# РОССИЙСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ ЕМЕЙНЫЙ ВРАЧ

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 материалов кандидатских и докторских диссертаций (редакция 22.10.2010) по 18 специальностям (см. сайт www.szgmu.ru)

#### и базах данных ВИНИТИ 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

Tom 19

4 - 2015

В Ы П У С К А Е Т С Я 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 І 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 дожила до открытия института. Дело ее рук продолжила дочь Екатерина Михайловна, по инициативе которой институту было присвоено имя матери.

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

The cover depicts a beautiful portrait be Karl Brullov of a well-known woman in Russian history. German Princess Frederik-Sharlotte-Marie Wurtemberg, wife of Prince Mikhail, the younger brother of Russian emperor Alexander I, became Elena Pavlovna when she accepted Orthodoxy. Being young, pretty and highly educated, she became the symbol of the ideal wife, mother and salon hostess. She was the founder of Obstetrics House, St. Helen Courses, Conservatoire Hall, and the St. Cross Nursing Society and the Elisabeth Hospital for Children. She was also the founder of the Clinical Institute (later called the Institute for Postgraduate Education of Doctors) now known as the 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

Статья	Articles		
ПЕРВИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В ОБЩЕЙ ВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИКЕ	PRIMARY PREVENTION OF CARDIOVASCULAR DISEASE IN GENERAL PRACTICE		
Т. Ю. Кришталь, И. Е. Моисеева 4	T. Yu. Krishtal, I. E. Moiseeva 4		
Дополнительное профессиональное образование	Continuing medical education		
АККРЕДИТАЦИЯ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКИХ ВУЗОВ	ACCREDITATION OF MEDICAL STUDENTS		
О. Ю. Кузнецова	O. Yu. Kuznetsova		
ОСОБЕННОСТИ МЕДИЦИНСКОГО ОБУЧЕНИЯ В НОРВЕГИИ	FEATURES OF MEDICAL EDUCATION IN NORWAY		
У. Уильхемсен, А. Марштейнтредет, Е. Букия24	U. Wilhelmsen, A. Marsteintredet, E. Bukiya		
Хроника	Chronicle		
ХРОНИКА ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО КУРСА «ВВЕДЕНИЕ В ПАЛЛИАТИВНУЮ ПОМОЩЬ В ГЕРИАТРИИ»	CHRONICLE OF THE EDUCATIONAL COURSE "INTRODUCTION TO PALLIATIVE CARE IN GERIATRICS"		
О. А. Кузъмина	O. A. Kuzmina27		
Новости	News		
ИНФОРМАЦИЯ О НОВОМ ИЗДАНИИ КАФЕДРЫ СЕМЕЙНОЙ МЕДИЦИНЫ СЗГМУ ИМ. И. И. МЕЧНИКОВА В 2016 Г	INFORMATION ABOUT NEW MANUAL OF THE FAMILY MEDICINE DEPARTMENT OF NORTH-WESTERN STATE MEDICAL UNIVERSITY NAMED AFTER I. I. MECHNIKOV IN 2016		
ИНФОРМАЦИЯ О ПРОВЕДЕНИИ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОГО МЕРОПРИЯТИЯ 31	INFROMATION ABOUT SCIENTIFIC-PRACTICAL CONFERENCE 31		
ЦИКЛЫ КАФЕДРЫ СЕМЕЙНОЙ МЕДИЦИНЫ СЗГМУ ИМ. И. И. МЕЧНИКОВА НА 2016 ГОД 32	COURSES OF THE FAMILY MEDICINE DEPARTMENT OF NORTH-WESTERN STATE MEDICAL UNIVERSITY NAMED AFTER I. I. MECHNIKOV IN 2016		

### Статья

УДК 616.1-07-084

# ПЕРВИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В ОБЩЕЙ ВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИКЕ

Т. Ю. Кришталь<sup>1</sup>, И. Е. Моисеева<sup>2</sup>

¹СПбГБУЗ «Городская поликлиника № 76», Санкт-Петербург, Россия;

<sup>2</sup>ГБОУ ВПО «Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова» Минздрава России Федерации, Санкт-Петербург, Россия

# PRIMARY PREVENTION OF CARDIOVASCULAR DISEASE IN GENERAL PRACTICE

T. Yu. Krishtal<sup>1</sup>, I. E. Moiseeva<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Polyclinic Nº 76, St.Petersburg, Russia;

<sup>2</sup> North-Western State Medical University named after I. I. Mechnikov, St. Petersburg, Russia

© Т.Ю. Кришталь, И.Е. Моисеева, 2015 г.

В статье представлены основные положения первичной профилактики сердечно-сосудистых заболеваний. Рассмотрены факторы риска, стратегии профилактики, шкала SCORE. Описаны принципы коррекции таких факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний как курение, избыточная масса тела, нерациональное питание, низкая физическая активность, а также артериальная гипертензия, дислипидемия и гипергликемия.

**Ключевые слова:** сердечно-сосудистые заболевания, факторы риска, профилактика, шкала SCORE, суммарный сердечно-сосудистый риск, курение, питание, физическая активность, дислипидемия, артериальная гипертензия.

The article presents the main provisions of the primary prevention of cardiovascular diseases. The risk factors, prevention strategies, the SCORE scale are discussed. In addition, authors describe the principles of correction of such risk factors for cardiovascular disease like smoking, overweight, poor nutrition, low physical activity, and hypertension, dyslipidemia and hyperglycemia.

**Keywords:** cardiovascular diseases, risk factors, prevention, SCORE scale, total cardiovascular risk, smoking, diet, physical activity, dyslipidemia, hypertension.

# Введение. Концепция факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний истратегии профилактики

Первичной профилактикой хронических заболеваний важно заниматься с детского возраста, так как многочисленными исследованиями подтверждено, что так называемые факторы риска, формируясь в детском и подростковом возрасте, обладают «устойчивостью» и в дальнейшем переходят в образ жизни взрослого человека.

В 60-х гг. прошлого столетия была сформулирована Концепция факторов риска развития хронических неинфекционных заболеваний (ХНИЗ), в структуру которых включены и сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ).

Концепция основана на результатах проспективных эпидемиологических исследований и в настоящее время является методической основой для планирования и организации первичной профилактики сердечно-сосудистой патологии [1, 2]. Согласно концепции различают модифицируемые и немодифицируемые факторы риска. Немодифицируемые факторы риска — возраст, пол, генетическая предрасположенность — используют для разработки системы стратификации риска развития заболеваний. Такие факторы риска не могут быть скорректированы, а могут только учитываться при определении степени риска развития заболеваний.

Модифицируемые факторы риска подвергаются коррекции. Их делят на поведенческие и биологические.

К поведенческим факторам риска относятся: курение, нездоровое питание, низкая физическая активность, избыточное потребление алкоголя, хроническое психоэмоциональное напряжение. Это наиболее часто встречающиеся поведенческие факторы риска в образе жизни современного человека, которые способствуют развитию ХНИЗ и сердечно-сосудистой патологии в том числе.

При длительном воздействии поведенческих факторов риска на организм человека могут формироваться биологические факторы риска — артериальная гипертензия (АГ), дислипидемия, избыточная масса тела, ожирение и сахарный диабет, являющиеся значимыми для развития сердечно-сосудистых заболеваний.

В последние годы активно обсуждается роль психосоциальных факторов, таких как низкий уровень образования и дохода, низкая социальная поддержка, психосоциальный стресс и развитие тревожных или депрессивных состояний, но их вклад в развитие ССЗ более скромный.

Помимо выделения факторов риска развития заболеваний разрабатываются эффективные стратегии проведения профилактических мероприятий.

На данный момент определены следующие стратегии профилактики:

- популяционная;
- стратегия высокого риска;
- стратегия вторичной профилактики.

Популяционная стратегия профилактики направлена прежде всего на формирование здорового образа жизни у членов общества, на пропаганду знаний о сохранении здоровья, на широкую информационную работу с населением независимо от наличия факторов риска или хронических неинфекционных заболеваний. Роль семейного врача в реализации популяционной стратегии профилактики состоит в активном информировании и мотивации населения на здоровый образ жизни и обращение за медицинской консультацией при наличии факторов риска.

Ведущая роль в проведении популяционной стратегии среди медицинских специалистов принадлежит центрам медицинской профилактики.

Стратегия высокого риска направлена на выявление и коррекцию факторов риска у пациентов. Ведущая роль отведена специалистам первичного звена здравоохранения, в том числе семейным врачам. Последние программы — диспансеризация определенных возрастных групп населения и профилактические медицинские осмотры — являются хорошей поддержкой для реализации стратегии профилактики высокого риска.

Вторичная профилактика направлена на работу с группами пациентов, имеющими заболевания, с целью предотвращения прогрессирования заболеваний и развития их осложнений. Вторичная профилактика является неотъемлемой частью профессиональной деятельности семейного врача. Более того, семейному врачу отводится ведущая роль в реализации этой стратегии среди медицинских специалистов.

## Оценка риска сердечно-сосудистых заболеваний

Для выявления факторов риска используется скрининговые методы обследования. Различают оппортунистический скрининг и селективный скрининг.

Оппортунистический скрининг проводится при любом обращении пациента в медицинскую организацию к врачу.

Селективный скрининг подразумевает обследование пациентов, имеющих высокую вероятность наличия факторов риска (например, обследование пациентов с ожирением для выявления  $\Lambda\Gamma$ ).

Поскольку ССЗ рассматриваются как заболевания с многофакторной этиологией и установлено потенцирующее действие факторов риска на их развитие, разработана шкала суммарного сердечно-сосудистого риска, в основе которой лежит учет совокупности определенных факторов риска [3].

Определение суммарного сердечно-сосудистого риска рекомендовано для проведения первичной и вторичной профилактики ССЗ, в том числе во время диспансеризации определенных возрастных групп населения и профилактических медицинских осмотров.

Суммарный сердечно-сосудистый риск предложено определять, используя Европейскую шкалу SCORE, которая разработана для оценки абсолютного риска фатальных сердечно-сосудистых осложнений в предстоящие 10 лет жизни. К фатальным сердечно-сосудистым осложнениям относят смерть от инфаркта миокарда, других форм ишемической болезни сердца (ИБС) и инсульта.

Важно, чтобы при любом обращении пациента за медицинской помощью был проведен оппортунистический скрининг на выявление факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний и определен суммарный сердечно-сосудистый риск развития фатальных осложнений в ближайшие 10 лет жизни этого пациента.

Методика определения суммарного сердечнососудистого риска по Европейской шкале SCORE.

При работе со шкалой необходимо учитывать следующие показатели:

- пол;
- возраст;
- статус курения (курящий/некурящий);
- общий холестерин;
- систолическое АД.

В предлагаемой таблице необходимо, сопоставив показатели по горизонтали и вертикали в соответствующих блоках (по полу, возрасту, статусу курения), определить клетку, в которой указан в процентах риск развития фатальных осложнений в ближайшие 10 лет.

### Статья

Уровни суммарного сердечно-сосудистого риска:

Низкий — менее 1 %

Средний — от 1 до 5 %

Высокий — от 5 до 10 %

Очень высокий — более 10 %

Шкалу SCORE также можно использовать для ориентировочной оценки общего риска сердечно-сосудистых осложнений (фатальных и нефатальных) в предстоящие 10 лет жизни. Общий риск будет примерно в 3 раза выше, чем число фатальных осложнений.

**Пример:** у 50-летнего курящего мужчины с уровнем систолического АД 140 мм рт. ст. и уровнем общего холестерина 5 ммоль/л суммарный сердечно-сосудистый риск фатальных осложнений средний (4%). Если же рассматривать общий риск, то показатель будет в 3 раза выше — 12%.

Это более значимый показатель для мотивации пациента на коррекцию имеющихся факторов риска, в данном примере в первую очередь курения и контроля АД.

Суммарный сердечно-сосудистый риск по шкале SCORE может быть выше у лиц:

- 1) с избыточной массой тела или ожирением, в том числе абдоминальным, особенно у молодых людей с низкой физической активностью;
  - 2) с низким социальным статусом;
- 3) с сахарным диабетом (рассматриваются только случаи сахарного диабета I типа без поражения органов-мишеней);
- 4) с семейным анамнезом раннего развития ССЗ у ближайших родственников;
- 5) с выраженной дислипидемией, особенно в случаях семейной гиперхолестеринемии;

- 6) с доказанным атеросклеротическим поражением сонных артерий без клинических проявлений;
- 7) с умеренной и тяжелой хронической болезнью почек (скорость клубочковой фильтрации СКФ менее 60 мл/мин).

Шкала SCORE не используется:

- 1) у пациентов старше 65 лет и моложе 40 лет;
- 2) у пациентов с доказанными сердечнососудистыми заболеваниями атеросклеротического генеза (ИБС, цереброваскулярная болезнь, аневризма аорты, атеросклероз периферических артерий);
- 3) у пациентов с сахарным диабетом I и II типа с поражением органов-мишеней;
- 4) у пациентов с очень высокими уровнями отдельных факторов риска.

Выявление основных факторов риска и оценка суммарного сердечно-сосудистого риска с проведением кратковременного профилактического консультирования пациента для коррекции факторов риска составляет основу первичной профилактики сердечно-сосудистых заболеваний.

Класс рекомендаций и уровень их доказательности в отношении конкретных методов профилактики определяются и оцениваются с использованием различных методов. В частности, при разработке клинических рекомендаций Европейского кардиологического общества и Европейской ассоциации кардиоваскулярной профилактики и реабилитации были использованы критерии доказательности, представленные в табл. 1 и 2.

Таблица 1

#### Классы рекомендаций

<u> </u>			
Класс рекомендаций	Определение пользы рекомендаций	Рекомендации по использованию	
Класс I	Польза и эффективность данного лечения или вмешательства доказаны и/или общепризнанны	Рекомендовать к применению	
Класс II	Противоречивые данные и/или расхождение мнений по поводу пользы/ эффективности метода лечения или вмешательства		
Класс IIa	Больше данных свидетельствует о пользе/эффективности вмешательства	Следует рассматривать	
Класс IIb	Польза/эффективность менее убедительны	Могут рассматриваться	
Класс III	Имеющиеся данные или общее мнение свидетельствуют о том, что лечение или процедура бесполезны/неэффективны и в некоторых случаях могут быть вредными	Не рекомендовать к применению	

Таблица 2

#### Уровень доказательств рекомендации

Уровень доказательств	Характеристика исследований
A	Высококачественный метаанализ, систематический обзор, рандомизированные клинические исследования (РКИ) или РКИ с очень низкой вероятностью систематической ошибки
В	РКИ с невысокой вероятностью систематической ошибки, когортные исследования или исследования случай — контроль
С	Описание серии случаев, неконтролируемое исследование, мнение экспертов

# Принципы коррекции поведенческих факторов риска развития ССЗ

Если обсуждать возможности первичной профилактики ССЗ, то такая работа должна быть направлена в первую очередь на поведенческие факторы риска развития ССЗ. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), более 75 % смертей от ССЗ можно было предотвратить за счет коррекции факторов риска и изменения образа жизни таких пациентов [4–7].

Учитывая, что поведенческие факторы риска чаще формируются в подростковом периоде с последующим закреплением во взрослом образе жизни, профилактическую работу необходимо начинать именно с подросткового возраста, информируя подростков о вреде той или иной вредной привычки, мотивируя на отказ от этой привычки и всячески одобряя выбор здорового образа жизни [8].

Какие же показатели здорового образа жизни будут служить ориентиром семейному врачу и пациенту?

- 1. Отказ от курения табака (класс I пользы рекомендаций, уровень A доказательств).
- 2. Достаточный уровень физической активности.
  - 3. Здоровое питание.
- 4. Отсутствие ожирения и избыточного веса (класс I пользы рекомендаций, уровень А доказательств). Контроль массы тела.
- 5. АД ниже 140/90 мм рт. ст. (класс IIa пользы рекомендаций, уровень A доказательств).
- 6. Уровень общего холестерина крови ниже 5 ммоль/л или 190 мг/дл (класс I пользы рекомендаций, уровень А доказательств).
- 7. Уровень глюкозы крови натощак не выше 6,1 ммоль/л и HbA1c менее  $7\,\%$  (класс I пользы рекомендаций, уровень A доказательств).
- 8. Контроль психоэмоционального состояния преодоление психоэмоционального стресса, снятие психоэмоционального напряжения (класс IIа пользы рекомендаций, уровень В доказательств), особенно у лиц с очень высоким суммарным сердечно-сосудистым риском (класс I пользы рекомендаций, уровень А доказательств).

# Профилактическая работа с курящими пациентами

Отказ от курения является одним из ведущих профилактических мероприятий [3, 9].

Диагностический критерий: курение табака — ежедневное выкуривание одной сигареты и более.

Курение является одним из главных факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний, и отказ от курения, вероятно, одно из самых эффективных мероприятий по коррекции обра-

за жизни, служащее профилактике сердечнососудистых заболеваний, включая инсульт, инфаркт миокарда и поражение периферических артерий.

По этой причине при каждом контакте с пациентом следует оценивать статус курения и давать рекомендации по отказу от него.

Основные постулаты для беседы с пациентом:

- «Нет безвредных форм курения и нет безопасных доз никотина».
- «Прекратить курение полезно в любом возрасте и при любом стаже курения».
- $\bullet$  «Пассивное курение так же вредно, как и активное».

Диагностика зависимости у курящих пациентов: оценка степени никотиновой зависимости по тесту Фагерстрома (Приложение 1).

При этом независимо от результата тестирования можно мотивировать пациента на отказ от курения.

- 1. «Необходимо бросить курить, пока еще не развилась зависимость» (при отрицательном результате теста).
- 2. «Необходимо бросать курить, пока не развилась высокая зависимость от никотина» (при положительном результате теста).

В ходе обсуждения причин, побуждающих пациента курить, разбираются ситуации, в которых пациент «всегда закуривает сигарету», делается акцент на «ритуальность» и «автоматизм» курения. Обсуждаются возможные причины, заставившие пациента регулярно курить (психоэмоциональное напряжение, усталость, ситуационные моменты, социальное подкрепление).

В ходе беседы достигается цель мотивировать пациента отказаться от вредной привычки через осознание причин и степени вреда для здоровья.

Важно оценить, насколько готов пациент отказаться от курения. Это может быть следующим этапом профилактической беседы/консультирования.

В ходе беседы необходимо предложить заполнить еще один тест — «Оценка степени готовности к отказу от курения (Приложение 2).

В зависимости от результата семейный врач выбирает дальнейшую тактику — либо предлагает лечебную программу для полного отказа от курения при высокой мотивации к отказу от курения, либо предлагает помощь в снижении интенсивности курения при слабой мотивации.

Мотивационное консультирование занимает от 3 до 5 мин в процессе работы с пациентом и должно повторяться каждый раз при обращении пациента к врачу. При этом даже регулярный и доброжелательный вопрос пациенту «Как дела с курением?» будет способствовать осозна-

нию пациентом курения как проблемы для его здоровья. Рекомендуется регистрировать и обновлять данные по курению при каждом визите пациента

Задача врача — подчеркнуть связь факторов риска с состоянием здоровья пациента на момент осмотра. В таких ситуациях мотивация на изменение образа жизни и отказ от вредной привычки возникает чаще. Важно в процессе консультирования определиться со стратегией по прекращению курения:

- совет/беседа по изменению поведения;
- психотерапия;
- никотин-заместительная или другая лекарственная терапия (особенно для тех, кто выкуривает 10 и больше сигарет в день).

Советы пациенту по изменению поведения, связанного с курением

- 1. Настраиваться на осознанное отношение к отказу от курения, помня только о преимуществах отказа от курения, которые для каждого человека могут быть различными/индивидуальными.
- 2. Обсудить/обдумать и записать ситуации риска, в которых пациент должен быть внимателен, чтобы не закурить: привычные стереотипы поведения, когда пациент закуривал (утром, при выходе на улицу, после еды, в кофейные перерывы, в баре, на вечеринках с друзьями). Избегать таких ситуаций, особенно в первые месяцы отказа от курения.
- 3. Найти пищевую замену перекурам фрукты, овощи, жевательная резинка.
- 4. Найти/придумать себе «награды» за воздержание от курения и поощрять себя.
- 5. Найти единомышленников или людей в ближайшем социальном окружении, кто будет работать «группой поддержки».
- 6. Объявить о своем намерении бросить курить друзьям, коллегам, семье для усиления собственной мотивации в избавлении от вредной привычки.
- 7. Найти врача/консультанта/медицинскую организацию, куда можно будет обратиться при возникновении потребности в медицинской помощи при ухудшении самочувствия или появлении непреодолимой тяги к курению.

Что еще должен рассказать семейный врач пациенту, принявшему решение отказаться от курения?

1. О возможном ухудшении самочувствия в первые 2-3 недели отказа от курения: могут наблюдаться возбудимость, нарушение концентрации внимания, раздражительность, депрессия, сонливость, головная боль, тремор, потливость.

Кроме этого, может наблюдаться обострение хронических заболеваний бронхов — усиление кашля, уменьшение отхождения мокроты и т. п.

Пациента необходимо информировать, что такие симптомы имеют максимальную выраженность в первые 2-3 недели и в дальнейшем стихают

2. Часто пациенты указывают на увеличение массы тела, поэтому важно обсудить с пациентом диету для облегчения симптомов.

Диетические рекомендации должны включать увеличение потребления продуктов, богатых следующими компонентами:

- витамин C: шиповник, черная смородина, зеленый лук, капуста, лимоны;
  - витамин В.: хлеб грубого помола, крупы;
- витамин  $\mathbf{B}_{12}$ : зеленый горошек, апельсины, лыни:
- витамин PP: фасоль, крупы, дрожжи, капуста, молочные продукты, картофель;
  - витамин А: овощи, особенно морковь;
- витамин Е: хлеб грубого помола, растительное масло, зеленые овощи, зародыши пшенины.

Рекомендуется щелочное питье — минеральные воды, соки, овощные отвары.

- 3. Любая физическая активность также будет снижать психоэмоциональную напряженность и выраженность симптомов при отказе от курения. Пациенту предлагается выбрать ту форму физической активности, которая для него наиболее приемлема.
- 4. Чем раньше человек бросает курить, тем благоприятнее прогноз. Среди тех, кто бросает курить и не курит в течение 3 лет, риск развития ИБС не отличается от такового у некурящего.

# Профилактическая работа с пациентами с низкой физической активностью

Диагностический критерий: низкая физическая активность ( $\Phi$ A) — ходьба в умеренном или быстром темпе менее 30 минут в день.

Рекомендации для пациентов: ежедневно или большинство дней в неделю — ходьба в умеренном темпе не менее 30 мин. Это минимально необходимый уровень физической активности для поддержания здоровья [3, 10].

В повседневной жизни современный человек, занимаясь ежедневной работой по дому, добираясь на работу, посещая разные учреждения, имеет некоторый уровень общей физической активности. Однако этого недостаточно для поддержания здоровья. Необходима организованная физическая активность — физические упражнения с вовлечением больших групп мышц, ритмически повторяющиеся без перерыва с длительностью не менее 15 мин.

Такие упражнения повышают степень тренированности сердечно-сосудистой системы и являются профилактическим средством в отношении развития ССЗ, ожирения и сахарного диабета. При этом рассматриваются два основных критерия организованной физической активности: интенсивность и продолжительность.

Интенсивность

Физическая нагрузка должна проходить в режиме, соответствующем аэробной нагрузке, которая расценивается как оптимальная физическая активность.

Для этого по формуле рассчитывается допустимая частота сердечных сокращений (ЧСС) при физической нагрузке, которая должна быть не более 60-75~% от максимально допустимой возрастной.

Максимально допустимая возрастная ЧСС = 220 — возраст (годы).

Соответственно формула для определения оптимальной физической нагрузки:

- 1.  $(220 возраст) \times 0.6 = A$  (минимальный показатель ЧСС для оптимальной нагрузки).
- 2. (220 возраст человека)  $\times 0.75$  =  $\overline{\mathrm{B}}$  (максимальный показатель ЧСС для оптимальной нагрузки).

Интервал A-Б и является допустимой нормой ЧСС при оптимальной (аэробной) нагрузке.

К примеру, человек в возрасте 40 лет может позволить себе следующий режим физических нагрузок:

$$(220-40) \times 0,6 = 108$$
 уд/мин и  $(220-40) \times 0,75 = 135$  уд/мин.

Оптимальная аэробная физическая нагрузка: ЧСС должна находиться в пределах 108-135 уд/мин во время занятий. Также интенсивность физических нагрузок определяется количеством энергии, затрачиваемой на их выполнение. Рассчитаны энергетические затраты при различных видах деятельности и определены интервалы интенсивности физических нагрузок.

Легкая физическая нагрузка соответствует затратам энергии менее 14,7 кДж/мин, умеренная — 14,7-29,4 кДж/мин, интенсивная — свыше 29,4 кДж/мин.

Если связать эти показатели с процентными показателями ЧСС от максимальной возрастной нормы, получаем:

- физические упражнения, при которых достигается ЧСС менее 55% от максимальной возрастной нормы физическая активность легкой интенсивности с энергетическими затратами менее 14,7 кДж/мин;
- физическая активность, при которой достигается ЧСС от 55 до 70 % от максимальной возрастной нормы умеренная физическая активность с затратами энергии от 14,7 кДж/мин до 29,4 кДж/мин;
- физическая активность, при которой достигается ЧСС от 70 до 85% от максимальной возрастной нормы интенсивная физическая активность с затратами энергии свыше  $29.4~\kappa Дж/мин$ .

Более конкретные рекомендации по видам физической активности сформулированы в табл. 3.

Таблица 3

#### Виды активности и их энергетическая активность

Группы активности и примеры	кДж в 1 мин на 1 кг массы тела	
Боулинг, гольф	14,7	
Ходьба, пеший туризм	16,8	
Малоинтенсивные спортивные занятия, например стрельба, бадминтон	16,8	
Малоинтенсивные домашние физические упражнения	16,8	
Малоинтенсивная производственная деятельность (официант, медсестра)	18.9	
Работа по дому, например чистка ванны	18,9	
Малоинтенсивная домашняя работа, работа в саду	21,0	
Интенсивные тренирующие упражнения (тяжелая атлетика, гимнастика)	25,2	
Быстрые танцы, акробатические танцы	25,2	
Плавание, другие интенсивные виды физической активности в воде (водные лыжи)	25,2	
Скоростной спуск на лыжах, футбол, баскетбол, другие подобные упражнения	29,4	
Быстрая езда на велосипеде (скорость более 16 км/ч), гребля, прыжки со скакалкой	33,6	
Интенсивные спортивные игры с ракеткой	33,6	
Бег трусцой, спортивный бег, быстрая ходьба, бег на лыжах по пересеченной местности	33,6	
Высокоинтенсивная домашняя работа, например чистка снега, колка дров, перенос или подъем предметов массой более 9 кг	33,6	

#### Статья

Продолжительность

В современных условиях для поддержания суточного баланса энергии человеку необходимо в среднем сжигать дополнительно 630 кДж/мин ежедневно.

При умеренной организованной физической активности на сжигание 630 кДж требуется примерно 37 мин. При интенсивной физической нагрузке на это потребуется 15 мин.

Соответственно семейный врач, рекомендуя увеличение физической активности, обязательно акцентирует внимание пациента на интенсивности и необходимой длительности физических упражнений, а также на регулярности таких занятий.

Имеется еще один простой критерий определения оптимальности/безопасности физической нагрузки для пациента — если во время физических упражнений возникает одышка, затрудняется речь, эти симптомы свидетельствуют о том, что достигнут максимальный уровень потребления кислорода и такая нагрузка является высокоинтенсивной для данного пациента в данный период. При регулярных занятиях физическими упражнениями тренированность сердечно-сосудистой системы возрастает и интенсивность занятий может быть увеличена.

Необходимо учитывать, что в возрасте 40 лет и старше даже при отсутствии клинических симптомов заболевания рекомендовано провести обследование пациента перед тем, как рекомендовать увеличение физической активности

Пациентам с сердечно-сосудистыми заболеваниями физическая нагрузка подбирается врачом индивидуально.

Pекомендации для начинающих заниматься  $\Phi A$ 

- 1. Начинать медленно и постепенно.
- 2. Наиболее подходящий уровень умеренная ФА.

- 3. Постепенно наращивать длительность занятий, добавляя несколько минут в день, до тех пор, пока не будет достигнут рекомендуемый минимум  $\Phi A$ .
- 4. Когда минимальный уровень ФА будет достигнут и станет привычным, постепенно наращивать длительность занятий, или, интенсивность или и то и другое.

Ниже приводятся Европейские рекомендации по поддержанию физической активности, разработанные группой экспертов с учетом имеющейся доказательной базы (табл. 4).

# Профилактическая работа с пациентами по рациональному питанию

Диагностические критерии нерационального питания:

- недостаточное потребление фруктов и овощей (менее 400 г или менее 4-6 порций в сутки);
- потребление поваренной соли более 5 г в сутки (досаливание приготовленной пищи, частое употребление соленостей, консервов, колбасных изделий);
- избыточное потребление пищи, жиров и углеводов (индекс массы тела  $MMT > 25 \text{ кг/м}^2$ );
  - несбалансированное по составу питание.

С точки зрения кардиоваскулярной профилактики питание должно препятствовать возникновению и прогрессированию алиментарно-зависимых факторов риска развития ССЗ — избыточной массы тела, дислипидемии, АГ [3].

Семейный врач может оценить статус питания на приеме, собирая анамнез жизни: характер профессиональной деятельности, социальный статус, сложившиеся пищевые привычки, использование специальных диет, соблюдение постов и т. п.

ФА. Таблица 4 Рекомендации по физической активности в целях профилактики ССЗ и их осложнений

Рекомендации	Класс пользы	Уровень доказательств
Здоровые взрослые всех возрастов должны тратить 2,5-5 ч в неделю на обычную физическую активность или аэробную тренировку умеренной интенсивности или 1-2,5 ч в неделю на более интенсивные физические упражнения. Настоятельно рекомендовать лицам с сидячим образом жизни начать выполнение программ физических упражнений легкой интенсивности	I	A
Физическая активность/аэробные нагрузки должны выполняться в несколько подходов, каждый продолжительностью не менее $10$ минут и равномерно в течение всей недели, то есть $4-5$ дней в неделю	IIa	A
Пациенты с перенесенным инфарктом миокарда, АКШ, ЧКВ, со стабильной стенокардией или стабильной ХСН должны пройти аэробные тренировки от умеренной до энергичной интенсивности с выполнением упражнений 3 раза в неделю по 30 мин за сеанс. Настоятельно рекомендовать лицам с сидячим образом жизни начать выполнение программ физических упражнений легкой интенсивности после адекватной оценки рисков и переносимости физических нагрузок	I	A

При осмотре пациента оценивается физическое развитие, масса тела, состояние волос, кожи, ногтей. При выявлении признаков метаболического риска необходимо провести углубленное обследование — необходимые биохимические маркеры, подробный анамнез, наследственность, психосоциальные характеристики пациента (материальное положение, наличие стрессов, «пищевые чудачества» или длительные ограничения (диеты)).

Далее оценивается наличие диагностических критериев нерационального питания.

Собранные сведения помогут определить, нуждается ли пациент в профилактическом консультировании по вопросам питания.

В таблице 5 приведены Европейские рекомендации по питанию и уровни их доказательности.

Таблица 5 Рекомендации по питанию для профилактики ССЗ

Рекомендации	Класс пользы	Уровень доказательств
Здоровое питание включает:  - снижение потребления насыщенных жиров (менее 10 % от общего калоража пищи) путем замены их на полиненасыщенные жирные кислоты;  - максимально возможное ограничение потребления трансжиров (менее 1 % от общего калоража пищи);  - потребление менее 5 г поваренной соли в день;  - потребление 30-45 г клетчатки (пищевых волокон) в день из цельнозерновых продуктов, фруктов и овощей;  - потребление 200 г фруктов в день;  - потребление 200 г овощей в день без учета картофеля;  - потребление рыбы, по крайней мере 2 раза в неделю, в один из приемов — жирная рыба;  - ограничение потребления алкогольных напитков до 20 г/день (в пересчете на чистый спирт) для мужчин и до 10 г/день — для женщин.	I Ред см. стр. 14!!	В
Рекомендуется как основа профилактики ССЗ при условии, что энергетическая ценность пищи должна быть ограничена количеством калорий, необходимых для сохранения (или достижения) нормальной массы тела с ИМТ 25 кг/м <sup>2</sup>		

При проведении профилактического консультирования по вопросам питания желательно начинать с рекомендаций по увеличению потребления «полезных составляющих рациона» — овощей и фруктов, цельнозерновых продуктов, которых, как правило, не хватает, с максимальной информацией о том, почему необходимо употреблять определенное количество этих продуктов. В последующем консультирование должно коснуться продуктов, которые необходимо ограничить в рационе пациента. В ряде случаев это не только животные жиры, но и сахар, и алкоголь.

При консультировании по рациональному питанию необходимо настраивать пациента на долгосрочную работу по изменению пищевых привычек и на активное участие пациента в наблюдении за изменениями своего стиля и рациона питания.

## Профилактическая работа с пациентами при психоэмоциональном напряжении

Крупнейшее международное исследование INTERHEART подтвердило, что некоторые психосоциальные факторы являются независимыми факторами риска развития ССЗ [11].

К таким психосоциальным факторам отнозятся:

- 1) стресс острый и хронический;
- 2) низкая социальная поддержка (социальная изоляция);
  - 3) низкий социально-экономический статус;
- 4) негативные эмоциональные состояния, в том числе тревожные и депрессивные.

Наибольшая доказательная база накоплена в отношении роли тревожно-депрессивных расстройств в развитии и прогрессировании ССЗ. В большинстве работ показано, что тревожнодепрессивная симптоматика повышает риск развития кардиоваскулярных катастроф как у лиц, исходно не страдающих ССЗ, так и больных ССЗ. Установлен дозозависимый эффект: при более выраженной депрессии кардиоваскулярные осложнения развиваются раньше и они более тяжелые. По прогнозам ВОЗ, к 2020 г. депрессия займет второе место после ИБС среди заболеваний, приводящих к инвалидности и смерти.

Распространенность субсиндромальных тревожных расстройств отмечена у 28-76 % больных общемедицинской сети здравоохранения. Установлено, что пациенты с симптомами тре-

воги в 6 раз чаще посещают кардиолога и в 1,5 раза чаще госпитализируются.

Семейному врачу следует уделять внимание пациентам с неспецифическими соматическими жалобами, такими как парестезии, болевые ощущения неопределенного характера, частые визиты к врачу по разным поводам. Примерно  $40\,\%$  всех больных с депрессиями лечатся у врача общей практики.

Учитывая приведенные данные, необходимо выяснять и оценивать психосоциальные факторы при обращении пациента за помощью.

Низкий социальный статус — часто отмечается при незаконченном среднем образовании и низком уровне дохода, который сам пациент может указать.

Низкая социальная поддержка — как показатель оторванности от семьи, родственников, отсутствии семьи, детей, друзей.

Стресс — часто как реакция на стрессор большой силы, пережитые трудные эпизоды в жизни, к примеру потерю родителей, утрату дома, разрушение брачных отношений, беременность, рождение ребенка-инвалида, потерю работы, уход на пенсию, потерю физических функций. Оценить уровень хронического стресса поможет ответ пациента на вопрос: «Имеются ли у вас проблемы, которые являются причиной серьезных переживаний на работе/дома?»

Хроническое психоэмоциональное напряжение провоцирует развитие тревожно-депрессивных расстройств.

Положительный ответ пациента на вопрос «Испытываете ли вы чувство постоянного беспокойства, тревоги часто без особых на это причин?» указывает на возможное тревожное состояние пациента.

Положительные ответы на вопросы «Испытываете ли вы чувство подавленности, депрессии, безнадежности?» и «Утратили ли вы интерес к жизни?» могут свидетельствовать в пользу депрессивных расстройств.

Для диагностики тревожно-депрессивных расстройств используются и стандартизированные опросники. Наиболее распространена Госпитальная шкала тревоги и депрессии, валидизированная в России (Приложение 4).

Стандартные рекомендации пациентам с психоэмоциональным напряжением для снижения тревожности следующие:

- 1) нормализовать повседневный режим труда и отдыха;
- 2) обеспечить ночной сон длительностью не менее 7-8 часов;
- 3) использовать выходные и праздничные дни для полноценного отдыха;
  - 4) регулярно использовать отпуск;
- 5) ввести в режим дня регулярные умеренные физические нагрузки;

6) освоить техники релаксации (дыхательный тренинг, аутотренинг и т. п.).

При неэффективности приведенных выше методов снижения психоэмоционального стресса необходимо рекомендовать помощь специалиста — психолога или психотерапевта.

При клинически значимых тревожно-депрессивных расстройствах рекомендуется медикаментозная терапия.

## Первичная профилактика биологических факторов риска

С нерациональным питанием тесно сопряжены биологические факторы риска развития ССЗ. Это избыточная масса тела и ожирение, дислипидемия и гипергликемия/сахарный диабет [1, 3].

По результатам исследования INTERHEART, определяющее влияние на риск развития инфаркта миокарда оказывают девять факторов независимо от региона проживания:

- AΓ;
- курение;
- дислипидемия;
- абдоминальное ожирение;
- психосоциальные факторы;
- сахарный диабет.

Практически те же факторы определяют риск развития мозговых инсультов (исследование INTERSTROKE).

При этом, по данным BO3, при модификации факторов риска и изменении образа жизни можно предотвратить более  $75\,\%$  смертей от CC3.

Каким же образом проводить первичную профилактику биологических факторов риска?

Важно помнить, что эти факторы формируются в большинстве случаев под воздействием поведенческих факторов риска, то есть при нездоровом образе жизни, поэтому даже при фармакологической коррекции биологических факторов риска и прежнем (неизмененном) образе жизни пациент успеха не достигнет.

# Профилактическая работа с пациентами с избыточной массой тела и ожирением

Диагностические критерии: избыточная масса тела ИМТ  $25-29,9~{\rm kr/m^2},$  ожирение — индекс массы тела более  $30~{\rm kr/m^2}.$ 

Кроме показателя ИМТ (индекса Кетле), большое значение имеет показатель абдоминального ожирения — окружность талии [3].

При ИМТ меньше  $25~{\rm кг/m^2}$  окружность талии должна быть менее  $94~{\rm cm}$  для мужчин и менее  $80~{\rm cm}$  для женщин.

Важно, чтобы пациент был информирован о контрольных показателях и имел возможность самоконтроля массы тела и окружности

талии. Включение пациента в процесс оздоровления образа жизни служит хорошим поводом закрепления новых форм поведения в отношении факторов риска.

При динамическом наблюдении за пациентом с избыточной массой тела/ожирением рекомендуется наметить желаемые границы снижения веса.

Для поддержания мотивации пациентов часто необходимы конкретные краткосрочные «показатели успеха». В случае работы с избыточной массой тела и ожирением снижение массы не должно превышать 0,5 кг в неделю.

Более долгосрочные показатели снижения массы, к которым должен стремиться пациент, — снижение массы тела на 10 % и более за 6 месяцев — являются хорошим показателем «стараний» пациента.

Пациентам с ИМТ выше  $30~\rm kr/m^2$  (ожирение) рекомендуется снижение ИМТ до уровня  $27~\rm kr/m^2$  как долгосрочная цель.

Работа по снижению массы сводится к коррекции поведенческих факторов риска, таких как нерациональное питание и низкая физическая активность. Улучшает взаимопонимание между врачом и пациентом сбор диетического анамнеза и оценка готовности пациента к переменам в процессе беседы.

Используют и ведение «пищевого дневника», в котором пациент записывает всю съеденную им за день пищу, указывая объем порции, количество, частоту приема пищи.

Последующий анализ и обсуждение дневника с врачом способствуют осознанному отношению пациента к рекомендуемому изменению пищевого поведения и поддержанию мотивации при продолжении ведения дневника.

Прибавку массы могут усиливать психогенные нарушения, такие как депрессия, нервная булимия, повторяющиеся эпизоды резкого переедания, отсутствие чувства насыщения, прием больших количеств пищи без чувства голода, в состоянии эмоционального дискомфорта, нарушение сна с ночными приемами пищи в сочетании с утренней анорексией и т.п. В таких случаях пациенту показана консультация психотерапевта.

При подозрении на вторичное (эндокринное) ожирение необходима консультация эндокрино-

Диетотерапия по своей сути представляет собой снижение калорийности пищевого рациона и создание энергетического дефицита. Выделяют диеты с умеренным ограничением калорийности (1200 ккал/сут) и с очень низкой калорийностью (500–800 ккал/сут).

Необходимо помнить, что использование низкокалорийных диет не приводит к формиро-

ванию навыков здорового питания и плохо переносится пациентами. Применение диет с умеренным ограничением калорийности вызывает при длительности 3-12 мес. снижение массы тела в среднем до  $8\,\%$ .

Подсчеты показывают, что превышение калорийности на 200 ккал в день над энергозатратами приводит к увеличению массы тела на 3,6-7,2 кг в год. Соответственно термин «переедание» подразумевает не «обжорство», а лишь относительное переедание. Поэтому так важно установить соотношение между энергозатратами конкретного пациента и калорийностью его рациона.

Принципы построения рациона при избыточной массе тела и ожирении

- 1. Резкое ограничение потребления легкоусвояемых углеводов, сахаров до 10-15 г и менее в сутки, включая сахар для подслащивания напитков и сахар, содержащийся в варенье, конфетах и т. д. Кондитерские изделия с высококалорийным жиром и сладкие газированные напитки рекомендовано исключить полностью.
- 2. Ограничение крахмалсодержащих продуктов: хлеба, изделий и блюд из круп, картофеля. Можно употреблять до 3–4 кусочков черного или 2–3 кусков белого хлеба в день. Макаронные изделия исключаются. Можно добавить порцию каши или картофеля.
- 3. Достаточное потребление белковых продуктов: мяса, рыбы, яиц, молочных продуктов. Выбор за продуктами наименьшей жирности.
- 4. Потребление большого количества овощей (кроме картофеля) и фруктов (до 1 кг). Предпочтение отдавать кислым сортам фруктов и лиственным овощам (цитрусовые, яблоки, капуста, салат, шпинат). Блюда из овощей обладают низкой калорийностью и за счет большого объема создают чувство сытости.
- 5. Ограничение потребления жира животного происхождения.
- 6. Ограничение потребления поваренной соли с целью нормализации водно-солевого ба-
- 7. Ограничение потребления острых закусок, соусов, пряностей, возбуждающих аппетит.
- 8. Частый прием пищи до 5-6 раз в сут, но в небольшом количестве.
- 9. Помнить, что алкоголь содержит много калорий ограничение потребления алкоголя.

Оценка эффективности

Желаемый результат — снижение массы тела на 5-15% от исходного уровня за 3-6 мес. и стабилизация массы в дальнейшем. Повторные курсы снижения массы тела возможны через полгода, 1 раз в 1-2 года с постепенным медленным снижением массы и закреплением «здоровых пищевых привычек» у пациента.

Первичная профилактика артериальной гипертензии

Клинические исследования показывают, что изменения в образе жизни, направленные на снижение АД, по эффективности могут равняться лекарственной монотерапии АГ. При этом отмечено, что основной проблемой является снижение приверженности к ним через определенный промежуток времени.

Адекватные изменения образа жизни могут безопасно и эффективно отсрочить или предотвратить развитие АГ у лиц, не страдающих гипертензией, отсрочить или устранить необходимость фармакотерапии у больных с АГ 1-й степени и внести вклад в снижение АД у больных с АГ, уже получающих антигипертензивные препараты, позволяя уменьшить их число и дозы [3, 12]. Поэтому первичная профилактика АГ направлена на коррекцию поведенческих факторов риска, а именно на коррекцию низкой физической активности, избыточного потребления поваренной соли, продуктов, богатых животными жирами, курения, злоупотребления алкоголем, психоэмоционального напряжения.

Диагностические критерии: нормальное АД на уровне ниже 140 и 90 мм рт. ст.; повышенный уровень АД — систолическое артериальное давление равно или выше 140 мм рт. ст., диастолическое артериальное давление равно или выше 90 мм рт. ст.

Основные направления первичной профилактики  $A\Gamma$ 

- Снижение избыточной массы тела при уменьшении избыточной массы тела примерно в  $63\,\%$  случаев происходит снижение АД до пограничных или нормальных цифр.
- Повышение физической активности включение динамических аэробных упражнений умеренной интенсивности по 30–45 мин не реже 5–7 дней в неделю. Рекомендуются преимущественно плавание, танцы, ходьба, езда на велосипеде. Не рекомендуются бег и поднятие тяжестей.
- Ограничение потребления поваренной соли рекомендуется особенно лицам с отягощенной наследственностью по АГ. Рекомендуется не только недосаливать пищу, но и исключить из рациона консервы, полуфабрикаты, майонез, кетчуп, горчицу, соленые закуски, крекеры, чипсы как продукты с так называемой «скрытой солью».
- Ограничение потребления алкоголя не более 30 мл этанола в сутки для мужчин и 15 мл для женщин. Суммарное потребление алкоголя в неделю не должно превышать 140 г у мужчин и 80 г у женщин.
- Отказ от курения. Курение вызывает острое повышение АД и увеличение частоты

сердечных сокращений, которые сохраняются более 15 мин после выкуривания одной сигареты и являются следствием стимуляции симпатической нервной системы на центральном уровне и на уровне нервных окончаний. Кроме того, при курении изменяются концентрации катехоламинов и нарушается барорефлекс. Поэтому мотивация пациента на отказ от курения — один из важнейших аспектов профилактики АГ и других ССЗ.

• Профилактика психоэмоционального напряжения.

#### Первичная профилактика гипергликемии

Диагностический критерий гипергликемии — уровень глюкозы плазмы натощак более 6,1 ммоль/л или проведение гипогликемической терапии.

Первичная профилактика гипегликемии заключается в изменении образа жизни пациентов, направленном в первую очередь на поддержание нормальной массы тела путем повышения уровня физической активности и соблюдения принципов рационального питания или (при необходимости) диеты с ограничением углеводов и жиров.

В настоящее время определены биологические механизмы положительного влияния ФА при гипергликемии. Это улучшение метаболизма скелетной мускулатуры, повышающее степень утилизации углеводов и жиров, изменение липидограммы с повышением уровня липопротеидов высокой плотности (ЛВП), увеличение чувствительности тканей к инсулину. Даже умеренная физическая нагрузка «включает» перечисленные биологические механизмы и будет служить профилактикой гипергликемии.

В случае даже однократного эпизода гипергликемии необходимо провести профилактическое консультирование пациента с обучением его принципам рационального питания, определением массы тела и уровня физической активности, а при необходимости и с конкретными рекомендациями по снижению массы и увеличению физической активности.

#### Первичная профилактика дислипидемии

Диагностические критерии дислипидемии:

- 1) отклонение от нормы одного или нескольких показателей липидного обмена:
  - общий холестерин (XC) более 5 ммоль/л;
- холестерин липопротеидов высокой плотности (ХС-ЛВП) у женщин менее 1,0 ммоль/л, у мужчин менее 1,2 ммоль/л;
- холестерин липопротеидов низкой плотности (XC-ЛНП) более 3 ммоль/л;
  - триглицериды (TГ) более 1,7 ммоль/л; или
  - 2) проведение гиполипидемической терапии.

Атерогенными являются следующие сочетания дислипидемий:

- 1) гиперхолестеринемия за счет повышенного XC-ЛНП;
- 2) сочетание гиперхолестеринемии и гипертриглицеридемии;
  - 3) гипертриглицеридемия;
- 4) гипоальфахолестеринемия или сниженный уровень XC-ЛВП.

Ключевая задача в работе с такими пациентами — достижение целевых уровней ХС и ХС-ЛНП. Обязательно учитывать исходный уровень суммарного сердечно-сосудистого риска [3, 13].

Целевые уровни XC-ЛНП в зависимости от уровня суммарного сердечно-сосудистого риска:

- у лиц с умеренным риском менее 3 ммоль/л (менее 115 мг/дл);
- у лиц с высоким риском менее 2,5 ммоль/л (менее 100 мг/дл);
- у лиц с очень высоким риском менее  $1.8\,$  ммоль/л (менее  $70\,$  мг/дл) и/или снижение исходного уровня на  $50\,\%$  и более.

Нарушение липидного обмена является одним из самых значимых факторов риска, потенцирующих развитие ССЗ. Существует прямая зависимость между уровнем холестерина сыворотки крови и вероятностью появления сердечно-сосудистых заболеваний.

В настоящее время, начиная с группы пациентов со средним суммарным сердечно-сосудистым риском, рекомендуется фармакологическая коррекция дислипидемии, если не достигнут целевой уровень ХС-ЛНП. Для коррекции назначают статины на длительный прием. Имеется наибольшая доказательная база по применению статинов в отношении снижения частоты возникновения ССЗ и смертности от ССЗ [11, 13].

Статины используются как препараты первой линии у пациентов с гиперхолестеринемией или комбинированной дислипидемией.

Назначению статинов должно предшествовать биохимическое исследование (определение показателей аспартатаминотрансферазы, аланинаминотрансферазы, креатинфосфокиназы), так как описаны побочные действия статинов: повышение активности ферментов печени в плазме крови, развитие миопатии и в редких случаях рабдомиолиза.

На данный момент продолжаются исследования доказательной базы применения статинов для профилактики ССЗ.

Кроме этого, активная работа по формированию у пациента навыков здорового питания, достаточного уровня физической активности, умения справляться со стрессами и в целом оздоровлению образа жизни принесет свои значимые результаты в профилактике дислипидемий.

# Методика профилактического консультирования

Для того чтобы убедить пациента в необходимости изменения образа жизни, существуют методики, доказавшие свою эффективность. Одна из методик — профилактическое консультирование.

Принципы консультирования.

- 1. Добиться согласия на сотрудничество, установив хороший контакт с пациентом. Только решение пациента на изменение привычного образа жизни может принести успех при поддержке медицинских специалистов.
- 2. Выяснить мнение пациента о причинах его нездоровья. Эти причины могут быть совсем иными, чем представления врача. Важно отношение пациента к своему нездоровью для планирования дальнейших действий по оздоровлению.
- 3. Выявить имеющиеся у пациента факторы риска, оценить суммарный сердечно-сосудистый риск.
- 4. Объяснить пациенту значимость имеющихся у него факторов риска в развитии сердечнососудистого заболевания и необходимость коррекции прежде всего поведенческих факторов риска.
- 5. Оценить готовность пациента к изменениям образа жизни в отношении факторов риска.
- 6. Помочь планировать поэтапно работу в отношении коррекции факторов риска, учитывая мнение пациента и составляя конкретный план действий. Если пациент физически нетренирован, курит и имеет избыточную массу тела, важно оценить в совместном планировании с ним, с каким фактором риска пациент готов работать отказ от курения, увеличение физической активности или рациональное питание? Если коррекция какого-либо фактора риска невозможна по каким-либо причинам, следует уделить внимание другим факторам риска, обеспечивая «маленькие победы» в изменении образа жизни.
- 7. При каждом визите пациента необходимо контролировать процесс коррекции факторов риска.
- 8. Для консультирования пациентов с отрицательным опытом коррекции факторов риска необходимо привлекать других специалистов психологов, психотерапевтов, диетологов.
- 9. Пациентам с высоким суммарным сердечно-сосудистым риском и пациентам с сердечно-сосудистыми заболеваниями рекомендуется посещение школ для пациентов (групповое профилактическое консультирование). Обучение в школах обеспечивает улучшение психологического состояния, повышает приверженность к изменению образа жизни и эффективно влияет на процесс коррекции факторов риска.

#### Литература

- 1. Профилактика хронических неинфекционных заболеваний. Рекомендации. М., 2013. 136 с.
- 2. Калинина А. М. Концептуальная основа профилактического консультирования пациентов с хроническими неинфекционными заболеваниями и факторами риска их развития// Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2012.  $\mathbb{N}^{0}$  4. С. 4–9
- 3. Кардиоваскулярная профилактика. Национальные рекомендации // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2011. № 10(6). Приложение 2. 64 c.
- 4. Московская декларация, принятая по итогам работы Первой глобальной Министерской конференции по здоровому образу жизни и неинфекционным заболеваниям (28–29 апреля 2011 г). http://www.minzdravsoc. ru/health/zozh/71 Последнее посещение сайта 25.10.2015.
- 5. Профилактика в общей врачебной практике / Под ред. О. Ю. Кузнецовой, И. С. Глазунова. СПб.: Издательский дом СПбМАПО, 2004. 288 с.
- 6. Perk J., De Backer G., Gohlke H., et al. European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (version 2012) // European Heart Journal. 2012. Vol. 33. P. 1635–1701.
- 7. Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks. Geneva, World Health Organization, 2009. http://www.who.int/healthinfo/global\_burden\_disease/GlobalHealthRisks\_report Front.pdf Последнее посещение сайта 25.10.2015.
- 8. Профилактика сердечно-сосудистых заболеваний в детском и подростковом возрасте. Российские рекомендации // Российский кардиологический журнал. 2012.  $\mathbb{N}_2$  6 (98). Приложение 1. 40 с.
- 9. *Кривонос О. В., Бойцов С. А., Гамбрарян М. Г., Калинина А. М.* Оказание медицинской помощи взрослому населению по профилактике и отказу от курения. Методические рекомендации. М., 2012. 39 с.
- 10. 2008 Physical Activity Guidelines for Americans // http://www.health.gov/paguidelines/pdf/paguide. pdf. Последнее посещение сайта 25.10.2015.
- 11. Yusuf S., Hawken S., Ounpuu S., et al. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study) // Lancet. 2004. Vol. 364. P. 937–952.
- 12. Европейские рекомендации 2013 г. по лечению артериальной гипертензии // Системные гипертензии. 2013. Т. 10. № 3. С. 5–38.
- 13. Рекомендации Европейского общества кардиологов и Европейского общества атеросклероза по лечению дислипидемий / Рациональная фармакотерапия в кардиологии. 2012. Приложение № 1. С. 3-60.

Приложение 1 Тест Фагерстрома для определения степени никотиновой зависимости

Вопрос	Ответ	Баллы
1. Как скоро после того, как Вы проснулись, Вы выкуриваете 1 сигарету?	В течение первых 5 мин В течение 6-30 мин 30-60 мин Более чем 60 мин	3 2 1 0
2. Сложно ли Вам воздержаться от курения в местах, где курение запрещено?	Да Нет	1 0
3. От какой сигареты Вы не можете легко отказаться?	Первая утром Все остальные	1 0
4. Сколько сигарет Вы выкуриваете в день?	10 или меньше 11–12 21–30 31 и более	0 1 2 3
5. Вы курите более часто в первые часы утром, после того как проснетесь, чем в течение последующего дня?	Да Нет	1 0
6. Курите ли Вы, если сильно больны и вынуждены находиться в кровати целый день?	1 Да Нет	1 0

Примечание: степень никотиновой зависимости определяется по сумме баллов:

0-2 — очень слабая зависимость

3-4 — слабая зависимость

5 — средняя зависимость

6-7 — высокая зависимость

8-10 — очень высокая зависимость

#### Приложение 2

#### Оценка степени готовности к отказу от курения

Бросили бы Вы курить. Если бы это было легко?		Как сильно Вы хотите бросить курить?		
Ответ	Балл	Ответ	Балл	
Определенно НЕТ	0	Не хочу вообще	0	
Вероятнее всего, НЕТ	1	Слабое желание	1	
Возможно, ДА	2	В средней степени	2	
Вероятнее всего, ДА	3	Сильное желание	3	
Определенно ДА	4	Однозначно хочу бросить курить	4	
Общая сумма баллов				
Интерпретация		Тактика		
Более 6 — высокая мотивация к отказу от курения Предложить лечебную программу с цельк за от курения		целью полного отка-		
4-6 баллов — слабая мотивация		Предложить короткую лечебную программу с целью снижения курения и усиления мотивации		
Менее 3 — отсутствие мотивации	1	Предложить программу снижения интенсивности курения		

#### Приложение 3

#### Госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS)

Госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS) — шкала, разработанная А. S. Zigmond и R. P. Snaith в 1983 г. Она относится к субъективным и предназначена для скринингового выявления тревоги и депрессии у пациентов соматического стационара. Отличается простотой применения и обработки (заполнение шкалы не требует продолжительного времени и не вызывает затруднений у пациента), что позволяет рекомендовать ее к использованию в общемедицинской практике для первичного выявления тревоги и депрессии у пациентов (скрининга).

#### Рекомендации по применению шкалы

Шкала состоит из 14 утверждений, относящихся к двум подшкалам:

– подшкала Т — «тревога»: нечетные пункты 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13;

- подшкала Д «депрессия»: четные пункты 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14.

Каждому утверждению соответствуют 4 варианта ответа, отражающие градации выра-

женности признака и кодирующиеся по нарастанию тяжести симптома от 0 баллов (отсутствие) до 4 (максимальная выраженность).

Выдача пациенту шкалы сопровождается инструкцией следующего содержания:

«Ученые уверены в том, что эмоции играют важную роль в возникновении большинства заболеваний. Если Ваш доктор больше узнает о Ваших переживаниях, он сможет лучше помочь Вам. Этот опросник разработан для того, чтобы помочь Вашему доктору понять, как Вы себя чувствуете. Не обращайте внимания на цифры и буквы, помещенные в левой части опросника. Прочитайте внимательно каждое утверждение и в пустой графе слева отметьте крестиком ответ, который в наибольшей степени соответствует тому, как Вы себя чувствовали на прошлой неделе. Не раздумывайте слишком долго над каждым утверждением. Ваша первая реакция всегда будет более верной».

<ul> <li>Т. Я испытываю напряженность, мне не по себе</li> <li>□ 3 все время</li> <li>□ 2 часто</li> <li>□ 1 время от времени</li> <li>□ 0 совсем не испытываю</li> </ul>	Д. Мне кажется, что я стал все делать очень медленно  □ 3 практически все время  □ 2 часто  □ 1 иногда  □ 0 совсем нет
<ul> <li>Т. Я испытываю внутреннее напряжение или дрожь</li> <li>□ 0 совсем не испытываю</li> <li>□ 1 иногда</li> <li>□ 2 часто</li> <li>□ 3 очень часто</li> </ul>	Д. То, что приносило мне большое удовольствие, и сейчас вызывает такое же чувство  о определенно это так  1 наверное, это так  2 лишь в очень малой степени это так  3 это совсем не так

### Статья

Т. Я испытываю страх, кажется, будто что-то ужасное может вот-вот случиться  3 определенно это так, и страх очень сильный  2 да, это так, но страх не очень сильный  1 иногда, но это меня не беспокоит  0 совсем не испытываю	Д. Я не слежу за своей внешностью  □ 3 определенно это так  □ 2 я не уделяю этому столько времени, сколько нужно  □ 1 может быть, я стал меньше уделять этому внимания  □ 0 я слежу за собой так же, как и раньше
Т. Я испытываю неусидчивость, словно мне постоянно нужно двигаться  3 определенно это так  2 наверное, это так  1 лишь в некоторой степени это так  0 совсем не испытываю	Д. Я способен рассмеяться и увидеть в том или ином событии смешное  □ 0 определенно это так □ 1 наверное, это так □ 2 лишь в очень малой степени это так □ 3 совсем не способен
<ul> <li>Т. Беспокойные мысли крутятся у меня в голове</li> <li>□ 3 постоянно</li> <li>□ 2 бо́льшую часть времени</li> <li>□ 1 время от времени и не так часто</li> <li>□ 0 только иногда</li> </ul>	Д. Я считаю, что мои дела (занятия, увлечения) могут принести мне чувство удовлетворения  □ 0 точно так же, как и обычно  □ 1 да, но не в той степени, как раньше  □ 2 значительно меньше, чем обычно  □ 3 совсем так не считаю
Т. У меня бывает внезапное чувство паники  3 очень часто  2 довольно часто  1 не так уж часто  0 совсем не бывает	Д. Я испытываю бодрость  □ 3 совсем не испытываю  □ 2 очень редко  □ 1 иногда  □ 0 практически все время
<ul> <li>Т. Я легко могу сесть и расслабиться</li> <li>□ 0 определенно это так</li> <li>□ 1 наверное, это так</li> <li>□ 2 лишь изредка это так</li> <li>□ 3 совсем не могу</li> </ul>	Д. Я могу получить удовольствие от хорошей книги, радио- или телепрограммы  0 часто  1 иногда  2 редко  3 очень редко

При интерпретации данных учитывается суммарный показатель по каждой подшкале (Т и Д), при этом выделяются три области значений:

0-7 баллов — норма;

8-10 баллов — субклинически выраженная тревога/депрессия;

11 баллов и выше — клинически выраженная тревога/депрессия.

Приложение 4

#### Европейская модель SCORE (Systematic Coronary Risk Evaluation)

Данная модель разработана экспертами Европейского общества кардиологов на основании данных проспективных исследований, проведенных в 12 странах Европы, в том числе в России. Исследование началось с конца 70-х гг. XX века и продолжалось 27 лет. Оценивался 10-летний риск развития смертельных случаев всех заболеваний, связанных с атеросклерозом и артериальной гипертензией. Для расчета суммарного риска аналогично Фрамингемской шкале учитывались:

- 2 немодифицируемых (пол, возраст);
- 3 модифицируемых фактора риска (статус курения, систолическое АД, общий XC).

Низким считается риск менее 5%, высоким — 5-10%, очень высоким — более 10% (см. таблицу).

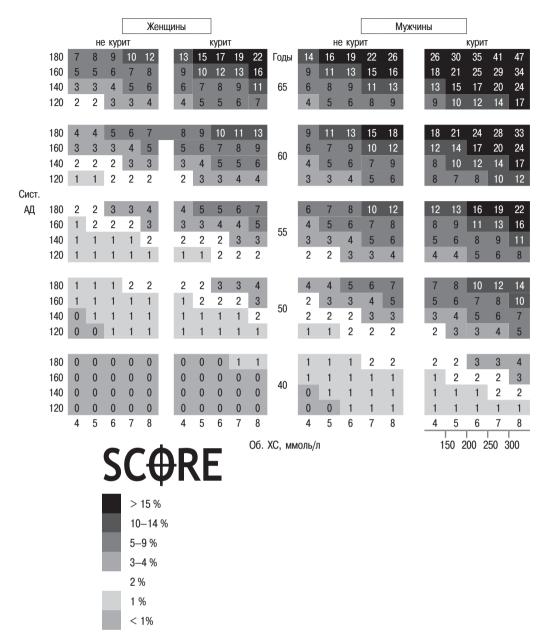
Европейская модель SCORE определяет 10-летний фатальный риск всех событий, связанных с атеросклерозом (в том числе инфаркта миокарда, мозгового инсульта, поражения периферических артерий). Хотелось бы подчер-

кнуть, что шкала SCORE разработана для оценки сердечно-сосудистого риска только у практически здоровых людей, без клинических проявлений ишемической болезни сердца, что ограничивает возможности ее использования.

Практические врачи могут использовать оценку суммарного риска при принятии решения об усилении профилактических мер (например, при назначении препаратов, коррекции доз или начале комбинированной терапии) для лучшего контроля факторов риска.

В 2003 г. были созданы два варианта таблиц: для стран с низким уровнем риска сердечнососудистых заболеваний (Бельгия, Франция, Испания, Италия, Греция, Люксембург, Швейцария, Португалия) и для стран с высоким уровнем риска (все остальные страны Европы, включая Россию). В будущем предполагается разработка таких шкал для каждой страны на основании ее статистических данных (особенностей образа жизни, питания и др.).

## **Articles**



**Схема.** Европейская шкала суммарного сердечно-сосудистого риска SCORE для стран с высоким уровнем риска

#### Информация об авторах:

Кришталь Татьяна Юрьевна — к. м. н., заместитель главного врача по организационно-методической работе, СПбГБУЗ «Городская поликлиника № 76»

Моисеева Ирина Евгеньевна — к. м. н., доцент кафедры семейной медицины ГБОУ ВПО «Северо-Западный государственный медицинский университет имени И. И. Мечникова» Министерства здравоохранения Российской  $\Phi$ едерации

Адрес для контактов: kuratorksm@szgmu.ru

## Дополнительное профессиональное образование

УДК 614.252.1

#### АККРЕДИТАЦИЯ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКИХ ВУЗОВ

О. Ю. Кузнецова

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

#### **ACCREDITATION OF MEDICAL STUDENTS**

O. Yu. Kuznetsova

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

© О. Ю. Кузнецова, 2015 г.

В статье описаны изменения в системе подготовки медицинских кадров, законодательно закрепленных приказами Министерства здравоохранения и Министерства образования и науки России в 2013 и 2015 гг. Обсуждается процесс проведения первичной аккредитации студентов, которая будет начата в 2017 г. Указывается на несоответствие перечня оборудования, рекомендованного Минздравом России, целям и задачам аккредитации. Предлагаются пути для повышения качества подготовки выпускников медицинских вузов, которым предстоит работа в первичном звене здравоохранения без обучения в ординатуре, и эффективности первичной аккредитации.

**Ключевые слова:** выпускники вузов, первичная аккредитация, первичное звено здравоохранения, компетенции, практические навыки, симуляционный класс.

The article describes changes in the system of medical training that are regulated by the orders of Ministry of Health and Ministry of Education of Russia in 2013 and 2015. The process of initial accreditation of students that will be launched in 2017 is discussed. We note the mismatch of the list of equipment recommended by the Ministry of Health of Russia, the purposes and objectives of accreditation. We suggest ways to improve the quality of training of graduates of medical universities who will work in primary care without training in residency, and increasing the efficiency of the initial accreditation.

**Keywords:** university graduates, initial accreditation, primary health care, competence, practical skills, simulation class.

Наступающий 2016 г. будет ознаменован серьезными изменениями в сфере высшего и дополнительного профессионального медицинского образования. Начнется постепенный переход от устоявшейся системы последипломного и послевузовского образования, в рамках которого готовились молодые специалисты к новой системе.

Эта парадигма, названная непрерывным медицинским образованием, не нова. Нам давно известен призыв «учиться на протяжении всей жизни». Однако новая система, построенная на наборе образовательных кредитов путем посещения различных мероприятий, в том числе конференций, в корне отличается от системы образования в странах Западной и Восточной Европы, Северной Америки, Израиля, несмотря на то что частично у них заимствована [1]. Дело в том, что в этих странах уделяется большое внимание подготовке врачей в резидентуре, продолжительность которой зависит от выбранной врачебной специальности. Так, например, в территориально близкой нам Норвегии продолжительность обучения семейного врача составляет 5 лет. При этом поступить в ординатуру можно только после окончания интернатуры, продолжительность которой составляет 1,5 года. Программа интернатуры, единая для всех выпускников, состоит из практической работы в отделениях терапии, хирургии, общей врачебной практики. Такая подготовка включена в программы вузов многих стран Западной Европы — от Великобритании до Швейцарии. Она является своеобразным переходом от вузовского образования к самостоятельной врачебной деятельности под контролем врача-куратора. Если выпускник хочет стать кардиохирургом, то после завершения интернатуры он продолжит обучение в резидентуре в течение 9 лет. В США длительность обучения семейной медицине в резидентуре составляет 3 года.

В соответствии с положением о специальности «Общая врачебная практика/семейная медицина», принятом на конгрессе Всемирной организации врачей общей практики в 2002 г., выпускник медицинского вуза не может самостоятельно работать врачом общей практики без обучения в резидентуре по этой специальности в течение как минимум 3 лет [2]. Стоит ли говорить, что такой уровень подготовки позво-

## Continuing medical education

ляет затем лишь совершенствовать знания, посещая краткосрочные курсы лекций в рамках конференций либо на базе университетов, публикуя статьи, исполняя роль врача-наставника по договору с университетами. Все эти виды деятельности во многих странах также учитываются в системе кредитов.

Но если не касаться перехода на систему аккредитации дипломированных врачей, которые ранее прошли обучение в интернатуре либо ординатуре, вопрос первичной аккредитации, которая предстоит выпускникам медицинских вузов в 2017 г., требует определенных комментариев.

В 2013 г. вступил в силу приказ Министерства образования и науки Российской Федерации № 1061, в соответствии с которым выпускники медицинских вузов получают новую квалификацию — «общая практика». Из этого следует, что выпускники, прошедшие первичную аккредитацию, смогут работать в медицинских организациях первичной медико-санитарной помощи (ПМСП).

Понятие «аккредитация», пришедшее на смену «сертификации», законодательно закреплено в 2015 г., когда была изменена статья 69 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» «Право на осуществление медицинской деятельности и фармацевтической деятельности». Эта статья гласит, что первичная аккредитация — это процедура опредесоответствия квалификации выполнившего учебный план по основной образовательной программе высшего или среднего образования в соответствии с федеральными государственными образовательными стандартами, требованиями к квалификации медицинского работника в соответствии с профессиональным стандартом для самостоятельного осуществления медицинской или фармацевтической деятельности.

Таким образом, Федеральный закон закрепляет возможность работы выпускника медицинского вуза без предварительного обучения в ординатуре. Необходимо отметить, что в этом же документе отмечено: ПМСП является основой всей системы здравоохранения, а это подразумевает, что в ней должны работать специалисты высокой квалификации. В противном случае какая же это основа? [3]. При этом остается неясным, на какие должности может претендовать молодой специалист? Во-первых, такой специальности в номенклатуре медицинских специальностей, утвержденной приказом Минздрава России № 700-н, нет. Во-вторых, в номенклатуру специальностей включена общая врачебная практика (семейная медицина), которая подразумевает обучение в ординатуре. В-третьих, выпускник не сможет занять и должность участкового терапевта, так как в номенклатуре специальностей отсутствует специальность «Участковая терапия», а есть просто «Терапия», освоение которой также должно происходить путем обучения в ординатуре.

В Федеральном государственном образовательном стандарте 3-го поколения, в соответствии с которым выпускники будут готовиться к самостоятельной работе в первичном звене здравоохранения, на поликлиническое дело отводится 11 зачетных единиц, то есть 11 недель. Объектом профессиональной деятельности будущего врача будут подростки в возрасте от 14 до 18 лет и взрослые. Вероятно, в ближайшее время планируется, что подростки не будут более объектом профессиональной деятельности педиатров, а будут переданы под наблюдение врачам общей практики. Однако никаких пояснений по этому поводу от Минздрава России не поступало и в порядках организации ПМСП об этом ничего не сказано [4, 5].

Подготовка в вузе должна обеспечить выпускникам способность и готовность осуществлять следующие виды профессиональной деятельности: профилактическая, диагностическая, лечебная, психолого-педагогическая, научноисследовательская. Для их реализации на практике в процессе подготовки будущий специалист должен овладеть 21 компетенцией. На проверку этих компетенций и должна быть направлена первичная аккредитация, успешное прохождение которой позволит выпускнику работать самостоятельно.

В соответствии с «Перечнем оборудования, рекомендованного для проведения первичной аккредитации по специальностям "Лечебное дело" и "Педиатрия" с использованием технологии ОСКЭ» [6], симуляционный класс, предназначенный для проведения проверки владения практическими навыками в процессе первичной аккредитации, должен быть оснащен 12 манекенами (роботами), имитирующими различные клинические ситуации либо позволяющими проверить уровень владения практическими навыками, включая интубацию трахеи. Один из таких манекенов-роботов «Универсальный манекен-имитатор взрослого пациента для интубации, пункций и дренирования грудной клетки» предназначен для проверки умения будущего врача общей практики, которому предстоит работать в поликлинике, интубировать трахею и проводить дренирование плевральной полости. Необходимо отметить, что такие манипуляции выходят за рамки освоения компетенций в соответствии с ФГОС-3. Мало того, из 21 компетенции, которые должен продемонстрировать выпускник, только профессиональная компетенция № 21 подразумевает «способ-

## Дополнительное профессиональное образование

ность и готовность осуществлять взрослому населению и подросткам первую врачебную помощь в случае возникновения неотложных и угрожающих жизни состояний». Интубация трахеи и дренирование плевральной пункции к разряду мероприятий первой врачебной помощи не относятся. В целом 9 манекенов из предлагаемого списка оснащения симуляционного класса предназначены для отработки навыков оказания помощи при неотложных состояниях. Возможно, это неплохо для проверки навыков в ходе специализированной аккредитации после окончания ординатуры по специальности «Скорая медицинская помощь» или «Анестезиология и реаниматология». Но для проведения оценки владения практическими навыками выпускника медицинского вуза, которому будет присвоена квалификация «врач общей практики», такой набор не подходит либо он должен подразумевать изменения программы подготовки, а значит, внесение корректив в  $\Phi \Gamma O C$ -3. Однако по этому поводу в сопроводительном письме Минздрава России ничего не сказано.

Обращает на себя внимание и рекомендованный перечень медицинской мебели, так называемого имитационного кабинета, в который входят функциональная кровать и прикроватная тумба, что совершенно не соответствует обстановке кабинета для амбулаторного приема.

Учитывая необходимость подготовки выпускника медицинского вуза 2017 г. к самостоятельной деятельности в амбулаторных условиях, крайне важно приблизить его обучение, а в последующем и прохождение аккредитации, к реальным условиям практического здравоохранения, в которых ему предстоит работать. Исходя из требований порядков организации медико-санитарной первичной помощи, утвержденных приказом Минздрава России, выпускник, имеющий квалификацию врача общей практики, должен владеть теми навыками, которые ему понадобятся в первую очередь. Это умение консультировать пациентов в области профилактики и укрепления здоровья, выбирать правильный алгоритм действий при распространенных синдромах и недифференцированных жалобах, с которыми к нему может обратиться пациент на приеме или при его посещении на дому. В связи с этим моделироваразнообразных клинических ситуаций неотъемлемым стать компонентом практических занятий, а в последующем и аккредитации. Необходимо отметить, что в упомянутых методических рекомендациях предусматривается использование стандартизованных пациентов с привлечением «специально подготовленных лиц». К сожалению, методология их подготовки и вопросы дополнительного финансирования их участия не оговариваются.

На кафедре семейной медицины СЗГМУ им. И. И. Мечникова методология объективного структурированного клинического применяется на протяжении достаточно длительного времени при подготовке клинических ординаторов [7]. Безусловно, эта работа требует больших временных затрат в период подготовки. В качестве стандартизованных пациентов выступают сотрудники кафедры либо сами ординаторы. Но масштабы проведения оценки практических навыков у ординаторов совершенно иные. В среднем на кафедре проходит обучение около 20 молодых специалистов, поэтому методическое обеспечение и оснащенность кафедры позволяют проводить аттестацию по такой схеме. Иная ситуация сложится при подготовке студентов целого факультета, численность курса будет зависеть не только от выделенных бюджетных мест, но и от числа обучающихся на платной основе. Общее количество студентов может достигать 400 и более человек.

Привлечение самих студентов в качестве стандартизованных пациентов возможно по крайней мере в процессе обучения. Понимание клинической ситуации изнутри, когда студент играет роль пациента, может оказаться даже полезным для будущего врача. Далеко не во всех случаях может потребоваться грим или специальная одежда. Главное — это моделирование ситуации, описание роли «пациента», подготовка контрольного листа с четким указанием всех элементов беседы с пациентом, его осмотра и назначений. При наличии видеооборудования наблюдение можно осуществлять за несколькими студентами, погруженными в атмосферу, приближенную к амбулаторному приему, что позволит одновременно проверить навыки общения, клинического обследования пациента, работы с медицинской документацией, умение выписать рецепт, направление к специалисту, заполнить информированное согласие. То, что касается проверки именно мануальных навыков, вполне выполнимо в рамках цикла обучения, однако для этого потребуется закупка и другого оборудования, которое дополнит рекомендованный перечень необходимыми манекенами и фантомами. Они потребуются для того, чтобы оценить практические навыки, которыми должен владеть молодой специалист в условиях работы в амбулаторной практике: пальцевое исследование прямой кишки, осмотр молочных желез, выполнение отоскопии, офтальмоскопии, записи и расшифровки ЭКГ. Без этих навыков врач общей практики не сможет выполнять свои трудовые функции в рамках профессионального стандарта, который в ближайшее время будет утвержден по специальности «Общая практика».

## Continuing medical education

Кроме того, необходимо отметить, что проведение ОСКЭ в период аккредитации не должно быть самоцелью и ограничиваться только рамками этого мероприятия. Решение таких клинических задач в условиях, приближенных к реальной практике, позволит повысить эффективность обучения и будет способствовать лучшей подготовке выпускников к самостоятельной работе, что они затем смогут продемонстрировать в период аккредитации. Это меняет всю концепцию преподавания, которое нередко сужается до обсуждения больных в учебном классе или после обхода в палате стационара. Работа в амбулаторных условиях сложна тем, что, как правило, врач не имеет возможности обратиться за помощью к старшему коллеге. как это происходит в больнице, где даже во время дежурства всегда есть ответственный опытный врач, который может помочь молодому коллеге в сложной ситуации. Посещение пациента на дому может обернуться серьезной проблемой, так как неопытный доктор оказывается один на один с непредсказуемой ситуацией, когда от его тактики и решения может зависеть жизнь человека. Учитывая особенности работы в амбулаторных условиях, важность практических занятий на базах отделений общей практики под контролем преподавателей из числа практикующих врачей трудно переоценить. Но даже такой тренинг будет недостаточным, потому что в потоке пациентов, записавшихся на прием к врачу, далеко не всегда встретятся те, у которых будет «необходимый набор заболеваний или симптомов», предусмотренных программой обучения. В связи с этим моделирование клинических ситуаций по примеру ОСКЭ становится важным элементом обучения студентов медицинских вузов начиная с 2016 г. При этом было бы непростительной ошибкой сосредоточить проведение ОСКЭ только на кафедрах, вовлеченных в преподавание поликлинического дела. Преподаватели всех так называемых выпускающих кафедр должны владеть этой методологией и использовать ее не только в период проведения аккредитации, но и в процессе обучения.

#### Литература

- 1. *Кузнецова О. Ю.*, Фролова Е. В. Нужна ли аккредитация непрерывного последипломного образования семейных врачей в Европе? // Российский семейный врач. 2007. № 2. С. 4-8.
- 2. Бримкулов Н. Н. Семейная медицина: прошлое, настоящее и будущее (по материалам 1-го съезда врачей общей практики и семейных врачей Кыргызстана, Бишкек, 29-30 октября 2015 года) // Российский семейный врач. 2015. № 3. С. 33-36.
- 3. 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).
- 4. Приказ Минобрнауки России от 12.09.2013 № 1061 (ред. от 25.03.2015) «Об утверждении перечней специальностей и направлений подготовки высшего образования».
- 5. Приказ Минздравсоцразвития России от 15.05.2012 № 543н (ред. от 30.09.2015) «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению» (Зарегистрировано в Минюсте России 27.06.2012 № 24726).
- 6. Перечень оборудования, рекомендованного для проведения первичной аккредитации по специальностям "Лечебное дело" и "Педиатрия" с использованием технологии ОСКЭ (письмо МЗ РФ от 23.09.15. № 16-015/142).
- 7. Кузнецова О. Ю. Преподавание практических навыков в общей врачебной практике. Проблемы и возможные пути их решения // Российский семейный врач. 2009. № 1. С. 11-16.

#### Информация об авторе:

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

Адрес для контактов: olga.kuznetsova@szgmu.ru

## Дополнительное профессиональное образование

УДК 61:378(481)

#### ОСОБЕННОСТИ МЕДИЦИНСКОГО ОБУЧЕНИЯ В НОРВЕГИИ

У. Уильхемсен $^1$ , А. Марштейнтредет $^1$ , Е. Букия $^2$  Университет Осло, Осло, Норвегия

<sup>2</sup> ГБОУ ВПО «Северо-Западный государственный медицинский университет имени И. И. Мечникова» Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия

#### FEATURES OF MEDICAL EDUCATION IN NORWAY

U. Wilhelmsen<sup>1</sup>, A. Marsteintredet<sup>1</sup>, E. Bukiya<sup>2</sup>

<sup>1</sup> University of Oslo, Oslo, Norway

<sup>2</sup> North-Western State Medical University named after I. I. Mechnikov, St.Petersburg, Russia

© У. Уильхемсен, А. Марштейнтредет, Е. Букия, 2015 г.

Статья содержит описание особенностей медицинского обучения в Норвегии, включая информацию об экзаменационном контроле, финансовой поддержке студентов, ординатуре. В заключение обсуждена важность программ обмена студентами между университетами различных стран.

Ключевые слова: исследовательский проект, медицинское образование, программа стажировки.

This article contains a description of the research program and the medical educational program in Oslo, Norway. We will present the different aspects of the education, including the structure, exams, the internship and financial support. Based on this description, it is clear that there are several differences between the medical education in Russia and Norway. The importance of foreign student exchange programs will be discussed in the conclusion.

Keywords: research program, medical education, foreign student exchange.

Благодаря плодотворному сотрудничеству Северо-Западного государственного медицинского университета им. И. И. Мечникова и Университета Осло студенты из Норвегии получили возможность посетить Санкт-Петербург в рамках стажировки на кафедре семейной медицины. В свете того что основной целью стажировки является знакомство с системой оказания медицинской помощи в России и развироссийско-норвежского сотрудничества в сфере здравоохранения, студентками 4-го курса Университета Осло начата работа над исследовательским проектом «Изучение особенностей оказания медицинской помощи беременным женщинам и различий в отношении женщин к здоровью в Санкт-Петербурге (Россия) и Осло (Норвегия)». В ходе исследования им предстоит решить такие задачи, как анализ нормативных документов и национальных рекомендаций РФ по оказанию помощи беременным женщинам, участие в обследовании беременных женщин на приеме семейного врача и сравнение характеристик групп беременных женщин в России и Норвегии.

Сотрудничество университетов разных стран представляет студентам прекрасную возможность расширить границы своих научных изысканий и почерпнуть уникальный опыт общения с зарубежными коллегами и пациентами.

В Норвегии имеется четыре медицинских университета — в городах Осло [1], Берген, Тронхейм и Трумс. Каждый год в Норвегии начинают обучение около 600 медицинских студентов! Кроме того, много норвежских студентов учится за границей.

Для поступления в медицинский университет в Норвегии необходимо иметь практически отличные оценки в школьном дипломе (по норвежской системе 6 баллов). Если же у выпускника школы не очень хорошие оценки, есть возможность улучшить их — взять дополнительные «учебные кредиты» и пересдать экзамен по избранному предмету. Профилирующими предметами при поступлении являются математика, химия и физика. Поступать в университет могут люди любого возраста без ограничений.

Обучение в медицинском университете длится 6 лет и делится на два этапа: доклинический (2 года) и клинический (4 года). Доклинический этап включает в себя обучение по биологии, анатомии, физиологии, патофизиологии, биохимии, микробиологии и т. д. Клинический этап — это занятия в группах по 5—8 студентов. Занятия проходят в виде лекций, затем группа работает с пациентом (сбор анамнеза, физикальное обследование, изучение истории болезни). Далее следует обсуждение с преподавателем диагноза и лечения.

## Continuing medical education

В Университете Осло на 3-м курсе все студенты обязаны иметь 17 дежурств в приемном покое университетской клиники и на каждом из них принять пациента и составить представление о больном.

В течение 4 лет обучения на клиническом этапе студенты обязаны иметь дежурства с врачом в клинике по каждой специальности. Например, на цикле по акушерству и гинекологии студенты должны присутствовать на 3 родах и 1 операции кесарева сечения.

На 4-м курсе студентам предстоит 3-недельный цикл по психиатрии, когда они находятся в психиатрической клинике целый рабочий день и работают под руководством врача. После этого цикла студенты возвращаются в университет и продолжают обучение по следующим клиническим дисциплинам. Также в обязательную программу обучения в Университете Осло входит участие в исследовательской деятельности, в связи с чем студентам 4-го курса дано 11 недель на подготовку собственного проекта.

На 5-м курсе студенты проходят 6-недельный цикл по терапии и хирургии, после чего приступают к 6-недельному циклу на кафедре общей врачебной практики, где присутствуют на приеме врача общей практики и даже могут иметь несколько самостоятельных приемов под руководством своего врача.

Что касается экзаменов, то в Университете Осло студенты сдают письменные экзамены, компьютерные тесты и устный «клинический» экзамен, в течение которого студенты должны в течение одного часа написать представление о пациенте и доложить его профессору.

За время обучения студенты 4 раза сдают OSCE (Objective Structured Clinical Examination) — после изучения теоретических дисциплин, после цикла по дерматологии, на этапе

клинического обучения и при выпуске из университета.

В соответствии с действующей системой образования студенты не получают оценок за экзамены, действует система зачет/незачет. В данный момент руководством Университета Осло ведется разработка реформы образования, по итогам которой ожидается введение оценочной системы обучения и усиление акцентов на клиническую практику, создание элективных курсов.

Обучение в медицинском Университете Осло условно бесплатное. Во время обучения студенты получают выплаты в размере 7000 норвежских крон. Выплаты представляют собой сумму стипендии (40 %) и пособия (60 %). По окончании обучения выпускники должны вернуть университету  $60\,\%$  полученных средств в течение 20 лет.

После 4,5 года обучения студенты могут получить временную лицензию и работать в качестве врача на летних каникулах. Работать можно в клинике или офисе врача общей практики. В это время студенты получают зарплату, сравнимую с зарплатой врачей. Этот опыт дает большие преимущества при поступлении в ординатуру.

После 6 лет обучения студенты получают диплом об окончании Университета и поступают в интернатуру. Обучение включает в себя практику в течение 6 месяцев на отделении терапии, 6 месяцев на хирургии и 6 месяцев в офисе врача общей практики. Интерны работают самостоятельно, но могут обращаться к своему руководителю в случае возникновения вопросов. Интерны получают зарплату, размер которой зависит от конкретной базы, в среднем около 400-500 тысяч норвежских крон в год.

После окончания интернатуры врачи делают выбор специальности — в Норвегии существует



Рис. 1. А. Марштейнтредет и У. Уильхемсен с семейным врачом Центра семейной медицины СЗГМУ им. И.И. Мечникова Г.В. Киселевой и клиническим ординатором кафедры семейной медицины Ф. Исламом



Рис. 2. На заседании студенческого научного общества кафедры семейной медицины СЗГМУ им. И. И. Мечникова

## Дополнительное профессиональное образование



Рис. 3. Доклад А. Марштейнтредет и У Уильхемсен на заседании СНО кафедры семейной медицины (перевод — Е. Букия)



Рис. 4. В кабинете семейного врача Центра семейной медицины СЗГМУ им. И. И. Мечникова

45 различных медицинских специальностей. Обучение в ординатуре по специальности займет от 4 до 9 лет. Например, специальностью «Врач общей практики» овладевают в течение 5 лет — 4 года работы в офисе врача общей практики и 1 год работы в клинике.

Возможность участия в программе стажировок способствует обмену опытом между врачами и студентами различных стран и позволяет подробно познакомиться с особенностями национальных систем здравоохранения. Таким образом, создаются единое образовательное пространство и все предпосылки для гармонизации систем высшего образования в соответствии с Болонской декларацией, провозглашаю-

щей важность создания единого интеллектуального и культурного потенциала в Европе [2]. Тем самым активно развиваются интеграционные процессы в высшей школе европейских стран, в том числе и в России.

Стажировка норвежских студентов на кафедре семейной медицины СЗГМУ им. И. И. Мечникова внесла значительную лепту в укрепление российско-норвежского сотрудничества, позволила студентам ближе познакомиться с общей врачебной практикой в России, бытом и культурой нашей страны, что имеет очень большое значение для развития устойчивых межнациональных связей.

#### Литература

- 1. University of Oslo. http://www.uio.no/english/about/— Последнее посещение сайта 15.12.2015.
- 2. The Bologna Declaration of 19 June 1999. http://www.ehea.info/Uploads/Declarations/BOLOGNA\_DECLARATION1.pdf Последнее посещение сайта 15.12.2015.

Информация об авторах:

Уильхемсен У. — студентка 4-го курса Университета Осло, Норвегия

Марштейнтредет А. — студентка 4-го курса Университета Осло, Норвегия

Букия Е. — клинический ординатор кафедры семейной медицины ГБОУ ВПО «Северо-Западный государственный медицинский университет имени И. И. Мечникова» Минздрава России

Адрес для контактов: bookia.katarina@yandex.ru

УДК:614.2:616-08-039.75-053.9

# ХРОНИКА ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО КУРСА «ВВЕДЕНИЕ В ПАЛЛИАТИВНУЮ ПОМОЩЬ В ГЕРИАТРИИ»

О. А. Кузьмина

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

#### CHRONICLE OF THE EDUCATIONAL COURSE

INTRODUCTION TO PALLIATIVE CARE IN GERIATRICS

O. A. Kuzmina

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

© О. А. Кузьмина, 2015 г.

В статье представлена информация об образовательном курсе, организованном Университетом им. Бен-Гуриона (Беер-Шева, Израиль) «Введение в паллиативную помощь в гериатрии», проходившем 25–27 ноября 2015 г. в Москве. Представлен краткий обзор некоторых лекций.

**Ключевые слова:** паллиативная помощь, гериатрия, хоспис, деменция, делирий, нейрокогнитивный дефицит, нейропсихологическое тестирование.

The article presents information about the educational course, organized by the Ben-Gurion University of the Negev (Beer-Sheva, Israel) «Introduction to palliative care in geriatrics» held from 25 to 27 November 2015 in Moscow. A brief overview of some of the lectures is presented.

**Keywords:** palliative care, geriatrics, hospice, dementia, delirium, neurocognitive deficits, neuropsychological testing.

С 25 по 27 ноября 2015 г. в Москве проходил обучающий курс «Введение в паллиативную помощь в гериатрии», который проводил Ян Пресс, доктор медицины, руководитель клиники комплексной гериатрической оценки больничной кассы Клалит, медицинский факультет Университета Бен-Гуриона Негев, Израиль (MD, Director of Comprehensive Assessment Clinic, Faculty of Health Science Ben-Gurion University of the Negev, Israel), вместе с Изабеллой Абрамовой, NBS (Первая академическая степень по уходу за больными), по специализации «Гериатрия» и Тали Самсон, социальным работником, специалистом в области здравоохранения отделения гериатрии Университета имени Бен-Гуриона.

Согласно данным доклада Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ — WHO, Dementia: a public health priority, 2012), в 2010 г. в мире было около 36,5 млн пациентов с деменцией и к 2030 г. эта цифра удвоится. Это делает проблему оказания качественной паллиативной помощи пожилым актуальной и крайне важной как сейчас, так и в перспективе. Однако в разных странах помощь гериатрическим пациентам имеет очень разные возможности, и программа курса позволила получить представление, как она организована и осуществляется в Израиле.

Обучающий курс проводился впервые при содействии фонда помощи хосписам «Вера», в нем принимали участие около 100 человек: врачи-гериатры, специалисты паллиативной помощи, работники хосписов и волонтеры из Москвы, Санкт-Петербурга, Тверской области и других регионов России. Программа мероприятия включала лекции, посвященные проблемам деменции, депрессии, делирия, боли у гериатрических пациентов, проблемам организации быта и ухода в домах престарелых и хосписах, безопасности окружающей их среды, распознаванию и предупреждению насилия над пожилыми людьми и методам поддержки опекунов или ухаживающих лиц. Также обсуждались вопросы профилактики и лечения пролежней с использованием современных перевязочных материалов, проблемы питания и энтерального кормления пациентов с тяжелыми нейрокогнитивными нарушениями, этические аспекты лечения, продлевающего жизнь.

Для автора, работающего в области первичной медико-санитарной помощи, наиболее интересными были темы раннего распознавания нейрокогнитивных нарушений и методики их выявления.

Наличие и выраженность когнитивных нарушений во многом определяют прогноз и тактику ведения пациента при целом ряде распростра-

## **Хроника**

ненных неврологических заболеваний и являются ключевыми при проведении комплексной гериатрической оценки. Распространенность деменции в России составляет 1,8 млн человек. По данным исследователей Научного центра психического здоровья, популяционная частота деменций среди жителей Москвы составляет 1,5 % для возрастной группы 65 лет и 17 % для возрастной группы 85 лет (Буркин М. М., 2004).

В ранней диагностике нейрокогнитивного дефицита есть как положительные стороны возможность планирования пациентом своей жизни, подготовка различных распоряжений на будущее, более раннее начало проведения мероприятий по замедлению развития деменции методом когнитивных тренингов и физической активности, так и отрицательные — негативная стигматизация, депрессия и вероятные юридические проблемы, связанные с возможностью заниматься определенной трудовой деятельностью, иметь водительское удостоверение или разрешение на ношение оружия. Пациент может сам сознательно диссимулировать имеющиеся у него нарушения из опасения получить нежелательный диагноз и связанные с ним ограничения в профессиональной и социальной сферах. Поэтому самооценку пациента всегда необходимо сопоставлять с объективной информанией.

Нейропсихологическое тестирование является объективным способом оценки состояния когнитивных функций и ведущим при принятии решения о дальнейшей тактике ведения пациента. В практике семейного врача наиболее часто применяются Mini-Cog, тест рисования часов, MMSE (Mini-Mental State Examination) и MOCA (Montreal Cognitive Assessment). Из всех представленных методов именно MOCA

позволяет наиболее полно и на самых ранних сроках выявить возможные когнитивные нарушения у гериатрических пациентов. Этот тест позволяет оценить внимание, исполнительную функцию, язык, память, ориентацию, зрительно-пространственное восприятие и абстрактное мышление. Среди всех применяемых нейропсихологических тестов он имеет самые высокие показатели чувствительности и специфичности, приближающиеся к 98–100 %.

Во время курса были также представлены книги по психологической помощи пациентам с неизлечимыми заболеваниями и ухаживающим лицам, родственникам, которые сталкиваются с проблемами окончания жизни своих близких; гигиенические средства по уходу за лежачими пациентами, позволяющие сохранить им максимально возможный уровень качества жизни и комфорта.

Благотворительный фонд помощи хосписам «Вера» с 2006 г. ведет большую работу по сотрудничеству медицинских организаций для возможности получения доступной паллиативной помощи, осуществляет просветительскую и издательскую деятельность, способствует развитию волонтерского движения и формированию общественного интереса к проблемам неизлечимо больных людей, распространяет идеи помощи умирающим и их семьям, сострадания, бескорыстия и достойной жизни до конца.

Участники курса получили много полезной практической информации, ознакомились с особенностями организации и оказания паллиативной медицинской помощи пожилым пациентам в Израиле. Подобные курсы помогают практикующим врачам в их повседневной работе, что делает актуальной организацию подобных мероприятий на регулярной основе.

#### Информация об авторе:

Кузьмина Ольга Александровна — клинический ординатор кафедры семейной медицины ГБОУ ВПО «Северо-Западный государственный медицинский университет имени И. И. Мечникова» Миниздрава России

Адрес для контактов: norwaymylove@gmail.com

# ИНФОРМАЦИЯ О НОВОМ ИЗДАНИИ КАФЕДРЫ СЕМЕЙНОЙ МЕДИЦИНЫ СЗГМУ ИМ. И. И. МЕЧНИКОВА В 2016 Г.

# INFORMATION ABOUT NEW MANUAL OF THE FAMILY MEDICINE DEPARTMENT OF NORTH-WESTERN STATE MEDICAL UNIVERSITY NAMED AFTER I. I. MECHNIKOV IN 2016

Многим нашим читателям известно руководство «Избранные лекции по семейной медицине» под редакцией О. Ю. Кузнецовой, подготовленное коллективом кафедры семейной медицины и опубликованное в 2008 г. Это издание было посвящено наиболее актуальным проблемам общей врачебной практики, которые освещаются в процессе преподавания данной дисциплины в рамках дополнительного профессионального обучения. Книга уже стала библиографической редкостью, и авторский коллектив рад, что она оказалась востребованной среди специалистов, работающих в первичном звене здравоохранения.

Учитывая, что с момента выхода данного издания произошло много изменений в законодательной базе, регламентирующей организацию первичной медико-санитарной помощи в нашей стране, появились новые международные и национальные клинические рекомендации, мы сочли необходимым вновь обратиться к идее подготовки и публикации «Избранных лекций» с учетом новой информации. Кроме того, нам представляется важным, что формат книги предполагает самоподготовку по тестам, приведенным в конце каждой лекции, поэтому данное издание может стать особенно актуальным, кроме того, оно отвечает современным требованиям к внедрению дистанционных форм обучения. Имея достаточно большой опыт использования дистанционного обучения в своей практике, мы понимаем, что в определенных ситуациях врач предпочитает работать с бумажным носителем. В связи с этим такое издание может успешно пополнить электронные источники информации.

Структура обновленного руководства сохранена. Книга состоит из двух больших частей. В первой части представлены общие вопросы, касающиеся определения и задач специальности «Общая врачебная практика/семейная медицина», ее организации и законодательной базы, современных подходов к ведению пожилых пациентов, вакцинопрофилактики, основ научно-доказательной медицины, психологии

общения, профилактического консультирования. Кроме того, в этой части представлены распространенные синдромы: врач общей практики должен выбрать правильную тактику оказания медицинской помощи и назначить адекватное лечение — болевой синдром, головная боль, ожирение.

Вторая часть книги построена по принципу нозологического подхода и состоит из девяти больших разделов. В первом разделе рассматриваются наиболее распространенные болезни сердца и сосудов, включая артериальную гипертензию, хроническую сердечную недостаточность, ишемическую болезнь сердца, в том числе острый коронарный синдром, болезни миокарда, хроническую венозную недостаточность нижних конечностей.

Второй раздел посвящен проблемам гематологии и онкологии.

В третьем разделе дается информация о диагностике и тактике ведения основных заболеваний желудочно-кишечного тракта.

Четвертый раздел посвящен болезням органов дыхания, включая хроническую обструктивную болезнь легких, бронхиальную астму и внебольничную пневмонию.

В пятом разделе рассматриваются вопросы ведения пациентов с заболеваниями мочевыделительной системы (инфекции мочевыводящих путей).

Шестой раздел включает изложение тактики врача первичного звена здравоохранения при инфекционных заболеваниях — туберкулезе и вирусных гепатитах.

В седьмом разделе рассматриваются актуальные вопросы неврологии, в частности острого нарушения мозгового кровообращения.

Восьмой раздел посвящен избранным вопросам офтальмологии, включая синдром красного глаза и снижения зрения.

В девятом разделе излагаются основные принципы диагностики и лечения заболеваний опорно-двигательного аппарата (остеоартроз и остеопороз), при которых оказание помощи осуществляется в первую очередь в медицин-

### Новости

ских организациях первичного звена здравоохранения.

В конце книги приводятся ответы на все тестовые задания, размещенные после каждой лекции.

В заключение хотелось бы отметить, что специальность «Общая врачебная практика (семейная медицина)» предполагает овладение врачом широким кругом профессиональных компетенций. Наше издание предлагает далеко не полный перечень всех синдромов и заболеваний, при которых врач должен определить

правильный алгоритм диагностики и избрать адекватную тактику оказания помощи. В связи с этим знакомство с материалами данной книги мы рассматриваем как важный шаг на тернистом пути освоения этой сложной, но интересной специальности.

Информацию о возможности приобретения книги «Избранные лекции по семейной медицине» под редакцией О.Ю. Кузнецовой можно получить по телефону/факсу: (812) 5989320 или электронной почте: kuratorksm@szgmu.ru.

# ИНФОРМАЦИЯ О ПРОВЕДЕНИИ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОГО МЕРОПРИЯТИЯ INFROMATION ABOUT SCIENTIFIC-PRACTICAL CONFERENCE

Коллектив кафедры семейной медицины ГБОУ ВПО «Северо-Западный государственный медицинский университет имени И. И. Мечникова» Министерства здравоохранения Российской Федерации имеет честь пригласить вас на Всероссийскую конференцию с международным участием «Клинические рекомендации как основа медицинской деятельности врача общей практики».

Конференция включена в официальный список научно-практических мероприятий университета и будет проходить при поддержке Российской ассоциации врачей общей практики, Санкт-Петербургской региональной ассоциации семейной медицины и Комитета по здравоохранению Правительства Санкт-Петербурга. В рамках конференции будет проходить совещание членов профильной комиссии по общей врачебной практике Министерства здравоохранения Российской Федерации.

На конференции будут обсуждаться следующие вопросы:

- 1. Клинические рекомендации: от разработки до внедрения в практику.
- 2. Научные исследования, меняющие жизнь пожилых людей.
- 3. Роль региональных профессиональных ассоциаций в подготовке врачей общей практики.
- 4. Образовательные стандарты в медицинских вузах новая модель выпускника.
- 5. Новое в диагностике и лечении основных хронических неинфекционных заболеваний.

В рамках конференции запланированы пленарные заседания, научные симпозиумы и дискуссии.

Оргкомитет конференции получил согласие на участие в реализации программы ведущих специалистов в области общей врачебной практики из США, Великобритании, Бельгии, Нидерландов. В числе участников и спикеров конференции ведущие специалисты из России и стран СНГ.

Мы приглашаем к участию врачей общей практики (семейных врачей), руководителей здравоохранения, преподавателей вузов и учреждений дополнительного профессионального образования, научных сотрудников, работников министерств и ведомств, представителей страховых медицинских организаций.

Данное образовательное мероприятие будет аккредитовано Координационным советом по развитию непрерывного медицинского и фармацевтического образования при Минздраве РФ, что позволит получить участникам 6 кредитов.

Сроки проведения конференции: 3-4 октября 2016 га.

Место проведения: Санкт-Петербург, Кирочная ул., д. 41, Северо-Западный государственный медицинский университет имени И. И. Мечникова

Обращаем внимание иногородних участников на то, что заявку на бронирование номеров в отеле «Академия» необходимо направить до 10 сентября 2016 г. в ЗАО «Конгресс Академия» на е-mail: ka@kaspb.ru (контактное лицо — Глазкова Ольга Алексеевна, тел. 8-904-637-23-36) по прилагаемой форме.

#### Заявка иногороднего участника

Ф. И. О. участника			
Учреждение			
Должность			
Город			
Дата заезда		Дата выезда	
Категория номера	одноместный, место	в двухместном, люко	
Желаемая стоимость размещения за место в сутки			
Контактный телефон, факс (код города), электронный алрес			

После обработки всех заявок ЗАО «Конгресс Академия» направит каждому участнику по электронной почте (или по факсу, если e-mail не указан) письменное уведомление о подтверждении бронирования номера с подробной информацией о проезде к месту проживания и стоимости номера.

Уважаемые коллеги, обращаем ваше внимание на то, что в любое время года гостиницы Санкт-Петербурга испытывают большой наплыв гостей. Просим вас планировать свой приезд на конференцию заблаговременно, так как после установленного срока мы не можем гарантировать наличие свободных мест.

## Новости

# ЦИКЛЫ КАФЕДРЫ СЕМЕЙНОЙ МЕДИЦИНЫ <mark>СЗГМУ ИМ. И. И. МЕЧНИКОВА</mark> НА 2016 ГОД

# COURSES OF THE FAMILY MEDICINE DEPARTMENT OF NORTH-WESTERN STATE MEDICAL UNIVERSITY NAMED AFTER I. I. MECHNIKOV IN 2016

<b>Номер</b> цикла	Наименование цикла, контингент	Сроки	Продолжитель- ность (уч. ч)	Число слушателей
251	Общая практика. Подготовка и прием экзамена на сертификат специалиста (для медицинских сестер)	11.01.2016- 20.02.2016	288	8
252	Общая врачебная практика /семейная медицина/ Профессиональная переподготовка. Прием экзамена на диплом и сертификат специалиста (для терапевтов и педиатров)	01.02.2016- 28.05.2016	576	30
253	Профилактика, проведение профилактических осмотров и диспансеризация населения в общей врачебной практике (для врачей и медицинских сестер амбулаторной практики)	10.02.2016- 19.02,2016	72	48
254	Профилактика, проведение профилактических осмотров и диспансеризация населения в общей врачебной практике (для врачей и медицинских сестер амбулаторной практики)	17.02.2016- 16.11.2016	72	62
255	Медицинское консультирование — основа профилактического вмешательства в амбулаторной практике (для врачей и медицинских сестер амбулаторной практики)	24.02.2016- 04.03.2016	72	30
256	Общая врачебная практика /семейная медицина/ Подготовка и прием экзамена на сертификат специали- ста (для врачей общей практики /семейных врачей)	14.03.2016- 13.04.2016	216	30
257	Медицинская помощь по отказу от потребления табака и лечение курящего человека (для врачей общей практики, терапевтов и врачей других специальностей)	18.04.2016- 27.04.2016	72	30
258	Общая врачебная практика /семейная медицина/ Подготовка и прием экзамена на сертификат специали- ста (для врачей общей практики /семейных врачей)	11.05.2016- 10.06.2016	216	30
259	Общая врачебная практика /семейная медицина/ Подготовка и прием экзамена на сертификат специалиста (для врачей общей практики /семейных врачей)	12.09.2016- 12.11.2016	144	18
260	Обучение пациентов в общей врачебной практике (для врачей и медицинских сестер амбулаторной практики)	05.10.2016- 14.10.2016	72	30
261	Общая врачебная практика /семейная медицина/ Подготовка и прием экзамена на сертификат специали- ста (для врачей общей практики /семейных врачей)	19.10.2016- 19.11.2016	216	30