

ПРОГРАММА

3 октября

- 9.00–10.00** Регистрация участников. Портретная галерея административного здания университета.
- 10.00–10.30** Актовый зал. Открытие конференции. Вступительное слово ректора СЗГМУ им. И.И. Мечникова *проф. О.Г. Хурцилава*, приветствия от Комитета по здравоохранению Правительства Санкт-Петербурга, президента Российской ассоциации врачей общей практики *акад. И.Н. Денисова*, президента Европейского отделения Всемирной ассоциации врачей общей практики *Я. Метсмакер*; декана медицинского факультета университета Осло *Фроуде Вартал*.

Пленарное заседание

Председатели: И.Н. Денисов, О.Ю. Кузнецова

- 10.30–11.00** *И.Н. Денисов, Т.В. Заугольников*. Место профессиональных общественных организаций в становлении и развитии специальности.
- 11.00–11.30** *О.Ю. Кузнецова, Ж.В. Плешанова*. Общая врачебная практика в изменяющемся мире.
- 11.30–12.00** *Дж. Джогерст*. Бесконечно далеки, но 20 лет вместе в семейной медицине.
- 12.00–12.30** Перерыв на кофе. Осмотр выставки.

12.30–15.30 Симпозиумы

Симпозиум 1. Паллиативная помощь в условиях общей врачебной практики. Актовый зал.

Председатели: О. Ю. Кузнецова, К. Хейген, Дж. Оверолл.

- О.Ю. Кузнецова, К. Хейген, Дж. Оверолл*. Представление книги «Паллиативная помощь в амбулаторных условиях». *Ст. Кааза*. Основные принципы оказания паллиативной помощи в Европе и Норвегии.
- О.Ю.Кузнецова*. Основные принципы болеутоления в паллиативной помощи.
- Дж. Вилбур*. Паллиативная помощь и хосписы в США.
- Н.Н. Кузенкова*. Критерии отбора пациентов для оказания паллиативной медицинской помощи в практике семейного врача.
- Л.С. Богуш*. Развитие паллиативной помощи в Беларуси.

Симпозиум 2. Остеоартроз и остеопороз. Тактика в амбулаторных условиях.

Конференц-зал нефрологического корпуса.

Председатели: А.М. Ли́ла, И.Е. Моисеева.

- А.М. Ли́ла*. Особенности ведения больных остеоартрозом в амбулаторных условиях.
- И.Е. Моисеева*. Современные методы лечения остеопороза.
- А.К. Лебедев*. Возможность использования инструмента FRAX для определения риска переломов при остеопорозе.

Симпозиум 3. Клинические рекомендации в гериатрии. Конференц-зал.

Председатели: В.Х. Хавинсон, О.Н. Ткачева, Е.В. Фролова.

- О.Н. Ткачева*. Клинические рекомендации в лечении пожилых людей.
- Е.В. Фролова*. Может ли быть питание пожилого человека здоровым?
- Дж. Джогерст*. Паркинсонизм: искусство врачевания.
- Э. Линч*. Оказание первичной медицинской помощи людям с серьезными психическими заболеваниями.
- А.Н. Ильницкий*. Взгляд на национальные клинические рекомендации по саркопении.

15.30 – 16.00. Заключительное пленарное заседание. Дискуссия. Актовый зал.

Председатели Е.В. Фролова, Л. Соусгейт, Дж. Джогерст

15.30 – 17.00. Заседание профильной комиссии МЗ РФ по ОВП. Конференц-зал.

4 октября

Пленарное заседание

Председатели: С.Л. Плавинский, О.Ю. Кузнецова.

9.30–10.00 С.Л. Плавинский. Клинические рекомендации в общей практике как инструмент для принятия решений.

10.00–10.30 Я.-М. Дегризе. Роль преподавания научно доказательной медицины в системе высшего медицинского образования.

10.30–11.00 Б. Шойнмейкер. Навыки по научно доказательным консультациям.

11.00–11.30 Л. Соусгейт. Современные подходы к оценке знаний врачей общей практики.

11.30–12.00 П. МакКрори. Методология проведения ОСКЭ у студентов.

12.00–12.30 Н.Н. Бримкулов, Л. Лутон. Опыт разработки программ подготовки по общей врачебной практике в Кыргызстане.

12.30–12.40 Дискуссия.

12.40–13.00 Перерыв на кофе

13.00–15.00 Семинар и Симпозиумы

Семинар 1. Опыт обучения врачей общей практики в разных странах. Актовый зал.

Председатели: О.Ю. Кузнецова, Я. Метсмаекер

О.Ю. Кузнецова. Выпускник медицинского вуза 2017 г. Как готовим?

Б.В. Агафонов. Роль международной интеграции в реализации образовательных программ в системе дополнительного профессионального образования.

И.Н. Денисов, Т.В. Заугольникова. Чему и как учить учителей. Опыт проведения циклов для преподавателей семейной медицины.

Л.С. Богуш. Опыт подготовки врачей в республике Беларусь.

С.Н. Уразова. Новые подходы к непрерывному профессиональному образованию врачей общей практики в Казахстане.

Г.Т. Аталыкова. Опыт сотрудничества кафедры общей врачебной практики с неправительственной организацией в социальной сфере в Казахстане.

Симпозиум 2. Респираторные заболевания в общей практике. Конференц-зал.

Председатели: Я.-М. Дегризе, А.В. Емельянов

М.А. Похазникова, Я.-М. Дегризе, О.Ю. Кузнецова, А.К. Лебедев, И.Е. Моисеева, Е.Ю. Тур. Обучение через освоение метода на практике. Проект «Спирокурс».

Е.А. Андреева, Я.М. Дегризе, О.Ю. Кузнецова, М.А. Похазникова, А.К. Лебедев, И.Е. Моисеева, К.В. Овакимян. Результаты проекта RESPECT. Что мы узнали нового о ХОБЛ?

А.В. Емельянов. Ведение пациентов с тяжелой бронхиальной астмой. Выбор терапии на основании различных фенотипов.

Н.Л. Шапорова. Коморбидность у больного ХОБЛ. Нужна ли коррекция терапии.

Симпозиум 3. Избранные вопросы кардиологии в общей врачебной практике.

Конференц-зал нефрологического корпуса.

Председатели: Е.В. Фролова, С.В. Столов

Е.В. Фролова. Сердечная недостаточность в XXI веке. Старые болезни, новые технологии.

С.В. Столов. Пациент с АГ и ИБС: стратегии выбора терапии.

В.С. Гуревич. Атеросклероз. Клинические рекомендации для врача общей практики.

15.00–16.00 Заключительное пленарное заседание. Итоги работы симпозиумов. Актовый зал.

Председатели: О.Ю. Кузнецова, Е.В. Фролова, Дж. Джогерст

Сопредседатели оргкомитета

Акад. И.Н. Денисов — президент Российской ассоциации врачей общей практики.

Проф. А.В. Силин — проректор по науке и инновационной деятельности СЗГМУ им. И.И. Мечникова.

Проф. О.Ю. Кузнецова — заведующая кафедрой семейной медицины СЗГМУ им. И.И. Мечникова.

Оргкомитет:

Е.В. Фролова — профессор кафедры семейной медицины СЗГМУ им. И.И. Мечникова

М.А. Похазникова, А.К. Лебедев, И.Е. Моисеева, Л.Н. Дегтярева, Т.А. Дубикайтис — доценты кафедры семейной медицины СЗГМУ им. И.И. Мечникова

А.Н. Андрюхин президент РОО «Санкт-Петербургская ассоциация семейной медицины»

Л.Е. Демидова — документовед кафедры семейной медицины СЗГМУ им. И.И. Мечникова

О.А. Глазкова — сервис-агент +7 (921) 953-20-43; e-mail: congress-academy@yandex.ru

Место проведения: Санкт-Петербург, Кирочная ул., д. 41

PROGRAM

October 3

9.00–10.00 Registration in the Main administrative building of the University, Portrait gallery.

10.00–10.30 Assembly Hall. Conference opening. The introduction speech of the University Rector- prof. O. Churzilava and welcome words of The Health Committee of Saint-Petersburg members; the president of the Association of General Practitioners (Family Physicians) in RF – Denisov I.N. , the president of the European branch of the World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians WONCA Europe – J. Metsemaker; Dean of Faculty of Medicine in the University of Oslo Frode Vartdal.

Plenary session

Chairpersons: I.N. Denisov, O.Yu. Kuznetsova

10.30–11.00 I.N. Denisov, T.V. Zaugolnikova. The impact of the professional organizations on the development and maturation of family medicine.

11.00–11.30 O.Yu. Kuznetsova, Z.V. Pleshanova. Family medicine in changing world.

11.30–12.00 G.Jogerst. Worlds Apart but Together in Family Medicine for 20 Years.

12.00–12.30 Coffee Break. An exhibition visit

12.30 – 15.30 Symposiums

Symposium 1 Palliative care in general practice. Assembly Hall.

Chairpersons: O.Yu. Kuznetsova, K. Heggen, J.Overroll.

O.Yu. Kuznetsova, K. Heggen, J.Overroll. “Palliative care in general practice” – the book presentation.

S. Kaasa. The essentials of palliative care in Europe and Norway.

O.Yu. Kuznetsova. The essentials of pain treatment in palliative care.

J. Wilbur. Palliative help and hospices in US.

N.N. Kuzenkova. Patients’ selection for palliative medical care in GP practice.

L.N. Bogush. The development of palliative medical care in Belarus.

Symposium 2 Osteoarthritis and osteoporosis.

Management in GP practice. Conference Hall in Nephrology Building.

Chairpersons: A.M. Lila, I.E. Moiseeva.

A.M. Lila. Osteoarthritis management in GP practice.

I.E. Moiseeva. Current practice of osteoporosis treatment.

A.K. Lebedev. The value of FRAX method for risk of bone fracture estimation in osteoporosis patients.

Symposium 3 Clinical guidelines in geriatrics. Conference Hall.

Chairpersons: V.C. Chavinson, O.N. Tkacheva, E.V. Frolova

O.N. Tkacheva. Clinical guidelines in geriatrics.

E.V. Frolova. Healthy eating for an aged person, is it possible?

G. Jogerst. Parkinsonism: The art of healing.

A. Lynch. Primary care for people with serious psychotic illnesses.

A.N. Ilnitskij. National clinical guideline for sarcopenia treatment.

15.30–16.00 Closing Plenary Session. Discussion. Assembly Hall.

Chairpersons: E.V. Frolova, L. Southgate, G. Jogerst

15.30–17.00 The meeting of the Profile Commission on Family Medicine of Russian Ministry of Health Care. Conference Hall.

October 4

Plenary session

Chairpersons: S.L. Plavinskiy, O.Yu. Kuznetsova.

9.30–10.00 S.L. Plavinskiy. Clinical guidelines in general practice as a tool for decision making.

10.00–10.30 J.M. Degryse. The impact of EBM teaching on medical university education.

10.30–11.00 B. Schoenmaekers. Evidence based consultation skills.

11.00–11.30 L. Southgate. Current approach for GP knowledge assessment.

11.30–12.00 P. McCrorie. The methodology of OSCE in undergraduate education.

12.00–12.30 N.N. Brimkulov, L. Loutan. The experience of education program development for GP in Kyrgyzstan.

12.30–12.40 Discussion

12.40 – 13.00 Coffee Break

13.00–15.00 Workshop & Symposiums

Workshop 1. The experience of GP education in Europe and other countries. Assembly Hall.

Chairpersons: O.Yu. Kuznetsova, J. Metsemaker

O.Yu. Kuznetsova. Graduate of the Medical University in 2017. How do we educate?

B.V. Agafonov. The value of an international integration for postgraduate education.

I.N. Denisov, T.V. Zaugolnikova. How and what with should we teach? The experience of dealing with education of GP teachers.

L.S. Bogush. The experience of postgraduate education in Belarus.

S. Urazova. A new approach for continuous GP professional education in Kazakhstan.

G. Atalykova. The experience of collaboration between GP department and NGO in social sphere of Kazakhstan.

Symposium 2. Respiratory diseases in GP practice. Conference hall.

Chairpersons: J.M. Degryse, A.V. Emelyanov

M.A. Pokhaznikova, J.M. Degryse, O.Yu. Kuznetsova, A.K. Lebedev, I.E. Moiseeva, E.Yu. Tur. Learning by doing: spiro course project.

E.A. Andreeva, J.M. Degryse, O.Yu. Kuznetsova, M.A. Pokhaznikova, A.K. Lebedev, I.E. Moiseeva, K.V. Ovakimjan. Lessons learned from the RESPECT study. What did we learn about COPD?

A.V. Emelyanov. Severe bronchial asthma. Phenotype based therapy.

N.L. Shaporova. Co-morbidity in COPD patients. Is there any need for treatment correction?

Symposium 3. Essentials of cardiology in GP practice. Conference hall in Nephrology Building.

Chairpersons: E.V. Frolova, S.V. Stolov

E.V. Frolova. Heart failure in the 21st century. The old illnesses but new treatments.

S.V. Stolov. Current management of ischemic heart disease and arterial hypertension.

V.S. Gurevich. Atherosclerosis. Clinical guidelines for GP.

15.00–16.00 Closing Plenary Session. Discussion. Assembly Hall.

Chairpersons: O.Yu. Kuznetsova, E.V. Frolova, G. Jogerst

Chairpersons of the organizing committee

Academician Denisov I.N. — the president of the Association of General Practitioners (Family Physicians) in RF.

Prof. A.V. Silin — vice rector of science and innovation North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov

Prof. O. Yu. Kuznetsova — chief of Family Medicine Department NWSMU named after I.I. Mechnikov.

The organizing committee

E.V. Frolova — professor of Family Medicine Department NWSMU named after I.I. Mechnikov.

M.A. Pokhaznikova, A.K. Lebedev, I.E. Moiseeva, L.N. Degtyareva, T.A. Dubikaytis — associate professors of Family Medicine Department NWSMU named after I.I. Mechnikov.

A.N. Andruchin the president of Saint-Petersburg Association of Family Medicine.

L.E. Demidova — secretary of Family Medicine Department NWSMU named after I.I. Mechnikov.

O.A. Glazkova — service agent +7 (921) 953-20-43; e-mail: congress-academy@yandex.ru

Location: Saint-Petersburg, Ul. Kirochnaya, 41

СОДЕРЖАНИЕ

ОСОБЕННОСТИ ПАТОГЕНЕЗА И КЛИНИКИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА <i>Е.А. Алексеева, Л.А. Жукова, С.И. Готов</i>	7
УРОКИ ИССЛЕДОВАНИЯ «РЕСПЕКТ»: ОПЫТ МЕЖДУНАРОДНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ В ОБЛАСТИ ОБЩЕЙ ВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИКИ <i>Е.А. Андреева, М.А. Похазникова, О.Ю. Кузнецова, А.К. Лебедев, И.Е. Моисеева, В.В. Попов, Я.-М. Дегриз</i>	8
ОПЫТ СОТРУДНИЧЕСТВА КАФЕДРЫ ОБЩЕЙ ВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИКИ С НЕПРАВИТЕЛЬСТВЕННОЙ ОРГАНИЗАЦИЕЙ В СОЦИАЛЬНОЙ СФЕРЕ <i>Г.Т. Аталыкова, С.Н. Уразова, Г.М. Нугуманова, К.К. Жунусбекова, Д.Э. Асамбаева, Е.М. Цай</i>	10
ВЗАИМОСВЯЗЬ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ОБЩЕЙ ВКУСОВОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ И ПОРОГА ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ К ПОВАРЕННОЙ СОЛИ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ <i>Г.В. Белова, Г.И. Севастьянова, Н.В. Будникова, Н.М. Шлакова</i>	11
ПЕРЕГРУЗКА ЖЕЛЕЗОМ У БОЛЬНЫХ С АЛКОГОЛЬНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПЕЧЕНИ <i>Л.С. Богуш</i>	12
СОСТОЯНИЕ ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА И ОЖИРЕНИЕМ <i>Н.В. Будникова, И.А. Романенко, С.Е. Ушакова, О.В. Борсукова, Г.В. Белова</i>	14
РЕГИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ВВЕДЕНИЯ ПРОДУКТОВ ПРИКОРМА У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ <i>М.С. Григорович, О.Ю. Носкова</i>	15
ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПОТРЕБНОСТЕЙ ПАЦИЕНТОВ В ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ В ОБЩЕЙ ВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИКЕ <i>Ф. Ислам, Е.В. Боева, О.А. Кузьмина, К.И. Мухамедянова, Е.С. Пустовалова, О.Ю. Кузнецова, И.Е. Моисеева</i>	16
АНАЛИЗ СТРУКТУРЫ И КЛИНИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПЕЧЕНИ У ДЕТЕЙ <i>С.Х. Лапасов, Л.Р. Хакимова, М.Х. Аблакулова, З.Х. Лапасова</i>	19
АНАЛИЗ ПРИМЕНЕНИЯ ГЕПАТОТРОПНЫХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПЕЧЕНИ У ДЕТЕЙ <i>С.Х. Лапасов, Л.Р. Хакимова, Н.Э. Юлдашова, М.Х. Валиева</i>	20
ОПЫТ РЕАЛИЗАЦИИ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ПРОГРАММ ПО ОБЩЕЙ ВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИКЕ (СЕМЕЙНОЙ МЕДИЦИНЕ) В РАМКАХ НЕПРЕРЫВНОГО МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ <i>И.Е. Моисеева, О.Ю. Кузнецова, О.Т. Гончаренко</i>	22
ВНЕДРЕНИЕ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОТОКОЛОВ — ОСНОВА ОКАЗАНИЯ КАЧЕСТВЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ <i>Н.А. Нармухамедова</i>	23

УЛУЧШЕНИЕ КАЧЕСТВА ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ У БОЛЬНЫХ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ В ПЕРВИЧНОМ ЗВЕНЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ <i>Р.А. Нурмухамедова, Б.Т. Одилова, М.А. Садырова</i>	23
РОЛЬ ХРОНИЧЕСКИХ РЕСПИРАТОРНЫХ СИМПТОМОВ В ДИАГНОСТИКЕ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ <i>К.В. Овакимян</i>	24
КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ В УСЛОВИЯХ КОМОРБИДНОСТИ <i>Н.С. Оконецникова, Т.В. Болотнова</i>	25
ОБУЧЕНИЕ ЧЕРЕЗ ОСВОЕНИЕ НА ПРАКТИКЕ. ПРОЕКТ СПИРОКУРС. <i>М.А. Похазникова, Я.-М. Дегриз, Е.Ю. Тур, Е.А. Андреева, И.Е. Моисеева, К.В. Овакимян</i>	27
ПРОБЛЕМА ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ В ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВРАЧА ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ <i>Н.Н. Протько, Л.С. Богуш</i>	28
СООТНОШЕНИЕ ФУНКЦИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И ФАКТОРОВ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА У ПАЦИЕНТОВ С АУТОИММУННЫМ ТИРЕОИДИТОМ <i>И.А. Романенко, Н.В. Будникова, Т.С. Полятькина, В.Б. Гринштейн, В.Н. Пайвина</i>	30
ВОЗМОЖНОСТИ ОБЪЕМНОЙ КАПНОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ <i>С.В. Субботин, Е.Ю. Бушмелева</i>	31
НОВЫЕ ПОДХОДЫ К НЕПРЕРЫВНОМУ ПРОФЕССИОНАЛЬНОМУ РАЗВИТИЮ И ДОПОЛНИТЕЛЬНОМУ ОБРАЗОВАНИЮ ВРАЧЕЙ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ <i>С.Н. Уразова, Г.Т. Аталыкова, Д.Э. Асамбаева, Е.М. Цай</i>	32

ОСОБЕННОСТИ ПАТОГЕНЕЗА И КЛИНИКИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Е.А. Алексеева, Л.А. Жукова, С.И. Глотов

ГБОУ ВПО «Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова»
Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Рязань, Россия

С возрастом в организме происходят инволютивные изменения органов и систем, процесс старения подвергается и сердечно-сосудистая система. По возрастной классификации Всемирной организации здравоохранения (1963, 1982) пожилой возраст — 60–75 лет, 75–90 лет — старческий возраст. «Физиологические» изменения, происходящие в сердце и сосудах, характеризуются уменьшением способности миокарда к диастолическому расслаблению при сохраненной систолической функции, повышением общего периферического сосудистого сопротивления. У людей пожилого и старческого возраста имеется тенденция к уменьшению частоты сердечных сокращений; в то время как уровень норадреналина плазмы крови у них достоверно увеличивается. Возможно, этот парадокс объясняется снижением функции рецепторного аппарата у пациентов пожилого и старческого возраста.

В указанных возрастных группах увеличивается число болезней, пациенты могут иметь 5 и более заболеваний различных органов. На фоне физиологического старения сердечно-сосудистой системы многие патологические процессы способны приводить к развитию хронической сердечной недостаточности (ХСН).

Хроническая сердечная недостаточность — актуальная проблема геронтологической кардиологии. Данные эпидемиологических исследований демонстрируют высокую распространенность ХСН у лиц пожилого и старческого возраста, которая достигает 15 %, в то время как в общей популяции составляет около 7 %. Увеличение распространенности ХСН с возрастом обусловлено ростом заболеваемости ишемической болезнью сердца и артериальной гипертензией (АГ) — основными «поставщиками» ХСН. Нередко к ХСН приводит сахарный диабет. Одна из причин развития ХСН с возрастом — формирование так называемого «старческого сердца» с накоплением амилоида и липофусцина в кардиомиоцитах, склерозом и атрофией миокарда, ускорением атеросклероза магистральных артерий, гиалиноза мелких и мельчайших артерий, артериол. Сенильный амилоидоз обнаруживают у $\frac{2}{3}$ больных старше 75 лет. В пожилом и старческом возрасте часто развивается фибрилляция предсердий, которая может быть как причиной ХСН, так и факто-

ром, приводящим к ее прогрессированию. В пожилом возрасте, особенно у мужчин с хронической обструктивной болезнью легких, нередко появляется еще одна причина ХСН — легочная гипертензия с развитием хронического легочного сердца. Другая, преимущественно «старческая» причина данного синдрома — аортальный стеноз.

К декомпенсации ХСН приводят острый коронарный синдром, тромбоз легочной артерии; инфекционные заболевания; анемия умеренной или тяжелой степени; почечная, печеночная, дыхательная недостаточность; дисфункция щитовидной железы; резистентная АГ; нарушения сердечного ритма и проводимости, в том числе синдром слабости синусового узла; несоблюдение больными терапии, а также прием медикаментов с отрицательным инотропным действием.

Хроническая болезнь почек (ХБП) нередко становится причиной ХСН или утяжеляет ее течение. Важным с клинической точки зрения представляется факт достоверного повышения уровня креатинина сыворотки крови, снижения клубочковой фильтрации у пожилых больных с ХСН, обусловленное развитием у них ХБП. Это требует особой осторожности при проведении фармакотерапии, так как латентная ХБП у таких пациентов может приобрести клинические очертания. Следует обратить внимание на тот факт, что с возрастом значительно уменьшается доля больных с ХСН, обусловленной систолической дисфункцией левого желудочка. Одновременно увеличивается доля больных с ХСН с сохраненной систолической функцией левого желудочка. Результаты популяционных исследований и клинические наблюдения указывают на преобладание в данной группе лиц женского пола.

У лиц пожилого и старческого возраста нередко нет манифестных симптомов сердечной недостаточности. Ее проявлениями может быть ощущение нехватки воздуха, повышенная утомляемость, потливость, одышка при физической нагрузке и без нее, покашливание, тахикардия, нарушения ритма сердца. Часто встречаются признаки расстройства церебрального кровообращения — когнитивные нарушения, головокружение, снижение умственной работоспособности, шум в ушах, нарушение сна, воз-

буждение, сменяющееся длительной депрессией. Периферические отеки у лиц старческого возраста далеко не всегда являются проявлениями ХСН. Они могут быть связаны с повышенной гидрофильностью тканей, снижением коллоидно-осмотического давления крови, замедлением кровотока, уменьшением фильтрационной способности почек, варикозным расширением вен, адинамией, хроническими болезнями печени, ХБП, побочным эффектом некоторых медикаментов, в частности дигидропиридиновых антагонистов кальция.

Контактная информация:

Елена Анатольевна Алексеева, e-mail: ms.elena.alexa@mail.ru

Заключение. Таким образом, многогранность этиологических факторов хронической сердечной недостаточности у лиц пожилого и старческого возраста, особенности патогенеза и клиники требуют персонифицированного подхода к ведению данной категории пациентов, знаний в области фармакокинетики, фармакодинамики назначаемых медикаментов и принципов титрования их доз, а также контроля терапии для предотвращения возможных нежелательных эффектов.

УРОКИ ИССЛЕДОВАНИЯ «РЕСПЕКТ»: ОПЫТ МЕЖДУНАРОДНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ В ОБЛАСТИ ОБЩЕЙ ВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИКИ

Е.А. Андреева^{1,3}, М.А. Похазникова², О.Ю. Кузнецова², А.К. Лебедев², И.Е.Моисеева², В.В. Попов¹, Я.-М. Дегриз^{3,4}

¹ГБОУ ВПО «Северный государственный медицинский университет» Минздрава России, Архангельск, Россия; ²ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет имени

И.И. Мечникова» Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия;

³Левенский католический университет, Левен, Бельгия;

⁴Левенский католический университет, Брюссель, Бельгия

Исследование РЕСПЕКТ (RESPECT, RE-Search on the PrEvalence and diagnosis of COPD and its Tobacco-related aetiology) — пример международного сотрудничества университетов России и Бельгии, направленного на развитие научных изысканий в общей врачебной практике, объединяющих исследовательские и образовательные цели.

Цель исследования. Глобальная научная цель проекта — изучение распространенности хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ), диагностированной с использованием различных спирометрических критериев обструкции, и ее зависимости от социодемографических характеристик и факторов риска. Для определения возможностей проведения скрининга ХОБЛ в первичном звене здравоохранения важно оценить диагностическую значимость симптомов и фоновых характеристик заболевания, а также роль биомаркеров воспаления в диагностике ХОБЛ как у курильщиков, так и у некурящих. Кроме того, представляет интерес сравнительное изучение биомаркеров воспаления также у курильщиков без ХОБЛ.

Материалы и методы. Партнерами исследования РЕСПЕКТ являются Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова (Санкт-Петербург), Северный

государственный медицинский университет (Архангельск) и Левенский католический университет (Бельгия). Это популяционное исследование, в котором участвовали 15 центров общей врачебной практики (10 из Санкт-Петербурга и 5 из Архангельска). Врачи общей практики и медицинские сестры данных центров перед началом исследования прошли обучение навыкам спирометрии на разработанном в рамках проекта 3-недельном цикле с дистанционным компонентом.

Респондентами стали жители Санкт-Петербурга, Архангельска и Северодвинска в возрасте от 35 до 70 лет. Выборка сформирована с помощью метода случайных чисел из списков прикрепленного населения центров-участников. Респондентам были предложены два опросника: 1) основные социодемографические показатели (пол, возраст, семейное положение, образование, профессия и уровень дохода) и факторы риска ХОБЛ (статус курения, профессиональные вредности и условия проживания), наследственный анамнез, сопутствующие заболевания и принимаемые лекарственные препараты; 2) хронические респираторные симптомы (кашель, мокрота, одышка), при наличии которых предлагался третий опросник по дифференциальной диагностике бронхиальной

астмы и ХОБЛ (опросник Респираторной группы первичной медицинской помощи).

Участникам исследования была проведена спирометрия с пробой с бронхолитиком (400 мкг сальбутамола или 160 мкг ипратропиума бромида), качество спирометрии оценивали в соответствии с критериями АРО/ЕРО (Американского респираторного общества/Европейского респираторного общества). Критериями обструкции были: 1) отношение $ОФВ_1/ФЖЕЛ < 0,7$ после применения бронхолитика (фиксированное отношение) и/или 2) $ОФВ_1/ФЖЕЛ < НГН$ (нижняя граница нормы согласно эталонным значениям GLL, Глобальная легочная инициатива, 2012) после применения бронхолитика. Исследование было одобрено локальными этическими комитетами СЗГМУ и СГМУ, все участники подписали добровольное информированное согласие.

Исследование включает три этапа: 1) поперечное исследование (изучение распространенности ХОБЛ); 2) исследование случай — контроль (сравнение групп курильщиков и некурящих с ХОБЛ, а также курильщиков без ХОБЛ) и 3) когортное исследование (проспективное исследование когорты пациентов с впервые выявленной ХОБЛ в течение 2 лет). В публикации представлены основные результаты первого этапа.

Результаты и обсуждение. Из 4419 респондентов 35–70 лет 3133 согласились участвовать в исследовании и соответствовали критериям включения. 2974 респондента выполнили спирометрию в соответствии с критериями качества, в том числе 2388 — бронхолитический тест. Основные характеристики респондентов с приемлемым бронхолитическим тестом: средний возраст $54 \pm 9,25$ года; 31,8 % — мужчины; 47,8 % — курильщики/бывшие курильщики, 35,3 % имели высшее образование, 18 % работали в условиях запыленного производства более 10 лет. 46,6 % респондентов отмечали хронические респираторные симптомы (кашель, мокроту, одышку).

Распространенность обструкции по фиксированному отношению составила 6,8 %, по НГН — 4,8 %. Среди респондентов с обструкцией преобладали мужчины, курильщики или бывшие курильщики, они чаще подвергались воздействию профессиональных вредностей и были старше в сравнении с респондентами без обструкции. Распространенность обструкции у мужчин была выше, чем у женщин (по фиксированному отношению 13,2 и 3,8 %, по НГН — 8,6 и 3,0 % у мужчин и женщин соответственно). Наибольшая распространенность обструкции отмечена в возрастных группах 55–64 и 65–70 лет и составила по фиксированному отношению 8,8 и 12,2 %, по НГН — 5,3 и 7,3 % соответственно.

Контактная информация:

Елена Александровна Андреева, e-mail: klmn.69@mail.ru.

Кроме того, распространенность обструкции была выше у курильщиков с индексом курения ≥ 20 пачка/лет (17,9 и 11,7 % по фиксированному отношению и НГН соответственно).

Основными факторами риска обструкции были возраст, мужской пол и курение (при коррекции в логистической регрессии по профессиональным вредностям и загрязнению воздуха внутри помещений).

Распространенность ХОБЛ значительно варьирует в разных странах (у мужчин — от 15,3 до 28,7 %, у женщин — от 7,6 до 25,7 % по фиксированному отношению), что обусловлено, в основном различиями в распространенности курения среди мужчин и женщин. Важно учитывать также возрастной состав популяции, особенности выборки респондентов и критерии обструкции. Так, разница в распространенности обструкции по фиксированному отношению и НГН увеличивается в старших возрастных группах. В Российской Федерации результаты исследований по оценке распространенности обструкции по НГН (GLI, 2012) до настоящего времени не публиковались.

По данным исследования РЕСПЕКТ, распространенность обструкции оказалась ниже ожидаемой, но сравнимой по фиксированному отношению с результатами исследования BOLD (Burden of Obstructive Lung Disease, Бремя ХОБЛ). Распространенность обструкции у мужчин была выше, а у женщин ниже в сравнении с соседними с Россией странами — участниками исследования BOLD. Одним из возможных объяснений сравнительно небольшой распространенности обструкции на Северо-Западе России может быть высокая смертность от сердечно-сосудистых заболеваний в нашей стране, поскольку респонденты погибают от этих заболеваний раньше, чем у них развиваются признаки обструкции. При этом известно, что курение — один из значимых факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний, так же как и обструктивных заболеваний легких. Значимая роль курения как фактора риска ХОБЛ отмечена и в нашем исследовании.

Заключение. Исследование РЕСПЕКТ показало возможность проведения популяционных исследований высокого качества в первичном звене здравоохранения при предварительной подготовке исследователей. Распространенность обструкции, по данным исследования, была выше по фиксированному отношению в сравнении с НГН. Основным независимым фактором риска развития обструкции являлось курение, в то время как связи с профессиональными вредностями и загрязнением воздуха внутри помещений выявлено не было.

ОПЫТ СОТРУДНИЧЕСТВА КАФЕДРЫ ОБЩЕЙ ВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИКИ С НЕПРАВИТЕЛЬСТВЕННОЙ ОРГАНИЗАЦИЕЙ В СОЦИАЛЬНОЙ СФЕРЕ

Г.Т. Аталыкова, С.Н. Уразова, Г.М. Нугуманова,
К.К. Жунусбекова, Д.Э. Асамбаева, Е.М. Цай

АО «Медицинский университет Астана», г. Астана, Республика Казахстан

Современные требования, предъявляемые к программам подготовки врачей первичного звена, опираются на интегральный, пациент- и проблемно-ориентированный подход. Одна из основных компетенций врача общей практики — осуществление комплексного подхода в оказании первичной медико-санитарной помощи. Это умение — скоординированно проводить мероприятия по своевременной диагностике, лечению, профилактике, паллиативной, социальной помощи и реабилитации населения. Развитие указанной компетенции происходит в процессе работы в отделении общей практики, при обмене опытом с коллегами и организациями, оказывающими паллиативную, социальную, реабилитационную помощь населению. Так, в Республике Казахстан появляются модели сотрудничества первичной медико-санитарной помощи с организациями, занимающимися переподготовкой и повышением квалификации врачей общей практики, и организациями, оказывающими социальную и реабилитационную помощь населению. Одним из примеров такого взаимодействия является сотрудничество кафедры общей врачебной практики № 2 с неправительственной организацией «Жасыл Жайляу», работающей в консультативно-образовательной сфере.

Проект «Жасыл Жайляу» осуществляется в городе Астана с 2005 года. Основной целью является помощь семьям, воспитывающим детей с особыми нуждами, в частности имеющим детей с расстройством аутистического спектра. За период с 2005 по 2015 год 322 семьи, имеющие детей от 1 года 2 месяцев до 13 лет, получили консультативную помощь по вопросам лечебной педагогики при воспитании детей с особыми нуждами. Проект направлен на проведение информационной работы с психолого-медико-педагогическими консультациями, медицинским центром проблем психического здоровья, республиканским детским реабилитационным центром, детским психоневрологическим медико-социальным учреждением, коррекционной школой и социальными департаментами районов города. «Жасыл Жайляу» активно сотрудничает с центром лечебной педагогики г. Мо-

сквы. Деятельность центра освещается в средствах массовой информации, в специальных репортажах, приуроченных ко дню аутиста (2 апреля).

Переподготовка и повышение квалификации медицинских работников в Республике Казахстан осуществляется в соответствии со стандартами дополнительного медицинского образования по врачебным специальностям. Объединяющим стандартами дополнительного образования по разным специальностям является такой компонент, как «Базовые дисциплины». В структуру этого компонента входит тематика, посвященная здоровому образу жизни. Принимая во внимание рост заболеваемости детей расстройствами аутистического спектра, запаздывание с диагностикой данных состояний на этапах первичной медико-санитарной помощи, кафедра общей врачебной практики № 2 приняла решение о сотрудничестве с проектом «Жасыл Жайляу». Формат сотрудничества включает в себя консультативные презентации по проблемам коммуникативно-социальных, поведенческих проявлений расстройств аутистического спектра для слушателей циклов переподготовки и повышения квалификации, обучающихся на кафедре, с последующим посещением центра, беседами с представителями общественного объединения «Дети-инвалиды Астаны». Результатом подобного сотрудничества явилось повышение уровня знаний и остороженности специалистов первичной медико-санитарной помощи в отношении расстройств аутистического спектра и, как следствие, увеличение случаев обращаемости в психолого-медико-педагогические консультации при поликлиниках в случаях ранних проявлений заболевания.

Таким образом, опыт сотрудничества организаций, занимающихся переподготовкой и повышением квалификации врачей общей практики, с неправительственными организациями, работающими в социальной и реабилитационной сфере, демонстрирует эффективность в оказании своевременной первичной медико-санитарной помощи населению.

Контактная информация:

Гаухар Толеубековна Аталыкова, e-mail: gauhar29@mail.ru

ВЗАИМОСВЯЗЬ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ОБЩЕЙ ВКУСОВОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ И ПОРОГА ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ К ПОВАРЕННОЙ СОЛИ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Г.В. Белова, Г.И. Севастьянова, Н.В. Будникова, Н.М. Шлакова

ГБОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия» Минздрава России, г. Иваново, Россия

Распространенность гипертонической болезни (ГБ) и связанный с ней высокий риск развития сердечно-сосудистых осложнений, ранней инвалидизации и преждевременной смерти больных продолжают увеличиваться. Несмотря на достижения в раскрытии сложных механизмов патогенеза гипертонической болезни, многое в данной проблеме остается недостаточно изученным. В ходе эпидемиологических исследований установлена четкая связь между высоким потреблением хлорида натрия и заболеваемостью ГБ. Вместе с тем представляет интерес более детальное изучение состояния вкусового анализатора (восприятие сладкого, горького и кислого), одновременное исследование общей вкусовой чувствительности (ОВЧ) и порога вкусовой чувствительности к поваренной соли (ПВЧС) у больных ГБ.

Цель нашей работы — изучение ОВЧ и ПВЧС у здоровых лиц и больных гипертонической болезнью I и II стадий.

Материалы и методы. Всего было обследовано 168 человек в возрасте от 20 до 65 лет. В группу вошли 66 практически здоровых лиц без факторов риска развития гипертонической болезни (39,3 %) и 102 больных ГБ I и II стадий (60,7 %). Среди испытуемых преобладали женщины — 131 человек (77,9 %). Мужчин было 37 человек (22,1 %). Средний возраст здоровых лиц составил — $36 \pm 0,7$ года, больных ГБ I стадии — $42 \pm 0,6$ года, больных ГБ II стадии — $50 \pm 0,5$ года.

Исследование ОВЧ проводили по методике, разработанной в Институте элементоорганической химии г. Москвы (Яковлева В.Н., 1981). Для приготовления вкусовых проб использовали 4 вкусовых вещества: сахарозу, хлористый натрий, лимонную кислоту (все три вещества берутся марки химически чистая) и медицинский сульфат хинина. Растворы готовили на свежей дистиллированной воде. Всем испытуемым предъявляли 5 вкусовых проб, из которых две пробы — с сульфатом хинина, одна — раствор сахарозы, одна — раствор хлористого натрия и одна проба — раствор лимонной кислоты. Кроме вкусовых проб испытуемому предъявляли одну условно безвкусную пробу — воду. За ней проводили последовательно пробы сладкого, соленого, кислого и двух проб горького. Проба на ОВЧ проводится натоцкак или через 2,5–3 часа после еды. Определение порога вкусовой чув-

ствительности к поваренной соли (ПВЧС) проводили капельным способом с использованием растворов хлорида натрия в последовательно возрастающей концентрации. Весь ряд тестовых растворов состоял из 12 разведений, концентрация каждого из которых отличалась от предыдущего в 2 раза: 0,08, 0,16, 0,32, 0,64, 1,28, 2,56, 5,125 % и т. д. Растворы наносили последовательно, начиная с самой низкой концентрации. За ПВЧС принимается наименьшая концентрация тестового контроля, при которой обследуемый начинает ощущать соленый вкус.

Результаты. Был проведен анализ частоты повышения ПВЧС у здоровых лиц и больных ГБ в зависимости от нарушения общей вкусовой чувствительности (ОВЧ). Сопоставление результатов ПВЧС и ОВЧ выявило следующие данные: у здоровых лиц с сохраненной ОВЧ ПВЧС колеблется от 0,08 до 0,32 %, при этом у 64,3 % испытуемых ПВЧС составил 0,16–0,32 % и у 35,7 % — 0,08 %. У здоровых лиц с нарушением соленого вкуса по методу ОВЧ в 100 % случаев ПВЧС составил 0,32 %. У больных ГБ I и II стадий с сохраненной ОВЧ порог вкусовой чувствительности к поваренной соли так же, как и в группе здоровых лиц, был 0,08–0,32 %, однако частота ПВЧС 0,08 % была реже (13,3 %), а ПВЧС 0,32 % — достоверно чаще ($p < 0,05$). В группе больных ГБ с нарушенным ощущением соленого вкуса по методу ОВЧ порог вкусовой чувствительности к поваренной соли 0,32 % отмечен у 58,2 %, а ПВЧС 0,64 % — у 41,7 % испытуемых, что достоверно чаще, чем в группе здоровых лиц ($p < 0,05$).

При сочетании нарушений общей вкусовой чувствительности к соленому и горькому ПВЧС 0,32 % выявлен у 54,1 %, что также достоверно чаще, чем у здоровых лиц ($p < 0,05$). ПВЧС 0,64 % выявлен у 45,9 % больных ГБ. В группе здоровых лиц такой порог не выявлялся.

Заключение. Таким образом, при сохраненной ОВЧ к соленому как у здоровых, так и у больных ГБ I и II стадии, колебания ПВЧС были в пределах 0,08–0,32 %.

При нарушении общей вкусовой чувствительности к соленому ПВЧС у здоровых лиц более высокий (0,32 %), а у больных ГБ I и II стадий одинаково часто — 0,32 и 0,64 %. Во второй стадии ГБ ПВЧС 0,64 % отмечался достоверно чаще, чем у здоровых лиц. Аналогичные коле-

бания ПВЧС характерны и для лиц с нарушениями горького вкуса.

Одновременное исследование ОВЧ и ПВЧС у здоровых лиц и больных ГБ выявило повышение порога вкусовой чувствительности к соленому только у лиц с нарушением восприятия

соленой вкусовой пробы по методике общей вкусовой чувствительности. Возможно, изменение порога вкусовой чувствительности к повышенной соли у больных ГБ повышает риск потребления ими большего количества поваренной соли.

Контактная информация:

Галина Владимировна Белова, e-mail: ivanovagv49@mail.ru

ПЕРЕГРУЗКА ЖЕЛЕЗОМ У БОЛЬНЫХ С АЛКОГОЛЬНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПЕЧЕНИ

Л.С. Богуш

Государственное учреждение образования «Белорусская медицинская академия последипломного образования», г. Минск, Республика Беларусь

Алкогольная болезнь печени (АБП) характеризуется широкой распространенностью, выраженной тенденцией к росту и высоким уровнем в структуре смертности пациентов гастроэнтерологического профиля. В последние 20 лет интенсивно изучаются состояния, влияющие на прогрессирование АБП. Одним из таких состояний является нарушение обмена железа при АБП. Отмечено, что изменения обмена железа при диффузном поражении печени могут быть связаны не только с его дефицитом, но и с избыточным накоплением в ткани печени, то есть с перегрузкой железом (ПЖ). Известно, что избыток железа токсичен для организма, поскольку способен генерировать образование свободных радикалов, которые повреждают структуры клетки и ДНК.

Природа возникновения перегрузки железом при поражении печени сложна и многогранна. Формирование этого состояния при хронических диффузных заболеваниях печени связывают с токсическим действием на обмен железа основного повреждающего фактора — алкоголя. Вместе с тем серьезной причиной формирования избыточного накопления железа является широкое распространение в североевропейской популяции мутаций гена *HFE* (*C282Y* и *H63D*), ответственных за усиленную абсорбцию железа. В Беларуси, по данным Института генетики и цитологии НАН Беларуси, суммарная частота носителей этих мутаций составляет 4,5 % (Сивицкая Л.Н. и др., 2008).

Целью исследования явилось определение состояния обмена железа у больных АБП.

Материалы и методы. Проведено комплексное клиничко-морфологическое исследование состояния обмена железа при алкогольной болезни печени в 70 клинических и 69 секционных

случаях. Этиологические факторы хронических диффузных заболеваний печени устанавливали на основании анамнестических данных, анкет CAGE, стандартизированного клиничко-лабораторного комплекса исследования для выявления АБП (Протокол обследования и лечения пациентов с патологией органов пищеварения в амбулаторно-поликлинических и стационарных условиях, 2006). Состояние обмена и общего запаса железа оценивали по уровню сывороточного железа, общей железосвязывающей способности сыворотки крови, коэффициента насыщения трансферрина железом (НТЖ), сывороточного ферритина (СФ) и трансферрина сыворотки крови. Тяжесть перегрузки клеток печени железом при морфологическом исследовании биоптатов и аутоптатов печени оценивали по степени гемосидероза (Sheuer P.J.) и по шкале содержания железа в печени (Deugnier Y., Turlin B.) на срезах, окрашенных ферроцианидом, по методу Перлса. Количественную оценку содержания железа в печени выполняли методом атомно-абсорбционной спектроскопии (ААС). Изучение полиморфизма гена *HFE* с определением мутаций *C282Y* и *H63D* проводили методом рестриционного анализа (ПЦР-рестрикция). Статистический анализ результатов осуществляли при помощи пакета программ статистического анализа STATISTICA 6.0.

Результаты и обсуждение. У больных с алкогольной болезнью печени отмечались выраженные различия параметров метаболизма железа — от дефицита до перегрузки, в связи с чем на основании констелляции признаков при определяющем значении ферритина были выделены группы с различными типами обмена железа: норма, дефицит и перегрузка.

Лабораторные признаки дефицита железа имел 1 пациент, а признаки перегрузки железом (сочетание высоких показателей НТЖ и СФ) — 26 пациентов (37,1 %, 95 % ДИ 24,4–49,8). 20 пациентов с АБП (28,6 %, 95 % ДИ 16,7–40,5) имели повышенный уровень СФ при нормальном НТЖ, что расценивалось как изолированная гиперферритинемия, не связанная с избыточным накоплением железа в организме. Обращал на себя внимание тот факт, что значительная доля пациентов с АБП с перегрузкой железом (17 из 26 чел., 65,4 %) имела высокие (> 500 мкг/л) и резко повышенные (> 1000 мкг/л) показатели уровня СФ. У больных алкогольным циррозом печени отсутствовала корреляция между уровнем СФ и классом тяжести заболевания ($r_s = -0,06$, $p = 0,08$), СФ и количеством потребляемого алкоголя ($r_s = -0,03$, $p = 0,87$). Не установлено связи СФ со стадией ($r_s = 0,33$, $p = 0,86$) и длительностью АБП ($r_s = 0,26$, $p = 0,34$).

Гемосидероз печени (ГСП) выявлен в 48 случаях АБП (69,56 %), причём его степень варьировала от незначительной до тяжелой перегрузки железом. Для уточнения связи гемосидероза печени и стадии заболевания изучены его особенности в группах с алкогольным гепатитом и алкогольным циррозом печени, пациенты в которых не различались по полу и возрасту. Анализ показал, что ГСП достоверно чаще отмечается у больных циррозом печени (76,3 %, 95 % ДИ 60,2–92,4) по сравнению с больными алкогольным гепатитом (62,0 %, 95 % ДИ 49,9–80,1; $\chi^2 = 3,96$, $p = 0,04$), что может свидетельствовать в пользу наличия связи между прогрессированием АБП и избыточным содержанием железа в печени. С помощью корреляционного анализа проанализированы демографические и стандартные морфологические характеристики хронических диффузных заболеваний печени у больных АБП в зависимости от гемосидероза печени. Между возрастом пациента и степенью гемосидероза выявлена статистически значимая прямая связь умеренной силы ($r_s = 0,29$, $p = 0,01$). Из морфологических характеристик обнаружена корреляция между тяжестью некроза печени и степенью ГСП ($r_s = 0,27$, $p = 0,02$), что с учетом гепатотоксичности избытка железа выглядит закономерным.

Количественная оценка содержания железа (абсолютное количество элементарного железа) в печени, проведенная с помощью ААС, показала значительные различия показателей как в группе алкогольного гепатита, так и цирроза печени. По данным ААС, более $1/4$ больных алкогольным гепатитом и $1/2$ больных циррозом печени имели низкое (норма 20–400 мкг/г) содержание элементарного железа в ткани печени. Однако в группе алкогольного цирроза отмечено 2 случая тяжелого гемосидероза печени 4 ст. (мужчина 67 лет — 5462,50 мкг/г, женщина 35 лет — 542,26 мкг/г).

Результаты морфологического исследования содержания железа в ткани печени сравнивали с лабораторными показателями обмена железа у 20 человек из числа секционных случаев алкогольного цирроза печени. Обнаружена сильная корреляция степени гемосидероза с лабораторными параметрами количества депонированного железа ($r_s = 0,90$, $p = 0,037$), при этом четкой корреляции между показаниями СФ и степенью ГСП не обнаружено ($r_s = -0,40$, $p = 0,50$). Также отсутствовала статистически значимая связь между количеством элементарного железа в ткани печени (по данным ААС) и уровнем СФ ($r_s = -0,30$, $p = 0,62$).

При генотипировании 13 больных АБП с лабораторными признаками ПЖ было выявлено 5 носителей минорных мутаций гена *HFE*: 1 носитель мутации *C282Y/N* и 4 — *H63D/N*.

Выводы: 1) нарушение обмена железа, связанное с его перегрузкой, является распространенной проблемой у пациентов с АБП, поэтому исследование состояния обмена железа следует проводить всем пациентам с данной патологией; 2) для диагностики ПЖ вначале следует проводить исследование сывороточных маркеров обмена железа; 2) при условии наличия серологических признаков ПЖ у пациентов с АБП необходимо генетическое исследование на предмет носительства мутаций гена *HFE*; 3) учитывая высокую диагностическую и прогностическую значимость морфологического исследования в диагностике степени перегрузки железом, биопсия полезна для подтверждения (исключения) тяжелой ПЖ в случаях, когда изменения сывороточных маркеров железа сомнительны.

Контактная информация:

Людмила Степановна Богуш, e-mail: ludabogush@mail.ru

СОСТОЯНИЕ ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА И ОЖИРЕНИЕМ

Н.В. Будникова, И.А. Романенко, С.Е. Ушакова, О.В. Борсукова, Г.В. Белова

ГБОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия» Минздрава России, г. Иваново, Россия

Ожирением страдает более 40 % взрослого населения России. Ожирение является серьезным нарушением обмена веществ и создает предпосылки для развития опасных заболеваний, повышающих инвалидизацию и смертность населения. Предполагаемым связующим звеном между ожирением и другими компонентами метаболического синдрома считается состояние инсулинорезистентности (ИР).

Цель исследования: оценить состояние инсулинорезистентности и его взаимосвязи с артериальной гипертензией, нарушением углеводного, липидного обмена у пациентов с избыточной массой тела и разными степенями ожирения.

Материалы и методы. Обследовано 273 человека с избыточной массой тела и разной степенью выраженности алиментарно-конституционального ожирения. Пациенты были разделены на группы по индексу массы тела (ИМТ). В 1-ю группу вошли 136 человек с избыточной массой тела (ИМТ = 25,0–29,9 кг/м²), во 2-ю группу — 102 человека с ожирением 1-й степени (ИМТ = 30,0–34,9 кг/м²), в 3-ю группу — 35 человек с ожирением 2-й степени (ИМТ = 35,0–39,9 кг/м²). Группы были сопоставимы по гендерному и возрастному составу. Всем обследованным проводили анкетирование, включающее вопросы о наследственной предрасположенности к гипертонической болезни, сахарному диабету (СД), ожирению; выясняли наличие вредных привычек. У пациентов измеряли артериальное давление (АД), ИМТ, окружность талии и бедер и их соотношение для выяснения наличия абдоминального ожирения, проводили ЭКГ-исследование; исследовали показатели липидного профиля и гликемии. Уровень инсулинорезистентности рассчитывали по формуле: триглицериды / холестерин липопротеидов высокой плотности. Критерий ИР — результат >1,33. В каждой из групп пациентов была выделена подгруппа лиц с инсулинорезистентностью.

Результаты. Частота выявления инсулинорезистентности возрастала по мере увеличения

ИМТ (1-я группа — 30 %, 2-я группа — 32 %, 3-я группа — 43 %). Во 2-й и 3-й группах число мужчин с инсулинорезистентностью преобладало над таковым без ИР. ИМТ у всех пациентов с инсулинорезистентностью был выше, чем у лиц без ИР во всех группах. Обследованные с ИР во всех группах чаще курили (1-я группа — 24 %, 2-я группа — 30 %, 3-я группа — 25 %), чем лица без ИР (1-я группа — 16 %, 2-я группа — 25 %, 3-я группа — 10 %). У пациентов с инсулинорезистентностью во всех группах абдоминальное ожирение имело место в 97 % случаев. Частота выявления наследственности по ожирению возрастала по мере повышения ИМТ вне зависимости от наличия инсулинорезистентности. Изменения липидного профиля во всех группах были более выражены у лиц с ИР. Наследственность, отягощенная по СД 2-го типа, была выше у пациентов с инсулинорезистентностью во всех группах. Средний показатель глюкозы (ммоль/л) у лиц с ИР имел тенденцию к повышению (1-я группа — $5,5 \pm 0,1$; 2 группа — $5,5 \pm 0,1$; 3 группа — $5,7 \pm 0,4$), чем у обследованных без ИР (1-я группа — $4,9 \pm 0,1$; 2-я группа — $5,1 \pm 0,1$; 3-я группа — $5,3 \pm 0,3$). Нарушения углеводного обмена (СД 2 типа, нарушение гликемии натощак) в группах с ожирением выявлялись чаще при наличии инсулинорезистентности (ожирение 1-й степени — 33,3 %, ожирение 2-й степени — 35 %), чем без нее (13 и 25 % соответственно). В группе лиц с избыточной массой тела такой тенденции не наблюдалось. Средний уровень систолического и диастолического АД был выше у лиц с ИР во всех группах. Пациентов с гипертонической болезнью I–III стадий во всех группах выявляли чаще при наличии инсулинорезистентности.

Заключение. Наличие инсулинорезистентности является информативным маркером тяжести метаболических и сосудистых нарушений у пациентов с избыточной массой тела и ожирением, поэтому у данного контингента больных необходима ранняя диагностика этого состояния для его адекватной коррекции.

Контактная информация:

Наталья Валерьевна Будникова, e-mail: budnikova74@mail.ru

РЕГИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ВВЕДЕНИЯ ПРОДУКТОВ ПРИКОРМА У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ

М.С. Григорович, О.Ю. Носкова

ГБОУ ВПО «Кировская государственная медицинская академия» Минздрава России, г. Киров, Россия

Современными исследованиями доказано, что на раннем этапе онтогенеза происходит моделирование программы эпигенетического развития, оказывающей всестороннее влияние на функционирование организма человека и устойчивость к развитию заболеваний в последующие периоды его жизни (Шендеров Б.А. и др., 2014, Макарова С.Г. и др., 2015). Важнейшее влияние на эпигеномные процессы оказывает характер питания ребенка в первые тысячу дней жизни.

Цель исследования: анализ сроков введения продуктов и блюд прикорма у детей первого года жизни на основании опроса родителей с учетом их социального статуса.

Материалы и методы. Проведено интервьюирование 167 родителей (матерей), имеющих здоровых детей в возрасте 8–12 месяцев (50,3 % мальчиков и 49,7 % девочек), с использованием авторской анкеты, разработанной с учетом критериев введения прикормов в России (Национальная программа оптимизации вскармливания детей первого года жизни в Российской Федерации, 2010). Средний возраст детей составил $9,7 \pm 0,11$ месяца. В 102 семьях (61,7 %) это был первый рожденный ребенок, в 55 семьях (32,9 %) — второй и в 10 семьях (6 %) — третий.

Результаты. Оценка социального анамнеза показала, что большинство опрошенных лиц имеют полные семьи (94 %). В 61,7 % случаев в семье растет один ребенок, реже двое (31,1 %) и трое (7,2 %) детей. Практически все опрошенные проживают в благоустроенных квартирах (98,8 %). Высшее или незаконченное высшее образование имеют 63,5 % матерей и 47,9 % отцов, среднее специальное образование — 36,5 и 52,1 % соответственно.

В соответствии с Национальной программой оптимизации вскармливания детей первого года жизни в РФ (2010), в рекомендуемые сроки вводились в большинстве случаев: овощное пюре (85,6 %), фруктовое пюре (73,1 %), безмолочная и молочная каша (52,7 и 56,3 % соответственно), менее чем у половины детей — фруктовый сок (47,3 %), хлеб и печенье (43,7 %). Реже в срок вводились творог (28,1 %), мясное пюре (26,3 %), желток (23,4 %), кисломолочные продукты (18,6 %) и рыбное пюре (12 %). У детей, имеющих нарушения сроков введения прикормов, раньше рекомендуемого вводились хлеб и печенье (43,1 %), кисломолочные продукты (23,4 %), желток (20,4 %) и фруктовый сок (16,8 %); позже рекомендуемых сроков — мяс-

ное пюре (59,9 %), творог (48,5 %), молочная каша (28,7 %), желток (19,2 %), не вводились в большинстве случаев рыбное пюре (73,7 %) и кисломолочные продукты (51,5 %). Широко распространено отставание в сроках введения кисломолочного прикорма. Так, в половине случаев таковые не были введены на момент анкетирования, при этом дети большинства опрошенных (64 %) были старше 8-месячного возраста. Средний возраст начала введения первого прикорма в группе наблюдения соответствовал 6 месяцам, при этом самое раннее начало введения выявлено в 2-месячном возрасте, самое позднее соответствовало возрасту 11–12 месяцев. Средний возраст введения продуктов углеводного прикорма (овощи, фрукты, каша, хлеб) сопоставим с рекомендуемыми сроками. В отношении продуктов белкового прикорма средний возраст введения желтка и рыбного пюре соответствовал рекомендуемому сроком, для кисломолочного прикорма был меньше на 1 месяц, а для творога и мясного пюре — на 1 месяц больше. Полученные нами данные об особенностях введения прикорма на региональном уровне согласуются с данными исследования, проведенного в Томской области (Рафикова Ю.С. и др., 2015). Кроме того, обращает на себя внимание распространенное использование (81,5 %) несертифицированных как детское питание кисломолочных продуктов в г. Кирове. При этом выявлена высокая информированность родителей (97,6 %) о необходимости включения в рацион питания детей кисломолочных продуктов и низкая осведомленность (70 %) о пользе кисломолочного прикорма для организма ребенка первого года жизни. Включение в рацион питания детей «недетских» продуктов родители объясняли тем, что данные продукты местного производства и их ежедневно возможно приобрести со свежим сроком годности, представлен широкий ассортимент в виде несладких продуктов без наполнителей.

Заключение. Несмотря на активное развитие в последние десятилетия специализированных крупных производств сертифицированных продуктов детского питания, наличие с 2010 года Национальной программы оптимизации вскармливания детей первого года жизни, на сегодняшний день распространено нарушение сроков введения блюд и продуктов прикорма у детей первого года жизни в условиях крупного города.

Продукты белкового прикорма в отличие от продуктов углеводистого прикорма в большинстве случаев вводятся в рацион питания детей первого года жизни в nereкомендуемые сроки. Нарушения в питании детей первого года жизни определяют необходимость совершенствова-

ния работы семейных врачей и педиатров по информированию родителей о сроках, правилах введения блюд и продуктов прикорма в соответствии с рекомендациями Национальной программы оптимизации вскармливания детей первого года жизни в Российской Федерации.

Контактная информация: Марина Сергеевна Григорович, e-mail: grigorovich-mari@mail.ru

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПОТРЕБНОСТЕЙ ПАЦИЕНТОВ В ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ В ОБЩЕЙ ВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИКЕ

Ф. Ислам, Е.В. Боева, О.А. Кузьмина, К.И. Мухамедянова,
Е.С. Пустовалова, О.Ю. Кузнецова, И.Е. Моисеева

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

В последнее время большое внимание уделяется проблеме увеличения доли пожилого и старого населения во всем мире, в том числе в России. Развитие медицинской науки и повышение доступности медицинской помощи могут значительно повысить среднюю продолжительность жизни. С другой стороны, возрастает распространенность хронических неинфекционных заболеваний, деменции, а также ВИЧ/СПИДа, что на финальных стадиях развития заболеваний требует оказания паллиативной помощи. В связи с этим во всем мире наблюдается тенденция к распространению принципов паллиативной помощи, которая направлена на повышение качества жизни пациентов с терминальными стадиями заболеваний.

Один из первых этапов организации и внедрения паллиативной помощи — тщательный сбор информации о больных, которые могут в ней нуждаться.

Цель исследования: определить число пациентов, нуждающихся в паллиативной помощи, среди населения, прикрепленного к Центру семейной медицины СЗГМУ им. И.И. Мечникова.

Материалы и методы. Учитывая высокую распространенность хронических неинфекционных заболеваний у лиц старше 40 лет, в исследование были включены пациенты в возрасте 40 лет и старше. Выборка из 2093 пациентов была сформирована из базы данных населения, прикрепленного к Центру семейной медицины СЗГМУ им. И.И. Мечникова. Был проведен анализ медицинской документации этих пациентов, в том числе с помощью инструмента для оценки потребностей в паллиативной помощи SPICT™ (<http://www.spict.org.uk/>).

Критериями, указывающими на необходимость паллиативной помощи, были данные об общем состоянии пациента (необходимость по-

сторонней помощи, снижение массы тела за последние 3–6 мес., незапланированные госпитализации), а также признаки декомпенсации состояния при онкологических, сердечно-сосудистых и респираторных заболеваниях, деменции, болезнях печени и почек.

В дальнейшее исследование были включены пациенты, которые имели более чем один критерий, подтверждающий необходимость осуществления паллиативной помощи. Результаты оценки медицинской документации с помощью инструмента SPICT™ были сопоставлены с данными клинического осмотра и обследования пациентов.

Результаты. Общая численность населения, прикрепленного к Центру семейной медицины в рамках ОМС, — 7500 человек. 4237 человек из общей популяции когда-либо обращались в ЦСМ за медицинской помощью, из них — 2093 человека старше 40 лет. По результатам нашего исследования, 54 пациента (12,7 на 1000 населения старше 40 лет) нуждались в паллиативной помощи по разным причинам. Средний возраст этих пациентов составил 76,3 года.

Среди заболеваний, обуславливающих потребность в паллиативной помощи, ведущими были неврологические заболевания (27,8 %), сердечно-сосудистые заболевания (25 %), онкологические заболевания (22,2 %) и деменция (11 %).

Обсуждение результатов исследования с лечащими врачами продемонстрировало соответствие полученных данных о потребностях в паллиативной помощи представлениям лечащих врачей о необходимости ее оказания обследованным пациентам.

Выводы. 1. Число пациентов, нуждающихся в паллиативной помощи, среди пациентов, наблюдающихся у врачей общей практики Центра семейной медицины СЗГМУ им. И.И. Мечникова, составляет 12,7 на 1000 населения.

2. Среди заболеваний, требующих оказания паллиативной помощи, лидируют неврологические заболевания (последствия инсульта), сердечно-сосудистые и онкологические заболевания.

3. Первый опыт использования инструмента SPICT™ после незначительной модификации показал возможность дальнейшего использования этого инструмента в России.

Контактная информация:

Фахимул Ислам, e-mail: fahim_islam@mail.ru

АНАЛИЗ СТРУКТУРЫ И КЛИНИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПЕЧЕНИ У ДЕТЕЙ

С.Х. Лапасов, Л.Р. Хакимова, М.Х. Аблакулова, З.Х. Лапасова

Самаркандский государственный медицинский институт Министерства здравоохранения Республики Узбекистан,
г. Самарканд, Республика Узбекистан

Цель исследования изучение структуры хронических заболеваний печени (ХЗП) и их клинических характеристик у детей (по данным ретроспективного исследования).

Материалы и методы исследования. Проведена ретроспективная оценка историй болезни детей, страдающих хроническими заболеваниями печени, находившихся на стационарном лечении в отделении гастроэнтерологии Самаркандской областной многопрофильной клинической больницы за период 2010–2015 гг. Основное внимание уделяли следующим аспектам: удельный вес заболеваний гепатобилиарной зоны среди заболеваний желудочно-кишечного тракта; удельный вес хронического вирусного гепатита (ХВГ) и цирроза печени (ЦП) среди заболеваний гепатобилиарной системы и его динамика за 5 лет; распределение детей с хроническими заболеваниями печени по полу (за весь период и по годам в динамике).

Результаты исследования. Всего проанализировано 681 история болезни детей с заболеваниями желудочно-кишечного тракта, находившихся на стационарном лечении в отделении гастроэнтерологии Самаркандской областной детской многопрофильной клинической больницы за период 2010–2015 гг. Удельный вес заболеваний гепатобилиарной зоны среди заболеваний желудочно-кишечного тракта составил 39,3 % (268 чел.). Удельный вес хронического вирусного гепатита среди заболеваний гепатобилиарной системы составил 67,2 % (180 чел.), удельный вес цирроза печени — 12,7 % (34 чел.), из них у 27 больных (79,4 %) был диагностирован хронический вирусный гепатит с переходом в цирроз печени, а у 7 больных (20,6 %) был первоначально диагностирован цирроз печени.

Среди детей с ХВГ за 5 лет мальчиков было 111, девочек — 69, с ЦП мальчиков — 19, дево-

чек — 15. Основной контингент детей, страдающих ХЗП, составили дети школьного возраста и подростки. Так, из 180 детей с хроническим вирусным гепатитом 68 больных (37,8 %) были в возрасте от 6 до 11 лет и 56 (31,1 %) — в возрасте от 11 до 14 лет. Из 34 больных с ЦП 8 больных (23,5 %) были в возрасте от 6 до 11 лет и 25 (73,5 %) — в возрасте от 11 до 14 лет.

У детей с диагнозом ХВГ из 180 больных лишь у 20 (11,1 %) был диагностирован хронический вирусный гепатит В, у 1 больного (0,6 %) — хронический вирусный гепатит С. При анализе этих показателей мы пришли к выводу, что не была в достаточной степени проведена диагностическая работа по выявлению вирусов, вызывающих хронические поражения печени (вирусы В, С, D, E и др.): не были использованы в полном объеме вирусологические (ПЦР) и иммунологические (ИФА) методы диагностики ХВГ у детей. Также следует отметить, что из 268 больных детей с ХЗП лишь в 1 случае (0,4 %) был диагностирован хронический токсический гепатит. Причина этого может заключаться в том, что, возможно, имеет место гиподиагностика хронических заболеваний печени.

Из 180 детей, страдающих ХВГ, удельный вес детей, проживающих в сельской местности, был намного выше, чем удельный вес детей, проживающих в городе: 171 больной (95 %) из села и 9 больных (5 %) из городского места проживания. Все дети с циррозом печени (34 больных, 100 %) были из сельской местности.

Следующим этапом исследования явилось изучение частоты встречаемости отдельных клинических признаков ХЗП у детей. Оценивались частота встречаемости иктеричности кожи и слизистых оболочек, болей или тяжести в эпигастрии, отсутствие болей, а также разме-

ры печени и селезенки, консистенция этих органов и наличие их болезненности. Из 180 детей с ХВГ у 32 (17,8 %) наблюдались боли или тяжесть в эпигастральной области, у 148 (82,2 %) боли в эпигастральной области отсутствовали. У 144 больных детей с ХВГ (80 %) были обнаружены увеличение печени и селезенки с уплотнением этих органов и наличием у 33 больных (18,3 %) болезненности в области печени. Иктеричность кожи и слизистых оболочек выявлена у 16 больных (8,9 %). Из 34 больных с ЦП у 2 больных (5,9 %) наблюдались боли или тяжесть в эпигастральной области, у 32 больных с ЦП (94,1 %) болей в эпигастральной области не было. У 20 больных с ЦП (58,8 %) отмечали увеличение размеров и уплотнение печени и селезенки. Иктеричность кожи и слизистых оболочек выявлена у 4 больных (11,8 %). Таким образом, у детей с ХЗП наиболее часто наблюдались отсутствие болей в эпигастральной области (у детей с ХВГ этот показатель был 82,2 %, у больных детей с ЦП — 94,1 %), увеличение и уплотнение печени и селезенки (у детей с ХВГ этот показатель был 80 %, у больных детей с ЦП — 58,8 %) и иктеричность кожи и слизистых оболочек (8,9 % больных детей с ХВГ и 11,8 % больных детей с ЦП).

Из 180 детей, страдающих ХВГ, у 104 (57,8 %) имелись повышенные показатели аланинаминотрансферазы и аспартатаминотрансферазы (АлАТ и АсАТ), уровень лактатдегидрогеназы (ЛДГ) не определяли. Холестаза, или экскреторно-билиарный синдром, характеризуется увеличением в сыворотке крови конъюгированной фракции билирубина, щелочной фосфатазы (ЩФ), холестерина, β -липопротеидов и желчных кислот. Из 180 детей с ХВГ у 28 больных (15,5 %) наблюдалась гипербилирубинемия за счет конъюгированной фракции, из показателей липидного обмена определяли уровни бета-липопротеидов. Показатели ЩФ не определяли. У 14 больных с ХВГ (8,3 %) наблюдалась гипер-

холестеринемия. У всех больных с ХВГ (100 %) выявлены признаки анемии. Синдром печеночно-клеточной недостаточности связан главным образом с нарушением синтетической функции печени и характеризуется снижением содержания в крови альбуминов, общего белка и β -липопротеидов. Из общего числа больных с ХВГ у 77 больных (42,8 %) отмечалась гипоальбуминемия.

Из 34 детей с ЦП у 100 % наблюдали признаки анемии, у 9 больных детей (26,5 %) имелись повышенные показатели ферментов крови (АлАТ и АсАТ), уровни щелочной фосфатазы и ЛДГ не определялись, у 10 больных (29,4 %) наблюдалась гипербилирубинемия, уровень β -липопротеидов был в пределах нормы. У 18 больных детей (52,9 %) выявлена гипоальбуминемия. Из 180 обследованных больных с ХВГ у 102 больных детей (56,7 %) при ультразвуковом исследовании (УЗИ) выявили увеличение печени с однородностью ткани и измененной эхогенностью, сосуды печени были расширены. У остальных 78 больных детей с ХВГ (43,3 %) по данным УЗИ размеры печени не были увеличенными. Из 34 обследованных больных с ЦП у 19 детей (55,9 %) наблюдалось увеличение печени с неоднородностью ткани и повышением эхогенности данного органа, у 4 больных детей с ЦП (11,8 %) размеры печени были уменьшены с неоднородностью ткани и повышением эхогенности органа. У 11 больных детей с ЦП (32,3 %) размеры печени были в пределах возрастной нормы.

Выводы. Ретроспективное исследование историй болезни показало, что у детей с хроническими заболеваниями печени наиболее часто наблюдались по данным объективного обследования увеличение и уплотнение печени и селезенки, иктеричность кожи и слизистых оболочек. У всех больных имелись признаки анемии. Увеличение размеров печени по данным УЗИ выявлено более чем у 50 % детей с хроническими заболеваниями печени.

Контактная информация:

Саъдулла Хидирович Лапасов, e-mail: lsgp1972@mail.ru; lsadulla@rambler.ru

АНАЛИЗ ПРИМЕНЕНИЯ ГЕПАТОТРОПНЫХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПЕЧЕНИ У ДЕТЕЙ

С.Х. Лапасов, Л.Р. Хакимова, Н.Э. Юлдашова, М.Х. Валиева

Самаркандский государственный медицинский институт Министерства здравоохранения Республики Узбекистан, г. Самарканд, Республика Узбекистан

Цель исследования. Изучение структуры лекарственных средств, применяемых при лечении хронических заболеваний печени у детей.

Материал и методы исследования. Проведена ретроспективная оценка историй болезни детей, страдающих хроническими заболеваниями печени (ХЗП), находившихся на стационарном лечении в отделении гастроэнтерологии Самаркандской областной многопрофильной клинической больницы в 2010–2015 гг. Оценивали следующие аспекты: проводившаяся терапия лекарственными препаратами гепатотропного ряда, витаминными препаратами, инфузионными растворами и другими лекарственными препаратами; исход стационарного лечения (выздоровление, улучшение состояния, отсутствие эффекта, ухудшение состояния, возникновение осложнений, летальный исход).

Результаты исследования. Всего проанализировано 681 история болезни детей с заболеваниями желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), находившихся на стационарном лечении в отделении гастроэнтерологии Самаркандской областной детской многопрофильной клинической больницы за период 2010–2015 гг. Удельный вес заболеваний гепатобилиарной зоны среди заболеваний ЖКТ составил 39,3 % (268 чел.). Удельный вес хронического вирусного гепатита среди заболеваний гепатобилиарной системы составил 67,2 % (180 чел.), удельный вес цирроза печени среди заболеваний гепатобилиарной системы составил 12,7 % (34 чел.). По данным исследования, на одного пациента с хроническим заболеванием печени (хронический вирусный гепатит и цирроз печени) в среднем приходилось 5–6 лекарственных средств из различных фармакологических групп (противовирусные препараты, инфузионные растворы, витамины, гепатотропные лекарственные средства, рибоксин и ферментные средства). Доля гепатопротекторов в индивидуальной фармакотерапии больных с ХЗП была следующая: из 180 больных с ХВГ 132 (73,3 %) получали гепатотропные лекарственные средства различных групп. Из 34 больных с ЦП 23 (67,6 %) получали гепатотропные лекарственные средства различных фармакологических групп.

До настоящего времени отсутствует общепринятая классификация гепатопротекторов. Традиционно к лекарственным веществам, об-

ладающим гепатопротекторными свойствами, относят растительные полифенолы, препараты эссенциальных фосфолипидов (чистая субстанция и комбинированные препараты) и органопрепараты. Гепатопротекторы (некоторые исследователи определяют их как средства метаболической терапии) не имеют этиотропной направленности, гетерогенны по своему химическому составу и оказывают различные эффекты на метаболические процессы в печени.

В клинической практике в зависимости от химической структуры и происхождения препарата выделяют несколько групп гепатопротекторов.

Препараты, содержащие естественные или полусинтетические флавоноиды расторопши, в первую очередь силимарин (карсил, гепабене, легалон, гепатофальк планта и др.).

Препараты, содержащие естественные или полусинтетические флавоноиды других растений (хофитол, ЛИВ-52, гепалив и др.).

Органопрепараты животного происхождения (сирепар, гепатосан).

Препараты, содержащие эссенциальные фосфолипиды (ЭФЛ) (эссенциале, фосфоглив и др.).

Препараты разных групп: аминокислоты и их производные (адеметионин – гептрал, орнитин), урсодезоксихолевая кислота (УДХК), нестероидные анаболики, витамины и витаминоподобные вещества (В, Е, С, кислота липоевая).

По данным нашего исследования, из 132 больных детей с ХВГ, получавших гепатотропные лекарственные средства, 119 детей (90,2 %) получали препараты, содержащие эссенциальные фосфолипиды (в основном эссенциале), 13 (9,8 %) получали препараты разных групп (гептрал, урсосан, карсил, ЛИВ-52, липоевую кислоту). Из 23 больных детей с ЦП, получавших гепатотропные лекарственные средства, 18 детей (78,3 %) получали препараты, содержащие эссенциальные фосфолипиды (в основном эссенциале), 5 больных (21,7 %) получали препараты разных групп (гептрал, урсосан и липоевую кислоту).

При анализе исходов стационарного лечения детей с хроническими гепатитами и циррозами печени выявлено следующее. Все 180 детей с ХВГ и 34 детей с ЦП были выписаны в удовлетворительном или относительно удовлетворительном состоянии под наблюдение участкового

врача. У больных детей с хроническими гепатитами и циррозами печени на фоне лечения гепатотропными препаратами наблюдалось достоверное снижение уровня общего билирубина и гепатоцеллюлярных ферментов (АлАТ и АсАТ) в пределах возрастной нормы.

Выводы. Гепатотропные лекарственные средства различных групп были назначены 132 (73,3 %) из 180 больных с ХВГ и 23 (67,6 %) из 34 больных с ЦП.

Из 132 больных детей с ХВГ, получавших гепатотропные лекарственные средства, 119 де-

тей (90,2 %) получали препараты, содержащие эссенциальные фосфолипиды (в основном эссенциале), остальные 13 больных (9,8 %) получали препараты разных групп (гентрал, урсосан, карсил, ЛИВ-52, липоевую кислоту). Из 23 больных детей с ЦП, получавших гепатотропные лекарственные средства, 18 детей (78,3 %) получали препараты, содержащие эссенциальные фосфолипиды (в основном эссенциале), остальные 5 больных (21,7 %) получали препараты разных групп (гентрал, урсосан и липоевую кислоту).

Контактная информация:

Саъдулла Хидирович Лапасов, e-mail: lsgp1972@mail.ru; lsadulla@rambler.ru

ОПЫТ РЕАЛИЗАЦИИ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ПРОГРАММ ПО ОБЩЕЙ ВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИКЕ (СЕМЕЙНОЙ МЕДИЦИНЕ) В РАМКАХ НЕПРЕРЫВНОГО МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ

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

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

В 2013 г. Министерство здравоохранения Российской Федерации выдвинуло инициативу по внедрению системы «непрерывного медицинского образования», суть которой заключается в реализации образовательных мероприятий не один раз в пять лет, а на протяжении всего этого периода времени. Это обуславливает необходимость учета образовательной активности врачей в виде кредитов, которые врач может получить, участвуя в образовательных мероприятиях, проводимых медицинскими профессиональными организациями и аккредитованных Советом по непрерывному медицинскому образованию при Минздраве России (Совет НМО), а также осваивая электронные модули на сайте www.sovetnmo.ru. За один кредит принимают один час. Кроме того, врач должен формировать портфолио, в котором фиксирует свое участие и в других мероприятиях (разборных больных, стажировки на рабочем месте).

Наряду с новой системой дополнительного профессионального образования, традиционная подготовка сохраняется до 2021 г. На смену сертификации приходит система аккредитации врачей, которая будет осуществляться также каждые пять лет. Эти изменения закреплены законодательно в статьях 69 и 100 обновленной версии Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Выпускники медицинских вузов с 2017 г. будут проходить первичную аккредитацию, вклю-

чающую тестирование и демонстрацию владения практическими навыками в симуляционном классе и при проведении ОСКЭ (объективный структурированный клинический экзамен). С 2018 г. для ординаторов, завершивших обучение, предусмотрена первичная специализированная аккредитация по аналогичной схеме, но с учетом освоенных профессиональных компетенций. Если врач захочет приобрести новую специальность после профессиональной переподготовки, ему предстоит специализированная аккредитация с учетом компетенций по новой специальности. Если врач не расширяет объем имеющихся компетенций, он проходит повторную аккредитацию, набрав за 5 лет 250 кредитов и предоставив портфолио.

В 2013 г. кафедра семейной медицины СЗГМУ им. И.И. Мечникова разработала дополнительную профессиональную образовательную программу повышения квалификации врачей по специальности «Общая врачебная практика (семейная медицина)». Продолжительность программы составила 144 ч, из них 108 ч было отведено на подготовку на кафедре семейной медицины, 36 ч были представлены образовательными мероприятиями медицинской профессиональной организации (Санкт-Петербургская региональная ассоциация семейной медицины), с которой был заключен договор о сотрудничестве для совместной реализации проекта. Дистанционный компонент входил в программу обучения как на кафедре,

так и в рамках ассоциации и составил 52 % от общего количества часов.

Учитывая дистанционный компонент, необходимость включения мероприятий, которые осуществлялись ассоциацией, обучение продолжалось с марта по октябрь 2014 г. Обучаться по новой программе изъявили желание 17 врачей общей практики (семейных врачей), преимущественно из одной поликлиники. Участие в программе, имеющей дистанционный компонент, было привлекательно в первую очередь для администрации, поскольку откомандировать на очное обучение продолжительностью один месяц одновременно всех семейных врачей было практически невозможно.

Внедрение новой формы обучения проходило в рамках пилотного проекта, в котором участвовали 15 образовательных учреждений России. В связи с этим очень четко контролировался каждый шаг реализации программы. О проведении занятий, данных тестирования слушателей после освоения каждого модуля программы отчеты отсылались во Всероссийский учебно-научно-методический центр при Минздраве России (ВУНМЦ). Программы мероприятий ассоциации предварительно были согласованы с Российской ассоциацией врачей общей практики, а затем вместе с объемным пакетом сопроводительных документов отправлялись сотрудникам Совета по непрерывному медицинскому образованию (Совет НМО) при Минздраве России.

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

Завершающим этапом обучения была итоговая аттестация. К этой процедуре врачи-слушатели допускались при условии освоения всех модулей в системе MOODLE, о чем свидетельствовали результаты тестирования, документы, подтверждающие получение кредитов за участие в образовательных мероприятиях ассоциации, а также результаты выполнения самостоя-

тельной работы в виде реферата. Итоговая аттестация включала тестирование в онлайн режиме (100 вопросов множественного выбора), оценку практических навыков в симуляционном классе и собеседование с использованием контрольных вопросов. При тестировании практически все слушатели продемонстрировали отличные результаты (более 90 % правильных ответов).

Мы попросили слушателей дать письменную характеристику этого вида обучения. Суммируя эти небольшие эссе, можно представить коллективное отношение к такому циклу следующим образом.

«Основная сложность дистанционного обучения — его значительная растянутость (до 6 месяцев) и необходимость каким-то образом выкраивать недостающее время на фоне интенсивной повседневной занятости (“без отрыва”) на работе, дома, в семье, так как “скидки” на текущий учебный процесс не делается. Необходимо официальное предоставление обучаемому свободных “библиотечных” дней для самоподготовки — на сдачу тестов, экзаменов и т.п. Иначе вечно уставший и перегруженный доктор просто физически не сможет полноценно участвовать в данном учебном процессе».

Как видно из цитаты, основную сложность для слушателей представляла необходимость обучения в свое личное время. Как будет решаться этот вопрос в дальнейшем, трудно сказать. Скорее всего, такая форма подготовки будет превалировать, постепенно замещая очное обучение. Вместе с тем, как показывает наш опыт, за последнее время отношение врачей к дистанционным формам подготовки и новым образовательным технологиям изменилось.

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

Контактная информация:

Ирина Евгеньевна Моисеева, e-mail: irina.moiseeva@szgmu.ru

ВНЕДРЕНИЕ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОТОКОЛОВ — ОСНОВА ОКАЗАНИЯ КАЧЕСТВЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Н.А. Нармухамедова

Ташкентская медицинская академия, г. Ташкент, Республика Узбекистан

Требования современной медицины — это оказание эффективной медицинской помощи каждому пациенту согласно стандарту, основанному на принципах доказательной практики. Ежегодно экспертами разрабатываются клинические руководства с очень подробными рекомендациями по диагностике и лечению тех или иных заболеваний.

Клинические руководства предлагают эффективные методы диагностики и лечения для достижения лечебного эффекта с наименьшими затратами. Но у врачей не всегда хватает времени и возможностей внедрять их полностью в условиях работы данного медицинского учреждения. Качество оказания медицинской помощи достигается неуклонным выполнением рекомендаций протокола (стандарта), которые должны быть разработаны с учетом условий и возможностей каждого медицинского учреждения.

Для улучшения качества услуг в учреждениях первичного звена здравоохранения проекту «Здоровье-3» Министерством здравоохранения было рекомендовано разработать краткие, выполнимые клинические протоколы.

Для этого были созданы рабочие группы из преподавателей профильных кафедр последипломного образования и кафедр повышения квалификации врачей общей практики для разработки клинических протоколов по 4 основным направлениям: гастроэнтерологии, кардиологии, эндокринологии, пульмонологии — по 5 протоколов в каждом направлении. Выбор заболеваний осуществлялся на основании изучения потока больных, поступивших на лечение в центральную районную больницу.

Целевыми группами применения клинических протоколов были определены врачи общей практики (ВОП) сельских врачебных пунктов как учреждений «первого контакта» пациентов с медицинским персоналом, а также узкие специалисты (гастроэнтеролог, кардиолог, эндокринолог, пульмонолог) центральной районной многопрофильной поликлиники и врачи терапевтических отделений центральной районной больницы согласно «маршруту» больного. Краткие клинические протоколы должны были содержать рекомендации по диагностике и лечению пациентов в каждом медицинском учреждении с учетом предоставляемого объема услуг и оснащения медицинским оборудованием, т. е. на основании условий и возможностей каждого учреждения первичного звена здравоохране-

ния. Поэтому клинические протоколы составлены без дублирования действий на следующем этапе, а также с определением критериев перенаправления от одного учреждения в другое.

Клинические протоколы были представлены на совместном заседании рабочих групп, затем после внесения замечаний и предложений были апробированы среди врачей. Для этого были выбраны целевые группы: по 3–4 врача общей практики сельских врачебных пунктов и городских семейных поликлиник, узкие специалисты (гастроэнтеролог, кардиолог, эндокринолог, пульмонолог) центральной районной многопрофильной поликлиники и по 4 врача терапевтических отделений центральной районной больницы в каждой группе. Для оценки клинических протоколов были составлены вопросники AGREE, по которым каждый врач оценивал наиболее важные разделы протоколов. Это оценка диагностики на основе данных анамнеза и физикального осмотра, лабораторного и инструментального обследования, оценка немедикаментозного и медикаментозного лечения, критерии направления к специалисту в многопрофильную поликлинику, в центральную районную больницу или в областное специализированное учреждение. Каждый врач оценивал свой объем работы.

Таким образом, в оценке протоколов принимали участие 42 врача, 10–12 врачей оценивали по 5 протоколов каждого направления по 6 разделам. Максимальная оценка протокола — 72 балла. Анализ результатов показал, что протоколы получили 82–92 % балла, в примечаниях врачи отметили, что они понятны, выполнимы в их условиях работы, не требуют дополнительной траты времени на оформление медицинской документации.

Клинические протоколы были также рецензированы главными специалистами Министерства здравоохранения и сотрудниками республиканских специализированных центров.

На основании клинических протоколов были разработаны учебные программы по внедрению клинических протоколов и начато обучение терапевтов терапевтических отделений центральной районной больницы и узких специалистов центральной районной многопрофильной поликлиники. Клинические протоколы тиражируются и будут распространены во все медицинские учреждения первичного звена здравоохранения.

Следующим этапом работы будет мониторинг внедрения клинических протоколов путем оценки ведения историй болезни и амбулаторных карт, наблюдения за выполнением практических навыков, анализа соблюдения критериев перенаправления в соответствии с клиническими протоколами. По результатам мониторинга

будут сделаны выводы о том, насколько выполнение рекомендаций и соблюдение клинических протоколов улучшит качество медицинской помощи, снизит число необоснованных госпитализаций, сократит количество дней пребывания в стационаре и предупредит развитие осложнений и неблагоприятных исходов.

Контактная информация:

Назира Азизовна Нармухамедова, e-mail: nnarmukhamedova@jpib.uz

УЛУЧШЕНИЕ КАЧЕСТВА ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ У БОЛЬНЫХ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ В ПЕРВИЧНОМ ЗВЕНЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Р.А. Нурмухамедова, Б.Т. Одилова, М.А. Садырова

Ташкентский институт усовершенствования врачей, г. Ташкент, Узбекистан

Как известно, люди старше 40 лет чаще обращаются за медицинской помощью к врачам с тем или иным хроническим заболеванием. В этом возрасте преобладают хронические неинфекционные заболевания (сердечно-сосудистые, заболевания легких и почек). Одной из главных задач врачей общей практики является своевременное проведение качественной диспансеризации для уменьшения риска развития различных осложнений хронических заболеваний и улучшения качества жизни пациентов.

Цель работы: проанализировать качество диспансеризации пациентов старше 40 лет с заболеваниями сердечно-сосудистой системы и разработать рекомендации для его повышения.

Материалы и методы. Членами нашей команды разработаны опросник и критерии для оценки качества диспансеризации, а также проведен ретроспективный анализ амбулаторных карт.

Опросник состоял из 5 пунктов (вопросов):

1. При ухудшении состояния здоровья Вы сразу обращаетесь за помощью к врачу?
2. Знаете ли вы о том, что при отсутствии лечения могут развиваться осложнения?
3. Знаете ли Вы о важности посещения врача один раз в год?
4. Знаете ли Вы о важности сдачи анализов крови, мочи один раз в год?
5. Знаете ли Вы о важности регистрации ЭКГ один раз в год?

Критерии оценки диспансеризации:

1. Каждый человек старше 40 лет должен проходить медицинский осмотр один раз в год.
2. Каждый пациент, находящийся на диспансерном учете, должен посещать врача общей практики не менее двух раз в год.
3. Каждый человек старше 40 лет один раз

в год должен обязательно сдать анализы крови, мочи, ЭКГ.

Результаты. Был проведен опрос 100 пациентов с различными заболеваниями сердечно-сосудистой системы. Анализ результатов опроса показал, что только 60 % пациентов обращаются к врачу сразу после ухудшения состояния здоровья, 87 % знают о том, что при своевременном лечении осложнения не развиваются. 58 % опрошенных информированы о важности посещения врача один раз в год, 46 % знают о важности ежегодного исследования анализов крови и мочи. Только 35 % опрошенных имеют представления о важности ежегодной регистрации ЭКГ. Ретроспективный анализ амбулаторных карт показал, что только 74 % пациентов проходят медицинские осмотры один раз в год. Из пациентов, состоящих на диспансерном учете, только 87 % своевременно приходят на очередной осмотр к врачу, 74 % пациентов сдают анализы крови и мочи ежегодно, ЭКГ в течение года выполнена у 68 % пациентов.

Заключение. Исследование показало, что есть необходимость в мероприятиях, направленных на повышение качества диспансеризации. На основании проведенного анализа врачам общей практики будут даны следующие рекомендации:

- усилить работу с населением по проведению бесед о важности своевременного обращения к врачам при ухудшении состояния здоровья и о необходимости прохождения медицинских осмотров;
- в начале года составлять график диспансеризации и при проведении медицинских осмотров четко его придерживаться;
- ежегодно организовывать для врачей аудит по проведению диспансеризации.

Контактная информация:

Рохатой Абдишариповна Нурмухамедова, e-mail: rochatuz@mail.ru;

Муборак Амировна Садырова, e-mail: muborak72@rambler.ru;

Барно Турсуновна Одилова, e-mail: barno.odilova@minzdrav.uz

РОЛЬ ХРОНИЧЕСКИХ РЕСПИРАТОРНЫХ СИМПТОМОВ В ДИАГНОСТИКЕ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ

К.В. Овакимян

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

К хроническим респираторным симптомам относятся кашель, выделение мокроты и/или одышка, длящиеся свыше 12 недель в течение одного года и более. У всех пациентов с хроническими респираторными симптомами следует заподозрить хроническую обструктивную болезнь легких (ХОБЛ) при наличии факторов риска данного заболевания, в первую очередь курения.

Цель исследования: оценить распространенность хронических респираторных симптомов и хронической обструктивной болезни легких на амбулаторном этапе, их связь со статусом курения и сопутствующими заболеваниями у пациентов в возрасте 35–70 лет в Санкт-Петербурге.

Материалы и методы. Характер исследования — популяционное поперечное (одномоментное). Выборка получена случайным образом из базы данных Территориального фонда ОМС из прикрепленного к врачам общей практики 10 поликлиник населения Санкт-Петербурга (3500 человек) в возрасте 35–70 лет. 2103 участника согласились на анкетирование, которое включало ряд вопросов о социодемографических характеристиках, статусе курения, сопутствующих респираторных и нереспираторных заболеваниях и респираторных симптомах. Из всех опрошенных 1446 человек согласились на проведение спирометрии с бронхолитическим тестом и достигли приемлемых и воспроизводимых результатов согласно критериям качества Американского торакального общества и Европейского респираторного общества (критерии ATS/ERS). Для выявления респираторных симптомов и факторов риска развития хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) использовали следующие опросники:

– опросник 1: «Опросник для выявления респираторных симптомов» (Bridevaux P.-O. et al, 2010);

– опросник 2: «Дифференциально-диагностический опросник ХОБЛ и БА» (Tinkelman D.G. et al., 2005; Levy M.L. et al., 2006, http://www.thepcrj.org/journ/vol15/15_1_20_34.pdf).

Хроническими респираторными симптомами считали кашель, выделение мокроты и/или одышку свыше 12 недель в течение одного года и более. Спирометрию проводили при помощи портативных спирометров фирмы MIR

SpiroBank, которые сертифицированы в Российской Федерации и имеют сертификат соответствия качества стационарному оборудованию, сопоставимому с данными диагностических лабораторий. Регистрацию показателей спирометрии проводили дважды: до и через 20 мин после ингаляции бронхолитика (сальбутамол 400 мкг или ипратропия бромид 160 мкг). Критериями обструктивных нарушений считали отношение $ОФВ_1/ФЖЕЛ$ менее 0,7. Критерием постановки диагноза ХОБЛ являлось наличие бронхиальной обструкции до и после проведения бронхолитического теста при наличии хотя бы одного хронического респираторного симптома. Была проанализирована распространенность респираторных симптомов и ХОБЛ, их связь с факторами риска ХОБЛ, нереспираторными заболеваниями.

Статистическую обработку результатов проводили с помощью программы SPSS 20.0 (SPSS Inc., Чикаго, Иллинойс, США). Доверительные интервалы количественных переменных оценивали при помощи статистики для одновыборочного t-критерия. Расчет доверительного интервала долей проводили по Клопперу—Пирсону. Связь одних переменных с другими, включая количественные, порядковые и номинальные в любом их сочетании, оценивали при помощи мультивариантного анализа. Достоверность различий категориальных переменных оценивали по критерию χ^2 Пирсона. Различия между группами признавали достоверными при уровне доверительной вероятности (p) не выше 0,05.

Результаты. Распространенность хронических респираторных симптомов составила 43,2 % (95 % ДИ 41,1–45,4 %). Распространенность хронического кашля, выделение мокроты и одышки составила 17,5 (95 % ДИ 15,9–19,1 %), 12,5 (95 % ДИ 11,1–13,9 %) и 35,1 % (95 % ДИ 33,1–37,2 %) соответственно. Средний возраст лиц, предъявлявших жалобы на хотя бы один хронический респираторный симптом, был больше на 3 года и составил $56,8 \pm 8,4$ года ($p < 0,01$). Среди лиц с хроническими респираторными симптомами курильщики и бывшие курильщики встречались достоверно чаще (81,0 и 42,9 % соответственно, $p < 0,01$). Распространенность хронического кашля и хронического выделения мокроты достоверно нарастала с увеличением числа пачка-лет.

Распространенность одышки более интенсивно нарастала при индексе курения, превышавшем 15 пачка/лет ($p < 0,01$). Выявлена достоверная связь ряда респираторных симптомов с сопутствующими заболеваниями: при хроническом кашле и выделении мокроты с наличием артериальной гипертензии в анамнезе ($p < 0,01$), при одышке — с другими нереспираторными заболеваниями ($p < 0,05$). Доля лиц, имевших анамнестические указания на ХОБЛ, составила 1,4 % (95 % ДИ 1,0–2,0 %), распространенность данного диагноза была достоверно выше среди лиц, имевших хотя бы один хронический респираторный симптом (2,8 и 0,3 % соответственно, $p < 0,01$). Распространенность ХОБЛ составила 7,6 % (95 % ДИ 6,3–9,1 %). У 4,7 % (95 % ДИ 3,7–6,0 %) участников диагноз ХОБЛ был установлен впервые. Среди лиц, сообщивших о наличии хронического бронхита

в анамнезе, у 8,4 % (95 % ДИ 4,5–13,9 %) был установлен диагноз ХОБЛ. Среди лиц, имевших анамнестические указания на ХОБЛ, диагноз был подтвержден лишь в 50 % случаев.

Заключение. Полученные данные свидетельствуют о высокой распространенности хронических респираторных симптомов и о низком уровне диагностики ХОБЛ на амбулаторном этапе в Санкт-Петербурге среди жителей в возрасте от 35 до 70 лет. Установлено, что распространенность хронических респираторных симптомов нарастает с увеличением индекса курения ($p < 0,01$). Лица, имеющие хронические респираторные симптомы, достоверно чаще сообщают о наличии в анамнезе артериальной гипертензии ($p < 0,01$). Выявление хронических респираторных симптомов и тщательный сбор анамнеза способствуют своевременной диагностике ХОБЛ на амбулаторном этапе.

Контактная информация:

Карина Викторовна Овакимян, e-mail: ursa-alba@yandex.ru

КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ В УСЛОВИЯХ КОМОРБИДНОСТИ

Н.С. Оконечникова, Т.В. Болотнова

ГБОУ ВПО «Тюменский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Тюмень, Россия

Актуальность. Артериальная гипертензия (АГ) в настоящее время является самым распространенным хроническим заболеванием. В популяции пациентов пожилого и старческого возраста частота встречаемости АГ достигает 50 %. В российской популяции распространенность АГ прогрессивно увеличивается с возрастом: от 10 % у мужчин и 8,7 % у женщин молодого возраста до 81 и 86,1 % соответственно в возрасте 90 лет.

Последние десятилетия характеризуются совершенствованием методов функциональной диагностики и появлением новых вариантов, среди которых особо выделяют методы обследования, позволяющие получить информацию о сердечно-сосудистой системе пациентов в условиях, максимально приближенных к естественным. Одной из таких методик является суточное мониторирование АД (СМАД).

Преимуществами СМАД является большое количество измерений на протяжении суток, возможность регистрации АД в обстановке, максимально приближенной к обычной жизнедеятельности пациента, регистрация АД во время дневной активности и во время сна, возможность оценки вариабельности АД, двухфазного ритма, устранение «эффекта белого халата».

Цель исследования. Выявить особенности клинического течения эссенциальной артериальной гипертензии у больных пожилого возраста при ассоциации с ишемической болезнью сердца (ИБС) и хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ).

Материалы и методы. Проведено комплексное клиничко-функциональное обследование 120 больных пожилого возраста: 60 больных АГ в сочетании с ИБС (стенокардия напряжения II–III ФК), средний возраст — $64,7 \pm 0,6$ года, и 60 больных АГ в ассоциации с ИБС (стенокардия напряжения II–III ФК) и ХОБЛ (период ремиссии), средний возраст — $65,9 \pm 0,5$ года. Больные с изолированной систолической гипертензией и вторичными гипертензиями из исследования исключались.

Эхокардиографическое исследование в В-и М-режимах, а также доплерэхокардиографию в импульсном и непрерывно-волновом режимах проводили на эхокардиографе Acuson Sequoia 512 (США) по традиционной методике. Оценивали конечно-систолический и конечно-диастолический размеры левого желудочка (ЛЖ), диаметр правого желудочка (ПЖ), толщину стенки ПЖ, размер полости левого предсердия, толщину задней стенки ЛЖ и межжелудочко-

вой перегородки. Фракцию выброса и массу миокарда ЛЖ (ММЛЖ) рассчитывали по общепринятым формулам.

Суточное мониторирование АД проводили с помощью аппарата Medilog DX фирмы Oxford (США) в течение 24 часов, на «чистом» фоне. Использовали стандартный режим мониторирования, периоды дня и ночи устанавливали индивидуально для каждого пациента с учетом дневниковых записей. Оценивали средние значения и индекс времени (ИВ) АД за сутки, в дневное и ночное время, суточный индекс систолического (САД) и диастолического АД (ДАД), отражающий степень ночного снижения АД, а также вариабельность АД и ЧСС в дневные и ночные часы.

Результаты. При изучении клинического течения АГ в пожилом возрасте нами установлено, что кризовое течение АГ у больных с ассоциированной патологией было выявлено в 36,7 % случаев, а в группе больных АГ в сочетании с ИБС — в 43,3 % случаев, что достоверно не различалось. При этом в группе пожилых больных с ассоциированной патологией кризы высокой частоты (более 5 раз в год) выявлялись достоверно чаще (40,9 %), чем в группе больных АГ и ИБС (12,5 %, $p < 0,05$). У больных АГ в сочетании с ИБС преобладали кризы средней частоты (70,8 %), которые у больных с ассоциированной патологией встречались достоверно реже (40,9 %, $p < 0,05$).

В группе пожилых больных с ассоциированной патологией с кризовым течением АГ преобладают больные с III ФК стенокардии напряжения (81,8 %), что достоверно выше, чем у больных с некризовым течением АГ (26,3 %, $p < 0,001$). У больных с ассоциированной патологией с кризовым течением АГ наиболее часто выявлялась нестабильная стенокардия 2 (45,5 %) и 3 раза в год (40,9 %). При этом нестабильная стенокардия 3 раза в год в данной подгруппе выявлялась достоверно чаще, чем у больных с некризовым течением АГ (5,2 %, $p < 0,01$). Эпизоды нестабильности стенокардии менее 1 раза в год у больных с ассоциированной патологией с кризовым течением АГ не встречались.

По результатам эхокардиографического исследования у пожилых больных АГ в ассоциации с ИБС и ХОБЛ выявлены выраженные процессы ремоделирования левого и правого желудочков сердца. Наибольшая масса миокарда левого желудочка (ММЛЖ) ($229,9 \pm 8,8$ г) выявлена у больных АГ в сочетании с ИБС. В группе пожилых больных с ассоциированной патологией ММЛЖ составила $226,2 \pm 8,7$ г и была обрат-

но связана с длительностью заболевания ХОБЛ ($r = -0,763 \pm 0,05$, $p < 0,001$). У пожилых больных с ассоциированной патологией фракция выброса была достоверно ниже ($42,7 \pm 0,7$ %), чем в группе контроля ($55,3 \pm 2,9$ %, $p < 0,001$).

При анализе средних показателей СМАД установлено, что у пожилых больных с ассоциированной патологией показатели средненочного САД были достоверно выше ($143,6 \pm 2,2$ мм рт. ст.), а показатели среднесуточного и среднедневного ДАД достоверно ниже ($78,8 \pm 1,5$ и $79,0 \pm 1,6$ мм рт. ст. соответственно) по сравнению с группой больных АГ в сочетании с ИБС. Кроме того, в группе пожилых больных с ассоциированной патологией выявлено достоверное повышение показателей пульсового АД (ПАД) и ЧСС за сутки, в дневные и ночные часы по отношению к группе больных АГ и ИБС.

При оценке «нагрузки давлением» у пожилых больных с ассоциированной патологией выявлено достоверное повышение ИВ САД в ночные часы ($86,8 \pm 3,3$ %) в сравнении с группой больных АГ и ИБС ($52,1 \pm 3,4$ %, $p < 0,001$). При этом ИВ ДАД в дневное время был достоверно ниже у больных с ассоциированной патологией ($24,5 \pm 3,2$ %) в сравнении с группой больных АГ и ИБС ($39,7 \pm 2,7$ %, $p < 0,001$).

Анализируя суточный профиль АД у пожилых больных с ассоциированной патологией, установили достоверное преобладание нарушенного суточного ритма САД и ДАД с недостаточным снижением (non-dipper) или избыточным повышением АД в ночное время (night-peaker), при этом пациентов с нормальным суточным ритмом САД (dipper) в данной группе выявлено не было.

Анализ вариабельности АД показал, что у больных с ассоциированной патологией ночная вариабельность ПАД ($13,9 \pm 0,8$ мм рт. ст.) была достоверно выше, чем у больных АГ и ИБС ($11,6 \pm 0,6$ мм рт. ст., $p < 0,05$).

Заключение. Систола-диастолическая артериальная гипертензия у больных с ассоциированной патологией в пожилом возрасте характеризуется наличием кризов высокой частоты, высокими цифрами средненочного САД, увеличением индекса времени САД в ночные часы, повышенными показателями ПАД и ЧСС в течение суток, отсутствием нормального суточного профиля САД с преобладанием non-dipper и night-peaker типов, высокой ночной вариабельностью ПАД. Перечисленные особенности необходимо учитывать при диагностике и выборе тактики лечения пожилых больных артериальной гипертензией в условиях коморбидности.

Контактная информация:

Наталья Сергеевна Оконежникова, e-mail: okonechnikova@inbox.ru

ОБУЧЕНИЕ ЧЕРЕЗ ОСВОЕНИЕ НА ПРАКТИКЕ. ПРОЕКТ СПИРОКУРС

М.А. Похазникова¹, Я.-М. Дегриз^{3,4}, Е.Ю. Тур¹, Е.А. Андреева², И.Е. Моисеева¹,
К.В. Овакимян¹

ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова»
Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия;

² ГБОУ ВПО «Северный государственный медицинский университет» Минздрава России, Архангельск,
Россия;

³Левенский католический университет, Левен, Бельгия;

⁴Левенский католический университет, Брюссель, Бельгия

Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) относится к наиболее распространенным заболеваниям в мире и имеет высокую медико-социальную значимость. Наряду с оценкой наличия и характера респираторных симптомов и основного фактора риска ХОБЛ — курения, обязательным методом диагностики этого заболевания и оценки его тяжести является спирометрия. Этот метод включен в схему обследования пациента на втором этапе диспансеризации, порядок проведения которой утвержден приказом Минздрава РФ № 36ан и является обязательным для контроля нарушений функции дыхания при наблюдении таких больных на амбулаторном этапе. В связи с этим освоение данного метода диагностики врачами первичного звена здравоохранения стало реальной задачей практического здравоохранения. В настоящее время в нашей стране доступны современные портативные спирометры, появились четкие национальные рекомендации по проведению спирометрического исследования. Кроме того, это оборудование включено в таблицу оснащения отделений общей врачебной практики в соответствии с Приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ № 543н «Об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению». Таким образом, внедрение этого метода диагностики актуально в первую очередь для врачей общей практики.

Актуальность данной проблемы привела к необходимости создания специальной обучающей программы, которая позволила бы врачам без длительного отрыва от работы овладеть этим диагностическим методом. Учитывая опыт одного из ведущих университетов Европы — Католического университета Левена (Бельгия) по подготовке подобного курса, который дал возможность освоить спирометрию и внедрить ее в практику работы семейных врачей, был создан дистанционный курс обучения. Его программа была разработана сотрудниками кафедры семейной медицины Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова совместно с кафедрой семейной медицины Северного государственного меди-

цинского университета под руководством профессора Католического университета Левена Я.-М. Дегриза. Работа выполнялась в рамках международного сотрудничества между учреждениями и исследовательского проекта по изучению распространенности хронической обструктивной болезни легких RESPECT (RESearch on the PrEvalence and the diagnosis of COPD and its Tobacco-related etiology). Данный курс дистанционной подготовки имеет строгую структуру, включающую учебные модули, библиотеку, клинические случаи, форум и дополнительные ресурсы. В каждом из трех учебных модулей определены цели и задачи, изложение которых позволяет ориентировать курсанта на конечный результат. Форум как важный элемент курса дает возможность вовлечения обучающегося в учебный процесс, интерактивного общения между членами группы и преподавателем. Каждый учебный модуль включает тестовые задания, выполнение которых позволяет переходить к изучению последующих материалов. Все материалы размещены на образовательной платформе MOODLE, которая позволяет:

- представить образовательный материал в различных формах: учебные модули, презентации с анимацией и звуком, видеоролики;
- использовать разнообразные средства коммуникации: электронная почта, форум, объявления;
- создавать различные тесты: тесты множественного выбора, задания на выстраивание элементов по порядку, задания на маркирование различных областей рисунка, а также вопросы для свободно конструируемого ответа;
- проверять присланные письменные работы, ограничивать сроки выполнения заданий;
- получать детальный отчет о выполнении заданий каждым обучающимся;
- организовать обратную связь: курсант получает заключение о своих результатах, ошибках с комментариями преподавателя;
- обновлять и дополнять содержание курса.

Важным элементом обучения стал очный компонент, нацеленный на отработку практических навыков каждым врачом-слушателем друг

на друге и с привлечением пациентов. Кроме того, с помощью преподавателя слушатели оценивают качество полученных спирограмм и проводят их комплексную оценку.

Безусловно, главным критерием эффективности курса по спирометрии, как и любого другого курса, нацеленного на овладение практическими навыками, должен быть уровень освоения данного метода и возможность последующего его применения в практической деятельности.

Для оценки эффективности обучения на дистанционном курсе по спирометрии был привлечен внешний рецензент, являющийся экспертом в области функциональной диагностики заболеваний дыхательной системы, который дал высокую оценку предложенной программы. Е.В. Фроловой и А.Н. Андрюхиным (2013) была проведена комплексная оценка эффективности курса, которая показала высокую степень удовлетворенности слушателей и уверенное достижение ими большинства учебных целей.

Реализация проекта RESPECT подразумевала привлечение подготовленных врачей общей практики к проведению эпидемиологической части исследования, в рамках которой проводилось обследование пациентов из случайной выборки жителей Санкт-Петербурга и Архангельска. Врачами было выполнено 3020 спирограмм,

93,5 % которых, по оценке независимых экспертов с российской и бельгийской стороны, соответствовали критериям качества Американского торакального общества и Европейского торакального общества. Необходимо отметить, что все подготовленные врачи имели возможность совершенствовать свои практические навыки при выполнении пилотного проекта, обращаться за консультациями на кафедру семейной медицины в диагностически сложных случаях, повторно проходить тренировку практических навыков на семинаре с участием бельгийских экспертов.

На основе данного курса создана программа и проводятся циклы тематического усовершенствования врачей. Освоение спирометрии является факультативной дисциплиной программы обучения клинических ординаторов по специальности «семейная медицина».

Заключение. Спирометрия может стать рутинным методом диагностики обструктивных заболеваний легких в общей врачебной практике после обучения врачей на цикле с использованием дистанционных технологий. Залогом качества выполненных спирометрических исследований является постоянное использование данного метода в практической деятельности врача.

Контактная информация: Марина Александровна Похазникова, e-mail: pokmar@mail.ru

ПРОБЛЕМА ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ В ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВРАЧА ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ

Н.Н. Протько, Л.С. Богуш

ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»,
г. Минск, Республика Беларусь

Психосоматические расстройства (греч. *psychē* — душа, сознание, *sōmatos* тело) — психогенно либо преимущественно психогенно обусловленные нарушения функций внутренних органов или физиологических систем (кровообращения, дыхания, пищеварения, мочеотделения и т. п.). Проблема психосоматических расстройств (ПСР) в настоящее время является актуальной и обсуждаемой в научных медицинских кругах. Несмотря на это, психосоматический компонент патогенеза целого ряда заболеваний недостаточно учитывается врачами общей практики при лечении таких пациентов.

К ПСР относятся следующие нарушения: функциональные психосоматозы — диссоциативные (конверсионные) расстройства, соматоформные расстройства (соматизированное, ипо-

хондрическое, хроническое болевое расстройство, соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы), а также органические психосоматозы — соматические заболевания, имеющие в своей основе органические нарушения (язвенная болезнь, артериальная гипертензия, нейродермит и др.). Общим для данных заболеваний является наличие в клинической картине психоэмоциональных нарушений, чаще всего тревожно-депрессивного спектра. По данным разных авторов, распространенность ПСР варьирует от 15 до 60 % среди населения, а среди пациентов в общей врачебной практике — от 30 до 57 %.

Следует также отметить, что целый ряд психических расстройств, в частности депрессия, тревожные расстройства, реакции на стресс

и расстройства адаптации, порой протекает под соматическими масками, когда в клинической картине доминируют соматические симптомы. Психосоматический характер данных симптомов также часто не учитывается врачами общей практики. Пациенты с психическими расстройствами в 70–80 % случаев обращаются за помощью к врачам первичного звена, а диагностируются эти расстройства всего в 10–30 % случаев.

Своевременное выявление и лечение психосоматических расстройств или коморбидных соматических и психических заболеваний — задача врача общей практики. Подозрение на психосоматический характер заболевания должно внести изменения в диагностическую и лечебную тактику врача в отношении данного пациента.

В диагностическом плане потребуется дополнительная оценка психического статуса пациента врачом общей практики и/или психиатром/психотерапевтом.

Для эффективного лечения ПСР к терапии соматического заболевания, которое проводится в соответствии с принятыми протоколами лечения, должны быть добавлены элементы психотерапии и/или психофармакотерапии, направленные на коррекцию сопутствующих психоэмоциональных нарушений.

Психотерапия — исключительно важная составляющая в лечении ПСР, так как воздействует на один из основных компонентов патогенеза данных расстройств — значимые психические факторы. Психотерапия может только дополнять, но не заменять лечение соматического заболевания.

Психофармакотерапия ПСР имеет конкретные показания для назначения: наличие в структуре расстройства психопатологических симптомов и синдромов (например, тревоги, депрессии, ипохондрии); наличие соматических нарушений, на которые психотропный препарат оказывает прицельное лечебное влияние (например, купирование хронических болей с помощью антидепрессантов). Синдромами-мишенями психофармакотерапии при ПСР являются астенический (биостимуляторы, адаптогены, общеукрепляющие средства, ноотропы), тревожный (антидепрессанты, анксиолитики, бета-адреноблокаторы), депрессивный (антидепрессанты, анксиолитики), ипохондрический (антидепрессанты, антипсихотики).

Важной задачей является также профилактика ПСР. В работе врача общей практики профилактика распространенных неинфекционных заболеваний, к которым относятся и психические расстройства, занимает значительную часть. Первичная и вторичная профилактика ПСР проводится по двум направлениям:

– неспецифическая профилактика ПСР направлена на повышение стрессоустойчивости организма и включает режимно-оздоровительные мероприятия (рациональное питание, полноценный сон, адекватная физическая нагрузка, коррекция режимов труда и отдыха);

– специфическая профилактика включает мероприятия, которые влияют на патогенетические механизмы формирования ПСР. Эти меры должны быть подобраны индивидуально с учетом психологических факторов риска развития ПСР у конкретного человека и включают развитие навыков осознания и корректного выражения своих эмоций, осознания своих желаний, умения делать выбор и нести за него ответственность, навыков преодоления и профилактики стресса, изменения моделей поведения. Специфическая профилактика ПСР проводится психотерапевтами, психологами.

Элементы неспецифической профилактики и психотерапии могут и должны использоваться врачами-интернистами при общении с пациентами психосоматического профиля. Поэтому актуальной является задача улучшения психиатрической и психотерапевтической подготовки врачей общей практики, так как именно к ним в первую очередь обращаются пациенты, страдающие психосоматическими расстройствами.

Данная задача согласуется с продекларированной в руководящих документах Всемирной организации здравоохранения, в том числе в Европейской декларации по охране психического здоровья и в Европейском плане действий по охране психического здоровья (2005), цели по повышению доступности психиатрических услуг для населения путем повышения роли врачей системы первичной медико-санитарной помощи.

В связи с этим в программу переподготовки врачей по специальности «Общая врачебная практика» на базе ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования» был включен модуль по изучению основ психиатрии и психотерапии, в который, в частности, вошли лекционные и практические занятия по ведению пациентов с психосоматическими расстройствами.

Таким образом, проблема ПСР актуальна для врача общей практики. В настоящее время в практической работе специалистов первичного звена она не получает должной реализации. Необходимо соответствующие меры по привлечению внимания медиков к данному вопросу. Для этого вопросы психосоматического характера заболеваний должны преподаваться при подготовке специалистов на до- и последипломном уровне, звучать на медицинских форумах и освещаться в специализированных изданиях. Все это поможет изменить клиническое мышление врачей общей практики в сторону комплексного видения

проблем пациента и приведет к улучшению выявления и повышению эффективности лечения

одной из самых распространенных групп заболеваний — психосоматических расстройств.

Контактная информация:

Наталья Николаевна Протьюко, e-mail: NataliaP@tut.by

СООТНОШЕНИЕ ФУНКЦИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И ФАКТОРОВ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА У ПАЦИЕНТОВ С АУТОИММУННЫМ ТИРЕОИДИТОМ

И.А. Романенко, Н.В. Будникова, Т.С. Полятыкина, В.Б. Гринштейн, В.Н. Пайвина

ГБОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия» Минздрава России, г. Иваново, Россия

Начало XXI века сопровождается лавинообразным ростом аутоиммунной патологии. Аутоиммунные заболевания щитовидной железы, как правило, сопровождаются нарушением ее функции. Финалом развития аутоиммунного тиреоидита (АИТ) является первичный гипотиреоз. Проблема гипотиреоза в настоящее время актуальна для врачей любой специальности, в связи с высокой распространенностью этой патологии и полиморфизмом ее проявлений. Снижение функции щитовидной железы традиционно предполагает такие изменения, как артериальная гипотония, брадикардия, нарушения сердечного ритма и развитие выраженного атеросклероза коронарных артерий.

Цель исследования: оценка соотношения функции щитовидной железы и факторов сердечно-сосудистого риска у пациентов с АИТ.

Материалы и методы. Обследовано 48 пациентов АИТ в стадии первичного гипотиреоза, средний возраст которых составил $46,68 \pm 8,72$ лет. АИТ диагностирован на основании характерной клинической картины заболевания, данных ультразвукового исследования щитовидной железы, иммунологических методов исследования (антитела к тиреопероксидазе — АТ к ТПО), сцинтиграфии щитовидной железы с технецием 99m , а гипотиреоз — при помощи гормональных методов исследования (тиреотропный гормон, свободный тироксин). У всех обследуемых определяли индекс массы тела, артериальное давление (АД), липидный профиль (холестерин — ХС, триглицериды — ТГ, липопротеиды низкой плотности — ЛПНП, липопротеиды высокой плотности — ЛПВП), выполняли ЭКГ. Всем больным проводили заместительную терапию L-тироксином.

Результаты. Выявлены следующие факторы сердечно-сосудистого риска: анамнез ранних сердечно-сосудистых заболеваний у родственников больных АИТ (29,2 %), курение (23,6 %),

дислипидемия (46,7 %), сахарный диабет (12 %). Наиболее часто встречающимися факторами риска стали гипертоническая болезнь (56 %) и абдоминальное ожирение (48 %). Гипертрофия левого желудочка выявлена у 41,2 % больных. По шкале SCORE оценен риск сердечно-сосудистых катастроф: пациенты с низким риском составили 18,3 % обследуемых, с умеренным — 44,5 %, с высоким и очень высоким риском — 37,2 %. Выявлены корреляционные связи уровня АД с другими факторами: связь уровня ХС крови с систолическим АД ($r = +0,45$) и диастолическим АД ($r = +0,3$); связь уровня ТГ крови с диастолическим АД ($r = +0,5$), прямая связь уровня титра АТ к ТПО в крови с систолическим АД ($r = +0,3$) и диастолическим АД ($r = +0,3$). Значимых связей АД с уровнем тироксина в крови больных АИТ не было выявлено.

Заключение. У значительной доли больных АИТ в стадии гипотиреоза обнаружены факторы высокого риска развития сердечно-сосудистых катастроф. Существенный вклад в повышение риска вносят нарушения липидного профиля: у больных АИТ выявлены тесные корреляционные связи АГ с выраженностью дислипидемии, которые сохраняются на фоне стандартного лечения АИТ, определяя необходимость внесения коррекции в гиполлипидемическую терапию. Отсутствие корреляции АД с гормональным профилем у этой категории больных свидетельствует об адекватно подобранной дозе заместительной терапии тиреоидными гормонами. Необходимо отметить связь артериальной гипертонии с активностью иммунного процесса и его продолжительностью. Таким образом, АИТ — аутоиммунное заболевание, сопровождающееся снижением функции щитовидной железы, которое вносит свой вклад в перечень традиционных факторов риска сосудистых заболеваний.

Контактная информация:

Наталья Валерьевна Будникова, e-mail: budnikova74@mail.ru

ВОЗМОЖНОСТИ ОБЪЕМНОЙ КАПНОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ

С.В. Субботин¹, Е.Ю. Бушмелева²

¹ ГБОУ ВПО «Рязанский государственный медицинский университет имени акад. И.П. Павлова»
Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Рязань, Россия;

² ГБУ РО КБ им. Н.А. Семашко, г. Рязань, Россия

Объемная капнография — новый метод оценки функционального состояния органов дыхания, оценивающий динамику выделения углекислого газа по отношению к дыхательному объему и косвенно отражающий состояние дыхательных путей малого диаметра.

Цель исследования: оценить показатели объемной капнографии у пациентов с бронхиальной астмой; установить корреляционную связь показателей рассматриваемой методики со спирометрическими и бодиплетизмографическими данными.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 70 пациентов с установленным диагнозом бронхиальной астмы (возраст $59,8 \pm 14,9$ года) и 55 добровольцев контрольной группы без бронхиальной астмы (возраст $58,15 \pm 14,03$ года). Группы были идентичны по антропометрическим показателям. Критериями исключения были острые респираторные инфекции в течение 30 дней до исследования, любая другая легочная патология, декомпенсация сердечно-сосудистых заболеваний; состояния, требующие приема системных глюкокортикостероидов. Все пациенты с бронхиальной астмой перед исследованием воздержались от применения короткодействующих бронходилататоров в течение 6 часов и длительно действующих бронходилататоров в течение 12 часов. У всех обследованных проведены спирометрия и объемная капнография. В группе бронхиальной астмы показатели регистрировали дважды: до и через 20 мин после ингаляции бронхолитика (вентолин 400 мкг). Кроме того, 10 пациентам с бронхиальной астмой дополнительно проведена бодиплетизмография.

Для регистрации объемных капнограмм и спирограмм использовали ультразвуковой компьютерный спирограф SpiroScout (Ganshorn, Германия), оснащенный функцией объемной капнографии. Оценивали следующие капнографические показатели: dMM/dV_2 (г/моль*л) — угол наклона фазы 2, dMM/dV_3 (г/моль*л) — угол наклона фазы 3, αs_2s_3 (°) — угол альфа между фазами 2 и 3, VD-Fowler — объем мертвого пространства по Fowler, $V_m 25-50/V_{Tin-s}$ — индекс эмфиземы. Регистрировали следующие спирометрические показатели: FVC_{выд} (% от должного) — форсированная жизненная емкость легких, FEV₁ (% от должного) — объем форсированного выдоха за 1 с,

FEV₁/FVC_{выд} (% от должного) — соотношение объема форсированного выдоха за 1 с и форсированной жизненной емкости легких.

Для проведения бодиплетизмографии использован бодиплетизмограф Q-box (COSMED, Италия). Регистрировались показатели: TLC (% от должного) — общая емкость легких, RV (% от должного) — функциональная остаточная емкость легких и остаточный объем легких, RAW (кПаc/л) — показатель бронхиального сопротивления, RV/TLC (% от должного) — соотношение функциональной остаточной емкости легких и общей емкости легких, TGV (% от должного) — внутригрудной объем.

Статистическую обработку результатов проводили с помощью Statistica for Windows (StatSoft Inc., версия 10.0). Данные статистики представлены как выборочное среднее \pm стандартное отклонение. Различия считались статистически достоверными при $p < 0,05$. Расчет коэффициента корреляции проводили ранговым методом Спирмена.

Результаты. При анализе результатов спирометрии получено снижение показателей функции внешнего дыхания у пациентов с бронхиальной астмой до ингаляции вентолина в сравнении с контрольной группой: FVC_{выд} — $70,99 \pm 2,43$ и $101,69 \pm 1,45$, FEV₁ — $58,74 \pm 1,95$ и $99,54 \pm 1,41$; FEV₁/FVC_{выд} — $76,29 \pm 2,97$ и $112,46 \pm 3,18$ соответственно. FEV₁ достоверно увеличивался после ингаляции вентолина по сравнению с тем же показателем до бронходилатации ($65,86 \pm 1,92$ и $58,74 \pm 1,95$ соответственно).

Бодиплетизмография регистрировала повышение RV ($118,29 \pm 7,13$), RV/TLC ($64,43 \pm 10,42$) за счет гиперинфляции и образования воздушных ловушек и RAW ($4,70 \pm 1,2$) вследствие бронхообструкции.

Оценка показателей объемной капнографии показала, что объем анатомического мертвого пространства (VD-Fowler) в группе бронхиальной астмы достоверно снижался по сравнению с группой контроля ($136,06 \pm 5,30$ и $168,77 \pm 5,73$ соответственно) за счет бронхообструкции. Снижение dMM/dV_2 у пациентов с бронхиальной астмой после применения вентолина ($2,81 \pm 0,12$ до применения препарата и $2,36 \pm 0,10$ после) может косвенно отражать изменение величины мертвого пространства в ответ на бронходилатацию.

dMM/dV3, характеризующий состояние вентиляции и перфузии легочной периферии, достоверно выше у пациентов с бронхиальной астмой до применения бронхолитика ($0,27 \pm 0,02$) по сравнению с пациентами контрольной группы ($0,20 \pm 0,01$), что показывает неоднородность распределения вентиляционно-перфузионного соотношения в этих областях при бронхообструкции. При этом dMM/dV3 не имел достоверной разницы до и после применения вентолина у пациентов с бронхиальной астмой, что объясняется наличием необратимых изменений дистальных дыхательных путей. Кроме того, выявлена корреляция dMM/dV3 со всеми определяемыми спирометрическими показателями, а также — с TLC, Raw и наиболее сильная, а RV/TLC бодиплетизмографии.

Alpha s2s3 достоверно ($p < 0,05$) выше у пациентов в группе бронхиальной астмы по сравнению с группой контроля ($128,12 \pm 1,26$ и $124,51 \pm 0,82$ соответственно) в связи с неравномерным «опустошением» альвеол при выдохе у пациентов с бронхообструкцией. Выявлена корреляция данного показателя с FEV₁ и FEV₁/FVC выд спирометрии и RV, RAW, RV/TLC бодиплетизмографии.

С помощью метода объемной капнографии

Контактная информация:

Сергей Викторович Субботин, e-mail: subbotinsv.89@mail.ru

можно определить наличие гиперинфляции у пациентов с бронхиальной астмой. Для этой цели используется «индекс эмфиземы» ($Vm25-50/VTin-s$). Пациенты группы бронхиальной астмы имели достоверно более высокий $Vm25-50/VTin-s$ до и после ингаляции вентолина, чем пациенты контрольной группы ($91,51 \pm 17,06$ до и $66,08 \pm 10,92$ после ингаляции и $17,11 \pm 1,03$ в группе контроля), что в основном объясняется наличием легочной гиперинфляции у таких пациентов. $Vm25-50/VTin-s$ показал корреляцию со всеми определяемыми спирометрическими показателями, а также с TGV и RV/TLC бодиплетизмографии.

Выводы

1. Возможности объемной капнографии позволяют расширить представление о нарушении функции дыхания при бронхообструкции.

2. Наличие корреляционных связей между показателями объемной капнографии и данными спирометрии и бодиплетизмографии показывает, что этот метод может найти свое применение в качестве дополнительного диагностического теста для оценки функционального состояния органов дыхания у пациентов с бронхиальной астмой.

НОВЫЕ ПОДХОДЫ К НЕПРЕРЫВНОМУ ПРОФЕССИОНАЛЬНОМУ РАЗВИТИЮ И ДОПОЛНИТЕЛЬНОМУ ОБРАЗОВАНИЮ ВРАЧЕЙ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ

С.Н. Уразова, Г.Т. Аталыкова, Д.Э. Асамбаева, Е.М. Цай

АО «Медицинский университет Астана», г. Астана, Республика Казахстан

Во всех проектах в сфере здравоохранения приоритетным направлением по-прежнему остается реформирование первичного звена здравоохранения как наиболее доступного и наименее затратного этапа медицинской помощи. Современные требования, предъявляемые к программам подготовки врачей общей практики, предусматривают их построение на основе интегрального, пациент- и проблемно-ориентированного подхода. Инновационный принцип обучения предусматривает согласно новым веяниям времени овладение компетенциями, базирующимися на основных знаниях и умениях, приобретаемых в процессе подготовки. Мотивация взрослых к овладению новым знанием повышается при понимании ими ценности, необходимости, практической значимости изучения проблемы, поэтому в системе непрерывного образования наиболее эффективны такие педагогические технологии, как ролевые и ситуационные игры, моделирование, анализ

сложных и диагностически неясных случаев заболеваний в клинической практике, самооценка, самостоятельная работа.

Одна из основных компетенций врача общей практики — управление процессом оказания первичной медицинской помощи. Она включает умения управлять процессом установления первого контакта с пациентом, разделять и классифицировать его проблемы, оказывать первичную медицинскую помощь, обеспечивать защиту интересов пациента и доступность необходимой медицинской помощи. Для формирования указанных профессиональных навыков и умений широко используются мультимедийные интерактивные лекции с обратной связью, семинары в малых группах, самоподготовка с изучением литературы в библиотеке и интернете, созданием тематических презентаций, сообщений, проведение мини-конференций. В учебный процесс на кафедре общей практики № 2 АО «Медицинский университет Астана»

введена обязательная работа в учебно-клиническом центре по основным разделам: отработка навыков неотложной помощи, обследование детей и взрослых пациентов, хирургические, акушерско-гинекологические манипуляции, владение отоофтальмоскопом. В конце цикла по первичной подготовке врачей общей практики проводится экзамен с включением ОСКЭ по владению практическими навыками. На кафедре в программу каждого цикла повышения квалификации включены вопросы доказательной медицины, рациональной фармакотерапии, коммуникативных навыков, принципов консультирования пациентов.

Согласно международным стандартам считается необходимым научить врачей общей практики лично ориентированному подходу с формированием умения определять предпочтения пациента, консультировать его без ущемления права на независимость и самостоятельность, обеспечить длительное и непрерывное наблюдение.

Для развития компетенции в области лично ориентированного взаимодействия используются подходы, позволяющие обучающему освоить определенный стиль общения при назначении обследования и лечения пациента, направленный на достижение партнерства. Этой цели служат занятия по анализу различных видов консультирования, используемых в общей врачебной практике, наблюдение либо анализ видеозаписи реального врачебного приема, ролевые игры, коммуникативные тренинги, решение ситуационных задач, врачебные конференции по проблемам и стилям общения в медицинской практике, работа в команде. В результате освоения данного раздела обучающийся должен продемонстрировать способность решать проблему пациента в соответствии с лично ориентированным подходом, устанавливать партнерские отношения с пациентом, оказывать длительную медицинскую помощь с анализом личности пациента и его семьи.

Одной из основных компетенций врача общей практики следует считать осуществление комплексного подхода при оказании первичной медицинской помощи: умение координировать и проводить мероприятия по профилактике, лечению, включая паллиативную и медико-социальную помощь, реабилитацию. Развитие указанной компетенции происходит постепенно в ходе работы в отделении общей врачебной практики, участия в ролевых играх, моделирования клинических ситуаций, практических занятий, обмена опытом с коллегами, организации и проведения школ здоровья для населения.

Одним из инновационных подходов, направленных на повышение качества организации

подготовки врачей общей практики, является создание ими портфолио — блока документов, отражающих основные результаты обучения и заверенных преподавателем. Оно включает записи слушателей о клинических случаях в практике, об освоенных клинических и деловых навыках, о посещении дополнительных образовательных мероприятий различного уровня (семинаров, симпозиумов, конференций, школ и др.), результаты клинического аудита приема, консультации, проведенной слушателем курса, отзыв преподавателя о курсанте.

Переход от эпизодического повышения квалификации врача (1 раз в 5 лет) к непрерывному последипломному образованию предъявляет требования к индивидуальной мотивации совершенствования профессионального квалификационного уровня врача, способности самооценки, самоанализа, самосознания. В связи с чем в настоящее время более предпочтительно внедрение модульных технологий, краткосрочных курсов, мастер-классов. Самообучение — самый эффективный подход в непрерывном медицинском образовании. Его основным элементом становится инициатива обучающегося, который самостоятельно определяет пробелы и потребности, формулирует цели обучения с учетом имеющихся ресурсов, оценивает собственные результаты. Посещение симпозиумов, коллоквиумов, дней специалиста, виртуальные и реальные консультации преподавателей по неясным вопросам являются неотъемлемой частью системы самообразования. При самообучении большое значение имеют такие методы, как чтение специализированной литературы, разбор случаев из практики, разработка проектов, составление отчетов.

Особую роль в процессе непрерывного образования играют модели и технологии дистанционного образования, широкое использование современных средств коммуникации, что также внедрено на кафедре. Внедрение дистанционных технологий позволяет интенсифицировать и развить творческие и интеллектуальные способности врача посредством открытого доступа ко всем информационным модулям программы. Альтернативой традиционному образованию «по необходимости» может служить самообразование «по требованию», то есть при информационной потребности, вызванной, например, диагностически неясной клинической картиной заболевания у пациента. В этой ситуации заказчиком необходимых знаний выступает сам врач.

Инновационную педагогическую направленность в процессе подготовки врача общей практики имеет организация научно-практических мероприятий, посвященных актуальным проблемам общемедицинской практики, с непосредственным участием слушателей. В ходе их

работы обсуждаются особенности профессионального и пациент-ориентированного общения и взаимодействия, этико-деонтологические проблемы, преимущества работы в команде, существующие способы принятия решений на основе алгоритмов, стандартов, руководств, доказательных отчетов.

Таким образом, становление системы непрерывного образования врачей в современных условиях должно опираться на широкое использование инновационных технологий обучения, позволяющих врачам достичь высокого уровня профессиональной компетентности.

Контактная информация:

Салтанат Нургожаевна Уразова, e-mail: saltanat.uraz@mail.ru

