слушателей и контактов с ними, в том числе в режиме on-line в системе MOODLE. На сегодняшний день отсутствует законодательная база, регламентирующая педагогическую нагрузку преподавателей в таком режиме работы и трудозатраты, связанные с ее методическим обеспечением.

Литература

1. Методические рекомендации по реализации модели отработки основных принципов непрерывного медицинского образования для врачей-терапевтов участковых, врачей-педиатров участковых, врачей общей практики (семейных врачей) с участием общественных профессиональных организаций Координационного совета по развитию непрерывного медицинского и фармацевтического образования МЗ РФ. — http://www.sovetnmo.ru/xdocuments/14.html?SSr=3101337bae12ffff27c_07df0c0e0c1f25-6f3 — Последнее посещение сайта 9.09.2015.

2. Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ (ред. от 13.07.2015, с изм. от 30.09.2015) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (с изм. и доп., вступ. в силу с 24.07.2015).

Дополнительное профессиональное образование

3. Приказ Минобрнауки России от 12.09.2013 № 1061 (ред. от 25.03.2015) «Об утверждении перечней специальностей и направлений подготовки высшего образования».

4. Кузнецова О. Ю., Фролова Е. В. Нужна ли аккредитация непрерывного последипломного образования семейных врачей в Европе? // Российский семейный врач. — 2007. — № 2. — С. 4–8.

5. Приказ Минздрава России от 11.11.2013 № 837 «Об утверждении Положения о модели отработки основных принципов непрерывного медицинского образования для врачей-терапевтов участковых, врачей-педиатров участковых, врачей общей практики (семейных врачей) с участием общественных профессиональных организаций».

6. Приказ Минздрава России от 09.06.2015 № 328 «О внесении изменений в приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 11 ноября 2013 г. № 837 „Об утверждении Положения о модели отработки основных принципов непрерывного медицинского образования для врачей-терапевтов участковых, врачей-педиатров участковых, врачей общей практики (семейных врачей) с участием общественных профессиональных организаций“».

7. Кузнецова О. Ю., Плавинский С. Л., Моисеева И. Е. и др. Дистанционное обучение. Барьеры, которые нам предстоит преодолеть // Российский семейный врач. — 2003. — № 3. — С. 56–60.

8. Кузнецова О. Ю., Плавинский С. Л., Моисеева И. Е. Отношение врачей общей практики к дистанционным формам обучения: что изменилось за 10 лет? // Российский семейный врач. — 2012. — №1. — С. 48–51.

Информация об авторах

Кузнецова Ольга Юрьевна — д.м.н., профессор, заведующая кафедры семейной медицины ГБОУ ВПО «Северо-Западный государственный медицинский университет имени И. И. Мечникова» Минздрава России

Моисеева Ирина Евгеньевна — к.м.н., доцент кафедры семейной медицины ГБОУ ВПО «Северо-Западный государственный медицинский университет имени И. И. Мечникова» Минздрава России

Гончаренко Ольга Тарасовна — к.м.н., доцент, начальник центра подготовки кадров высшей квалификации и дополнительного профессионального образования (КВК и ДПО) ГБОУ ВПО «Северо-Западный государственный медицинский университет имени И. И. Мечникова» Минздрава России

Адрес для контактов:

olga.kuznetsova@szgmu.ru

УДК 614.2:616–056.76

СЕМЕЙНАЯ МЕДИЦИНА: ПРОШЛОЕ, НАСТОЯЩЕЕ И БУДУЩЕЕ (ПО МАТЕРИАЛАМ 1-ГО СЪЕЗДА ВРАЧЕЙ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ И СЕМЕЙНЫХ ВРАЧЕЙ КЫРГЫЗСТАНА, БИШКЕК, 29–30 ОКТЯБРЯ 2015 ГОДА)

Н. Н. Бримкулов

Кыргызская государственная медицинская академия имени И. К. Ахунбаева, Бишкек, Кыргызстан

FAMILY MEDICINE: THE PAST, THE PRESENT AND THE FUTURE (ON THE MATERIALS OF THE 1ST CONGRESS OF GENERAL PRACTITIONERS AND FAMILY DOCTORS, BISHKEK, KYRGYZSTAN, 29–30 OCTOBER 2015)

N. N. Brimkulov

I. K. Akhunbaev Kyrgyz state medical academy, Bishkek, Kyrgyzstan

© Н. Н. Бримкулов, 2015 г.

Статья посвящена знаменательному для Республики Кыргызстан событию — 1-му съезду врачей общей практики и семейных врачей, в котором участвовали ведущие специалисты в этой области из стран Содружества независимых государств (СНГ) и дальнего зарубежья, в их числе экс-президент Всемирной ассоциации врачей общей практики (WONCA) М. Кидд (Австралия), вновь избранный президент А. Хоув (Великобритания) и президент Европейского отделения этой профессиональной общественной организации Я. Мецемакерс (Нидерланды). В ходе обсуждения актуальных вопросов общей врачебной практики (семейной медицины) было принято решение о необходимости усиления международной интеграции специалистов стран СНГ для обмена опытом в области совершенствования организации первичной медико-санитарной помощи, вопросов преподавания семейной медицины и проведения научных исследований в общей врачебной практике.

Ключевые слова: общая врачебная практика (семейная медицина), международная интеграция, организация первичной медико-санитарной помощи, Всемирная организация врачей общей практики.

The article is devoted to the significant event for the Republic of Kyrgyzstan — The 1st Congress of General Practitioners and Family Doctors, that was attended by the leading experts in this field from countries of the Commonwealth of Independent States (CIS) and far abroad, among them the former President of the World Association of General Practitioners (WONCA) M. Kidd (Australia), the newly elected President A. Hove (UK), President of the European branch of WONCA J. Metsemakers (Netherlands). During the discussion of topical issues of general practice (family medicine) it was decided on the need to strengthen the integration of the CIS countries to exchange experience of experts in the field of improving primary health care, issues of family medicine teaching and research in general practice.

Keywords: general practice (family medicine), international integration, the organization of primary health care, World Organization of General Practitioners.

В г. Бишкек 29–30 октября 2015 г. состоялся 1-й съезд семейных врачей и врачей общей практики Кыргызстана, в работе которого приняли участие более 800 участников — семейных врачей из всех регионов Кыргызстана, известных организаторов здравоохранения и ученых. В их числе были зарубежные специалисты и эксперты в области семейной медицины из Казахстана, Узбекистана, Таджикистана, Белоруссии, Латвии, Литвы, России, с Украины, а также из Монголии, США, Швейцарии, Финляндии. Особое значение съезду придало участие в его работе делегации Всемирной организации врачей общей практики (WONCA): экс-президента Майкла Кидда (Австралия), вновь избранного президента Аманды Хоув (Велико-

британия) и президента Европейского отделения WONCA Якобуса Мецемакерса (Нидерланды). Программа съезда была обширной и включала обсуждение таких проблем, как организация общей врачебной практики, подготовка врачей по этой специальности, проведение научных исследований в условиях первичного звена здравоохранения и многое другое. В рамках съезда прошли симпозиумы, посвященные оказанию паллиативной помощи, особенностям организации общей врачебной практики в условиях высокогорья, программам профилактики и прекращения курения на уровне первичной медико-санитарной помощи (ПМСП), мастер-классы, лекции и школы для семейных врачей.

Большой интерес делегатов съезда вызвал доклад президента WONCA, проф. М. Кидда о деятельности этой общественной профессиональной организации и новых возможностях развития семейной медицины в странах Центральной Азии и СНГ. WONCA сегодня объединяет более 600 тыс. семейных врачей из 150 стран мира, являясь проводником наивысших стандартов медицинской помощи, образования и научных исследований в области семейной медицины [1]. Докладчик отметил, что участие в работе съезда лидеров семейной медицины из стран Центральной Азии (Казахстана, Кыргызстана, Узбекистана и Таджикистана) и СНГ (Белоруссии, Литвы, России, Украины) дает уникальную возможность обмена мнениями и развития всестороннего сотрудничества, направленного на внедрение международных стандартов семейной медицины в наших странах.

В докладе «Семейная медицина — отправляясь в путь...» вновь избранный президент WONCA проф. А. Хоув изложила современные представления об общей врачебной практике/семейной медицине как ведущей специальности, от которой зависит эффективность не только первичного звена здравоохранения, но и всей системы в целом. Она отметила, что для того, чтобы наша специальность стала эффективной, необходимо понимание ее значимости на уровне правительств, выделение соответствующего финансирования, создание современной инфраструктуры (здания, техническое оснащение, лаборатории, основные медикаменты). Поддержка врача общей практики/семейного врача должна заключаться не только в социальных гарантиях и достойной заработной плате, но и в понимании значимости этой специальности со стороны министерства здравоохранения, врачей других специальностей, гражданского общества, а также средств массовой информации. Отсутствие внимания со стороны правительств, несоответствующие механизмы финансирования, слабая инфраструктура, сопротивление других секторов и специалистов, общественное недопонимание и негативное отношение средств массовой информации могут дискредитировать семейную медицину, что может привести к снижению ее потенциала и тех возможностей, которые в этой специальности заложены. Кроме того, в значительной мере эффективность семейной медицины зависит от достаточного количества мотивированных специалистов, прошедших необходимую последипломную подготовку в соответствии со стандартами WONCA. Необходимо помнить, что учебная программа и методы оценки знаний и навыков должны соответствовать определению общей врачебной практики/семейной медицины, принятой WONCA в 2002 г. Обучение должно проводиться в условиях первичного звена здравоохранения при участии практикующих

щих семейных врачей. В медицинских вузах должны функционировать кафедры семейной медицины. Немаловажное значение в подготовке кадров и повышении значимости профессии приобретают и общественные профессиональные организации (ассоциации) семейных врачей.

Одним из ключевых мероприятий съезда стало совместное заседание лидеров WONCA и Ассоциаций семейной медицины стран СНГ, на котором участники поделились опытом организации общей врачебной практики/семейной медицины в своих странах. В презентации президента WONCA М. Кидда вновь была подчеркнута ведущая роль и неисчерпаемый потенциал семейной медицины в улучшении систем здравоохранения. Президент Европейского отделения WONCA проф. Я. Мецемакерс (Нидерланды) осветил возможности развития семейной медицины на основе международного сотрудничества. Он подробно остановился на партнерском сотрудничестве WONCA с Европейским отделением, которое включает много различных направлений [2]. В частности, большое значение придается деятельности Европейской сети научно-исследовательских инициатив по общей врачебной практике (European General Practice Research Network — EGPRN), направленной на стимулирование научных исследований в общей врачебной практике и первичном звене здравоохранения; инициацию и координацию мультинациональных исследовательских проектов; обмен опытом проведения научных исследований и др. [3]. Особое внимание уделяется привлечению молодых врачей в рамках движения «Васко да Гама», включающего программу «Гиппократ» для резидентов, программу обмена «Семейная медицина 360°», форумы Васко да Гама, образовательные программы для молодых врачей и резидентов, обучающихся по программам общей врачебной практики, реализуемым перед началом международных научных конференций [4].

В совместном докладе президента Российской ассоциации врачей общей практики акад. И. Н. Денисова и исполнительного директора ассоциации Т. В. Заугольниковой (Москва, Россия) была отражена история развития специальности. Было отмечено, что с 1992 г. в Российской Федерации был начат поэтапный переход к организации первичной медико-санитарной помощи по принципу общей врачебной практики (семейной медицины), разработаны нормативные документы и создана инфраструктура для развития специальности. Следует заметить, что опыт России был в последующем использован во многих странах СНГ. Сегодня ПМСП, организованная по принципу общей врачебной практики, развивается в регионах неравномерно и зависит от политической воли и решений на местах. Продолжают разрабатываться различные новые организаци-

онно-финансовые модели, в частности, в Москве в 2013 г. был начат проект «Доктор рядом», в рамках которого осуществляется открытие отделений общей врачебной практики в жилых массивах. В докладе министра здравоохранения Кыргызской Республики Т. А. Батыралиева с соавторами (Бишкек) было отмечено, что за период суверенитета в стране был внедрен институт семейной медицины, подготовлены врачи общей практики, создана инфраструктура. Однако недооценка решающей роли семейных врачей в укреплении ПМСП привела к углубляющемуся дефициту кадров, особенно в сельских регионах, усугубляемому низкой заработной платой, отсутствием социальной поддержки и льгот для этой категории специалистов. Возникшие проблемы не подверглись научному анализу и оценке. Отчасти это было связано с тем, что в номенклатуре научных направлений отсутствует научная специальность «Семейная медицина/общая врачебная практика». Профессор О. Ю. Кузнецова, заведующая кафедрой семейной медицины Северо-Западного государственного медицинского университета имени И. И. Мечникова (Санкт-Петербург, Россия), доложила об основных этапах в организации общей врачебной практики в России, остановившись на истоках специальности — земской медицине, которая активно развивалась в 60–70 гг. XIX века. Была отмечена важность формирования поликлинической системы оказания медицинской помощи по участковому принципу в 20–30 гг. XX века и значение реформирования ПМСП по типу общей врачебной практики, которое было предпринято в 90-е гг. XX века. Докладчик остановилась на проблемах организации общей врачебной практики в настоящее время и реформе высшего образования, в результате которой студенты медицинских вузов будут проходить подготовку по общей врачебной практике на последнем курсе вуза, и после прохождения первичной аккредитации им предстоит работать в первичном звене здравоохранения без дополнительного обучения в ординатуре, что коренным образом расходится с подходами к подготовке врачей общей практике, принятыми WONCA.

С интересом были также заслушаны презентации о развитии семейной медицины в Казахстане (Д. С. Нугманова, Алматы), на Украине (О. Г. Шекера, Киев), в Белоруссии (Л. С. Богуш, Минск), Литве (А. Юргутис, Клайпеда). Как отметили докладчики, в странах СНГ начиная с 90-х гг. прошлого века начались активные процессы реформирования системы здравоохранения с внедрением институтов общей врачебной практики и семейной медицины. При этом модели семейной медицины в каждой из стран имели свои особенности, учитывающие политические и социально-экономические условия, имеющую инфраструктуру и кадровые ресурсы.

Большой интерес участников вызвал симпозиум «Как мотивировать студентов стать семейными врачами?», на котором прозвучали доклады Т. В. Заугольниковой (Москва, Россия) о подготовке врачей общей практики (семейных врачей) в условиях реформирования российского образования; А. З. Зурдинова и др. (Бишкек, Кыргызстан) о разработке и внедрении государственного стандарта нового поколения по подготовке врача общей практики в Кыргызстане. Р. К. Дадабаева (Ташкент, Узбекистан) осветила 10-летний опыт подготовки врачей общей практики в Узбекистане, а Х. К. Хисомова и З. А. Мирзоева (Душанбе, Таджикистан) доложили о совершенствовании системы последипломного образования специалистов семейной медицины в Республике Таджикистан. О подготовке семейных врачей в Швейцарии рассказал Луи Лутон (Женева, Швейцария). Подводя итог, следует подчеркнуть, что все докладчики отметили огромный объем работы, начиная с середины 90-х гг. XX века, по разработке и внедрению новых учебных программ, подготовке и переподготовке семейных врачей с акцентом на развитие компетенций, увеличением времени практической подготовки, внедрением новых технологий обучения и контроля и т. д.

В целом можно констатировать, что в настоящее время подготовке семейных врачей в странах Центральной Азии и России уделяется все больше внимания. В то же время в каждой стране имеются свои особенности и различия, достижения и проблемы, и поэтому были бы полезны регулярные встречи для обмена опытом и обсуждения путей дальнейшего совершенствования подготовки кадров в области семейной медицины.

Тема круглого стола «Научные исследования в семейной медицине» стала еще одной проблемой, вызвавшей бурные дискуссии. Как известно, в соответствии с определением, принятым WONCA в 2002 г., «Общая врачебная практика/семейная медицина — это академическая и научная дисциплина, имеющая собственный предмет изучения, преподавания, исследований в рамках доказательной медицины, клинической деятельности; кроме того, это клиническая специальность, ориентированная на оказание первичной медицинской помощи». Подтверждением этому стало сообщение Л. Лутона (Женева, Швейцария) об успешном участии семейных врачей в научных исследованиях и их значении в поддержании высокого имиджа специальности. Своим опытом по привлечению врачей общей практики к проведению научных исследований поделилась проф. О. Ю. Кузнецова (Санкт-Петербург, Россия), отметившая возможность использования потенциала семейных врачей при выполнении серьезных научных исследований международного уровня по изучению распространенности хронической об-



Рис. 1. Делегатов съезда приветствует экс-президент WONCA д-р Майкл Кидд (Австралия)



Рис. 2. Делегаты съезда

структивной болезни легких (российско-бельгийский проект RESPECT). Вместе с тем удивительным фактом является отсутствие научной специальности «Общая врачебная практика/семейная медицина» в перечне Высшей аттестационной комиссии России и других стран СНГ. При этом, как сообщил проф. О. Г. Шекера (Киев), на Украине научная специальность «Семейная медицина» официально признана, и по этой специальности выполняются диссертационные исследования, осуществляется подготовка квалифицированных научных кадров, функционируют диссертационные советы. В ходе обсуждения докладов участники круглого стола отметили, что многие проблемы развития института семейной медицины в странах СНГ в значительной степени обусловлены именно отсутствием научной специальности «Семейная медицина/общая врачебная практика». Это не позволяет изучать многие нерешенные вопросы в данной области, препятствует притоку молодых специалистов из-за отсутствия перспективы профессионального и научного роста, снижая имидж клинической специальности в целом.

Как отметили делегаты, 1-й съезд врачей общей практики и семейных врачей Кыргызстана стал знаковым событием благодаря участию международных лидеров семейной медицины, представляющих WONCA, страны ближнего и дальнего зарубежья. Все докладчики констатировали, что дальнейшее совершенствование института семейной медицины, развитие и интеграция научных исследований, успешная подготовка квалифицированных кадров, требуют объединения усилий и эффективного междуна-

родного сотрудничества. В связи с этим делегаты съезда, в том числе участники из стран СНГ, приняли следующие рекомендации.

– Всемерно способствовать сотрудничеству Ассоциаций семейной медицины/общей врачебной практики наших стран как в двустороннем, так и многостороннем форматах. Поддерживать регулярное сотрудничество с Всемирной организацией врачей общей практики (WONCA).

– Практиковать проведение совместных съездов, конференций и конгрессов. Оказывать поддержку молодым врачам, клиницистам и молодым ученым для участия в этих мероприятиях.

– Просить Высшие аттестационные комиссии заинтересованных стран СНГ рассмотреть вопрос о включении специальности «Семейная медицина/общая врачебная практика» в Перечень научных специальностей с организацией соответствующих специализированных советов по защите диссертаций, в том числе межгосударственных.

– Всемерно поддерживать научные исследования по научной специальности «Семейная медицина/общая врачебная практика», способствовать проведению многоцентровых научных исследований по данному направлению.

– Поддерживать организацию региональных Ассоциаций врачей общей практики/семейных врачей, в том числе в регионе Центральной Азии и в странах СНГ.

Примечание: все презентации, представленные на съезде, будут размещены на сайте Кыргызской государственной медицинской академии имени И. К. Ахунбаева — www.kgma.kg

Литература

1. <http://www.globalfamilydoctor.com>
2. <http://www.woncaeurope.org>
3. <http://www.egprn.org>
4. <http://vdgm.woncaeurope.org>

Информация об авторе:

Бримкулов Нурлан Нургазиевич — д. м. н., профессор, проректор по клиническому обучению и научной работе Кыргызской государственной медицинской академии имени И. К. Ахунбаева

Адрес для контактов: brimkulov@list.ru

ИНФОРМАЦИЯ О НОВОМ ЦИКЛЕ ТЕМАТИЧЕСКОГО УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ «СОВРЕМЕННЫЕ ПРИНЦИПЫ ОКАЗАНИЯ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ»

INFORMATION ABOUT NEW COURSE “MODERN PRINCIPLES OF PALLIATIVE CARE”

Актуальность оказания паллиативной помощи терминальным больным сегодня ни у кого не вызывает сомнений. Это одна из важнейших задач современной медицины. По определению Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ, 2002) паллиативная помощь — это подход, целью которого является улучшение качества жизни пациентов и членов их семей, оказавшихся перед лицом угрожающего жизни заболевания. Это достигается путем предупреждения и облегчения страданий благодаря раннему выявлению, тщательной оценке и купированию боли и других тягостных физических симптомов, а также оказанию психосоциальной и духовной поддержки.

Для координации работы в области паллиативной помощи, разработки современных клинических рекомендаций и образовательных программ в Европе создана профессиональная общественная организация — Европейская ассоциация паллиативной помощи. В 2009 г. этой организацией был опубликован документ, в котором подчеркивается, что паллиативная помощь — это активная всеобъемлющая помощь пациенту, страдающему заболеванием, которое не поддается лечению. Ее главной задачей является купирование боли и других симптомов, а также решение социальных, психологических и духовных проблем пациентов с помощью междисциплинарного подхода, вовлечения самого пациента, его родных и общественности. Основной концепцией организации паллиативной помощи является удовлетворение нужд пациента, где бы он ее ни получал.

Необходимо отметить, что в нашей стране этому направлению здравоохранения уделяется большое внимание. Так, в статье 32 Федерального закона № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» от 2011 г. паллиативная помощь обозначена как отдельный вид медицинской помощи, а в статье 36 «Паллиативная медицинская помощь» помимо ее характеристики описываются условия, в которых этот вид помощи предоставляется: «Паллиативная медицинская помощь представляет собой комплекс медицинских вмешательств, направленных на избавление от боли и облегчение других тяжелых проявлений заболеваний в целях улучшения качества жизни неизлечимо больных граждан. Паллиативная медицинская помощь

может оказываться в амбулаторных и стационарных условиях медицинскими работниками, прошедшими обучение по оказанию такой помощи».

Порядки оказания паллиативной медицинской помощи взрослому населению (утвержден приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 14 апреля 2015 г. № 187н) и детям (утвержден приказом здравоохранения Российской Федерации № 193н от того же числа) регламентируют участие врача общей практики (семейного врача) в оказании паллиативной помощи.

Необходимо отметить, что в этих документах подчеркивается, что на должность врача кабинета паллиативной помощи поликлиники может быть назначен специалист, прошедший обучение по программам дополнительного профессионального образования продолжительностью 144 ч.

Учитывая, что в функции врача общей практики входит оказание непрерывной медицинской помощи всем пациентам, независимо от пола и возраста, паллиативная помощь становится неотъемлемым и важным направлением деятельности в рамках нашей специальности. Она не может быть ограничена только функциональными обязанностями врача, работающего в таком подразделении, как кабинет паллиативной помощи, поскольку основной объем этой работы выполняется в домашних условиях при осуществлении посещений таких тяжелобольных пациентов. Важным аспектом деятельности семейного врача является обучение правилам ухода за таким пациентом тех членов семьи, которые выполняют эти функции. При этом они сами нуждаются как в психологической поддержке, так и в консультациях по преодолению последствий синдрома эмоционального выгорания. Учитывая разностороннюю деятельность семейного врача, оказание паллиативной помощи не ограничивается рамками устранения тяжелых симптомов у онкологических больных. Аналогичные задачи решаются при обеспечении помощи и ухода за любым пациентом, находящимся в терминальной стадии заболевания, включая деменцию.

Учитывая высокую потребность в специальной подготовке врачей общей практики в области паллиативной помощи, в 2014 г. кафедра

семейной медицины СЗГМУ им. И. И. Мечникова разработала образовательную программу с дистанционным компонентом «Современные принципы оказания паллиативной помощи». Продолжительность этого цикла — 144 часа, из которых очная часть составляет 48 часов. Данная образовательная программа была создана в рамках совместного проекта университета Осло и ГБОУ ВПО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова» Минздрава России «Норвежско-российское сотрудничество по развитию паллиативной помощи в Санкт-Петербурге» (Norwegian-Russian Collaboration in Capacity-building in Palliative Care in St.Petersburg).

Программа охватывает широкий круг вопросов — от методов психологической поддержки пациента и членов его семьи с учетом возрастных особенностей до способов профилактики и устранения тяжелых синдромов, которые снижают качество жизни таких пациентов. При проведении очных занятий используются различные интерактивные методы преподавания, включая тренинги, ролевые игры, обсуждение

актуальных вопросов оказания помощи в малых группах. Дистанционный компонент обучения открывает доступ к современным источникам литературы, посвященной различным аспектам оказания паллиативной помощи, научно обоснованным методам и подходам к ведению таких пациентов, зарекомендовавшим себя в зарубежной практике. Для улучшения усвоения материалов дистанционного блока слушателям предлагаются задания для самостоятельного выполнения и ответы на вопросы множественного выбора.

Проведение занятий может осуществляться по гибкому графику, согласованному со слушателями как в Санкт-Петербурге, так и в других регионах Российской Федерации.

К участию в обучении приглашаются не только врачи общей практики (семейной медицины), но и другие специалисты, работающие в первичном звене здравоохранения.

Более подробную информацию о цикле можно получить по тел. (812) 598-93-20 или по электронной почте kuratorskm@szgmu.ru.

ИНФОРМАЦИЯ О КНИГЕ «ПАЛЛИАТИВНАЯ ПОМОЩЬ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ»

INFORMATION ABOUT NEW MANUAL “PALLIATIVE CARE IN AMBULATORY SETTING”

Оказание паллиативной помощи является неотъемлемым направлением профессиональной деятельности врачей общей практики (семейных врачей), которые должны оказывать непрерывную и всеобъемлющую медицинскую помощь пациентам независимо от их пола и возраста. При этом вовлеченность врача общей практики в процесс ведения тяжелобольных пациентов требует не только знаний и практических навыков, но и серьезных духовных затрат. Облегчить страдания умирающего человека, утешить семью ребенка, страдающего тяжелым недугом, поддержать своего пациента, когда силы его исчерпаны, а надежды на выздоровление утрачены, — очень сложные задачи. Важно отметить, что паллиативная помощь направлена на повышение качества жизни и самих пациентов, и членов их семей, которые обеспечивают уход. Практически принципы паллиативной помощи аналогичны принципам семейной медицины, обращенной не только к пациенту как личности, но и к членам его семьи. Знание внутрисемейных отношений помогает как в реализации профилактических мероприятий, так и в лечении пациентов. Процесс умирания и смерть человека — это тоже этап жизни семьи, который неизбежно отразится на всех ее членах, о чем мы должны помнить при оказании паллиативной помощи.

В настоящее время существует много интересных и полезных материалов, по оказанию паллиативной помощи. Опубликованы статьи в известных международных медицинских журналах, посвященные научно обоснованным методам лечения болевого синдрома и других тяжелых состояний, которые часто развиваются у больных на последних стадиях заболевания. В нашей стране появились порядки оказания паллиативной помощи взрослому населению и детям, которые в первую очередь касаются ее организации. Созданы профессио-

нальные сообщества, объединившие сотрудников хосписной службы, преподавателей и специалистов, которые вовлечены в оказание паллиативной помощи. Учрежден фонд «Вера», который не только выполняет очень важную функцию по привлечению средств для оказания материальной помощи хосписам, но и занимается образовательными проектами, необходимость которых очевидна, так как пока еще далеко не во всех медицинских вузах существуют кафедры паллиативной медицины.

Учитывая специфику работы врача первичного звена здравоохранения и в первую очередь врача общей врачебной практики, которому приходится оказывать паллиативную помощь пациентам разных возрастных групп, необходим широкий взгляд на эту проблему. Если онкологическая служба, призванная заниматься онкологическими больными, хорошо структурирована и представлена районными онкологами поликлиник, то оказание паллиативной помощи при других заболеваниях в амбулаторных условиях чаще всего становится обязанностью именно врача общей практики или участкового терапевта. От их умений и навыков будет зависеть, насколько полно будут реализованы цель и задачи паллиативной помощи.

Понимая важность этой проблемы для специалистов, работающих в первичном звене здравоохранения, включая как врачей, так и медицинских сестер, сотрудники кафедры семейной медицины и кафедры сестринского дела и социальной работы СЗГМУ им. И. И. Мечникова взяли на себя смелость написать и подготовить к изданию книгу «Паллиативная помощь в амбулаторных условиях», которую мы представляем читателям журнала «Российский семейный врач».

Книга состоит из восьми глав. В первой главе, посвященной основам организации паллиативной помощи, отражена история этого направле-



ния медицинской практики, основные вехи ее развития за рубежом и в нашей стране, особенности организации помощи в условиях общей врачебной практики, а также этические аспекты при ее реализации. Во второй главе излагаются психологические особенности общения с умирающим пациентом и членами его семьи, обращается внимание на особенности общения с представителями разных культур, излагается алгоритм сообщения плохих новостей, обсуждается тактика помощи родным умершего пациента, переживающим горе и утрату. Третья глава посвящена синдромам, которые наиболее часто встречаются при оказании паллиативной помощи: боль, кахексия и анорексия, тошнота, рвота, констипация, психические нарушения и респираторные симптомы. В четвертой главе излагаются основы ухода при декубитальных язвах и особенности оказания помощи стомированным пациентам. Пятая глава содержит информацию об оказании помощи пациентам с неонкологическими заболеваниями, которые могут стать поводом для проведения паллиативного лечения, в их числе хроническая сердечная недостаточность, некоторые заболевания легких, инсульт и ВИЧ-инфекция. Шестая глава посвящена осложнениям и неотложным состояниям, которые развиваются у пациентов, получающих паллиативную помощь: компрессия спинного мозга, обструкция верхней полой вены, костные метастазы, патологические переломы, гиперкальциемия, кровотечение, зуд, лимфедема. Седьмая глава содержит информацию об особенностях оказания паллиативной помощи детям.

Описываются основные группы заболеваний, которые могут потребовать этого вида помощи. Обращается внимание на особенности общения с тяжелобольным ребенком и важность эмоциональной поддержки как его самого, так и родителей. В восьмой главе описываются особенности сестринской помощи и ухода за терминальными больными. Обращается внимание на важную роль медицинской сестры при общении с родными, обеспечивающими уход, необходимость их обучения и просвещения. Описывается тактика поведения с членами семьи, переживающими горе и тяжелую потерю. В конце книги приведен ряд приложений, которые содержат полезную практическую информацию для врачей, занимающихся оказанием паллиативной помощи. Помимо списка использованной литературы приводится перечень электронных ресурсов, которые постоянно обновляются и могут быть полезными читателю и в дальнейшем.

В завершение необходимо отметить, что появлению книги способствовало сотрудничество с нашими коллегами из университета Осло. Знакомство с опытом норвежских коллег, обсуждение актуальных проблем оказания паллиативной помощи и методологии обучения специалистов в этой области, совместный поиск современной литературы явились базой для подготовки данного издания.

Информацию о приобретении книги можно получить по тел. (812) 598-93-20 или по электронной почте kuratorsm@szgmu.ru.