

# СРОССИЙСКИЙ СЕМЕЙНЫЙ ВРАЧ

МЕДИЦИНСКИЙ НАУЧНО-  
ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

Учредитель

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

**Главный редактор:**

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

**Заместитель главного редактора:**

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

**Редакционная коллегия:**

профессор д. м. н. В. П. Алферов (Санкт-Петербург, Россия)

профессор д. м. н. К. В. Логунов (Санкт-Петербург, Россия)

профессор д. м. н. В. П. Медведев (Санкт-Петербург, Россия)

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

д. м. н. С. Л. Плавинский (Санкт-Петербург, Россия)

профессор д. м. н. Ф. П. Романюк (Санкт-Петербург, Россия)

профессор д. м. н. Е. В. Фролова (Санкт-Петербург, Россия)

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

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

**Редакционный совет:**

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

профессор д. м. н. А. А. Абдуллаев (Махачкала, Россия)

профессор д. м. н. Б. В. Агафонов (Москва, Россия)

профессор д. м. н. Б. Г. Головской (Пермь, Россия)

профессор д. м. н. Б. Л. Мовшович (Самара, Россия)

профессор доктор философии Д. Джогерст (Айова-Сити, США)

академик РАМН профессор д. м. н. Ю. Д. Игнатов (Санкт-Петербург, Россия)

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

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

доктор философии П. Тун (Лондон, Великобритания)

профессор доктор философии Л. Соусгейт (Лондон, Великобритания)

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

**Ответственный секретарь:**

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

**Журнал включен в список изданий, рекомендованных ВАК для публикаций  
материалов кандидатских и докторских диссертаций (редакция 22.10.2010 г.)  
по 18 специальностям (см. сайт [www.szgmu.ru](http://www.szgmu.ru))**

**Информация о журнале размещается в Реферативном журнале  
и базах данных ВИНТИ РАН, на сайте [elibrary.ru](http://elibrary.ru)**

**Адрес редакции:**

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

ГБОУ ВПО СЗГМУ им. И. И. Мечникова Минздрава России,  
кафедра семейной медицины

Телефон: (812) 598-93-20, 598-52-22, эл. адрес: [fammedmaro@yandex.ru](mailto:fammedmaro@yandex.ru)

**Подписной индекс по каталогу «Роспечать» 29950**

Том 18  
2—2014  
ВЫПУСКАЕТСЯ  
ЕЖЕКВАРТАЛЬНО



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

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

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

The cover depicts a beautiful portrait by Karl Brullov of a well-known woman in Russian history. German Princess Frederik-Sharlotte-Marie Wurttemberg, wife of Prince Mikhail, the younger brother of Russian emperor Alexander I, became Elena Pavlovna when she accepted Orthodoxy. Being young, pretty and highly educated, she became the symbol of the ideal wife, mother and salon hostess. She was the founder of Obstetrics House, St. Helen Courses, Conservatoire Hall, and the St. Cross Nursing Society and the Elisabeth Hospital for Children. She was also the founder of the Clinical Institute (later called the Institute for Postgraduate Education of Doctors) now known as the North-Western State Medical University named after I. I. Mechnikov. Unfortunately, Elena Pavlovna died long before the Institute was opened to the public but her daughter, Ekaterina Mikhaylovna, brought her mother's initiatives to life and insisted on naming the Institute after her mother.

This portrait shows Elena Pavlovna with her young daughter Maria. We believe that this beautiful picture captures the essence of our journal and should also remind our readers of a wonderful episode from our national history.

**Лекция**

- ВЕДЕНИЕ ПАЦИЕНТА С БОЛЬЮ В ГРУДИ  
В ОБЩЕЙ ВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИКЕ.  
ЧАСТЬ 1. НЕОТЛОЖНЫЕ СОСТОЯНИЯ  
*О. Ю. Кузнецова, И. Е. Моисеева,  
Т. А. Дубикайтис* ..... 4

**Статья**

- ИНДИВИДУАЛИЗАЦИЯ САХАРОСНИЖАЮЩЕЙ  
ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ  
ДИАБЕТОМ 2-ГО ТИПА  
*Н. В. Ворохобина, С. Н. Фогт* ..... 14

**Оригинальные научные исследования**

- ЭМПАТИЧЕСКИЕ СПОСОБНОСТИ  
СПЕЦИАЛИСТОВ ПСИХИАТРИЧЕСКОГО  
ПРОФИЛЯ И ИХ ДИНАМИКА В ХОДЕ ОБУЧЕНИЯ  
В СИСТЕМЕ ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ  
*М. Ю. Городнова* ..... 20

- ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ РАЗЛИЧНЫХ  
СПОСОБОВ ОПРЕДЕЛЕНИЯ НОРМАЛЬНЫХ  
ЗНАЧЕНИЙ ПАРАМЕТРОВ МЕХАНИКИ ДЫХАНИЯ  
ПРИ ДИАГНОСТИКЕ РЕСТРИКТИВНОГО ТИПА  
ВЕНТИЛЯЦИОННЫХ НАРУШЕНИЙ  
*М. Ю. Каменева* ..... 24

- ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ДИФФУЗНОГО  
НЕТОКСИЧЕСКОГО ЗОБА У ЖИТЕЛЕЙ  
СЕВЕРНОГО РЕГИОНА САУДОВСКОЙ АРАВИИ  
(АЛЬ-ДЖАУФ)  
*С. Р. Шабан, Н. В. Иванов,  
Н. В. Ворохобина* ..... 29

**Последипломное образование**

- ПРОГРАММА «ПОРТФОЛИО КЛИНИЧЕСКОГО  
ОРДИНАТОРА»  
*Е. Ю. Тур* ..... 33

**В помощь практикующему врачу**

- ВЫЯВЛЕНИЕ ГЛАУКОМЫ В ОБЩЕЙ  
ВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИКЕ — ИЗМЕРЕНИЕ  
ВНУТРИГЛАЗНОГО ДАВЛЕНИЯ  
*Л. Н. Дегтярева* ..... 38

**Хроника**

- НАУЧНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ И ОБЩАЯ  
ВРАЧЕБНАЯ ПРАКТИКА  
*О. Ю. Кузнецова* ..... 42
- ОБЩАЯ ВРАЧЕБНАЯ ПРАКТИКА В БЕЛЬГИИ:  
ВЗГЛЯД ИЗНУТРИ  
*Е. Ю. Тур* ..... 47
- СИСТЕМА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ  
ПОМОЩИ В Г. ЛЕВЕН (БЕЛЬГИЯ). ВПЕЧАТЛЕНИЯ  
О ПОСЕЩЕНИИ ЛЕВЕНСКОГО КАТОЛИЧЕСКОГО  
УНИВЕРСИТЕТА И ЛЕВЕНСКОГО  
УНИВЕРСИТЕТСКОГО ГОСПИТАЛЯ ВРАЧАМИ  
ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ  
*К. В. Овакимян* ..... 51

**Lecture**

- CHEST PAIN MANAGEMENT IN GENERAL  
PRACTICE. PART 1. URGENT CONDITIONS  
*O. Yu. Kuznetsova, I. E. Moiseeva,  
T. A. Dubikaitis* ..... 4

**Article**

- INDIVIDUALIZING MEDICAL MANAGEMENT  
OF HYPERGLYCEMIA IN PATIENTS WITH TYPE 2  
DIABETES  
*N. V. Vorokhobina, S. N. Fogt* ..... 14

**Original data**

- EMPATHY AND DYNAMIC CHANGES  
IN A PSYCHIATRY FIELD SPECIALISTS  
DURING POSTGRADUATE STUDY  
*M. Gorodnova* ..... 20

- EVALUATION OF EFFECTIVENESS OF VARIOUS  
METHODS OF DETERMINING THE NORMAL  
VALUES OF LUNG MECHANICS PARAMETERS  
IN THE DIAGNOSTICS OF RESTRICTIVE  
VENTILATION DISORDERS  
*M. Y. Kameneva* ..... 24

- DIFFUSE NON-TOXIC GOITER IN PATIENTS  
FROM NORTH REGION OF SAUDI ARABIA  
*S. R. Schaban, N. V. Ivanov,  
N. V. Vorokhobina* ..... 29

**Postgraduate education**

- THE PROGRAM «PORTFOLIO FOR CLINICAL  
RESIDENTS»  
*E. Yu. Tour* ..... 33

**For the practitioner**

- DETECT GLAUCOMA IN GENERAL PRACTICE —  
MEASURING INTRAOCULAR PRESSURE  
*L. N. Degtyareva* ..... 38

**Chronicle**

- RESEARCH AND GENERAL PRACTICE  
*O. Yu. Kuznetsova* ..... 42
- FAMILY MEDICINE IN BELGIUM: VIEW FROM  
INSIDE  
*E. Y. Tour* ..... 47
- A SYSTEM OF MEDICAL CARE IN LEUVEN  
(BELGIUM). IMPRESSIONS ABOUT THE VISIT  
TO THE CATHOLIC UNIVERSITY OF LEUVEN  
AND UNIVERSITY HOSPITALS LEUVEN  
BY FAMILY MEDICINE DOCTORS  
*K. V. Ovakimyan* ..... 51

УДК 616.712-009.62:616-083.98

### ВЕДЕНИЕ ПАЦИЕНТА С БОЛЬЮ В ГРУДИ В ОБЩЕЙ ВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИКЕ. ЧАСТЬ 1. НЕОТЛОЖНЫЕ СОСТОЯНИЯ

О. Ю. Кузнецова, И. Е. Моисеева, Т. А. Дубикайтис

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

### CHEST PAIN MANAGEMENT IN GENERAL PRACTICE. PART 1. URGENT CONDITIONS

O. Yu. Kuznetsova, I. E. Moiseeva, T. A. Dubikaitis

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

© Коллектив авторов, 2014 г.

Боль в груди является одной из самых частых причин обращения за медицинской помощью. Сложность ведения пациентов с болью в груди в амбулаторной практике заключается в необходимости быстрого определения показаний к экстренной госпитализации. В данной статье представлены современные подходы к дифференциальной диагностике болей в груди при неотложных состояниях.

**Ключевые слова:** боль в груди, острый коронарный синдром, неотложная помощь.

Chest pain is one of the most common causes of medical care utilization. The management of chest pain is a challenging task for general practitioner given the need in making a rapid assessment and responsible decision concerning immediate hospitalization of those under the risk of sudden death. We presented in the article the current approaches to differential diagnosis of the most frequent urgent chest pain conditions.

**Keywords:** chest pain, acute coronary syndrome, emergency care.

**Введение.** По данным зарубежной статистики, боль в груди нередко является причиной обращения за медицинской помощью к семейным врачам. В Великобритании 1% посетителей офисов общей врачебной практики приходят с жалобами на боль в грудной клетке, в Швейцарии показатель составляет 2,7%, а в Швеции — 1,5% [1].

По данным выполненного в Бельгии исследования, боль в груди у амбулаторных пациентов в 13% случаев имеет кардиогенный характер, в 20% является следствием заболеваний легких, заболевания опорно-двигательного аппарата выявляют в 21% случаев, заболевания желудочно-кишечного тракта — в 10%, в 17% случаев боли в груди носят психогенный характер [1].

Сложность работы с такими пациентами в амбулаторных условиях заключается в необходимости быстрого определения показаний к госпитализации. Важно отметить, что далеко не всегда тяжесть состояния пациента на момент осмотра при первом обращении за медицинской помощью отражает прогностическую картину заболевания. Например, в ряде случаев острый инфаркт миокарда может протекать практически бессимптомно, но даже при таком течении это

заболевание относится к состояниям, угрожающим жизни, так как может привести к развитию фибрилляции желудочков. Для упрощения процесса принятия решения в отдельных неоднозначных случаях существуют специальные шкалы расчета претестовой вероятности наличия некоторых заболеваний [1–3].

В данной статье представлены современные подходы к дифференциальной диагностике болей в грудной клетке в амбулаторной практике.

Причинами развития болей в груди могут быть острые и хронические болезни сердца, легких, желудочно-кишечного тракта, опорно-двигательного аппарата и нервной системы [4–10].

К заболеваниям, угрожающим жизни, относят острый коронарный синдром, расслаивающую аневризму аорты, тампонаду сердца, тромбоэмболию легочной артерии, напряженный пневмоторакс, острый миокардит, острый перикардит, пневмоторакс, пневмонию, плеврит, острый холецистит, острый панкреатит, разрыв пищевода, а также некоторые осложнения онкологических заболеваний. При подозрении на наличие этих состояний пациента необходимо экстренно госпитализировать.



К заболеваниям, не представляющим непосредственной угрозы для жизни пациента на момент обращения при неосложненном течении, относят стенокардию напряжения, пороки сердца, кардиомиопатии, трахеобронхит, ряд онкологических заболеваний, остеохондроз позвоночника, костохондрит, миозит, фибромиалгию, эзофагоспазм, эзофагит, гастроэзофагальный рефлюкс, язвенную болезнь, травматическое повреждение ребер или позвонков без смещения.

Диагностический поиск для определения показаний к госпитализации строится преимущественно на данных анамнеза и осмотра. В первую очередь оценивают состояние пациента, частоту дыхания, пульс и артериальное давление (АД). При наличии явных признаков ургентных состояний, в частности нарушения сознания, заметного физического или эмоционального возбуждения, цианоза и/или выраженной бледности, выраженной одышки, гипотензии и аритмий на фоне болей в груди пациента следует экстренно госпитализировать. Очень сильная непрекращающаяся боль также является показанием к экстренной госпитализации. При отсутствии перечисленных нарушений следует собрать более полные анамнестические данные и провести осмотр с целью обнаружения прочих объективных признаков ургентных состояний.

**Анамнестические данные.** Патологические изменения в органах грудной клетки могут приводить к возникновению болей с довольно неопределенными границами, от нижней челюсти до верхней половины живота [4]. Иррадиация болей связана с тем, что соматические афферентные волокна имеют синапсы в тех же спинальных ганглиях, что и висцеральные волокна, поэтому центральная нервная система пациента может воспринимать болевые импульсы от органов грудной клетки как, например, боль в руках или надплечьях [4]. В связи с этим характер и локализация болей при заболеваниях внутренних органов могут иметь очень нечеткое описание. Тем не менее особенности болевых ощущений учитываются в первую очередь при планировании тактики ведения пациента.

При сборе анамнеза следует уточнить характер болей, их локализацию, особенности провоцирующих факторов, зоны иррадиации, продолжительность и изменение во времени болевого эпизода, а также наличие других симптомов, сопровождающих появление болей в груди.

**Характер болей.** Сжимающий характер болей в груди типичен для стенокардии, эзофаго-

спазма и тревожных состояний. Тупая, очень интенсивная, давящая боль характерна для инфаркта миокарда. Реже пациенты с ишемической болезнью сердца (ИБС) описывают свои ощущения как чувство переполнения и избыточного газообразования. Рвущая, мигрирующая спереди назад или в обратном направлении боль характерна для расслаивающей аневризмы аорты. Острая, пронизывающая и прокалывающая боль чаще развивается при плеврите, перикардите, пневмотораксе, а также при заболеваниях опорно-двигательного аппарата и довольно редко возникает у пациентов с ИБС. Чувство жжения характерно для патологии желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), но может беспокоить пациентов с ишемией миокарда.

**Особенности провоцирующих факторов.** Связь развития болей с физическими нагрузками, выходом на холод, тахикардией, эмоциональным перенапряжением, а иногда с приемом пищи характерна для ИБС, но такая же связь может прослеживаться и у пациентов с тревожными состояниями. Постепенное увеличение интенсивности болевых ощущений, возникших в состоянии покоя, наиболее характерно для инфаркта миокарда. Появление болей после приема пищи, алкоголя, горячих напитков часто является симптомом заболеваний ЖКТ. Внезапное начало болевых ощущений, не всегда связанное с непосредственным воздействием каких-либо факторов, характерно для расслаивающей аневризмы аорты, тромбоэмболии легочной артерии (ТЭЛА), спонтанного пневмоторакса. Связь болевых ощущений с дыханием и с изменением положения тела чаще наблюдается при плеврите, пневмотораксе, перикардите и заболеваниях опорно-двигательного аппарата. Боль, возникающая при глотании, чаще развивается на фоне патологии пищевода и иногда при перикардите. При эзофагоспазме боль иногда может возникать во время физической нагрузки. Декубитальная стенокардия развивается у пациентов в положении лежа.

ИБС как причина болей в груди маловероятна в тех случаях, когда прослеживается четкая связь болевых ощущений только с приемом пищи. Коронарный генез болей в груди также маловероятен, если боль усиливается на вдохе, при изменении позы или в момент проглатывания пищи, а также в тех случаях, когда боль носит преходящий характер, но не связана с физическим или эмоциональным напряжением. Боль, возникшая вследствие травмы и полностью воспроизводимая при пальпации, практически не может быть проявлением ишемии миокарда. Вместе с тем не следует опираться на воспроизво-

димось болей и/или болезненность при пальпации у пациентов без предшествующей травмы как на признак, позволяющий однозначно исключить коронарный генез остро возникших болей в груди [8]. По результатам исследований в 7% случаев у пациентов с верифицированными впоследствии инфарктом или нестабильной стенокардией боль в груди частично или полностью воспроизводилась при пальпации [8]. В 6% случаев у пациентов с болезненностью при пальпации грудной клетки в конечном счете диагностировали острый инфаркт или нестабильную стенокардию [8]. В 15% случаев пациенты с острым коронарным синдромом (ОКС), верифицированным впоследствии, отмечали болезненность при пальпации грудной клетки [8].

**Локализация болей.** При патологии внутренних органов, как правило, болевые ощущения носят разлитой нечеткий характер. При заболеваниях опорно-двигательного аппарата границы болевых ощущений имеют более определенные характеристики, кроме того, четкими границами характеризуются боли, связанные с поражением плевры. Принято считать, что, если локализация болей ограничена очень небольшой площадью (например, величиной с монету), вероятность коронарного происхождения болей невелика, так как висцеральные боли, как правило, не имеют четких границ. При ишемии миокарда боль максимальной интенсивности обычно локализована в центральной части грудной клетки, точнее за грудиной. Боли в нижних отделах грудной клетки и в верхних отделах живота нередко возникают при заболеваниях ЖКТ или сердца. При ишемии нижнезадних отделов миокарда пациент может предъявлять жалобы на боль в спине. Боль, локализация которой ограничена определенным дерматомом, скорее, является симптомом опоясывающего герпеса. Известно, что в некоторых случаях пациентов с ИБС беспокоят боли в зонах иррадиации, а не в грудной клетке.

**Иррадиация болей.** Иррадиация болей в шею, челюсть, плечи, руки нередко является следствием ишемии миокарда. Боль в межлопаточном пространстве с иррадиацией в основание шеи может быть проявлением расслаивающей аневризмы восходящей аорты. Боль с иррадиацией в верхний край трапециевидной мышцы характерна для перикардита. Боль при плеврите и перикардите может иррадиировать в надплечья и в шею.

**Продолжительность болей и изменение их характера.** Боль, наиболее интенсивная в начале приступа, характерна для расслаивающей

аневризмы аорты. Боль, длящаяся мгновения, крайне редко является следствием ишемии миокарда. Боль, возникшая при физической нагрузке и проходящая в течение нескольких минут отдыха или через 2–10 мин после приема нитроглицерина, скорее всего, является симптомом стенокардии напряжения, при эзофагоспазме прием нитроглицерина также снижает интенсивность болей, но медленнее.

**Сопутствующая симптоматика.** Развитие висцеральных болей часто сопровождается выраженной потливостью. Пресинкопальные и синкопальные состояния нередко развиваются у пациентов с острыми заболеваниями сердца и легких. Жалобы на одышку характерны для сердечно-сосудистых заболеваний и легочной патологии. Жалобы на тошноту и рвоту могут возникать у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями и заболеваниями ЖКТ. Появление кровохарканья на фоне развития болей в груди может возникать у больных с ТЭЛА.

**Данные осмотра.** После оценки характера болей в urgentных ситуациях следует ограничиться оценкой наличия объективных признаков состояний, угрожающих жизни. К ним относят следующие отклонения [4]:

- нарушения сознания, синкопе;
- цианоз;
- одышка/тахипноэ;
- профузный пот;
- гипотензия и/или низкое пульсовое АД;
- тахикардия или брадикардия;
- лихорадка;
- гипоксемия;
- появление нового шума в сердце;
- патологические III, IV тоны сердца;
- дилатация яремных вен;
- односторонняя отечность ног;
- существенная асимметрия АД на правой и на левой руках;
- шум трения перикарда;
- ослабленное или отсутствующее с одной стороны дыхание;
- шум трения плевры;
- подкожная эмфизема;
- хрипы при аускультации легких;
- болезненность при пальпации живота в эпигастрии и/или в подреберьях;
- очаговая неврологическая симптоматика.

Выявление анамнестических и/или объективных признаков угрожающих жизни состояний является поводом к экстренной госпитализации.

**Ургентные состояния, сопровождающиеся развитием болей в груди**

**Острый коронарный синдром.** Это — рабочий предварительный диагноз при ведении па-

циентов с подозрением на нестабильную стенокардию или инфаркт миокарда. К нестабильной стенокардии относят впервые возникшую стенокардию напряжения (длительность анамнеза заболевания менее двух месяцев) с заметным снижением толерантности к физической нагрузке или с частыми приступами (три и более эпизода в сутки), прогрессирующую стенокардию напряжения, стенокардию покоя и постинфарктную стенокардию [11]. Для прогрессирующей стенокардии характерно ухудшение ранее стабильного течения заболевания: боль возникает на фоне менее значительных нагрузок или в состоянии покоя, эпизоды боли более интенсивны, или более продолжительны (15 мин и более), или развиваются чаще [11], а эффект от приема антиангинальных препаратов менее отчетлив.

При инфаркте миокарда пациента беспокоит затянувшийся приступ болей в груди и/или в эпигастрии, плечах, руках, спине, горле, челюсти. Длительность болевого эпизода обычно превышает 15–20 мин. Боль может быть очень интенсивной, может сопровождаться тошнотой и рвотой, выраженной потливостью, одышкой, слабостью, нарушениями сознания, а также нестабильностью гемодинамики.

Не следует оценивать эффект нитратов в диагностических целях при подозрении на ОКС. Важно отметить, что не все пациенты с ОКС предъявляют жалобы на боль в центральной части грудной клетки как на основной признак заболевания, побудивший их обратиться к врачу.

*Расслаивающаяся аневризма аорты.* Заболеваемость составляет 6–10 случаев на 100 тыс. населения в год [1].

Факторы риска: АГ, атеросклероз аорты, синдром Марфана, синдром Элерса—Данло, двухстворчатый аортальный клапан, протез аортального клапана, коарктация аорты, гигантоклеточный артериит, третий триместр беременности, употребление кокаина, травма.

Заболевание проявляется очень интенсивной мучительной болью (разрывающая, острая, пронизывающая). Боль локализована спереди, если поврежден восходящий отдел аорты, и в межлопаточном пространстве при поражении нисходящего отдела аорты. Боль может мигрировать спереди назад и вниз по мере распространения расслоения аорты. Характерна иррадиация в область живота, в ноги, плечи, в основание шеи и челюсть. Боль обычно возникает внезапно, быстро нарастает и не ослабевает, но иногда может носить волнообразный характер.

В urgentных ситуациях всегда следует подозревать расслоение аневризмы аорты в том слу-

чае, если причина болей неясна, особенно если при очень сильной боли нет электрокардиографических признаков инфаркта миокарда. Расслаивающаяся аневризма аорты может привести к формированию тромбов в коронарных сосудах (чаще в правой коронарной артерии), в артериях верхних конечностей, в сонных артериях, в мезентериальных и в почечных артериях. В связи с этим можно наблюдать симптоматику ишемии соответствующих органов. При поражении восходящего отдела аорты возможно развитие острой недостаточности аортального клапана, возможно развитие симптоматики острого кровотечения и тампонады сердца.

Объективно: асимметрия пульса и АД на крупных сосудах (50% случаев), диастолический шум аортальной недостаточности, повышение АД.

На ЭКГ можно выявить признаки гипертрофии левого желудочка или нарушений коронарного кровотока. При рентгенографии выявляют расширение дуги аорты, однако в большинстве случаев изменений можно не обнаружить. При проведении чреспищеводной эхокардиографии можно обнаружить признаки расслаивающейся аневризмы, однако нередко для подтверждения диагноза требуется проведение компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии или ангиографии. В анализе крови нередко выявляют снижение гематокрита и гемоглобина.

Следует отметить, что не всегда заболевание проявляется развитием интенсивных болей в груди, в некоторых случаях поводом к обращению являются другие жалобы, в частности — синкопальные состояния (в 13% случаев), симптомы острого нарушения мозгового кровообращения (6–17%) [8]. Реже заболевание проявляется симптоматикой, характерной для сдавления окружающих органов, в частности осиплостью голоса при сдавлении ларингеального нерва, отеком мягких тканей шеи, кашлем (сдавление бронха), дисфагией (сдавление пищевода), синдромом Горнера (сдавление симпатического нерва), синдромом сдавления верхней полой вены [8].

*ТЭЛА.* Заболеваемость составляет 6–7 случаев на 10 тыс. населения в год (по данным статистики Великобритании) [12]. Многие случаи заболевания остаются недиагностированными [12].

При тромбоэмболии легочной артерии боль в груди может развиваться вследствие перегрузки правого желудочка, в результате формирования инфаркта легкого и вовлечения плевры в воспалительный процесс, а также вследствие повышения давления в легочных артериях.

Выраженная перегрузка правого желудочка может сопровождаться внезапно возникшей

тупой болью, а также тяжестью за грудиной на фоне ишемии правого желудочка вследствие относительного недостатка кровоснабжения. При инфаркт-пневмонии пациентов беспокоят боли плевритного характера. Нередко пациенты предъявляют жалобы на одышку, тахипноэ, тахикардию, иногда возникают кровохарканье, рвота, возбуждение.

При массивной тромбоэмболии возможно развитие циркуляторного коллапса, в связи с этим заболевание может сопровождаться обморочными состояниями, гипотензией, появлением холодного пота, цианоза. Массивная тромбоэмболия может манифестировать остановкой сердца.

Объективно: тахикардия; акцент II тона над легочной артерией и расщепление II тона; тахипноэ; снижение амплитуды экскурсий грудной клетки, шум трения плевры, снижение сатурации кислорода; в некоторых случаях можно не обнаружить никаких отклонений.

«Золотым» стандартом в диагностике ТЭЛА является ангиография, но этот вид обследования проводится редко и только в специализированных центрах. Данные ЭКГ и рентгенографии дают возможность исключить другую причину развития болей в грудной клетке, они обладают низ-

кими показателями чувствительности и специфичности в плане подтверждения и исключения ТЭЛА. Наиболее частым отклонением по данным ЭКГ считают тахикардию, блокаду правой ножки пучка Гиса и инверсию зубца Т в правых грудных отведениях (68%); а формирование зубцов S в I отведении, Q в III отведении и отрицательного Т в III отведении наблюдают нечасто. На рентгенограмме можно обнаружить признаки инфаркт-пневмонии, в 40% случаев выявляют незначительный выпот в плевральную полость [8].

Определение D-димера, маркера внутрисосудистого тромбоза, проводят только для исключения диагноза в совокупности с определением претестовой вероятности ТЭЛА. Количество баллов по шкале Уэллса (табл. 1) менее 2 при нормальном показателе D-димера позволяет практически исключить ТЭЛА [1]. В сомнительных случаях показано УЗИ вен нижних конечностей. У пациентов с показателями по шкале Уэллса, соответствующими среднему и высокому риску ТЭЛА и/или с показателем D-димера, свидетельствующем о наличии внутрисосудистого тромбоза, диагноз должен быть верифицирован с помощью дополнительного обследования.

Таблица 1

Модель Уэллса для определения претестовой вероятности ТЭЛА [1]

Клинические данные	Баллы
Симптомы тромбоза глубоких вен (например, объективно подтвержденная отечность голени или боль при пальпации вен голени)	3
Нет альтернативного более вероятного диагноза, объясняющего имеющуюся симптоматику	3
Частота сердечного ритма более 100 уд./мин	1,5
Иммобилизация (постельный режим с выходом только в ванную комнату сроком три дня подряд и более) или хирургическое вмешательство, выполненное не ранее 4 нед. назад	1,5
Прежде объективно диагностированный тромбоз глубоких вен или ТЭЛА	1,5
Кровохарканье	1
Онкологические заболевания (пациенты, получающие лечение; пациенты, получавшие лечение, но закончившие его не ранее 6 мес. назад; пациенты, получающие паллиативное лечение)	1

Интерпретация: менее двух баллов — низкий риск наличия ТЭЛА (вероятность ТЭЛА 1–28%); 2–6 баллов — средний риск (вероятность наличия ТЭЛА 28–40%); более 6 баллов — высокий риск (вероятность ТЭЛА соответствует 38–91%) [1].

Для подтверждения диагноза рекомендуется использовать компьютерную томографию легочных артерий (чувствительность более 95%) [12]. Исследование также позволяет верифицировать альтернативный диагноз в том случае, если ТЭЛА исключена. Вентиляционно-перфузионная сцинтиграфия легких применяется реже, так как может использоваться в случаях, когда при рентгенологическом исследовании не

обнаружено никаких отклонений и при условии отсутствия сопутствующей сердечно-легочной патологии, тогда отрицательный результат свидетельствует об отсутствии ТЭЛА [12].

Заболевание может протекать бессимптомно. По данным исследования с количеством наблюдений 387 человек, в 34% случаев пациенты не предъявляли жалоб. При атипичной симптоматике пациентов беспокоят следующие нарушения: боли в животе, боли в спине, лихорадка, кашель, сердцебиения и синкопальные состояния. Заболевание может проявляться развитием первого пароксизма фибрилляции предсердий [8].



Наиболее частым проявлением ТЭЛА является внезапное развитие диспноэ (80–92%), плевритная боль в груди развивается в 44% случаев, а ощущение давления за грудиной возникает в 16% случаев [8].

*Перикардит, миокардит, тампонада сердца.* При перикардите боль может носить плевритный характер: усиливаться при кашле, глубоком дыхании, что связано с вовлечением плевры в воспалительный процесс. Часто при перикардите боль меняется с изменением позы: усиливается в положении лежа на левом боку и уменьшается в положении сидя с наклоном вперед и в положении на правом боку. Боль может быть пульсирующей с локализацией в области сердца и левого плеча; характерна иррадиация в боковые отделы грудной клетки, левую/правую руки, шею. Боли развиваются постепенно в течение нескольких часов, не так внезапно как при стенокардии, длительность болевых эпизодов варьирует. Развитие перикардита может сопровождаться синкопальными и пресинкопальными состояниями, а также диспноэ.

В пользу перикардита свидетельствуют анамнестические указания на следующие состояния: аутоиммунные заболевания, инфекционные заболевания, острый инфаркт миокарда, уремия, микседема, травма, операции на открытом сердце, онкологические заболевания, радиотерапия, прием препаратов (прокаионамид, гидралазин). При осмотре выявляют повышение температуры тела, тахикардию; при аускультации сердца может выслушиваться шум трения перикарда. Для развития тампонады сердца характерны следующие объективные признаки: выраженная гипотензия, тахикардия, дилатация яремных вен, при аускультации тоны сердца приглушены, снижение пульсового давления, парадоксальный пульс.

На рентгенограмме при наличии выпота в полость перикарда можно выявить расширение тени сердца. По результатам эхокардиографии также можно обнаружить выпот в полость перикарда. На ЭКГ выявляют элевацию сегмента ST седловидной формы и депрессию сегмента PR практически во всех отведениях, за исключением отведения aVR, где регистрируется депрессия сегмента ST, и смещение PR выше изолинии (в 10–20% случаев изменений нет), при тампонаде регистрируют снижение амплитуды зубца R и электрическую альтернацию желудочкового комплекса. При миокардите выявляют различные нарушения ритма и проводимости, а также некоторые инфарктоподобные изменения.

*Пневмоторакс.* Заболеваемость, по статистике Великобритании, 24 случая на 100 тыс. населения в год для мужчин и для женщин — 9,8 случая на 100 тыс. населения в год [13].

К факторам риска развития спонтанного пневмоторакса относят: курение, молодой возраст, высокий рост [13]. Хронические обструктивные заболевания легких, астма, фиброз легких, пневмония, рак легкого, муковисцидоз, туберкулез, поражение легких у больных с ВИЧ-инфекцией являются факторами риска развития вторичного пневмоторакса [13]. Причиной напряженного пневмоторакса чаще всего бывает травма.

Заболевание проявляется внезапным началом колющих, резких болей, ощущением стеснения по боковым поверхностям грудной клетки. Появление болей часто сопровождается одышкой, кашлем.

При осмотре выявляют: цианоз, гипотензию, тахикардию, тахипноэ, одностороннее снижение амплитуды экскурсий грудной клетки, ослабленное дыхание, тимпанический тон при перкуссии со стороны поражения, расширение шейных вен. В дыхании могут участвовать дополнительные мышцы. Смещение органов средостения относительно средней линии в сторону, противоположную пораженной части легкого, является характерным признаком напряженного пневмоторакса; в наиболее тяжелых случаях наблюдают признаки шока.

Диагностика базируется на данных рентгенологического исследования легких (чувствительность 80%). При отсутствии достаточных данных для подтверждения или опровержения диагноза показано проведение компьютерной томографии.

*Разрыв пищевода.* Боль в груди, обычно после рвоты. При осмотре выявляют гипотензию, тахикардию, выраженную потливость, лихорадку, подкожную эмфизему, болезненность при пальпации живота в эпигастральной области.

На рентгенограмме грудной клетки можно выявить пневмоторакс, скопление воздуха в средостении (пневмомедиастинум), жидкость в плевральной полости, уровень жидкости в средостении.

Наличие симптоматики ОКС, расслаивающей аневризмы аорты, тампонады сердца, пневмоторакса, ТЭЛА и разрыва пищевода является поводом для госпитализации. Пациенты с болью в груди, характерной для перечисленных заболеваний, должны быть госпитализированы экстренно, если от времени последнего болевого эпизода не прошло 48 ч [14]. Если давность анамнеза превышает 48 ч, но не достигает 2 нед, пациента следует обследовать в день об-

ращения. Обследование может проводиться в стационаре или в амбулаторных условиях при наличии необходимого диагностического оборудования (схема) и условий для наблюдения и оказания помощи (приложение).

В том случае, если давность анамнеза последнего эпизода болей в груди находится в диапа-

зоне от двух недель до двух месяцев, пациента необходимо обследовать в течение трех дней в поликлинике или в стационаре. В ситуации, когда неизвестно, сколько времени прошло от момента развития болей в груди до момента осмотра, необходимо провести обследование в день обращения [14].

1. Регистрация ЭКГ и оценка изменений ЭКГ в динамике, тропониновый тест в динамике (при обращении и через 12 ч от начала текущего или последнего по времени начала развития болевых эпизода). При обнаружении отклонений, характерных для ОКС, пациента необходимо госпитализировать
2. Рентгенография грудной клетки при подозрении на отек легких, пневмонию, пневмоторакс, спонтанный или травматический перелом ребер, рак легких. При наличии отклонений следует решить вопрос о целесообразности госпитализации
3. Компьютерная томография для исключения ТЭЛА и расслаивающей аневризмы аорты. При подтверждении диагноза пациента следует лечить в стационаре

### Схема. Основные методы обследования пациента с жалобами на боль в груди при длительности анамнеза не более двух месяцев

**Дополнительные данные.** Дополнительные данные, повышающие вероятность того, что боль в груди обусловлена развитием ОКС: ИБС в анамнезе, пожилой возраст, мужской пол и другие факторы риска развития ИБС [14] (сахарный диабет, артериальная гипертензия, гиперхолестеринемия, курение, ожирение, гиподинамия, инсульт, признаки атеросклероза, неблагоприятный семейный анамнез). При атипичном течении подозрение на ОКС должно возникать при наличии следующих симптомов: выраженная потливость, необъяснимая сильная слабость, беспричинные тошнота или рвота, а также одышка и головокружение. Атипичные формы течения ИБС характерны для женщин, пожилых людей и больных диабетом, а также для лиц с сердечной недостаточностью и с сопутствующей сердечно-легочной патологией [15].

В настоящее время не рекомендуется использовать нитраты и антациды в диагностических целях при ведении пациентов с подозрением на острый коронарный синдром [8]. Нитраты не используют, так как при остром инфаркте, в отличие от стенокардии напряжения, в основе патогенеза заболевания лежит образование тромба, поэтому отсутствие эффекта от назначения препарата не исключает ишемический генез болей. С другой стороны, хороший эффект от приема нитроглицерина возможен при ОКС и препарат применяют в лечебных целях. Важно отметить, что боль в груди может быть купирована приемом нитроглицерина при эзофагоспазме. Антациды использовать не следует, так как наличие терапевтического эффекта от приема препарата не исключает ОКС, в частности в связи с тем, что больной может иметь оба заболевания.

В ряде случаев можно использовать клиническое правило принятия решения Роуана для

определения претестовой вероятности наличия у больного инфаркта миокарда [1]. Учитывают следующие факторы:

- 1) возраст старше 60 лет;
- 2) мужской пол;
- 3) боль в груди, описанная как чувство давления;
- 4) боль, иррадиирующая в руки, плечи, шею, челюсть;
- 5) профузный пот;
- 6) инфаркт или стенокардия в анамнезе.

При отсутствии перечисленных факторов вероятность развития инфаркта не превышает 0,6%; при наличии одного фактора вероятность составляет 3,4%; при двух факторах — 4,8; при трех факторах — 12, при четырех факторах — 26% [1].

### Заболевания, сопряженные с риском развития угрожающих жизни осложнений

**Желчнокаменная болезнь.** Заболевание проявляется тупыми ноющими постоянными или схваткообразными болями в эпигастриальной области и/или в правом подреберье (иррадиация может быть в правое плечо); вздутие, тяжесть, тошнота, чувство переполнения в подложечной области; горечь во рту, при остром течении показана госпитализация.

**Панкреатит.** Длительные интенсивные опоясывающие боли, тошнота, рвота. К факторам риска развития заболевания относят желчнокаменную болезнь, прием алкоголя, гипертриглицеридемию, гиперкальциемию, почечную недостаточность, травматическое повреждение, включая оперативное лечение, а также прием ряда лекарственных препаратов (азатиоприн, эстрогены, тиазиды, фуросемид, сульфаниламиды, глюкокортикоиды, вальпроевая кислота); инфекционные заболевания (вирусные, бактери-

альные и паразитарные инфекции), системные заболевания (саркоидоз, системная красная волчанка, полиартериит). При остром течении показана госпитализация.

**Плеврит, пневмония.** Боль при плеврите и при пневмонии развивается вследствие вовлечения плевры в воспалительный процесс. Обычно интенсивность болей нарастает постепенно в течение минут или нескольких часов. Постепенное начало развития болей в течение дней или недель, возможно, является следствием туберкулеза или рака легких. При вовлечении плевры в воспалительный процесс боль чаще носит острый, колющий характер, но может сменяться тупыми болями; болевые ощущения обычно ло-

кализованы в проекции пораженной доли легкого, усиливаются при кашле, глубоком дыхании, движении. Боль часто сопровождается кашлем, одышкой, лихорадкой, слабостью, утомляемостью, повышенным потоотделением.

При осмотре выявляют: притупление перкуторного тона, бронхиальное дыхание, хрипы, усиление голосового дрожания [16]. Объективные признаки могут отсутствовать.

В сомнительных случаях при атипичной симптоматике можно воспользоваться диагностическим правилом Диера (табл. 2) для определения претестовой вероятности пневмонии у больных с остро появившимся кашлем на основании некоторых клинических данных [1].

Таблица 2

**Клиническое правило Диера при оценке вероятности пневмонии у больного с острым кашлем**

Признаки	Баллы
Насморк	Минус 2
Боль в горле	Минус 1
Потливость ночью	1
Миалгия	1
Кашель с мокротой в течение всего дня	1
ЧДД более 25 в 1 мин	2
Температура тела выше 37,8 °С	2

Вероятность пневмонии рассчитывают следующим образом. При сумме баллов минус 3 — вероятность пневмонии составляет 0,0%; минус 2 балла — 0,7; минус 1 балл — 1,6; 0 баллов — 2,2; 1 балл — 8,8; 2 балла — 10,3; 3 балла — 25; 4 балла и более — 29,4% [2].

Диагноз пневмония подтверждают данными рентгенографии легких.

Показания к госпитализации при пневмонии:

- пожилой возраст (старше 60 лет);
- пульс свыше 90 в 1 мин;
- температура тела 38 °С и выше;
- наличие сопутствующих заболеваний;
- повышение частоты дыханий (свыше 30 в 1 мин);
- спутанность сознания;
- низкое АД (менее 90/60 мм рт. ст.);
- гипоксемия;
- дыхательная недостаточность;
- лейкоцитоз/лейкопения;
- билатеральные или прогрессирующие изменения на рентгенограмме легких;
- сепсис;
- отсутствие лихорадки (плохой прогноз у пожилых);
- длительный постельный режим;
- проживание в доме престарелых;
- беременность.

При отсутствии перечисленных показаний к госпитализации решение оставить больного дома принимают с учетом возможности организовать уход за больным.

**Неотложные состояния у онкологических больных, которые могут сопровождаться болью в груди**

*Подтвержденный или предварительный диагноз рак легкого.* Экстренная госпитализация целесообразна в следующих случаях [17]:

1. Имеются признаки сдавления верхней полой вены: отек и покраснение лица и/или шеи с фиксированной (не зависящей от фаз дыхания) дилатацией яремных вен.

2. Стридор.

Срочная консультация (в ближайшие 2 нед) онколога или пульмонолога показана [17]:

1. При персистирующем кровохаркании всем пациентам в возрасте 40 лет и старше, курящим в настоящее время или курившим в прошлом.

2. При подозрении на рак легкого по результатам рентгенологического исследования (включая выпот в полость плевры и замедленную динамику патологических изменений). Рентгенографию легких для исключения изменений, характерных для онкологического поражения, следует выполнить срочно, если боль в груди длится более 3 нед.

**Сдавление спинного мозга.** Сдавление спинного мозга на фоне онкологического заболевания с метастазами в позвоночнике развивается у 3–5% больных с онкологическими заболеваниями в анамнезе [18]. Наиболее часто в позвоночник метастазируют рак щитовидной и молочных желез, рак легких, почек и предстательной железы. В этой группе пациентов вероятность сдавления спинного мозга составляет 20%, приблизительно в 20–25% случаев у пациентов со сдавлением спинного мозга метастазами в позвоночнике онкологическое заболевание ранее диагностировано не было [18].

При сдавлении спинного мозга развивается характерная симптоматика: персистирующая боль в спине или в шее, которая обычно носит локальный характер, может распространяться по ходу нервных окончаний, нередко определяется болезненность при пальпации [18]. Боль

может усиливаться при кашле и смехе. Прогностически неблагоприятны следующие симптомы: слабость в ногах или руках, снижение чувствительности, шаткость походки, задержка или недержание мочи, слабость сфинктеров прямой кишки, развитие болей ночью во время сна. Появление признаков сдавления спинного мозга является основанием для экстренной госпитализации. Диагноз подтверждают результатами МРТ; компьютерная томография обладает меньшей чувствительностью, чем МРТ; метастатические изменения в позвоночнике на обычной рентгенограмме можно идентифицировать только при потере костной массы объемом в 50% и более [18].

### Приложение

Ключевые положения, имеющие практическое значение при ведении пациента с подозрением на ОКС [19, 20].

- |  |
|--|
| 1. Зарегистрируйте ЭКГ в состоянии покоя в 12 стандартных отведениях как можно скорее. В случае если планируется госпитализация, отправьте результаты в стационар (если это технически возможно), с тем чтобы электрокардиограмма была доступна сотрудникам стационара до поступления пациента. Регистрация и пересылка ЭКГ не должны задерживать процесс госпитализации   |
| 2. Не следует исключать диагноз острый коронарный синдром на основании того, что зарегистрированная ЭКГ не имеет признаков патологических отклонений   |
| 3. Не следует назначать терапию кислородом абсолютно всем пациентам с подозрением на ОКС, мониторьте сатурацию кислородом с помощью пульсоксиметрии. Начните мониторинг как можно скорее, в идеале — на догоспитальном этапе: — пациентам с сатурацией кислорода менее 94% следует назначить кислород с целевым уровнем сатурации кислорода 94–98% (если нет риска развития гиперкапнической дыхательной недостаточности); — при лечении пациентов с хроническими обструктивными заболеваниями легких (высокий риск гиперкапнической дыхательной недостаточности) целевой показатель сатурации кислорода составляет 88–92% при отсутствии результатов соответствующих анализов газов крови |
| 4. Не следует оценивать симптоматику ОКС по-разному в отдельных этнических группах. Существенного различия в клинических проявлениях ОКС не существует   |

### Неотложные мероприятия при подозрении на ОКС [20, 21]

1. Наблюдайте за пациентом, оценивайте:
  - усиление болевых ощущений и/или другой симптоматики;
  - частоту пульса и уровень АД;
  - ритм сердца;
  - сатурацию кислорода с помощью пульсоксиметрии;
  - ЭКГ в 12 отведениях;
  - эффективность препаратов, назначенных для купирования болей.
2. Назначьте препараты для облегчения боли — нитроглицерин сублингвально; при инфарк-

те миокарда рекомендуется морфина сульфат для скорейшего устранения боли. Не рекомендуется назначать нестероидные противовоспалительные препараты.

3. При отсутствии противопоказаний к аспирину (аллергия) назначьте 300 мг препарата. Если аспирин назначен на догоспитальном этапе, информация об этом должна быть передана в письменном виде врачам стационара.

4. Другие антиагреганты должны назначаться только в стационаре.

5. Кислород следует назначать только по показаниям в соответствии с уровнем сатурации кислорода в крови.

### Литература

1. Yelland M., Cayley W. E. Jr., Vach W. An Algorithm for the Diagnosis and Management of Chest Pain in Primary Care // *Med. Clin. North. Am.* — 2010. — Vol. 94. — № 2. — P. 349–374.
2. Cayley W. E. Jr. Diagnosing the cause of chest pain // *Am. Fam. Physician.* — 2005. — Vol. 72. — № 10. — P. 2012–2021.
3. Кузнецова О. Ю., Фролова Е. В., Дубикайтис Т. А. Стратификация ишемического риска при ведении пациентов с острым коронарным синдромом без элевации сегмента ST // *Российский семейный врач.* — 2012. — Т. 16. — № 4. — С. 19–23.



4. *Brown J. E. Chest Pain. In Marx J., ed. Rosen's Emergency Medicine Concepts and Clinical Practice. 8<sup>th</sup> ed. — Philadelphia, Pa: Saunders, 2013. — 214–222 p.*
5. *Davies C., Bashir Y. Cardiovascular Emergencies. London, GBR: BMJ Books, 2001. — 400 p.*
6. *Longmore M., Wilkinson I., Turmezei T., Cheung C. K. Oxford Handbook of Clinical Medicine. 7<sup>th</sup> ed. — New York, USA: Oxford University Press, 2007. — 842 p.*
7. *Lee-Chiong T., Gebhart G. F., Matthay R. A. Chest Pain. In Mason R. J., ed. Murray and Nadel's Textbook of Respiratory Medicine: 2-Volume Set. 5<sup>th</sup> ed. — Philadelphia, Pa: Saunders Elsevier, 2010. — P. 647–658.*
8. *Mattu A., Goyal D. G. Emergency Medicine: Avoiding the Pitfalls and Improving the Outcomes. 1<sup>st</sup> ed. // BMJ Books. — 2007. — 128 p.*
9. *Фролова Е. В. Стабильная стенокардия: принципы диагностики и лечения // Российский семейный врач. — 2008. — Т. 12. — № 1. — С. 4–27.*
10. *The Family Practice Handbook edited by Graber M. A., Lanternier M. L. 4<sup>th</sup> ed. — St. Louis, USA: Mosby, Inc., 1997. — 849 p.*
11. *Braunwald E. Unstable angina. A classification // Circulation. — 1989. — Vol. 80. — P. 410–414.*
12. *BMJ learning. Pulmonary embolism: an update on diagnosis and management. — [http://learning.bmj.com/learning/module-intro/.html?moduleId = 5003178&locale = en\\_GB](http://learning.bmj.com/learning/module-intro/.html?moduleId = 5003178&locale = en_GB). — Последнее посещение сайта 06.06.2014 г.*
13. *BMJ learning. Spontaneous pneumothorax: assessment and management. — [http://learning.bmj.com/learning/module-intro/.html?moduleId = 10043183&locale = en\\_GB](http://learning.bmj.com/learning/module-intro/.html?moduleId = 10043183&locale = en_GB). — Последнее посещение сайта 06.06.2014 г.*
14. *Institute for clinical systems Improvement. Health Care Guideline. Diagnosis and Treatment of Chest Pain and Acute Coronary Syndrome (ACS). — 2012 // Available from: [https://www.icsi.org/\\_asset/ydv4b3/ACS-Interactive1112b.pdf](https://www.icsi.org/_asset/ydv4b3/ACS-Interactive1112b.pdf). — Последнее посещение сайта 26.06.2014 г.*
15. *Рябова Н. И., Фролова Е. В. Острый коронарный синдром в практике семейного врача // Российский семейный врач. — 2009. — Т. 13. — № 3. — Р. С. 51–55.*
16. *Общая врачебная практика: национальное руководство. В 2-х т. — Т. 1 / Под ред. акад. РАМН И. Н. Денисова, проф. О. М. Лесняк. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. — 976 с.*
17. *National Institute for Health and Clinical Excellence. Clinical Guideline 27. Referral guidelines for suspected cancer. — <http://www.nice.org.uk/cg 27>. — Последнее посещение сайта 06.06.2014 г.*
18. *BMJ learning. Metastatic spinal cord compression — in association with NICE. — [http://learning.bmj.com/learning/module-intro/.html?moduleId = 10032165&locale = en\\_GB](http://learning.bmj.com/learning/module-intro/.html?moduleId = 10032165&locale = en_GB). — Последнее посещение сайта 06.06.2014 г.*
19. *BMJ learning. Chest pain of recent origin — assessment and diagnosis: in association with NICE. — [http://learning.bmj.com/learning/module-intro/.html?moduleId = 10015520&locale = en\\_GB](http://learning.bmj.com/learning/module-intro/.html?moduleId = 10015520&locale = en_GB). — Последнее посещение сайта 06.06.2014 г.*
20. *National Institute for Health and Clinical Excellence. Clinical Guideline 95. Chest pain of recent onset Assessment and diagnosis of recent onset chest pain or discomfort of suspected cardiac origin. — 2010 // Available from: <http://www.nice.org.uk/guidance/cg95/resources/guidance-chest-pain-of-recent-onset-pdf>. — Последнее посещение сайта 26.06.2014 г.*
21. *Фролова Е. В., Дубикайтис Т. А. Клинические рекомендации Европейского общества кардиологов по назначению антиагрегантов пациентам с острым коронарным синдромом без подъема сегмента ST // Российский семейный врач. — 2012. — № 4. — С. 46–50.*

**Авторы:**

**Кузнецова Ольга Юрьевна — д. м. н., профессор, заведующий кафедрой семейной медицины СЗГМУ им. И. И. Мечникова**

**Моисеева Ирина Евгеньевна — к. м. н., доцент кафедры семейной медицины СЗГМУ им. И. И. Мечникова**

**Дубикайтис Татьяна Александровна — к. м. н., доцент кафедры семейной медицины СЗГМУ им. И. И. Мечникова**

Адрес для контактов: [fammedmapo@yandex.ru](mailto:fammedmapo@yandex.ru)

УДК 616.379-008.64:613.24

**ИНДИВИДУАЛИЗАЦИЯ САХАРОСНИЖАЮЩЕЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2-ГО ТИПА**

Н. В. Ворохобина, С. Н. Фогт

ГБОУ ВПО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова»  
Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия**INDIVIDUALIZING MEDICAL MANAGEMENT OF HYPERGLYCEMIA IN PATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES**

N. V. Vorokhobina, S. N. Fogt

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

© Н. В. Ворохобина, С. Н. Фогт, 2014 г.

В статье представлены последние данные о мировых рекомендациях и алгоритмах по сахароснижающей терапии у пациентов с сахарным диабетом 2-го типа. В сравнении с консенсусами прошлых лет в рассматриваемых документах отмечается тенденция к индивидуализации лечения.

**Ключевые слова:** алгоритм, лечение, рекомендации, сахарный диабет 2-го типа, гипергликемия, индивидуализация.

The article presents the latest data from global guidelines and algorithms regarding antihyperglycemic medical treatment in patients with type 2 diabetes. In comparison of previous consensuses these documents tend to more individualized therapy.

**Keywords:** algorithm, treatment, guidelines, type 2 diabetes mellitus, hyperglycemia, individualization.

Изучение сахарного диабета (СД) 2-го типа остается важной проблемой, которой посвящаются многочисленные исследования. Учитывая новые данные по патогенезу этого заболевания, разрабатываются и внедряются в практику принципиально новые сахароснижающие препараты.

С целью оптимизации лечения пациентов с СД 2-го типа с учетом новейших данных регулярно пересматриваются алгоритмы и рекомендации по ведению больных. При составлении этих документов авторы руководствуются прежде всего принципами доказательной медицины. Целесообразность подобного подхода оспаривать не представляется возможным, однако слепое его использование неизбежно приводит к упрощению и стандартизации лечения. Лучше всего недостатки стандартизованного лечения иллюстрируются неожиданными результатами какого-либо крупного исследования. Так, например, в ходе исследования ACCORD быстрое снижение уровня гликированного гемоглобина ( $Hb_{A1c}$ ) приводило к увеличению общей смертности на 22% у пациентов, получавших интенсивную терапию, по сравнению с группой стандартного лечения [1]. Назначение сахароснижающих препаратов не противоречило актуальным ре-

комендациям, однако в то же время не учитывалось множество факторов, таких как клиническое течение заболевания, динамика гликемии в течение дня, степень инсулинорезистентности, резервные возможности  $\beta$ -клеток поджелудочной железы, приверженность пациента лечению. Отсутствие «стандартных пациентов» в реальной клинической практике и невозможность учета в едином алгоритме всех факторов, влияющих на сахароснижающую терапию, диктует необходимость индивидуализации лечения больных.

В статье мы проанализировали изменения в мировых рекомендациях по сахароснижающей терапии СД 2-го типа за 2009–2013 гг. При лечении пациента с СД 2-го типа необходимо решить, какого результата следует добиться и какое терапевтическое средство для этого предпочесть. Ответы на оба поставленных вопроса претерпели эволюцию в мировых рекомендациях.

Одно из важнейших изменений в рекомендациях касается целевого уровня  $Hb_{A1c}$ . Если в консенсусах прошлых лет указывалось конкретное пороговое значение показателя, при превышении которого необходимо было интенсифицировать терапию, то в последних рекомендациях врачу предоставляется выбор.

В российских клинических рекомендациях 2013 г. целевой уровень  $Hb_{A1c}$  зависит от возраста пациента, длительности заболевания, ожидаемой продолжительности жизни, наличия осложнений СД 2-го типа и риска тяжелых гипогликемий. Так, для молодого пациента без осложнений и риска гипогликемий, с длительно-

стью заболевания менее 10 лет, с ожидаемой продолжительностью жизни более 15 лет целевой  $Hb_{A1c}$  составляет до 6,5%, а для пожилого больного с наличием осложнений и риском тяжелой гипогликемии, с длительностью заболевания более 10 лет, с ожидаемой продолжительностью жизни менее 5 лет — до 8,0% (табл. 1) [2].

Таблица 1

*Индивидуализированные цели  $Hb_{A1c}$  в соответствии с российскими рекомендациями [2]*

Особенности течения СД	Возраст		
	молодой (25–44 года)	средний (45–59 лет)	пожилой (60–75 лет) и/или ожидаемая продолжительность жизни менее 5 лет
Нет тяжелых осложнений и/или риска тяжелой гипогликемии	<6,5%	<7,0%	<7,5%
Есть тяжелые осложнения и/или риск тяжелой гипогликемии	<7,0%	<7,5%	<8,0%

Аналогичные критерии выбора целевых значений  $Hb_{A1c}$  предлагает Консенсус Американской диабетологической ассоциации (ADA, 2013). В целом у пациентов с СД 2-го типа рекомендован уровень  $Hb_{A1c}$  до 7,0% [3]. Если у пациента можно снизить  $Hb_{A1c}$  без повышения риска гипогликемий или других осложнений, то целевой уровень  $Hb_{A1c}$  должен составлять до 6,5% (для таких пациентов характерен молодой возраст, непродолжительный анамнез СД 2-го типа, отсутствие осложнений).

При риске тяжелых гипогликемий, короткой ожидаемой продолжительности жизни, выраженных микро- и макрососудистых осложнениях, сопутствующей патологии, а также при значительных трудностях достижения целевых показателей гликемии на фоне адекватной терапии целевой показатель  $Hb_{A1c}$  составит до 8% [3].

В рекомендациях Международной федерации диабета (IDF, 2012) в качестве целевого у пациентов молодого и среднего возраста без существенной патологии указан уровень  $Hb_{A1c}$  до 7,0% [4]. У пожилых людей в общем случае показатель

должен составлять 7,0–7,5%, а при наличии значимой сопутствующей патологии целевые значения  $Hb_{A1c}$  могут достигать 8,5% [5]. Уровень  $Hb_{A1c}$ , к которому необходимо стремиться, по мнению IDF, у каждого пациента должен регулярно пересматриваться в ходе диалога между врачом и больным с учетом пользы, безопасности и переносимости терапии [4].

Американская ассоциация клинических эндокринологов (AACE) рекомендует поддержание минимальных значений  $Hb_{A1c}$  (не более 6,5%) для пациентов с низким риском гипогликемии и без сопутствующей патологии, однако рекомендует индивидуализировать целевые показатели при наличии значимых сопутствующих заболеваний и риска гипогликемии [6].

В совместных рекомендациях ADA и Европейской ассоциации по изучению сахарного диабета (EASD, 2012) предлагается ориентироваться на значения  $Hb_{A1c}$  до 7,0%; кроме того, авторы подчеркивают важность диалога между врачом и пациентом при выборе целевых показателей. Также в этом Консенсусе учитываются и другие факторы (табл. 2) [7].

Таблица 2

*Факторы, которые необходимо учитывать при избрании целевого уровня  $Hb_{A1c}$  [7]*

Фактор	Более строгий контроль гликемии	Менее строгий контроль гликемии
Отношение пациента к собственному здоровью, приверженность лечению, мотивация лечиться	Пациент мотивирован, привержен лечению, готов к тщательному самоконтролю	Пациент недостаточно мотивирован, пренебрегает самоконтролем, имеется низкая приверженность лечению
Риск гипогликемии, других нежелательных явлений	Низкий	Высокий
Длительность СД 2-го типа	Короткая	Длительная
Ожидаемая продолжительность жизни	Длительная	Короткая
Значимая сопутствующая патология	Отсутствует	Тяжелая
Сердечно-сосудистые осложнения	Отсутствуют	Тяжелые
Социальная поддержка	Свободно доступна	Ограничена

Изменения диеты и образа жизни являются необходимым условием лечения СД 2-го типа. Рекомендации по этому вопросу не претерпели существенных изменений за последние 5 лет [8, 9]. Во всех источниках указывается о целесообразности диеты с умеренным дефицитом калорий для пациентов с ожирением и избыточной массой тела. Снижение веса на 5–10% приводит к уменьшению инсулинорезистентности. Любопытно, что, согласно недавно опубликованным результатам 11-летнего наблюдения за пациентами с СД 2-го типа, получавшими лечение только диетой, риск сердечно-сосудистых осложнений при снижении массы тела не изменяется [3]. В рекомендациях ADA, опубликованных в 2013 г., указывается, что диета должна быть подобрана индивидуально, с учетом вкусовых предпочтений пациента и его привычек [3]. В совместной работе ADA и EASD (2012) подчеркивается, что пациента не следует осуждать за нарушение диеты, однако врачу необходимо настаивать на ее соблюдении, поощрять усилия больного и пересматривать режим питания при необходимости [7].

Пациенту с СД необходимо рекомендовать увеличение физической активности в виде умеренных аэробных нагрузок. Это утверждение также не изменилось за последние годы [8, 9]. Физическая активность улучшает самочувствие, уменьшает инсулинорезистентность, способствует снижению массы тела, снижает риск сердечно-сосудистых осложнений. План нагрузок подбирается индивидуально. Рекомендованная продолжительность — не менее 150 мин в неделю [2, 3, 7]. При выявлении СД 2-го типа у пациента с высокой мотивацией на лечение и уровнем  $Hb_{A1c}$  менее 7,5% некоторые авторы рекомендуют лишь изменение диеты и образа жизни без назначения фармакологических средств. Если принятые меры оказываются недостаточными — назначают препарат. При ожидаемой неэффективности физической нагрузки у пациентов с впервые выявленным СД 2-го типа необходимо назначение фармакологических средств. Если у такого больного физическая активность оказывается достаточной для достижения целевых показателей гликемии — можно попробовать отменить препарат [7].

Необходимо отметить, что существуют противопоказания к расширению физической нагрузки. При кардиальной патологии частота сердечных сокращений не должна превышать 50–70% от максимальной. При автономной диабетической невропатии можно рекомендовать увеличение физической активности лишь после тщательного обследования пациента. При тя-

желой периферической невропатии возможны упражнения без значительной нагрузки на стопы (плавание, велоспорт, нагрузка на мышцы рук). Проллиферативная и выраженная непролиферативная ретинопатия может быть противопоказанием для расширения физической активности. У пациентов с высоким риском гипогликемии необходимо провести обучение для того, чтобы во время физических упражнений сохранялась нормогликемия [2–4, 7].

Как правило, пациенту уже на этапе установления диагноза СД 2-го типа требуется назначение сахароснижающих фармакологических средств. Традиционно для терапии используются метформин, препараты сульфонилмочевины, тиазолидиндионы, меглитиниды (глиниды), ингибиторы  $\alpha$ -глюкозидазы. К недавно появившимся препаратам относятся ингибиторы натрий-глюкозного котранспортера-2 (SGLT-2 [англ. Sodium Glucose co-Transporter-2]), а также инкретины — ингибиторы дипептидилпептидазы-4 (ДПП-4) и агонисты глюкагоноподобного пептида-1 (ГПП-1). Ряд авторов к дополнительным сахароснижающим средствам в настоящее время относят секвестранты желчных кислот и агонисты дофамина. Каждый из указанных классов препаратов препятствует повышению гликемии своим путем. На всасываемость углеводов в тонкой кишке влияют ингибиторы  $\alpha$ -глюкозидазы, инкретины, а также секвестранты жирных кислот. Увеличивают секрецию инсулина препараты сульфонилмочевины, меглитиниды и инкретины (последние также угнетают секрецию контринсулярного гормона глюкагона). Метформин и тиазолидиндионы снижают инсулинорезистентность и продукцию глюкозы в печени. Эффект ингибиторов SGLT-2 связан с угнетением реабсорбции глюкозы в почках. Препараты инкретинового ряда обладают еще одной особенностью: они способны угнетать аппетит.

Каждый из классов сахароснижающих препаратов обладает своими противопоказаниями, побочными эффектами и плейотропным действием, что необходимо учитывать при назначении препаратов пациенту с СД 2-го типа (табл. 3).

Исследований, напрямую сравнивающих эффективность препаратов различных классов, не проводилось. Приведенные изменения в показателях гликемии ориентировочны, так как они существенно зависят от выборки пациентов и исходного уровня  $Hb_{A1c}$ . Кроме того, необходимо отметить, что препараты приведенных классов можно сочетать друг с другом. В целом считается, что добавление к терапии какого-либо сахароснижающего препарата (из другой группы) приводит к снижению  $Hb_{A1c}$  на 0,9–1,1% [3].



Клиническая характеристика основных классов сахароснижающих препаратов при использовании в виде монотерапии [3]

Класс препарата	Степень снижения $Hb_{A1c}$ , %	Влияние на уровень инсулина	Эффект в отношении липидного спектра крови	Влияние на массу тела	Главные побочные эффекты
Препараты сульфонилмочевины	0,8–2,0	Увеличение	Нет эффекта	Увеличение	Гипогликемия
Меглитиниды	0,5–2,0	Увеличение	Нет эффекта	Увеличение	Гипогликемия
Метформин	1,5–2,0	Снижение	↓ ТГ, ↓ ЛВНП, ↑ ЛПВП	Снижение	Желудочно-кишечные расстройства, редко — лактатацидоз
Тиазолидиндионы	1,4–2,6	Снижение	↓ ТГ, ↑ ЛПВП	Увеличение	Задержка жидкости, анемия, сердечная недостаточность, переломы
Ингибиторы $\alpha$ -глюкозидазы	0,7–1,0	Нет эффекта	Нет эффекта	Нет эффекта	Желудочно-кишечные расстройства
Ингибиторы ДПП-4	0,5–0,8	Увеличение	Нет эффекта	Нет эффекта	Риск панкреатита (не доказан)
Агонисты ГПП-1	0,7–0,9	Увеличение	Нет эффекта	Снижение	Тошнота, запор. Риск панкреатита (не доказан)

Принципиальной позицией практически всех рекомендаций и алгоритмов 5-летней давности являлось назначение пациенту при установлении диагноза СД 2-го типа метформина в совокупности с диетой и физической нагрузкой. При недостаточной эффективности этих мер рекомендовалось постепенное усиление терапии, включая раннее начало инсулинотерапии [8, 9].

Гораздо менее императивны последние рекомендации по лечению СД 2-го типа. Несмотря на то что ADA по-прежнему указывает на предпочтительность применения метформина при установлении диагноза, в тексте имеется ссылка на совместную с EASD публикацию [3]. В последней говорится о том, что решение о терапии должно быть принято в ходе диалога врача и пациента после взвешивания преимуществ и недостатков препаратов того или иного класса, предпочтений пациента, возможных побочных эффектах с учетом влияния на массу тела и риска гипогликемий. ADA и EASD рекомендуют начинать терапию с метформина [7]. При невозможности использования этого препарата следует предпочесть другое пероральное сахароснижающее средство (препарат сульфонилмочевины, глинид, ингибитор ДПП-4), в некоторых случаях — агонист ГПП-1. Если целевые значения  $Hb_{A1c}$  не достигнуты примерно за 3 мес терапии, то следует подключить 2-й препарат (сульфонилмочевины, тиазолидиндион, ингибитор ДПП-4, агонист ГПП-1 либо базальный инсулин). Если через аналогичный срок необходимый уровень контрольных показателей не наблюдается, рекомендуется использование трех препаратов из приведенных классов в любом сочетании (за ис-

ключением комбинации инсулина с препаратами сульфонилмочевины и использования ингибиторов ДПП-4 вместе с агонистами ГПП-1). При условии, если целевые значения  $Hb_{A1c}$  через 3–6 мес такой терапии не достигаются, рекомендована инсулинотерапия с более сложными схемами введения препарата [3, 7].

В соответствии с дифференцированным подходом к целевым значениям гликемии ADA и EASD рекомендуют начинать терапию сразу двумя препаратами или инсулином при уровне  $Hb_{A1c}$  более 9,0%. При еще больших значениях показателя (10–12%) рассматривается только вариант инсулинотерапии [3, 7].

Сходные рекомендации для лечения пациента с СД 2-го типа сахароснижающими препаратами предлагаются AACE (2013) и IDF (2012) [4, 6]. Одно из отличий состоит в том, что эти организации не рассматривают назначение базального инсулина в качестве второго сахароснижающего препарата у пациента без выраженного повышения уровня  $Hb_{A1c}$  [6]. AACE рекомендует начинать сразу с назначения двух препаратов при показателе  $Hb_{A1c}$  более 7,5%.

Несколько отличаются от приведенных рекомендаций российские Алгоритмы оказания специализированной медицинской помощи больным с СД 2-го типа [2]. Одним из отличий является то, что к препаратам «первой линии» помимо метформина отнесены инкретины (ингибиторы ДПП-4 и агонисты ГПП-1). К нерациональным сочетаниям терапевтических средств отнесена комбинация тиазолидиндионов и базального инсулина. Начинать терапию с использования сразу двух препаратов предлагается при  $Hb_{A1c}$  более 7,5%.

Чтобы предотвратить чрезмерно быстрое снижение гликемии у пациента с СД 2-го типа, в российских рекомендациях введены иные критерии эффективности терапии, стратифицируемые согласно тяжести нарушений углеводного обмена при дебюте заболевания. Так, терапия «первой линии» считается эффективной, если за 6 мес лечения больного с умеренным повышением уровня  $Hb_{A1c}$  (6,5–7,5%) этот показатель снизился не менее чем на 0,5%. При исходных значениях  $Hb_{A1c}$  от 7,6 до 9,0% он должен снизиться не менее чем на 1,0%. При более значительной тяжести нарушений углеводного обмена рекомендованный темп снижения  $Hb_{A1c}$  составляет не менее 1,5% за 6 мес лечения.

Принципы назначения препаратов инсулина пациенту с СД 2-го типа созвучны с теми, что обсуждались ранее и сходны во всех рассмотренных нами рекомендациях по лечению пациентов с СД 2-го типа. Режим инсулинотерапии, связанные с ней риски, потенциальная польза и цели лечения должны быть обсуждены с пациентом.

Формально при неэффективности сахароснижающих препаратов и отсутствии целевых значений  $Hb_{A1c}$  у пациента следует инициировать инсулинотерапию. Однако с учетом индивидуализированного подхода к целям лечения вопрос, когда начинать введение инсулина, становится дискуссионным. У ряда больных (при выраженных симптомах заболевания и высокой гипергликемии на фоне приема сахароснижающих средств) необходимость начала инсулинотерапии не вызывает сомнения, однако эти явления наблюдаются далеко не у всех пациентов. Если больной уже получает лечение двумя фармакологическими средствами и имеет  $Hb_{A1c}$  выше 8,0%, то, как правило, такие пациенты уже не могут достигнуть целевых показателей без инсулина, особенно если имеется длительный анамнез СД 2-го типа [6]. Выявление аутоантител к клеткам поджелудочной железы у пациентов может свидетельствовать о вялотекущем аутоиммунном процессе в островках Лангерганса (латентный аутоиммунный диабет у взрослых). Этот признак также свидетельствует об истощенном резерве собственных  $\beta$ -клеток поджелудочной железы и потребности больного в назначении инсулина.

Инсулинотерапия при отсутствии выраженной гипергликемии и симптомов заболевания, как правило, начинается с введения небольших доз базального инсулина (0,1–0,2 Ед/кг/сут) [3, 6]. При значениях  $Hb_{A1c}$  от 8,0 до 10,0% дозы могут быть более высокими — 0,2–0,3 [6] и даже 0,3–0,4 Ед/кг/сут [7]. Титрация доз проводится по

возможности самим пациентом исходя из значений гликемии натощак.

На фоне введения базального инсулина терапию метформином можно продолжить. Секретагоги инсулина, по-видимому, не приводят к улучшению показателей  $Hb_{A1c}$ ; после назначения короткодействующих аналогов инсулина их применения следует избегать. ADA и EASD рекомендуют уменьшить дозу или отменить тиазолидиндионы для предотвращения задержки жидкости и набора массы тела. Целесообразность применения инкретинов на фоне терапии базальным инсулином обсуждается [7].

При высокой постпрандиальной гипергликемии либо по достижении большой дозы базального инсулина (0,5–1,0 Ед/кг/сут) необходимо добавление короткого или ультракороткого аналога инсулина перед приемами пищи. Возможно постепенное назначение новых инъекций, начиная с той, которая вводится перед основным приемом пищи [7].

Каких-либо жестких рекомендаций по инсулинотерапии пациентов с СД 2-го типа в настоящее время нет. Это связано с тем, что терапия инсулином должна назначаться сугубо индивидуально. Необходимо учитывать мотивацию пациента на лечение и самоконтроль, его образ жизни, приверженность терапии, физическую активность, наличие социальной поддержки и сохранность интеллекта [2]. Так, при низкой мотивации к лечению и самоконтролю, размеренном образе жизни, проживании в одиночку базис-болюсной терапии следует предпочесть готовые смеси инсулинов ультракороткого и средней продолжительности действия или ведение пациента при использовании базального инсулина и пероральных сахароснижающих средств [2].

В заключение уместно привести высказывание выдающегося терапевта М. Я. Мудрова, которое стало напутствием для ряда поколений: «Врачевание не состоит в лечении болезни. Врачевание состоит в лечении самого больного. Каждый больной, по различию сложения своего, требует особого лечения, хотя болезнь одна и та же». Эти слова представляются актуальными и в настоящее время, и особенно в отношении такого комплексного заболевания, как СД 2-го типа.

Проанализировав изменения последних лет в рекомендациях по лечению больных с СД 2-го типа, можно сделать вывод, что их развитие имеет определенную направленность, ориентированную на каждого конкретного пациента. Текст современных рекомендаций может служить врачу-клиницисту надежной почвой для весьма желательного индивидуализированного лечения.

## Литература

1. *The Action to Control Cardiovascular Risk in Diabetes Study Group Effects of Intensive Glucose Lowering in Type 2 Diabetes* // *N. Engl. J. Med.* — 2008. — Vol. 358. — P. 2545–2559.
2. *Клинические рекомендации «Алгоритмы специализированной медицинской помощи больным сахарным диабетом»* / Под ред. И. И. Дедова, М. В. Шестаковой. 6-й выпуск // *Сахарный диабет.* — 2013. — № 1S. — 120 с.
3. *American diabetes association. Standards of Medical Care in Diabetes* — 2013. Position statement // *Diabetes Care.* — 2013. — Vol. 36. — Suppl. 1. — P. S11–S66.
4. *International Diabetes Federation Clinical Guidelines Task Force. Global guideline for type 2 diabetes.* Brussels: International Diabetes Federation, 2012. — URL: <http://www.idf.org/sites/default/files/IDF%20T2DM%20Guideline.pdf>. — Последнее посещение сайта 03.02.2014.
5. *International Diabetes Federation Global Guideline for Managing Older People with Type 2 Diabetes.* 2013. — 86 p. — <http://www.idf.org/sites/default/files/IDF-Guideline-for-older-people-T2D.pdf>. — Последнее посещение сайта 03.02.2014.
6. *Garber A. J., Abrahamson M. J., Barzilay J. I., Blonde L., Bloomgarden Z. T., Bush M. A. et al. AACE comprehensive diabetes management algorithm* // *Endocr. Pract.* — 2013. — Vol. 19. — № 2. — P. 327–336.
7. *Inzucchi S. E., Bergenstal R. M., Buse J. B., Diamant M., Ferrannini E., Nauck M. et al. Management of Hyperglycemia in Type 2 Diabetes: A Patient-Centered Approach. Position Statement of the American Diabetes Association (ADA) and the European Association for the Study of Diabetes (EASD)* // *Diabetes Care.* — 2012. — Vol. 35. — P. 1364–1379.
8. *American Diabetes Association. Standards of Medical Care in Diabetes* — 2009 // *Diabetes Care.* — 2009. — Vol. 32. — Suppl. 1. — P. S13–S61.
9. *Nathan D. M., Buse J. B., Davidson M. B., Ferrannini E., Holman R. R., Sherwin R. et al. Medical management of hyperglycemia in type 2 diabetes: a consensus algorithm for the initiation and adjustment of therapy: a consensus statement of the American Diabetes Association and the European Association for the Study of Diabetes* // *Diabetes Care.* — 2009. — Vol. 32. — № 1. — P. 193–203.

**Адрес для контактов:****Фогт Сергей Николаевич, [s\\_fogt@mail.ru](mailto:s_fogt@mail.ru)**

УДК 614.23:616.89:378.2

### ЭМПАТИЧЕСКИЕ СПОСОБНОСТИ СПЕЦИАЛИСТОВ ПСИХИАТРИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ И ИХ ДИНАМИКА В ХОДЕ ОБУЧЕНИЯ В СИСТЕМЕ ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ

М. Ю. Городнова

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

### EMPATHY AND DYNAMIC CHANGES IN A PSYCHIATRY FIELD SPECIALISTS DURING POSTGRADUATE STUDY

M. Gorodnova

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

© М. Ю. Городнова 2014 г.

**Резюме:** рассмотрены структура и динамика эмпатии у 270 специалистов, работающих в системе оказания психиатрической помощи взрослому и детскому населению, в ходе последиplomного обучения. Выделены ведущие эмпатические каналы и гендерные особенности эмпатических способностей специалистов. Показаны динамика коррекции эмпатии и ее каналов в ходе обучения.

**Ключевые слова:** эмпатия, эмпатические каналы, учебный процесс, последиplomное обучение

**Abstract:** 270 specialists of child and adult psychiatry were examined during postgraduate study. The specialists empathy structure and empathy dynamic were considered. Main empathic channels and gender differences of empathy were described. The correction changes in specialists' empathy and in empathy channels during study were shown.

**Keywords:** empathy, empathic channels, educational process, postgraduate study.

**Введение.** Эмпатические способности специалиста являются важным инструментом профессиональной деятельности в системе субъект-субъектных отношений, определяя насыщенность эмпатического поля лечебной среды [1]. Важным действием пациента остается его следование лечебным предписаниям, а формирование рабочего альянса в системе оказания психиатрической помощи — базисом приверженности к предлагаемому лечению. Факторами, обеспечивающими привлекательность положительного выбора для пациента, могут служить эмпатические способности персонала, его понимание, интуиция, уважение к выбору пациента, установки на совместный поиск ресурсов и становление адаптивного совладающего поведения с болезнью и ее последствиями [2]. Эмпатические способности, являясь динамической структурой, чутко реагируют на любой стрессовый фактор, в том числе и на профессиональный стресс, сопутствующий работе специалиста в системе оказания психиатрической помощи. Редукция субъект-субъектных отношений нередко сопровождает деятельность специалистов психиатрических отделений [3, 4]. Изучая

уровень эмпатии у сотрудников психиатрического стационара, Е. А. Козленко (2008) показала у них низкий уровень развития эмоциональной и когнитивной эмпатии, что значительно снижает участие медицинского персонала в формировании у пациентов психологической приверженности лечению [5].

Мы предполагаем, что обучение на циклах последиplomного образования может оказывать корректирующий эффект в развитии эмпатических способностей, что и определило наш научный интерес — изучить эмпатические способности специалистов психиатрического профиля, проходящих последиplomное обучение, и их динамику в зависимости от пола и специальности.

**Материалы и методы исследования.** В исследовании приняли участие 270 слушателей циклов общего и тематического усовершенствования кафедры детской психиатрии, психотерапии и медицинской психологии СЗГМУ им. И. И. Мечникова (210 женщин и 60 мужчин). Среди специалистов врачи-психиатры составили 16, 3% (44 чел.), психотерапевты — 27,4 (74 чел.), психиатры-наркологи — 4,1 (11 чел.), медицинские (клинические) психологи — 23,7



(64 чел.), психологи — 13,0 (35 чел.), категория «другие» (врачи лечебного профиля, педагоги, специалисты по социальной работе) — 10,7 (29 чел.), интерны и ординаторы — 4,8% (13 чел.). Разброс по возрасту от 21 до 68 лет, средний возраст —  $35,79 \pm 0,61$  года. Стаж работы по специальности от 0 до 35 лет, средний стаж —  $7,23 \pm 0,42$  года. Исследование проводилось в первые три дня заезда на цикл у слушателей, а у интернов и ординаторов — во втором полугодии обучения, после прохождения практики в психиатрическом отделении, и по завершении обучения. Критерием исключения служило наличие стрессов непрофессионального характера.

Для исследования уровня эмпатии и ее каналов была выбрана методика В. В. Бойко «Диагностика уровня эмпатических способностей», позволяющая диагностировать 4 уровня эмпатии и представленность 6 эмпатических каналов [6]. Методика широко применяется в современных исследованиях уровня эмпатии. В. М. Вартамян (2007) использовала ее для изучения психологических характеристик эмпатии в структуре индивидуально-психотипологических особенностей личности юношей и девушек, И. А. Терентьев (2007) — при изучении эмпатии у врачей курортного учреждения, В. Д. Бекренев (2008) — у спасателей МЧС, И. В. Дементьев (2013) — у офицеров-психологов [7–10]. Статистическая обработка проведена с помощью программы SPSS-20, с использованием параметрических и непараметрических критериев для связанных и независимых выборок: Стьюдента, Уилкоксона, Манна—Уитни; дисперсионного анализа. Уровень значимости  $p < 0,05$ .

**Результаты и их обсуждение.** Анализ 234 полностью заполненных опросников показал, что средний уровень эмпатии специалистов составил  $20,81 \pm 0,29$ , это в соответствии с данными автора методики относится к заниженному уровню и значимо ниже, чем у специалистов курортных учреждений, имеющих преимущественно средний уровень эмпатии, по данным И. А. Терентьева. При этом средний уровень эмпатии у мужчин и женщин, а также специалистов разных профессиональных групп достоверно не различается. Удельный вес специалистов, имеющих очень низкий уровень эмпатии, составил 8,5% (20 чел.), заниженный — 44,9 (105 чел.), средний — 45,3% (106 чел.) и очень высокий уровень эмпатии диагностирован у 1,3% (3 чел.) специалистов. По нашему мнению, крайние уровни эмпатии (очень низкий и очень высокий) могут свидетельствовать об излишней дистанции или бесконтрольной вовлеченности во взаимоотно-

шения с пациентом. Лишь средние уровни являются «принципиальным методом познания понимающей психологии» (Этчегоен Г., 2003), то есть той эмпатией, о которой писал К. Роджерс [11, 12].

Структура эмпатии специалистов представлена следующим образом: наиболее выражена *проникающая способность* ( $4,0 \pm 0,89$ ), позволяющая создавать атмосферу открытости, доверительности и задушевности. Второе место принадлежит *идентификации* ( $3,73 \pm 0,10$ ), являющейся непременным условием успешной эмпатии, определяющей умение понять другого на основе сопереживания, постановки себя на место партнера, способности взглянуть на мир его глазами. *Установки, способствующие эмпатии* и облегчающие действие всех эмпатических каналов, составили  $3,69 \pm 0,07$  балла из шести возможных. Наименее выражен *рациональный канал* эмпатии ( $3,08 \pm 0,09$ ), который определяет спонтанный интерес к другому, направленность внимания, восприятия и мышления эмпатирующего на другого человека. Незначительно выше представлены *эмоциональный канал* ( $3,17 \pm 0,09$ ), отражающий способность эмпатирующего входить в эмоциональный резонанс с окружающими — сопереживать, соучаствовать, и *интуитивный канал* ( $3,15 \pm 0,11$ ), обуславливающий способности респондента видеть поведение партнеров, действовать в условиях дефицита исходной информации о них, опираясь на опыт, хранящийся в подсознании.

Исследование структуры эмпатии в разных профессиональных группах (психиатры, наркологи, психотерапевты, клинические психологи, психологи, категория «другие», интерны/ординаторы) проведено с помощью U-критерия Манна—Уитни. Найдены достоверные различия только в выраженности проникающей способности. Так, наибольшая представленность этого канала имеет место у психологов ( $4,39 \pm 0,20$ ) и психотерапевтов ( $4,02 \pm 0,16$ ), наименьшая — у интернов/ординаторов ( $3,0 \pm 0,47$ ) и психиатров ( $3,45 \pm 0,20$ ). Медицинские психологи ( $4,04 \pm 0,20$ ) и представители категории «другие» ( $4,07 \pm 0,24$ ) по средним значениям проникающей способности близки и достоверно не отличаются от группы психотерапевтов и психологов. Все эти четыре группы имеют достоверно более высокие значения проникающей способности, чем психиатры и обучающиеся молодые коллеги на уровне значимости  $p < 0,05$  и  $p < 0,001$ . Психиатры-наркологи имеют среднее значение проникающей способности без достоверных отличий от других групп специалистов ( $3,78 \pm 0,52$ ).

Предположив, что в ходе учебного процесса в результате теоретических и практических занятий, межличностного взаимодействия возможна динамика эмпатических способностей, мы провели анализ парных выборок (177 чел.), сравнив значения уровней и каналов эмпатии на входе и выходе учебного процесса. Были получены следующие значимые различия:

1. Средний уровень эмпатии всей выборки вырос и стал ближе к среднему уровню  $21,49 \pm 0,34$  ( $p < 0,01$ ); сравнение по Т-критерию Стьюдента.

2. Сравнение по критерию знаковых рангов Уилкоксона в полной связанной выборке показало увеличение представленности рационального ( $3,21 \pm 0,10$  против  $3,05 \pm 0,10$ ,  $p < 0,05$ ), интуитивного ( $3,41 \pm 0,14$  против  $3,12 \pm 0,13$ ,  $p < 0,01$ ) каналов и идентификации ( $3,99 \pm 0,117$  против  $3,72 \pm 0,119$ ,  $p < 0,01$ ) в эмпатии.

3. У психиатров-наркологов (7 чел.) увеличилась представленность интуитивного канала (с  $2,71 \pm 0,92$  до  $3,57 \pm 0,84$ ,  $p < 0,05$ ), у интернов/ординаторов — рационального канала эмпатии (с  $3,18 \pm 0,48$  до  $3,91 \pm 0,37$ ,  $p < 0,01$ ), у медицинских психологов в целом увеличилось среднее значение уровня эмпатии (с  $20 \pm 0,76$  до  $21 \pm 0,70$ ,  $p < 0,05$ ); сравнение по Т-критерию.

Учитывая гендерные особенности проявления эмпатических способностей, мы провели сравнение динамики эмпатии и ее каналов отдельно у мужчин и женщин.

Получена следующая динамика нарастания эмпатии по группам:

1. У специалистов-женщин (140 чел.) повысился уровень эмпатии с  $21,36 \pm 0,37$  до  $21,93 \pm 0,37$ , что при округлении позволяет диагностировать средний, а не заниженный уровень эмпатии ( $p < 0,05$ ). Увеличились значения интуитивного канала (с  $3,33 \pm 0,14$  до  $3,56 \pm 0,15$ ,  $p < 0,05$ ) и идентификации в эмпатии (с  $3,79 \pm 0,13$  до  $4,04 \pm 0,13$ ,  $p < 0,05$ ).

2. У мужчин (39 чел.) также произошло значимое увеличение уровня эмпатии (с  $18,69 \pm 0,76$  до  $19,92 \pm 0,79$ ,  $p < 0,001$ ) за счет значимого нарастания представленности рационального канала эмпатии (с  $2,72 \pm 0,23$  до  $3,08 \pm 0,24$ ,  $p < 0,05$ ).

Таким образом, в ходе учебного процесса в общей выборке произошло нарастание общего показателя эмпатии, достигшего среднего уровня у женщин. И если нарастание эмпатических способностей у мужчин произошло за счет усиления спонтанного интереса к другому, то у женщин — за счет усиления интуиции и способности идентифицироваться с пациентом.

Сравнив структуру эмпатии на входе у мужчин (49 чел.) и женщин (185 чел.), мы получили следующие значимые различия ( $p < 0,01$ ): у женщин более выражены эмоциональный ( $3,31 \pm 0,10$  против  $2,63 \pm 0,19$ ) и интуитивный каналы ( $3,30 \pm 0,12$  против  $2,61 \pm 0,25$ ). При повторном исследовании на выходе из учебного процесса сохраняется достоверное различие ( $p < 0,05$ ) в выраженности интуитивного канала ( $3,56 \pm 0,14$  против  $2,94 \pm 0,26$ ) и появляются достоверно ( $p < 0,05$ ) более высокие значения проникающей способности у женщин ( $4,09 \pm 0,10$  против  $3,57 \pm 0,17$ ), по сравнению с мужчинами. По способности сопереживать (эмоциональный канал) на выходе мужчины и женщины не различаются.

Таким образом, специалистам-женщинам более свойственно использование интуиции в работе с пациентом/клиентом, чем мужчинам, также они более часто демонстрируют способность к сопереживанию и созданию доверительной среды.

Динамика структуры эмпатии и ее различия между группами может указывать на коррекцию эмоционального канала, чрезмерная выраженность которого лежит в основе эмоционального истощения. Женщины в ходе обучения несколько увеличили свою проникающую способность, тогда как у мужчин, наоборот, снизился показатель этого канала, что и определило значимые различия их средних значений.

**Заключение.** Специалисты психиатрического профиля имеют преимущественно заниженный и средний уровень эмпатии, в ходе обучения происходит ее нарастание. Специалисты-мужчины приобретают эмпатические способности за счет развития спонтанного интереса к пациенту как субъекту диадных отношений, а специалисты-женщины — за счет нарастания интуиции и идентификации с пациентом, что при чрезмерном использовании может служить базисом для развития синдрома эмоционального выгорания.

Наибольшая способность создавать атмосферу доверительности, открытости и задушевности свойственна психотерапевтам и психологам, для эффективной профессиональной деятельности которых необходимым условием являются субъект-субъектные отношения в лечебной среде. Эмпатические способности являются динамической структурой и меняются в результате действия факторов обучающей среды, что можно учитывать в разработке обучающих программ в системе последипломного образования.

## Литература

1. *Эйдемиллер Э. Г.* Становление психотерапии как специальности — становление психотерапевта как специалиста // Российский психиатрический журнал. — 2012. — № 4. — С 84–92.
2. *Городнова М. Ю.* Эмпатические способности специалиста как важный элемент лечебной среды // XI Мнухинские чтения. «Актуальные проблемы психиатрии, психотерапии, клинической психологии семьи и детства: организация, диагностика, лечение, реабилитация, подготовка специалистов и работа в мультидисциплинарной команде». Международная научная конференция, посвященная памяти профессора С. С. Мнухина. — СПб., 2013. — С. 128–132.
3. *Водопьянова Н. Е., Старченкова Е. С.* Синдром выгорания: диагностика и профилактика. 2-е изд. — СПб.: Питер, 2009. — 336 с.
4. *Козина Н. В.* Исследование эмпатии и ее влияния на формирование «синдрома эмоционального сгорания» у медицинских работников: Автореф. дис. ... канд. психол. наук: 19.00.04. — СПб., 1998. — 23 с.
5. *Козленко Е. А.* Особенности эмоционального отношения к пациентам у сотрудников психиатрического стационара: Автореф. дис. ... канд. психол. наук: 14.00.05. — Волгоград, 2008. — 24 с.
6. *Диагностика уровня эмпатических способностей В. В. Бойко / Практическая психодиагностика. Методики и тесты: Учебное пособие; ред. и сост. Д. Я. Райгородский.* — Самара, 2001. — С. 486–490.
7. *Вартанян В. М.* Эмпатия в структуре индивидуально-психотипологических особенностей личности: Автореф. дис. ... канд. психол. наук: 19.00.01. — М., 2007. — 24 с.
8. *Терентьев И. А.* Личностные особенности проявления эмпатии в деятельности врача курортного лечебного учреждения: Автореф. дис. ... канд. психол. наук: 19.00.01. — Сочи, 2007. — 26 с.
9. *Бекренев В. Д.* Психическая напряженность и особенности ее проявления у спасателей МЧС России: Автореф. дис. ... канд. психол. наук: 19.00.01. — М., 2008. — 29 с.
10. *Дементьев И. В.* Влияние эмпатии на профессиональную успешность офицеров-психологов пограничных органов: Автореф. дис. ... канд. психол. наук: 19.00.03. — М., 2013. — 30 с.
11. *Этчегоен Г.* Эмпатия // Журнал практической психологии и психоанализа. — 2003. — № 1. — <http://psyjournal.ru/psyjournal/articles/detail.php?ID=2979>. — Последнее посещение сайта 12.05.2014.
12. *Rogers C. R.* Empatic: an unappreciated way of being // The Counseling Psychologist. — 1975. — Vol. 5, № 2. — P. 2–10.

**Автор:**

**Городнова Марина Юрьевна** кандидат медицинских наук, доцент, ГБОУ ВПО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова» Минздрава России, доцент кафедры детской психиатрии, психотерапии и медицинской психологии

Адрес для контактов: [mgorodnova@yandex.ru](mailto:mgorodnova@yandex.ru)

УДК 616.24-008.4-073

### ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ РАЗЛИЧНЫХ СПОСОБОВ ОПРЕДЕЛЕНИЯ НОРМАЛЬНЫХ ЗНАЧЕНИЙ ПАРАМЕТРОВ МЕХАНИКИ ДЫХАНИЯ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ РЕСТРИКТИВНОГО ТИПА ВЕНТИЛЯЦИОННЫХ НАРУШЕНИЙ

М. Ю. Каменева

ГБОУ ВПО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И. П. Павлова» Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия

### EVALUATION OF EFFECTIVENESS OF VARIOUS METHODS OF DETERMINING THE NORMAL VALUES OF LUNG MECHANICS PARAMETERS IN THE DIAGNOSTICS OF RESTRICTIVE VENTILATION DISORDERS

M. Y. Kameneva

First St. Petersburg State Medical University named after I. P. Pavlov, St. Petersburg, Russia

© М. Ю. Каменева, 2014 г.

Для ранней диагностики диссеминированных заболеваний легких (ДЗЛ) большое значение имеет выявление рестриктивного типа вентиляционных нарушений на этапе первичного обследования пациента в офисах врачей общей практики или амбулаторно-поликлинических подразделениях. В статье обсуждается роль спирометрии в скрининге ДЗЛ, сравнивается эффективность существующего алгоритма диагностики рестриктивного типа вентиляционных нарушений при определении границ нормы с помощью должных величин и нижней границы нормы. Показано, что лучшие результаты достигаются при использовании должных величин, но и в этом случае у половины больных ДЗЛ показатели спирометрии остаются нормальными.

**Ключевые слова:** спирометрия, бодиплетизмография, должные значения, нижняя граница нормы, рестриктивный тип вентиляционных нарушений, диссеминированные заболевания легких, интерстициальные заболевания легких.

For early diagnosis of disseminated lung diseases (DLD) is very important to detect a restrictive ventilation disorders in the primary examination of the patient in the offices of general practitioners or outpatient departments. The article discusses the role of spirometry in screening of DLD, compares the effectiveness of existing diagnostic algorithm of restrictive ventilation disorders using predicted values and the low limit of normal. It is shown that the best results are achieved with predicted values, but even in this case, the spirometry parameters of half of the DLD patients remain normal.

**Keywords:** spirometry, bodyplethysmography, predicted values, the lower limit of normal, restrictive ventilation disorders, disseminated lung diseases, interstitial lung diseases.

---

**Введение.** Рестриктивный тип вентиляционных нарушений является специфичным для многих диссеминированных заболеваний легких (ДЗЛ). Для большинства заболеваний этой группы характерно тяжелое, неуклонно прогрессирующее течение с развитием выраженной дыхательной недостаточности, которая становится причиной быстрой инвалидизации и высокой смертности больных. Вопрос ранней диагностики ДЗЛ крайне важен, поскольку и качество, и продолжительность жизни больных напрямую зависят от того, насколько своевременно поставлен диагноз и начато лечение. Функциональные изменения внешнего дыхания являются

одним из ранних проявлений заболевания и часто предшествуют характерным респираторным жалобам.

Диагностика рестриктивного типа вентиляционных нарушений, в отличие от обструктивного варианта вентиляционных расстройств, представляет собой трудную задачу даже для опытного специалиста функциональной диагностики. Это обусловлено необходимостью использования помимо традиционной спирометрии более сложного и трудоемкого метода — бодиплетизмографии. Задача спирометрии в этом случае состоит в скрининге этого типа нарушений вентиляции и максимально точном отборе



фокусной группы для последующего расширенного функционального исследования, проводимого уже в условиях специализированного подразделения. Решение этой задачи прежде всего ложится на плечи врачей общей практики, поскольку правильное выполнение и грамотная интерпретация результатов спирометрии на амбулаторном этапе обследования во многом определяют дальнейшую судьбу пациента с ДЗЛ.

Помимо необходимости использования сложного оборудования существует ряд методологических проблем, усложняющих диагностику рестриктивного типа вентиляционных нарушений. Прежде всего предметом широкой дискуссии является способ определения границ нормальных значений параметров легочных функциональных тестов: либо это фиксированные, выражаемые в процентах должной величины, границы минимальных и максимальных значений, либо это абсолютная, рассчитанная для каждого человека индивидуально, нижняя и верхняя граница нормы. Наибольшее количество публикаций посвящено проблеме выбора одного из вышеупомянутых способов при диагностике обструкции дыхательных путей [1–4]. Целью настоящего исследования было сравнение результативности этих двух методологических

подходов при диагностике рестриктивного типа вентиляционных нарушений.

**Материалы и методы исследования.** Для анализа были отобраны 232 комплексных функциональных исследования внешнего дыхания, выполненных 154 больным с ДЗЛ в процессе динамического наблюдения (средний срок наблюдения  $4,02 \pm 4,32$  года, 95% ДИ = 3,34–4,70 года). Минимальный период между исследованиями составлял 6 мес, что позволило связать наблюдавшееся изменение показателей спирометрии и бодиплетизмографии с развитием патологического процесса в легких, а не с естественной вариабельностью показателей [5]. В исследуемую группу вошли 100 больных с идиопатическим фиброзирующим альвеолитом (ИФА), 24 больных экзогенно-аллергическим альвеолитом (ЭАА), 12 больных саркоидозом органов дыхания (СОД), 11 больных гистиоцитозом Х легких, 5 больных лимфангиолейомиоматозом (ЛАМ), в одном случае имел место синдром фиброзирующего альвеолита при ревматоидном артрите, в другом — дисплазия соединительной ткани (табл. 1). В 67% случаев диагноз был подтвержден результатами морфологического исследования, в остальных — поставлен на основании клинико-рентгенологических данных.

Таблица 1

Распределение в обследованных по диагнозам (в скобках указаны величины, %)

Диагноз	Всего по группе (n = 154)	Мужчины (n = 59)	Женщины (n = 95)
Гистиоцитоз Х легких	11/8* (73)	9/6 (67)	2/2 (100)
Идиопатический фиброзирующий альвеолит	100/71 (71)	35/23 (66)	65/48 (74)
Экзогенно-аллергический альвеолит	24/12 (50)	10/3 (30)	14/9 (64)
Саркоидоз органов дыхания	12/6 (50)	5/3 (60)	7/3 (43)
Лимфангиолейомиоматоз	5/3 (60)	—	5/3 (60)
Дисплазия соединительной ткани	1/1 (100)	—	1/1 (100)
Ревматоидный артрит	1/1 (100)	—	1/1 (100)

**Примечание.** \* — диагноз подтвержден морфологическим исследованием.

Комплексное функциональное исследование включало в себя спирометрию, бодиплетизмографию и исследование эластических свойств легких с пищеводным зондом, выполненных в соответствии со стандартами качественного измерения Европейского респираторного и Американского торакального обществ на аппарате «MasterScreen» (E. Jaeger, Германия) [1]. Анализировались следующие показатели: жизненная емкость легких, измеренная на вдохе (ЖЕЛ), объем форсированного выдоха за первую секунду (ОФВ<sub>1</sub>), тест Тиффно (ОФВ<sub>1</sub>/ЖЕЛ), общая емкость легких (ОЕЛ), остаточный объем легких (ООЛ), соотношение ООЛ/ОЕЛ и индекс ретракции легких (coefficient of retraction — CR). Рас-

чет CR производился по формуле:  $CR = P_{100\%ОЕЛ} / ОЕЛ$ , где  $P_{100\%ОЕЛ}$  — это давление в пищеводном зонде, регистрируемое при максимально глубоком вдохе.

Критериями включения в данное исследование были увеличение CR более 0,6 кПа/л и отсутствие функциональных признаков обструкции дыхательных путей. Увеличение CR свидетельствует об изменении механических свойств легких, повышении их эластичности вследствие отечно-воспалительных или фиброзных изменений в легочной паренхиме и подтверждает легочный механизм возникновения имеющихся рестриктивных нарушений [6]. К функциональным признакам обструкции дыхательных путей

## Оригинальные научные исследования

помимо снижения теста Тиффно были отмечены повышение ОЕЛ, ООЛ и ООЛ/ОЕЛ. Для оценки результатов спирометрии и бодиплетизмографии использовали должные величины Европейского общества угля и стали (ECCS), LLN рассчитывали по формуле  $LLN = Pred - 1,645SE$ , где Pred — должная величина, а SE — стандартная ошибка [7].

Среди обследованных пациентов было 95 женщин (62%) и 59 мужчин (38%). Средний возраст

женщин составил  $50,76 \pm 13$  лет (95% ДИ 48,15–53,38), индекс массы тела (ИМТ) —  $26,92 \pm 4,67$  кг/м<sup>2</sup> (95% ДИ 25,98–27,86). Курили 14 женщин, интенсивность курения составила  $12,32 \pm 15$  пачка-лет (95% ДИ 4,46–20,17). У мужчин средний возраст был  $46,42 \pm 16,17$  года (95% ДИ 42,29–50,55), ИМТ —  $26,45 \pm 4,64$  кг/м<sup>2</sup> (95% ДИ 25,27–27,63). Больше половины мужчин были курильщиками с высокой интенсивностью курения  $27,29 \pm 21,9$  пачка-лет (95% ДИ 19,7–34,87) (табл. 2).

Таблица 2

### Характеристика обследованной группы

Показатель	M ± SD	95% ДИ	Диапазон значений
<b>Мужчины, n = 59</b>			
Возраст, лет	46,42 ± 16,17	42,29–50,55	17–75
Рост, см	171,72 ± 8,59	169,53–173,92	146–190
Масса тела, кг	78,0 ± 14,83	74,22–81,79	52–121
ИМТ, кг/м <sup>2</sup>	26,45 ± 4,64	25,27–27,63	18,15–37,44
Интенсивность курения, пачка-лет	27,29 ± 21,9	19,70–34,87	0,3–90
Число курящих	33 (56%)		
<b>Женщины, n = 95</b>			
Возраст, лет	50,76 ± 13	48,15–53,38	16,77–75,29
Рост, см	160,89 ± 6,55	159,57–162,21	149–176
Вес, кг	69,7 ± 13,04	67,08–72,32	40–102
ИМТ, кг/м <sup>2</sup>	26,92 ± 4,67	25,98–27,86	14,79–38,05
Интенсивность курения, пачка-лет	12,32 ± 15	4,46–20,17	0,9–56
Число курящих	14 (15%)		

**Результаты.** Анализ параметров механики дыхания показал, что в среднем по группе ЖЕЛ и ОФВ<sub>1</sub> были в норме, хотя их значения и приближались к ее нижней границе. Нормальные значения теста Тиффно во всех исследованиях свидетельствовали о том, что снижение ОФВ<sub>1</sub> происходило пропорционально уменьшению ЖЕЛ и причиной тому было именно изменение ЖЕЛ, а не обструкция дыхательных путей. Отсутствие значимого снижения средних по груп-

пе значений ЖЕЛ противоречило общепринятой точке зрения, согласно которой рестрикция в первую очередь проявляется уменьшением именно этого показателя.

В отличие от ЖЕЛ, уменьшение средних значений ОЕЛ и ООЛ было вполне ожидаемо, высокие значения СР давали основание считать уменьшение статических легочных объемов следствием патологических изменений в легочном интерстиции (табл. 3).

Таблица 3

### Показатели механики дыхания в обследованной группе (n = 232)

Показатели	Границы нормы	M ± SD	95% ДИ	Диапазон значений
ЖЕЛ, л	≥НГН	2,76 ± 0,83	2,66–2,87	1,3–5,58
ЖЕЛ, % должн.	≥80	81 ± 21	79–84	37–147
ОФВ <sub>1</sub> , л	≥НГН	2,24 ± 0,7	2,15–2,34	0,96–4,6
ОФВ <sub>1</sub> , % должн.	≥80	81 ± 22	79–84	37–153
ОФВ <sub>1</sub> /ЖЕЛ	≥0,70	0,81 ± 0,06	0,80–0,82	0,7–0,99
ОЕЛ, л	НГН–ВГН	3,98 ± 0,96	3,85–4,11	2,02–7,16
ОЕЛ, % должн.	80–125	75 ± 16	72–77	39–116
ООЛ, л	НГН–ВГН	1,31 ± 0,32	1,26–1,35	0,51–2,2
ООЛ, % должн.	85–150	72 ± 18	70–75	33–127
ООЛ/ОЕЛ, л	≤ВГН	3,44 ± 7,28	32,5–34,37	13–54
ООЛ/ОЕЛ, % должн.	≤40	96 ± 19	93–98	29–140
СР, кПа/л	0,3–0,60	1,24 ± 0,59	1,17–1,32	0,61–4,22

**Примечание:** ВГН — верхняя граница, НГН — нижняя граница нормы.

Для диагностики рестриктивного типа вентиляционных нарушений были использованы критерии, рекомендуемые Европейским респираторным и Американским торакальным обществами: снижение ЖЕЛ, нормальные значения теста Тиффно и снижение ОЕЛ [8]. В случае когда граница нормы определялась фиксированными значениями должных величин, рестриктивный тип нарушений был выявлен в 109 наблюдениях (47%), а использование нижней границы нормы позволило диагностировать тот же

тип нарушений только в 89 наблюдениях (38%) (вариант 1, табл. 4). Случаи снижения ЖЕЛ при нормальных значениях ОЕЛ были крайне редки как при использовании должных величин (2%), так и при расчете нижней границы нормы (1%) (вариант 2, табл. 4). Обратная ситуация, когда ЖЕЛ оставался в пределах нормы, а снижалась только ОЕЛ, наблюдалась значительно чаще: в 18% случаев использования должных величин и в 23% — при расчете нижней границы нормы (вариант 3, табл. 4).

Таблица 4

*Распределение наблюдений в зависимости от способа определения границ нормальных значений показателей и изменений параметров спирометрии и бодиплетизмографии (n = 232)*

№ варианта	ЖЕЛ	ОЕЛ	ТГ	% должн., n (%)	НГН, n (%)
1	↓	↓	Н	109 (47)	89 (38)
2	↓	Н	Н	6 (2)	2 (1)
3	Н	↓	Н	41 (18)	54 (23)
4	Н	Н	Н	76 (33)	87 (38)

**Примечание:** Н — нормальные значения; ↓ — значения ниже нормы.

Наше исследование показало, что при диагностике рестриктивных нарушений максимальная чувствительность спирометрии была достигнута при использовании фиксированных значений должных величин и составила 0,49 (варианты 1 и 2, табл. 4). Снижение ЖЕЛ при использовании нижней границы нормы выявлялось с меньшей частотой — 0,39. Применение и спирометрии, и бодиплетизмографии немного снизило это различие и повысило результативность функционального обследования: снижение либо ЖЕЛ, либо ОЕЛ определялось в 67% случаев использования должных величин и в 62% — при расчете нижней границы нормы (варианты 1–3, табл. 4).

Наибольший интерес вызвала вторая по частоте встречаемости группа 4 (табл. 4), где ЖЕЛ и ОЕЛ оставались в пределах нормальных значений. В этих исследованиях ни один из ключевых параметров, используемых в диагностике рестриктивного типа вентиляционных нарушений, не был изменен. Вне зависимости от способа определения нормы количество таких наблюдений было велико и при использовании должных величин 76 (33%), и при расчете нижней границы нормы — 87 (38%) (вариант 4, табл. 4).

**Обсуждение.** Полученные нами результаты показали, что у больных ДЗЛ, имеющих распространенные двусторонние изменения в легких и повышенную эластичность легочной ткани, практически с одинаковой частотой могут встречаться как снижение ЖЕЛ, так и ее нормальные значения. Последний вариант пред-

ставляет особенные трудности для врачей общей практики при скрининге этих заболеваний, при решении дифференциально-диагностических задач на амбулаторном этапе обследования. В диагностике ДЗЛ особое внимание следует уделять сбору анамнеза, анализу жалоб пациента. Наличие одышки, особенно инспираторного характера, даже при нормальных показателях спирометрии, является серьезным основанием для дальнейшего углубленного обследования пациента и направления его в специализированные пульмонологические центры [9].

Значительно количество случаев с нормальными значениями ЖЕЛ, выявленных в рамках данного исследования, показало достаточно низкую чувствительность алгоритма диагностики рестриктивного типа вентиляционных нарушений, рекомендованного Европейским респираторным и Американским торакальным обществами. По всей вероятности, необходимы дальнейшие исследования для уточнения диагностических критериев этого респираторного паттерна.

Важно подчеркнуть, что в обязательный минимум первичного обследования пациента, предъявляющего респираторные жалобы, должна входить спирометрия. Снижение ЖЕЛ при нормальных значениях теста Тиффно является признаком рестриктивного типа вентиляционных нарушений и требует назначения комплексного функционального исследования внешнего дыхания для уточнения характера выявленных отклонений. В настоящем исследовании было

показано, что наибольшая чувствительность спирометрии в обнаружении этого варианта вентиляционных нарушений достигается при использовании фиксированных значений должных величин. Таким образом, при выполнении спирометрии на этапе первичного обследования пациента в офисе врача общей практики или поликлиническом подразделении этот способ оценки можно считать приоритетным, так как с его помощью выявляется наибольшее количество спирограмм с отклонениями, характерными для рестриктивного типа вентиляционных нарушений.

**Выводы.** При диагностике рестриктивного типа вентиляционных нарушений наилучшие результаты достигаются в случае использования

фиксированных значений должных величин. Снижение ЖЕЛ менее 80% должной величины при нормальных значениях теста Тиффно может быть рекомендовано в качестве простого и надежного критерия для скрининга ДЗЛ в первичной сети здравоохранения.

Снижение ЖЕЛ не является обязательным функциональным признаком ДЗЛ, поэтому для ранней диагностики заболеваний этой группы крайне важен анализ респираторных жалоб, особенно детализация характера одышки.

Существующие диагностические критерии вентиляционных нарушений рестриктивного типа обладают низкой чувствительностью, что требует дальнейшего изучения.

### Литература

1. Miller M. R., Hankinson J., Brusasco V., Burgos F., Casaburi R., Coates A., Crapo R., Enright P., van der Grinten C. P., Gustafsson P., Jensen R., Johnson D. C., MacIntyre N., McKay R., Navajas D., Pedersen O. F., Pellegrino R., Viegi G., Wanger J. ATS/ERS Task Force. Standardization of spirometry // *Eur. Respir. J.* — 2005. — Vol. 26. — P. 319–338.
2. Miller M. R., Quanjer P. H., Swanney M. P., Ruppel G., Enright P. L. Interpreting lung function data using 80% predicted and fixed thresholds misclassifies more than 20% of patients // *Chest.* — 2011. — Vol. 139. — P. 52–59.
3. Hansen J. E. Lower limit of normal is better than 70% or 80% // *Chest.* — 2011. — Vol. 139. — P. 6–8.
4. Каменева М. Ю., Тишков А. В., Быхова А. В., Похазникова М. А., Трофимов В. И. Анализ согласованности некоторых референсных систем при интерпретации результатов спирометрии // *Российский семейный врач.* — 2012. — Т. 16. — № 2. — С. 23–28.
5. Iyer V. N., Schroeder D. R., Parker K. O., Hyatt R. E., Scanlon P. D. The nonspecific pulmonary function test. Longitudinal follow-up and outcomes // *Chest.* — 2011. — Vol. 139. — № 4. — P. 878–886.
6. Каменева М. Ю. Стратегия применения легочных функциональных тестов в работе врача общей практики // *Российский семейный врач.* — 2012. — Т. 16. — № 2. — С. 4–8.
7. European Community for Steel and Coal: standardized lung function testing // *Eur. Respir. J.* — 1993. — Vol. 6. — № 16, suppl. — P. 5–40.
8. Pellegrino R., Viegi G., Brusasco V., Crapo R. O., Burgos F., Casaburi R., Coates A., van der Grinten C. P., Gustafsson P., Hankinson J., Jensen R., Johnson D. C., MacIntyre N., McKay R., Miller M. R., Navajas D., Pedersen O. F., Wanger J. Interpretative strategies for lung function tests // *Eur. Respir. J.* — 2005. — Vol. 26. — P. 948–968.
9. Илькович М. М., Новикова Л. Н., Илькович Ю. М. Диссеминированные заболевания легких в практике семейного врача // *Российский семейный врач.* — 2012. — Т. 16. — № 2. — С. 16–22.

#### Автор:

Каменева Марина Юрьевна — к. м. н., ведущий научный сотрудник Научно-исследовательского центра ГБОУ ВПО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Адрес для контактов: kmju@mail.ru



УДК 616.441-006.5-07(532)

## ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ДИФFUЗНОГО НЕТОКСИЧЕСКОГО ЗОБА У ЖИТЕЛЕЙ СЕВЕРНОГО РЕГИОНА САУДОВСКОЙ АРАВИИ (АЛЬ-ДЖАУФ)

С. Р. Шабан, Н. В. Иванов, Н. В. Ворохобина

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

## DIFFUSE NONTOXIC GOITER IN PATIENTS FROM NORTH REGION OF SAUDI ARABIA

S. R. Schaban, N. V. Ivanov, N. V. Vorokhobina

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

© С. Р. Шабан, Н. В. Иванов, Н. В. Ворохобина, 2014 г.

В статье представлены результаты лечения 86 пациентов — коренных жителей Северного региона Саудовской Аравии с впервые выявленным диффузным нетоксическим зобом. Исследовались особенности диагностики, лечения и терапии диффузного нетоксического зоба в данной этнической группе. Выявлено преобладание зоба II и III степени. Наиболее эффективным методом лечения, направленным на уменьшение объема щитовидной железы, было использование комбинации калия йодида (150–200 мкг в сутки) и L-тироксина в индивидуально подобранной дозе. Данное лечение привело к уменьшению размера зоба на 34%. Монотерапия калия йодидом не привела к статистически значимому снижению объема щитовидной железы.

**Ключевые слова:** диффузный нетоксический зоб, объем щитовидной железы, калия йодид, L-тироксин, Саудовская Аравия, щитовидная железа

The results of treatment of 86 patients — the indigenous inhabitants of the northern region of Saudi Arabia with newly diagnosed diffuse nontoxic goiter. Peculiarities of diagnostics, treatment and therapy of diffuse toxic goiter in this ethnic group were studied. We revealed the prevalence of goiter grade II and III. Treatment, that was most effective in reducing the volume of the thyroid, was a combination of potassium iodide (150–200 mg daily) and L-thyroxine in individually selected dose. This treatment resulted in a reduction in the size of 34% of goiter. Potassium iodide monotherapy did not result in a statistically significant reduction in the volume of the thyroid gland.

**Keywords:** diffuse nontoxic goiter, thyroid gland volume, potassium iodide, L-thyroxine, Saudi Arabia, thyroid gland.

**Введение.** Диффузный нетоксический зоб (ДНЗ) — одно из самых распространенных заболеваний щитовидной железы во всем мире. По встречаемости оно уступает только узловому зобу, а в эндемичных регионах даже его превосходит.

Под термином «диффузный нетоксический зоб» подразумевается увеличение объема щитовидной железы без признаков аутоиммунного воспаления. Гипотиреоз (как и тиреотоксикоз) не развиваются. Часто диффузный нетоксический зоб сочетается с коллоидными узлами. Диагностика диффузного нетоксического зоба проста, так как основывается на данных объективного осмотра и пальпации щитовидной железы (ВОЗ, 2011 г.) Ультразвуковая диагностика позволяет лишь уточнить объем железы и выявить наличие в ней узловых образований.

В настоящее время причиной формирования зоба считается дефицит йода в потребляемой воде и пище. Однако многие авторы оспаривают данный тезис. Так, внедрение йодной профилактики не позволило полностью избавиться от эндемического зоба. Саудовская Аравия (как и расположенные рядом страны: Иран, Ирак, Объединенные Арабские Эмираты) считаются эндемичными регионами с высокой частотой развития зоба у местных жителей и доказанным дефицитом йода в потребляемой ими пище и воде [1–5]. Наиболее заметны данные отклонения в северных горных районах Саудовской Аравии.

В равнинных районах страны с большим количеством городов меньше встречается заболеваний щитовидной железы, и зоб у жителей данных регионов развивается значительно реже [6–8].

Активное внедрение йодной профилактики (йодирование воды и соли) в этих странах снизило число больных с зобами на 15–20%, но не позволило полностью избавиться от данного заболевания [2, 8].

Актуальность данного исследования можно рассмотреть с двух сторон. С одной стороны — массивные эмиграционные потоки с юга на север и с востока на запад требуют от врачей знаний об особенностях течения различных заболеваний среди населения вновь приезжающих этнических групп. С другой стороны, мы предполагаем, что подобного рода исследования позволят ответить на главный вопрос тиреологии: что лежит в основе патологического процесса в щитовидной железе (ЩЖ) — экологические, климатические, социальные или какие-то иные факторы.

**Материалы и методы.** Набор пациентов в исследование проводился с 2006 по 2011 г. (5 лет). В программу наблюдения включались все пациенты, обратившиеся за помощью к эндокринологу или направленные на консультацию иными специалистами (чаще кардиологами). Таким образом, в исследование вошли больные, у которых было выявлено увеличение щитовидной железы при пальпации или при ультразвуковом исследовании (УЗИ). Общее число обследованных составило 834 человека.

Из обследованных 1008 пациентов (коренных жителей северной провинции Саудовской Аравии Аль-Джауф), обратившихся в клинику, у 86 был впервые выявлен диффузный нетоксический зоб. Из них 62 были женщины в возрасте 19–59 лет, 24 — мужчины, их возраст был от 18 до 60 лет. Диагноз ДНЗ устанавливался на основании пальпации щитовидной железы и данных ультразвукового исследования. Всем больным после УЗИ в случае обнаружения узлов щитовидной железы проводилась их тонкоигольная аспирационная биопсия и гистологическое исследование полученного биоптата. С целью определения уровня гормонов в крови (тиреотропный гормон — ТТГ, общие фракции трийодтиронина —  $T_3$ , тироксина —  $T_4$ ) и антител (к тиреопероксидазе — ТПО, к тиреоглобулину — ТГ, к рецепторам тиреотропного гормона — РТТГ) проводился иммуноферментный анализ с использованием стандартных коммерческих наборов. Для ультразвукового исследования использовалась аппаратура «Toshiba» последнего поколения.

Для медикаментозного лечения больных применялись препараты йодида калия (в суточной дозе 150–200 мкг) и тетраiodтироксина в суточ-

ной дозе 50–150 мкг. Доза тироксина подбиралась по уровню ТТГ в крови пациентов, целевой уровень которого составлял 0,1–0,5 мЕД/л (в соответствии с рекомендациями Российской ассоциации эндокринологов, 2011). Пациенты были рандомизированы в 2 группы лечения: первая группа получала калия йодид ( $n = 40$ ), вторая группа — комбинацию калия йодида и тетраiodтироксина ( $n = 46$ ). Группы были сопоставимы по возрасту и полу. Длительность терапии составила 12 мес. Объективный осмотр, пальпация щитовидной железы, УЗИ и определение уровней гормонов в крови проводились до начала лечения и через 12 мес лечения.

В контрольную группу вошли 24 здоровых человека, сопоставимых по возрасту (10 женщин и 14 мужчин), проживающих в Северном регионе Саудовской Аравии.

Статистическая обработка проводилась с помощью программного обеспечения Statistica 5.0 (StatSoft, USA). Использовались методы непараметрической статистики для групп, не имеющих нормального распределения. Применялся U-критерий Манна—Уитни. Статистически значимыми приняты различия при значениях  $p < 0,05$ . Данные приведены в виде медианы (Me) и межквартильного интервала между 25-м и 75-м процентиллями.

Данное исследование проводилось как наблюдательная программа, где все обследование и лечение осуществлялось в рамках международных и национальных стандартов. Препараты использовались в соответствии с инструкциями по применению.

**Результаты и их обсуждение.** Выявлено, что диффузный нетоксический зоб встречается с такой же частотой, как и узловой зоб и аутоиммунный тиреоидит. В 55% случаев выявлялся зоб II–III степени (по ВОЗ, 2011 г.). Сочетание зоба и коллоидных узлов у больных данной группы было относительно редким явлением (11%). Во всех обследуемых группах не было выявлено изменений гормональных показателей в сравнении с группой здоровых людей. По данным УЗИ, объем щитовидной железы у пациентов с диффузным нетоксическим зобом в среднем составлял 34 мл (размеры железы у пациентов от 28 до 42 мл) при норме до 25 мл. Гормональные показатели при сочетании диффузного нетоксического зоба и коллоидных узлов не отличались от таковых у группы здоровых людей (табл. 1). Подобные данные были получены и в других исследованиях жителей Аравийского полуострова [1, 4, 7–9]. Однако эти исследования были эпидемиологическими и не оценивали эф-

Таблица 1

Гормональные, иммунологические показатели крови и данные ультразвукового исследования щитовидной железы у пациентов с различной степенью зоба (по ВОЗ, 2011 г.) в сравнении со здоровыми людьми

Исследования (гормональные показатели + УЗИ)	Группы пациентов			
	ДНЗ II ст. (n = 32)	ДНЗ III ст. (n = 48)	ДНЗ + узлы (n = 6)	Здоровые (n = 24)
T <sub>3</sub> общ., нмоль/л	2,5 (1,4–2,2) p = 0,4	1,8 (1,6–2,9) p = 0,9	2,5 (1,9–2,4) p = 0,2	2,1 (1,4–2,8)
T <sub>4</sub> общ., нмоль/л	12,3 (12,0–16,4) p = 0,4	13,5 (11,3–17,4) p = 0,3	11,9 (10,2–16,4) p = 0,3	14,3 (10,2–23,1)
ТТГ, мМЕ/л	2,3 (0,56–6,1) p = 0,2	5,7 (4,5–8,9) p = 0,4	3,2 (1,6–5,4) p = 0,4	3,4 (0,4–4,3)
Объем щитовидной железы, мл	28 (24–34) p = 0,05	31 (32–42) p = 0,04	26 (24–28) p = 0,04	15 (11–22)

**Примечание:** указаны медианы (Me) и межквартильные интервалы между 25-м и 75-м процентилями.

фективность традиционной терапии калия йодидом и L-тироксина, направленной на подавление роста зоба, что послужило поводом для проведения второй части данного исследования.

Во второй части исследования проводилось активное лечение пациентов с диффузным нетоксическим зобом, направленное на уменьшение размеров зоба. Больные 1-й группы получали терапию йодидом калия на протяжении 12 мес, остальные пациенты — препаратами йодида калия и L-тироксина. Данные по резуль-

татам лечения представлены в табл. 2. При статистическом анализе значимых различий показателей между группами не было выявлено. В то же время следует отметить: за период наблюдения не было выявлено ни одного случая прогрессирования роста зоба, что можно все же отметить как положительный результат лечения. Гормональные показатели функции щитовидной железы, как и титр антитиреоидных антител, на протяжении лечения оставались неизменными.

Таблица 2

Динамика гормональных показателей и объема щитовидной железы у больных с диффузным нетоксическим зобом до лечения и через 12 мес лечения тироксином и йодидом калия

Показатель	Группа лечения калия йодидом (n = 40)			Группа лечения комбинацией калия йодида и L-тироксина (n = 46)		
	до лечения	через 12 мес лечения	p	до лечения	через 12 мес лечения	p
T <sub>3</sub> общ., нмоль/л	2,3 (1,3–2,3)	2,6 (1,5–2,1)	0,2	2,1 (1,5–2,5)	2,9 (1,9–3,6)	0,02
T <sub>4</sub> общ., нмоль/л	12,0 (11,1–14,4)	11,1 (10,2–15,3)	0,1	11,4 (11,0–14,5)	16,4 (13,4–19,5)	0,05
ТТГ, мМЕ/л	2,5 (0,5–5,1)	2,1 (0,6–4,3)	0,2	3,4 (1,6–3,6)	0,4 (0,1–0,6)	0,01
Объем щитовидной железы, мл	28 (24–38)	26 (19–36)	0,3	34 (28–42)	21 (19–24)	0,01

**Примечание:** указаны медианы (Me) и межквартильные интервалы между 25-м и 75-м процентилями.

У пациентов 2-й группы, получавших комбинированное лечение йодидом калия (150–200 мкг/сут) и L-тироксина (в среднем доза составляла 75–150 мкг/сут) на протяжении 12 мес, было выявлено статистически значимое уменьшение размеров зоба на 34%. Данная положительная динамика в ходе терапии была отмечена у 82% больных. В 18% наблюдаемых случаев болезни изменения размеров щитовидной железы были незначительными или отсутствовали. Как и предполагалось в момент назначения

лечения пациентам, во всех случаях отмечалось снижение уровня ТТГ в крови и возрастание концентрации T<sub>3</sub> и T<sub>4</sub>. Динамика антитиреоидных антител (к ТПО и к ТГ) была статистически не значима.

В ходе лечения использовались достаточно большие дозировки тироксина: 75–150 мкг, которые переносились пациентами достаточно хорошо. Только в 3 случаях потребовалось назначение блокаторов β-адренергических рецепторов. Использовался биспролол в дозе 5–10 мг

в сутки. Во всех случаях удалось компенсировать тахикардию и продолжить лечение гормональными препаратами.

Успешное применение гормональной супрессивной терапии позволило во всех случаях избежать оперативного вмешательства: резекции щитовидной железы.

**Заключение.** Анализ полученных в ходе исследования данных позволил сделать вывод о том, что у жителей Саудовской Аравии (Северного региона Аль-Джауф) диффузный нетоксический зоб занимает одно из ведущих мест

в структуре заболеваний щитовидной железы и не уступает по частоте аутоиммунному тиреоидиту и узловому зобу.

В большинстве случаев заболевание протекает в виде зоба III степени и только примерно в  $1/3$  случаев сочетается с коллоидными узлами.

Для уменьшения размеров щитовидной железы у пациентов с диффузным нетоксическим зобом эффективно комбинированное лечение препаратами калия йодида (200 мкг/сут) и L-тироксина в индивидуально подобранной дозе на протяжении от 6 мес до одного года.

### Литература

1. Hill A. G., Mwangi I., Wagana L. Thyroid disease in a rural Kenyan hospital // East. Afr. Med. J. — 2004. — Vol. 81. — P. 631–633.
2. Azizi F, Navai L, Fattahi F. Goiter prevalence, urinary iodine excretion, thyroid function and anti-thyroid function and anti-thyroid antibodies after 12 years of salt iodization in Shahriar, Iran // J. Endocrinol. Invest. — 2005. — Vol. 28. — № 8. — P. 727–733.
3. Bazrafshan H. R., Mohammadian S., Ordoorkhani A., Farhidmehr F., Hedayati M., Abdolahi N., Azizi F., Braverman L. E., Pearce E. N. Prevalence of goiter among schoolchildren from Gorgan, Iran, a decade after national iodine supplementation: association with age, gender, and thyroperoxidase antibodies // J. Pediatr. Endocrinol. Metab. — 2006. — Vol. 19. — № 7. — P. 889–893.
4. Abdullah M. A., Salhi H., al Herbish A. A. Childhood goitre in Saudi Arabia // J. Endocrinol. Invest. — 2007. — Vol. 30. — № 4. — P. 274–278.
5. Rezvanfar M. R., Farahany H., Chehreyi A., Nemati M., Rostamy S., Karimy E. Urinary iodine excretion and antiperoxidase enzyme antibody in goitrous and healthy primary school children of Arak, Iran // Cent. Eur. J. Public Health. — 2003. — Vol. 11. — № 3. — P. 120–123.
6. Abu-Eshy S. A., Abolfotouh M. A., Al-Naggar Y. M.. Endemic goitre in schoolchildren in high and low altitude areas of Asir region, Saudi Arabia // East Afr. J. Public Health. — 2008. — Vol. 5. — № 3. — P. 163–168.
7. Alsanosy R. M., Gaffar A. M., Khalafalla H. E., Mahfouz M. S., Zaid A. N., Bani I. A. Current iodine nutrition status and progress toward elimination of iodine deficiency disorders in Jazan, Saudi Arabia // Clin. Endocrinol. (Oxf). — 2003. — Vol. 59. — № 3. — P. 298–306.
8. Kona S., Al Moharb A. The surgery of goitre in Riyadh Armed Forces Hospital // Saudi Medical Journal. — 1988. — Vol. 9. — P. 617–621.
9. Al-Nuaim A. R., Al-Mazrou Y., Kamel M., Al-Attas O., Al-Daghari N., Sulimani R. Iodine deficiency in Saudi Arabia // Ann. Saudi Med. — 1997. — Vol. 17. — № 3. — P. 293–297.
10. Dabbaghmanesh M. H., Sadegholvaad A., Ejtehadi F., Omrani G. R. Persistence of goitre in children post-salt iodization in Islamic Republic of Iran: autoimmune status // Ann. Trop. Paediatr. — 1997. — Vol. 17. — № 3. — P. 233–238.

#### Авторы:

**Шабан Самир** — аспирант кафедры эндокринологии им. акад. В. Г. Баранова СЗГМУ им. И. И. Мечникова  
**Иванов Никита Владимирович** — доцент кафедры эндокринологии им. академика В. Г. Баранова СЗГМУ им. И. И. Мечникова

**Ворохобина Наталья Владимировна** — заведующий кафедрой эндокринологии им. акад. В. Г. Баранова СЗГМУ им. И. И. Мечникова

#### Адрес для контактов:

**Иванов Никита Владимирович, baltic.forum@gmail.com**



УДК 614.23:378.2

**ПРОГРАММА «ПОРТФОЛИО КЛИНИЧЕСКОГО ОРДИНАТОРА»**

Е. Ю. Тур

ГБОУ ВПО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова»  
Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия**THE PROGRAM «PORTFOLIO FOR CLINICAL RESIDENTS»**

E. Yu. Tour

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

© Е. Ю. Тур, 2014 г.

Использование портфолио в системе образования высших учебных заведений. Обзор программы «Портфолио клинического ординатора», разработанной на кафедре семейной медицины Северо-Западного государственного медицинского университета им. И. И. Мечникова как принципиально нового инструмента обучения в клинической ординатуре.

**Ключевые слова:** портфолио, обучение, система образования, клиническая ординатура.

The use of portfolio in the education system. Overview «Portfolio of clinical resident» as a new instrument for training in the clinical residency. This program was developed at the department of Family Medicine North-Western State Medical University named after I. I. Mechnikov.

**Keywords:** portfolio, training, education system, clinical residency.

С 2012 г. на кафедре семейной медицины Северо-Западного государственного медицинского университета им. И. И. Мечникова началась разработка программы «Портфолио клинического ординатора» для использования ее как дополнительного инструмента обучения в клинической ординатуре.

Цель создания программы «Портфолио клинического ординатора» — разработать идеальную, максимально действенную модель совершенствования и развития клинического ординатора, опираясь на метод индивидуальной накопительной оценки, основной стратегией которой является отслеживание прогресса обучения ординатора в его профессиональной деятельности [1].

Понятие «портфолио» пришло к нам из Западной Европы XV–XVI вв. В эпоху Возрождения архитекторы представляли заказчикам наброски своих строительных проектов в особой папке, которую называли «портфолио». Представленные документы позволяли заказчикам составить впечатление о профессиональных качествах претендентов [1, 2].

Идея применения портфолио в образовательных учреждениях возникла в США в 80-х гг. XX в. К концу 90-х гг. применение портфолио приняло лавинообразный характер в большинстве образовательных учреждений. Число публикаций и книг, посвященных портфолио для

обучения в высших учебных учреждениях, за короткий срок резко возросло. В 1995 г. использование портфолио как дополнительного метода в обучении достигло своего пика и в настоящее время распространено практически повсеместно в западных странах [2].

Впервые тема портфолио в российском образовательном сообществе прозвучала в 2003 г. По общему мнению преподавателей и обучаемых, портфолио повышает мотивацию последних, их ответственность за результаты учебного процесса, способствует развитию сознательного отношения обучаемых к процессу обучения и его результатам [3].

Термин «портфолио» достаточно часто применяется не только в образовательной, но и в финансовой системе для обозначения состояния ценных бумаг предприятий или частных владельцев [3]. Если рассматривать его шире, можно заметить, что оно имеет в целом обозначение всех представленных достижений фирмы. У фотографов и фотомоделей этот термин обозначает альбом с фотографиями, а в повседневной жизни «портфолио» представляют как: визитную карточку (совокупность сведений о человеке, конкретной организации, учреждении); досье (собрание документов, образцов работ, фотографий дающих представление о предлагаемых возможностях и услугах); портфель учебных и профессиональных достижений человека [3, 4].

Таким образом, процесс постижения смыслового значения термина «портфолио» позволил увидеть множество различных направлений, трактовок и характеристик, но общепринятого варианта данного понятия пока не установлено [5].

В педагогической литературе отечественными учеными [4] также представлены различные подходы к определению данного понятия. Согласно позиции Е. Е. Федотовой, Т. Г. Новиковой, А. С. Прутченкова, термин «портфолио» трактуется как «учебный портфель», что определяет целенаправленное собрание работ учащихся, определяющих усилия и потенциал, развитие и достижения в одной или нескольких образовательных областях в соответствии с учебным планом. Следовательно, «портфолио» — это отчет или портфель достижений, с помощью которого фиксируются, накапливаются и оцениваются индивидуальные достижения учащегося в определенный период его обучения при определенных условиях [5].

Итак, в нашем понимании «портфолио» — это документ, представляющий результативный пакет достижений ряда лет, который рассматривается и принимается многими его создателями в разных ипостасях, а именно как форма, метод, средство и даже технология, что значительно влияет на его структуру, содержательную составляющую, формирование отдельных тематических модулей, касающихся конкретного профиля и конкретной профессионально-специфической направленности [6].

Является ли идея создания программы «Портфолио клинического ординатора» актуальной в настоящее время?

Идея использования портфолио в системе образования в последнее время получает широкое распространение. В рамках федерального эксперимента по совершенствованию структуры и содержания общего образования отмечается, что изменения, произошедшие в содержании современного образования за последнее десятилетие, влекут за собой изменение системы оценивания [7, 10].

В настоящее время кардинальные изменения вносят на рынок труда существенные коррективы по отношению к человеку к его профессионально-квалификационным характеристикам и выдвигают все новые и более жесткие требования к продукту его профессионального труда. В связи с этим основными морально-психологическими качествами работника становятся инициативность, самостоятельность, креативность, способность сотрудничать и взаимодействовать с другими субъектами общества,

высокая мотивация к карьерному росту, повышению квалификации и профессиональному переобучению. Именно эти качества позволяют человеку быть мобильным и конкурентоспособным на рынке труда, а технология «Портфолио» как эффективный инструмент и ведущий показатель системы оценки качества образования позволяет наглядно представить целостную картину о степени сформированности личности как успешного, компетентного и делового человека [8].

В России, согласно наблюдениям экспертов, метод индивидуальных учебных достижений приобретает все большую популярность [8]. Школа XXI в. — это «школа портфолио», и идея портфолио выступает как один из существенных элементов модернизации образования, происходящей по всему миру [9].

Поколение XXI в. — «Millenium Learning», поколение амбициозных, уверенных в своих силах, легко обучаемых молодых людей, способных работать в группах [10].

Именно поэтому программа «Портфолио клинического ординатора» является актуальной: легко управляемая, внедряемая в любое мобильное устройство, способная отразить индивидуальность, уровень культуры и степень подготовки клинического ординатора.

В настоящее время в отечественном [5] и зарубежном [7] образовании портфолио является одной из наиболее часто применяемых разновидностей технологий, ориентированных на результат. Однако в связи с потребностью в объективном оценивании реальных достижений учащихся в определенных предметных областях и их способностей к дальнейшему профильному и профессиональному образованию данную технологию необходимо рассматривать как глобальное и значимое явление, представленное как продукт взаимодействия интеллектуального и творческого образования, полученного в результате креативной созидательной деятельности обучающегося в клинической ординатуре [5, 8].

Модель портфолио, разработанная на кафедре семейной медицины, является принципиально новой стратегией обучения в высшем медицинском образовательном учреждении. Данная модель способна продемонстрировать образовательную активность, уровень самоорганизации, возможности и практические достижения клинического ординатора.

Философия портфолио заключается в том, что предполагается смещение акцента с оценки на самооценку, т. е. клинический ординатор дол-

жен самостоятельно определить приоритет своего развития в той или иной области. Основным смыслом портфолио — показать самое лучшее, на что способен клинический ординатор [11].

С помощью портфолио как педагогической технологии, достаточно эффективно можно отслеживать сформированность ключевых компетенций и компетентностей учащегося и педагога как современного человека XXI в. [8]. Наиболее значимыми и востребованными являются следующие компетенции: информационная (умение искать, анализировать, преобразовывать, применять информацию для решения проблем) [13]; коммуникативная (умение эффективно сотрудничать с другими людьми); самоорганизационная (умение ставить цели, планировать, ответственно относиться к здоровью, полноценно использовать личностные ресурсы) [14]; самообразовательная (готовность конструировать и осуществлять собственную образовательную траекторию на протяжении всей жизни, обеспечивая при этом успешность и конкурентоспособность).

Помимо этого, актуальность программы «Портфолио клинического ординатора» заключается в отражении профессионального потенциала и его конкурентоспособности, что является особенно важным не только во время обучения, но и при последующем трудоустройстве [15].

Создание программы «Портфолио клинического ординатора» преследует выполнение таких задач:

1. Фиксирование, накопление и оценка индивидуальных достижений ординатора.
2. Создание целенаправленных стратегий развития.
3. Стимулирование интереса к учебному процессу и кумуляция полученных знаний.
4. Формирование профессионального потенциала.
5. Развитие способности к организации самостоятельной деятельности.
6. Обеспечение преемственности в обучении на разных базах.
7. Создание полного представления о работе клинического ординатора и последующая акцентуация учебного процесса согласно его интересам.
8. Развитие рефлексивности к процессу обучения у клинического ординатора, повышение ответственности и самостоятельности в организации процесса обучения.
9. Формирование правильной самооценки и внешней оценки работы ординатора.
10. Создание базы для системного контроля наблюдения пациентов.

Программа «Портфолио клинического ординатора» была разработана как электронная платформа, сконструированная в виде корневого каталога, который содержит следующие разделы: «Личная информация», «Практическая работа», «Научная работа», «План индивидуального развития», «Самостоятельная работа» и «Внешняя оценка».

Раздел «Личная информация» содержит информацию о клиническом ординаторе, его автобиографию и эссе на тему «Почему я решил стать врачом общей практики?».

В разделе «Практическая работа» клинический ординатор ведет обзор своей практической деятельности за время прохождения клинической ординатуры. Раздел содержит следующие модули: «Приемы и вызовы», «Практические навыки», «Курация пациентов», «Интересные случаи», «Трудные случаи».

Модуль «Приемы, вызовы» содержит информацию о всех пациентах, обследуемых клиническим ординатором самостоятельно и совместно с врачом-наставником на амбулаторном приеме и во время визитов к пациентам на дом за одну неделю.

Модуль «Практические навыки» содержит информацию об отработке мануальных навыков клиническим ординатором за один месяц практической работы.

Модуль «Курация пациентов» содержит информацию о тех пациентах, которых курировал клинический ординатор. Во время курации клиническим ординатором формируется отчет о наблюдении и ведении пациента, например о результатах консультации его с другими специалистами, госпитализациями или ежедневном наблюдении на дому.

В модуле «Интересные случаи» клинический ординатор может описать какое-то интересное с точки зрения диагностики или лечения заболевание, выявленное им у пациента в собственной клинической практике.

Модуль «Трудные случаи» клинический ординатор заполняет каждый раз, когда сталкивается со сложностями при ведении или лечении пациентов.

В разделе «Научная работа» содержится информация о деятельности клинического ординатора в свободное от учебы время, направленной на изучение научной литературы, участие в исследовательской работе кафедры, сбор и обработку статистических материалов, написание научных статей и рефератов.

В разделе «План индивидуального развития» клинический ординатор с помощью заполнения

модулей «Маршрут обучения» и «Позиционная карта практических навыков» формирует индивидуальную программу развития, ориентированную согласно собственным предпочтениям. План развития формируется клиническим ординатором самостоятельно. В плане развития отражаются все задачи, которые ординатор ставит перед собой, и методы их решения.

Раздел «Самостоятельная работа» содержит информацию о прочитанной клиническим ординатором научной литературе и использовании медицинских онлайн-ресурсов за время обучения в клинической ординатуре.

Раздел «Внешняя оценка» включает в себя оценку работы клинического ординатора врачом-наставником, результаты промежуточных и итоговых аттестаций, рекомендации и отзывы клинического ординатора.

Для повышения мобильности программы «Портфолио клинического ординатора» разработанный ранее корневой каталог был модернизирован в виде интернет-сайта. Это обеспечило легкую управляемость, простоту введения данных, быстрое воспроизведение и управление на любом мобильном устройстве.

Преимуществами интернет-модели программы «Портфолио клинического ординатора» при регулярном заполнении модулей клиническим ординатором являются: возможность непрерывного мониторинга процесса обучения, размещение блоков информации в социальных сетях и рас-

пространение теоретических и практических материалов внутри учебной группы. Это является основой для командной работы и отражает процесс обучения и профессионального роста клинического ординатора.

С точки зрения преподавания разработанная модель портфолио позволяет подобрать индивидуальный подход к каждому ординатору, определить его сильные и слабые стороны и с помощью пошаговой оценки учебного процесса добиться максимального результата.

Также преподаватель или куратор могут легко контролировать процесс дистанционного обучения ординатора с отдаленных баз и предоставлять основу для правильного планирования учебного процесса.

**Заключение.** Применение портфолио как дополнительного метода обучения в высших учебных заведениях приобретает в России все большую популярность. В отечественном и зарубежном образовании портфолио является одной из наиболее часто применяемых разновидностей технологий, ориентированных на результат.

В связи с этим внедрение программы «Портфолио клинического ординатора» как дополнительного инструмента обучения в клинической ординатуре не только позволит создать новое интерактивное направление в современном образовании, но также поможет сформировать тенденцию модернизации процесса образования для высших учебных заведений России.

### Литература

1. Иванченко Т. Ю. Технология «языковой портфель» как инструмент мотивации к изучению иностранного языка на протяжении всей жизни // Молодой ученый. — 2013. — № 12. — С. 462–465.
2. Lankes A. Electronic portfolios: A new idea in classroom assessment. Syracuse. — NY: ERIC Clearinghouse on Information and Technology, 1995. — С. 2–6.
3. Науменко Ю. А. Использование технологии Портфолио как инструмент для профессионального развития педагога // Среда в образовании: концепции и практика // Центр научных инвестиций. — 2008. — № 1. — С. 2–4.
4. Красноперова Т. В. Технология «Портфолио» — ведущий показатель целостной системы оценки качества образования // Фестиваль педагогических идей. — <http://festival.1september.ru/articles/572189>. — Последнее посещение сайта 18.03.2014.
5. Бухаркина Е. С., Полат М. Ю., Моисеева М. В., Петров А. Е. Новые педагогические и информационные технологии в системе образования: Учебное пособие для студентов педагогических вузов и системы повышения квалификации педагогических кадров / Под ред. Е. С. Полат. — М.: Издательский центр «Академия», 2001. — С. 272–280.
6. Пинская М. А. Портфолио учителя как инструмент профессионального развития и оценки профессиональных достижений // Оценка качества образования. — 2008. — № 8. — <http://www.lko.metodcenter.edusite.ru/p11aa1.html>. — Последнее посещение сайта 18.03.2014.
7. Федотова Е. Е., Новикова Т. Г., Прутченков А. С. Зарубежный опыт использования портфолио // Методист. — 2005. — № 5. — С. 27–33.



8. *Webb T. P., Aprahamian C., Weigelt J. A., Brasel K.* The Surgical Learning and Instructional Portfolio (SLIP) as a self-assessment educational tool demonstrating practice-based learning // *Curr Surg.* — 2006. — № 63. — С. 444–446.

9. *Mansvelder-Longayroux D. D.* The learning portfolio as a tool for stimulating reflection by student teachers. — Leiden: Leiden University, 2006. — С. 9–16.

10. *Фатеева И. А.* Метод «портфолио» как приоритетная инновационная технология в образовании: ответственность между средней школой и вузом // *Молодой ученый.* — 2012. — № 12. — С. 526–528.

11. *Snadden D., Thomas M., Challis M.* Medical Education Guide № 11: The use of portfolio-based learning in medical education // Association for Medical Education in Europe. — 1999. — № 2. — С. 2–9.

12. *Roberts C.* Portfolio-based assessments in medical education: are they valid and reliable for summative purposes? // *Medical Education.* — 2002. — № 36. — С. 300.

13. *Pearson D., Heywood P.* Portfolio use in general practice vocational training: a survey of GP registrars // *Medical Education.* — 2004. — С. 87–95.

14. *Challis M., Mathers N. J.* Portfolio-based learning: continuing medical education for general practitioners — a mid-point evaluation // *Medical Education.* — 2010. — № 4. — С. 4–7.

15. *Jennifer A., Gordon Craig M.* Роль электронного портфолио для непрерывного профессионального развития // *Медицинское образование и профессиональное развитие.* — 2013. — № 1. — С. 3–8.

**Автор:**

**Тур Екатерина Юрьевна** — клинический ординатор кафедры семейной медицины ГБОУ ВПО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова» Минздрава России

Адрес для контактов: [tur.e.y@rambler.ru](mailto:tur.e.y@rambler.ru)

УДК 614.2:617.7-073.178

### ВЫЯВЛЕНИЕ ГЛАУКОМЫ В ОБЩЕЙ ВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИКЕ — ИЗМЕРЕНИЕ ВНУТРИГЛАЗНОГО ДАВЛЕНИЯ

Л. Н. Дегтярева

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

### DETECT GLAUCOMA IN GENERAL PRACTICE — MEASURING INTRAOCULAR PRESSURE

L. N. Degtyareva

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

© Л. Н. Дегтярева, 2014 г.

В статье кратко описываются вопросы выявления глаукомы и оказания неотложной помощи при остром приступе глаукомы в условиях общей врачебной практики. Приводятся сведения о новой модификации тонометра для транспальпебрального измерения внутриглазного давления.

**Ключевые слова:** измерение внутриглазного давления, глаукома, скрининг на выявление глаукомы.

The article briefly describes the issues of detecting of glaucoma and emergency care at the acute attack of glaucoma in general practice. Information about the new modification of transpalpebral tonometer for measuring intraocular pressure is provided.

**Keywords:** intraocular pressure measurement, glaucoma, screening for glaucoma.

**Актуальность.** Измерение внутриглазного давления является основой ранней диагностики глаукомы. Бессимптомное течение открытоугольной глаукомы приводит к позднему обращению пациентов к врачу и затрудняет диагностику заболевания на ранней стадии. Профилактические массовые осмотры населения позволяют на ранней стадии заболевания поставить правильный диагноз и начать лечение. Одним из ведущих звеньев патогенеза глаукомы является повышение внутриглазного давления (ВГД). Именно оно при выходе за пределы толерантного для данного пациента уровня служит пусковым фактором механизма поражения зрительного нерва. В 81,2% случаев лицам с глаукомой уже при первичном освидетельствовании устанавливается I или II группы инвалидности, что подтверждает позднюю диагностику заболевания.

В России насчитывается более 850 тыс. больных глаукомой. Общая заболеваемость увеличивается с возрастом: в возрасте 40–49 лет она встречается с частотой 0,1%; в возрасте 60–69 лет — 2,8, в возрасте старше 80 лет — 14,3%. Она является причиной слепоты в 15% случаев. Открытоугольная глаукома встречается чаще в возрасте старше 40 лет, чаще у мужчин, закрытоугольная глаукома — у женщин в возрасте 50–75 лет. Частота врожденной глаукомы варьирует от 0,03 до 0,08%

глазных заболеваний у детей, но в общей структуре детской слепоты на ее долю выпадает 10–12%. Мальчики заболевают чаще девочек (65%) [1].

Глаукома (по МКБ-10 — H40–H42) — группа заболеваний, характеризующихся постоянным или периодическим повышением ВГД, вызванным нарушением оттока водянистой влаги из глаза, с последующим развитием специфических дефектов поля зрения и атрофии (с экскавацией) зрительного нерва. Пациенты, страдающие глаукомой, должны лечиться и состоять на диспансерном учете у офтальмолога. Следует помнить, что при глаукоме развивается постепенное неуклонно прогрессирующее снижение всех зрительных функций, поскольку атрофия зрительного нерва при глаукоме носит необратимый и прогредиентный характер. Поэтому ранняя диагностика глаукомы очень важна, ибо это единственный способ предотвращения полной слепоты пациента. Исключительно значима здесь роль семейного врача.

**Скрининг для выявления глаукомы.** Любому пациенту старше 35 лет, обратившемуся к врачу общей практики, нужно провести общее офтальмологическое обследование. Всем пациентам старше 35 лет необходимо один раз в два года измерять внутриглазное давление, а лицам старше 50 лет — ежегодно. Группу риска разви-

тия заболевания составляют родственники больных глаукомой, больные сахарным диабетом, гипертонической болезнью, миопией высокой степени. Таким пациентам следует измерять внутриглазное давление не менее 2 раз в год начиная с 35 лет. Следует заподозрить закрытоугольную глаукому и провести обследование органа зрения у больных с систематическими жалобами на головную боль, тошноту и рвоту, возникающими без явных причин (заболевания желудочно-кишечного тракта, отравления, острые инфекционные заболевания). Обследование включает определение остроты зрения, измерение ВГД, осмотр глаз методом бокового освещения (при

возможности — биомикроскопия), офтальмоскопию и периметрию. Необходимо помнить о вероятности повышения ВГД у больных, принимающих глюкокортикоиды, холиноблокаторы (атропин, метоциния йодид, пирензепин, ипратропия бромид) или адrenomиметики (сальбутамол, формотерол).

У новорожденных и детей раннего возраста скрининг на выявление глаукомы не проводится. Однако наличие классической триады симптомов — слезотечение, светобоязнь и блефароспазм — или стойкое беспричинное проявление любого из них позволяет заподозрить глаукому у новорожденных и детей раннего возраста [2].

### В помощь практикующим врачам

Острый приступ первичной глаукомы (МКБ-10 — H40.0) возникает чаще у людей старше 50 лет. Развивается остро, внезапно. Пациенты предъявляют жалобы на тошноту, резкое ухудшение зрения, вплоть до слепоты, сильнейшую ломящую боль в глазу, реже — в обоих. Боль распространяется почти по всей голове, иррадируя в челюсти; височную область. Объективно определяется слезотечение, покраснение глаза, диффузное помутнение роговицы, ее шероховатость, измельчение передней камеры, расширение зрачка, ступенчатость рисунка радужки. Главным симптомом острого приступа глаукомы является резкое повышение внутриглазного давления. Многие пациенты отмечают, что повышение ВГД сопровождается появлением радужных кругов вокруг светящегося объекта, быстрым затуманиванием зрения и снижением остроты зрения. Такие проявления иногда называют аурой глаукомного приступа. Следует заметить, что у части больных, страдающих закрытоугольной формой глаукомы, заболевание сразу проявляется острым приступом и в анамнезе глаукомы может и не быть.

Обратите внимание — повышение внутриглазного давления может быть принято за приступ мигрени и наоборот. Помощь в дифференциальной диагностике могут оказать следующие факторы: возраст (мигрень «стартует» в более молодом возрасте), анамнез и провоцирующие факторы приступа мигрени (пациенты достаточно точно знают ситуации, когда возникает приступ), состояние глазных яблок (при мигрени они одинаковы, а при одностороннем повышении ВГД разница сразу чувствуется) и, наконец, наступление положительного эффекта от анальгетиков или специфических противомигренозных препаратов, чего не будет при глаукоме.

Острый приступ вторичной глаукомы (H40.3-40.6) отличается от острого приступа первичной глаукомы тем, что в анамнезе имеется заболевание или травма глаза, а также меньшей выраженностью болей и других субъективных симптомов.

Неотложная помощь в ОВП при приступе глаукомы направлена на быстрое снижение внутриглазного давления. От скорости и качества неотложной помощи зависит сохранение зрения больного глаза. При впервые возникшем приступе глаукомы, сопровождающемся выраженными болями, нужно срочно доставить больного на офтальмологическое отделение стационара, минуя все промежуточные этапы.

1. Проводится инстилляция 1% раствора пилокарпина по 1 капле 5–6 раз с промежутками в 10 мин.
2. Один-два раза инстиллируется раствор тимолола малеолата 0,5% с интервалом 1–2 ч.
3. Назначаются диуретики: предпочтительнее ацетазолamid (диакарб, фонурит) 0,25 мг, так как они кроме мочегонного эффекта еще и угнетают продукцию водянистой влаги в глазу. Можно парентерально ввести 2–4 мл фуросемида (лазикса).
4. При выраженном болевом синдроме показано назначение анальгетиков внутрь или парентерально.
5. При субкомпенсации и некомпенсации внутриглазного давления у больных с открытоугольной формой глаукомы (ВГД более 30 мм рт ст) семейный врач должен закапать в глаз больному тимолола малеолата 0,5% и пилокарпин 1%, можно комбинированный препарат тимолол + пилокарпин (фотил или фотил-форте), и экстренно направить на консультацию к офтальмологу, непременно указав в направлении величину внутриглазного давления и проведенные мероприятия [3].

## В помощь практикующему врачу

В нашем журнале ранее были опубликованы материалы о возможности измерения ВГД с помощью транспальпебрального тонометра [4]. Прошло время, появилась новая, более удобная модификация прибора, позволяющая экономить время на приеме и при проведении диспансерных осмотров.

В России на Государственном Рязанском приборном заводе разработаны и уже восемнадцать лет серийно выпускаются тонометры, в основу которых положен транспальпебральный (через веко) метод измерения ВГД. Такие тонометры позволяют измерить офтальмотонус без контакта с роговицей глаза и мгновенно получить достоверное цифровое значение ВГД. Принцип действия приборов основан на обработке функции движения штока в результате его свободного падения и взаимодействия с упругой поверхностью глаза в склеральной области через веко. Возможно применение прибора при проведении массовых осмотров, измерение ВГД при наличии у пациентов патологии роговицы, хронического конъюнктивита, в послеоперационном периоде. Доступен суточный мониторинг офтальмотонуса в домашних условиях, контроль ВГД при подборе лекарственных препаратов. Стано-

вится возможным измерение ВГД у иммобилизованных пациентов и детей. Расширяется возможность использования на выезде. Приемлемо измерение ВГД при контактной коррекции, не снимая линз.

В 2013 г. выпущена новая модель индикатора — ИГД-03 diathera.

В индикаторах ИГД-03 сохранены все позитивные качества предыдущих моделей, но значительно упрощена методика самого измерения. Поэтому освоение методики и само измерение внутриглазного давления занимает меньше времени. Обратите внимание, что в ИГД-03 рабочий шток всегда находится в рабочем состоянии — не нужно фиксировать шток в корпусе прибора (рис. 1). Теперь нет необходимости очень строго соблюдать вертикальное положение прибора при измерении ВГД, поэтому в этой модели нет звукового датчика, сигнализирующего об отклонении от вертикали. Для измерения ВГД достаточно одного измерения на одном глазу (рис. 2). Эти изменения ускоряют и упрощают работу с прибором.

К положительным качествам прибора можно добавить, что пациентам нравится измерение ВГД с помощью ИГД-03 — по сравнению с тоно-



Рис. 1. Рабочее положение прибора «ИГД-03 diathera»



Рис. 2. Измерение внутриглазного давления



метром Маклакова. Процедура проходит быстро, безопасно и безболезненно. Нет необходимости снимать контактные линзы, смывать макияж. Техническое обслуживание прибора в амбула-

торных условиях не вызывает затруднений, он компактен и легок. Индикатор ИГД-03 может быть рекомендован при проведении офтальмологических осмотров и диспансеризации.

### Литература

1. *Общая* врачебная практика: национальное руководство / Под ред. акад. РАМН И. Н. Денисова, проф. О. М. Лесняк: В 2-х т. — Т II. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. — 888 с.
2. *Клинические* рекомендации. Офтальмология / Под ред. Л. К. Мошетовой, А. П. Нестерова, У. А. Егорова. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. — 256 с.
3. Дегтярева Л. Н., Захлевная Г. Н. Неотложная офтальмологическая помощь в общей врачебной практике. — СПб.: СЗГМУ им. И. И. Мечникова, 2013. — 21 с.
4. Дегтярева Л. Н. Применение транспальпебральной тонометрии внутриглазного давления в общей врачебной практике // Российский семейный врач. — № 3. — 2005. — С. 43–45.

#### Автор:

Дегтярева Людмила Николаевна — к. м. н., доцент кафедры семейной медицины ГБОУ ВПО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова» Минздрава России

Адрес для контактов: dokfi@mail.ru

УДК 616-08:001.891

### НАУЧНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ И ОБЩАЯ ВРАЧЕБНАЯ ПРАКТИКА

О. Ю. Кузнецова

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

### RESEARCH AND GENERAL PRACTICE

O. Yu. Kuznetsova

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

© О. Ю. Кузнецова, 2014 г.

Статья посвящена всероссийской конференции с международным участием «Научные исследования как критерий профессионального роста врача общей практики», которая проходила 26–27 мая 2014 г. в Санкт-Петербурге на базе Северо-Западного государственного медицинского университета им. И. И. Мечникова. Представлено краткое содержание всех докладов.

**Ключевые слова:** общая врачебная практика, научные исследования, научно-доказательная медицина, клинические рекомендации, стандарты оказания медицинской помощи, обучение врачей общей практики, проект RESPECT.

The article is dedicated to All-Russian conference with international participation «Research as an indicator of professional development of general practitioner» that took place on 26–27 of May 2014 in St-Petersburg at North-Western State Medical University named after I. I. Mechnikov. The summaries of all reports are presented.

**Keywords:** general practice, research, evidence-based medicine, clinical guidelines, standards of medical care, education of general practitioners, RESPECT project.

В Северо-Западном государственном медицинском университете им. И. И. Мечникова 26–27 мая 2014 г. прошла всероссийская конференция с международным участием «Научные исследования как критерий профессионального роста врача общей практики». Для выбора такой темы было несколько причин. Во-первых, в 2014 г. исполнилось 20 лет сотрудничеству кафедры семейной медицины нашего университета и одноименной кафедры Университета Айовы (США). Начало этого плодотворного взаимодействия было положено в период работы над заявкой на совместный грант, который был посвящен развитию семейной медицины в Санкт-Петербурге. Первый визит команды Университета Айовы, которая внимательно присматривалась к будущему партнеру, состоялся в 1994 г. Проект был успешно реализован в 1995–1997 гг., затем были получены еще два гранта, направленных не только на развитие специальности, но и на проведение совместных научных исследований в области профилактики сердечно-сосудистых заболеваний. Затем был совместный грант, посвященный изучению распространенности депрессии среди пациентов врачей общей практики. Итогом этого проекта стали статьи, опубликованные в российских и американских научных журналах.

Неизменным участником этих публикаций, а также частым гостем научных конференций, которые организовывала кафедра семейной медицины Университета им. И. И. Мечникова, на протяжении 20 лет был профессор Дж. Джогерст. Другим, не менее важным, поводом для организации научного форума, явилось завершение эпидемиологической фазы российско-бельгийского проекта «RESPECT», посвященного изучению распространенности бронхообструктивного синдрома в Санкт-Петербурге и Архангельске. Идеология этого проекта, основанного на привлечении к выполнению эпидемиологического исследования подготовленных врачей общей практики, в полной мере отвечала теме конференции. С бельгийской стороны в конференции участвовал руководитель проекта «RESPECT» профессор Католического университета Левена Я.-М. Дегриз, который внес большой вклад в развитие научных исследований на кафедре семейной медицины нашего университета.

В открытии конференции приняла участие Генеральный консул Королевства Бельгии госпожа М. Л. Ванхерк. Она подчеркнула важность научных проектов, которые реализуются на кафедре семейной медицины, и роль профессора Я.-М. Дегриза в создании прочного творческого союза между нашим университетом и Като-



**Рис. 1.** С приветствием к участникам конференции выступает Генеральный консул Королевства Бельгии госпожа М. Л. Ванхерк

лическим университетом Левена. Программа первого дня конференции содержала доклады, посвященные научной деятельности врачей общей практики в США, Бельгии и России. В докладе профессора Дж. Джогерста было отмечено, что, по данным исследований, только 4,9% семейных врачей США занимаются научными исследованиями и только 0,3% тратят на них более 50% своего времени. Семейные врачи чаще занимаются наукой в период обучения в резидентуре. Их исследования носят разносторонний характер — от эпидемиологических проектов до изучения особенностей поведения пациентов или процессов образования в вузе. Профессор Дж. Джогерст подчеркнул, что, несмотря на сложности с финансированием и организацией исследований в семейной практике, такие исследования необходимы, так как позволяют расширить кругозор и повысить качество подготовки молодых врачей. Первые исследования в семейной медицине были начаты в 1970 г., а в 1972 г. была организована Североамериканская группа по исследованиям в области первичной медицинской помощи (NAPCRG).

Своим опытом в области организации научных исследований поделился профессор Я.-М. Дегриз (Бельгия). Сформулировав вопрос: «Отличаются ли чем-то научные исследования, выполненные в общей врачебной практике?», он отметил, что где бы исследование ни выполнялось, оно прежде всего должно быть качественным. При этом он сослался на статью J. D. Douglas, опубликованную в журнале «Lancet» в 2003 г., и привел цитату из статьи этого автора: «Качество исследований, выполненных в первичной помощи, в любой стране свидетельствует о качестве самой первичной помощи данной страны». В качестве иллюстрации профессор Я.-М. Дегриз привел документ «Научная программа для общей практики/семейной медицины и первичной помощи

в Европе», опубликованный научной группой Всемирной организации врачей общей практики (WONCA). В этом документе подчеркивается важность проведения научных исследований именно в общей врачебной практике, но обращается внимание на необходимость грамотной их организации, публикации результатов в ведущих международных журналах. Это могут быть исследования когортные, эпидемиологические, в которых участвуют несколько клиник общей практики, что позволяет охватить большое число пациентов. В качестве примеров Я.-М. Дегриз привел проекты, посвященные изучению здоровья пожилых пациентов («BELFRAIL study»), проект, изучению распространенности ХОБЛ, и другие проекты, которые были реализованы под его руководством.

В докладе профессора Дж. Мерчанта (США) были освещены результаты 20-летнего популяционного исследования влияния различных факторов внешней среды на здоровье фермеров в округе Кеокак штата Айова. Эта тема была выбрана не случайно, так как позволила продемонстрировать важность информации, полученной в эпидемиологическом исследовании для семейных врачей. В частности, в рамках этого проекта был установлен факт высокой заболеваемости детей, живущих на ферме, строго коррелирующей с применением антибиотиков в качестве добавки в корм для свиней.

Доклады группы авторов, представленные доцентом кафедры семейной медицины нашего университета М. А. Похазниковой (Санкт-Петербург) и доцентом кафедры семейной медицины и внутренних болезней Северного университета Е. А. Андреевой (Архангельск), были посвящены различным аспектам реализации проекта «RESPECT». Важной особенностью этого проекта было то, что набор пациентов осуществлялся подготовленными врачами общей практики Санкт-



**Рис. 2.** Заведующий кафедрой семейной медицины профессор О. Ю. Кузнецова представляет профессора университета Айовы (США) Дж. Джогерста



Рис. 3. С докладом выступает профессор Католического университета Левена (Бельгия) Я.-М. Дегриз

Санкт-Петербурга и Архангельска, овладевшими методикой спирометрии, благодаря чему были получены качественные спирограммы, которые были основой для выявления бронхообструктивного синдрома у более чем 3 тыс. людей, попавших в случайную выборку. Анализ спирографических кривых показал, что 87,7% базовых спирометрий и 87,8% спирометрий, выполненных после бронхолитического теста, были признаны приемлемыми и были включены в исследование. Это позволило сделать вывод, что методология подготовки врачей общей практики была выбрана правильно и они стали полноправными участниками большого исследовательского проекта. Первый анализ полученных результатов показал, что распространенность бронхообструктивных нарушений в объединенной когорте жителей Санкт-Петербурга и Архангельска в возрасте от 35 до 70 лет составляет 8,2%.

В докладе профессора Б. Леви (США) была показана важность участия семейных врачей в исследовании, посвященном отработке методологии скрининга на рак толстой кишки. Автор отметила, что, по данным мировой статистики, колоректальный рак является третьим по распространенности раком среди мужчин (663 тыс. случаев; 10% от общего числа) и вторым среди женщин (571 тыс. случаев; 9,4% от общего числа). Именно в связи с этим было важно создать научную сеть из клиник семейных врачей, чтобы привлечь их к выполнению эпидемиологического исследования и к отработке параметров скрининга. Профессор Б. Леви обратила внимание на то, что в США и в России пока нет единых подходов к выявлению этого заболевания на ранних стадиях. По данным официальных источников, 25% всех случаев колоректального рака в России диагностируется на IV стадии; 33% пациентов умирают через год после диагностики заболевания.

Учитывая, что в литературе отсутствуют доказательства преимущества какой-либо одной

из общепринятых стратегий (колоноскопия каждые 10 лет, ежегодный скрининг на скрытую кровь в кале, тест на скрытую кровь с помощью гибкой сигмоидоскопии каждые 5 лет), был выбран наиболее простой и дешевый метод ранней диагностики рака толстой кишки, который использовался для выявления заболевания. В проекте приняли участие 308 врачей, создана научная сеть клиник семейной медицины, которые продолжают изучение эпидемиологии рака толстой кишки и влияния раннего его выявления на прогноз заболевания.

Второй день конференции был посвящен вопросам научно-доказательной медицины и подготовки врачей общей практики в области проведения научных исследований.

Внимание аудитории привлек доклад профессора П. Джеймса (США), в котором были изложены основные принципы новых клинических рекомендаций по лечению артериальной гипертензии, опубликованных в феврале 2014 г. (полная версия рекомендаций опубликована на сайте JAMA: James P. A., Oparil S., Carter B. L. et al. JAMA. 2014; 311. February 5: 507-520). Он сообщил, что при разработке новых рекомендаций принимались во внимание те исследования, в которых для оценки качества оказания помощи при артериальной гипертензии использовались только конечные точки — смертность от сердечно-сосудистых осложнений: инфаркта миокарда и инсульта.

Детальный анализ всех исследований начиная с 1966 г. позволил авторам сделать интересные выводы. При отсутствии заболеваний почек и сахарного диабета в возрасте 60 лет и старше целевые значения АД должны быть не выше 150/90 мм рт. ст. У лиц моложе 60 лет целевые значения АД должны быть не выше 140/90 мм рт. ст. При отсутствии диабета или болезни почек лечение артериальной гипертензии целесообразно начинать со следующих препаратов: тиазидного диуретика, блокатора кальциевых



Рис. 4. Участники конференции





**Рис. 5. О первых результатах проекта RESPECT докладывают доцент кафедры семейной медицины СЗГМУ им. И. И. Мечникова (Санкт-Петербург) М. А. Похазникова (снимок слева) и доцент кафедры семейной медицины и внутренних болезней Северного ГМУ (Архангельск) Е. А. Андреева**

каналов, ингибитора ангиотензин-1-превращающего фермента (ИАПФ) или блокатора рецепторов ангиотензина-II (БРА). Не следует применять ИАПФ и БРА одновременно. Работа над рекомендациями спонсировалась Национальным институтом общественного здравоохранения США. Никакие фармацевтические компании к реализации проекта не привлекались. Данный доклад вызвал много вопросов, так как представленная концепция лечения артериальной гипертензии несколько отличается от клинических рекомендаций VII пересмотра, которые были хорошо известны аудитории.

В докладе профессора В. В. Власова (Москва) были освещены основные принципы создания клинических рекомендаций. Он подчеркнул, что клинические рекомендации создаются для того, чтобы облегчить практикующему врачу принять решение при выборе метода лечения его пациента. Была дана характеристика современных подходов к оценке степени доказательств и силы клинических рекомендаций. В качестве наиболее эффективного метода подготовки рекомендаций была приведена система GRADE, основанная на кокрановском принципе построения суммарных таблиц доказательств, оценке пользы и вреда от применения того или иного метода лечения. Профессор В. В. Власов подчеркнул, что при составлении клинических рекомендаций необходимо анализировать возможность негативных последствий в результате применения методов лечения, особенно у пациентов с пограничными состояниями.

Доклад д. м. н. С. Л. Плавинского (Санкт-Петербург) был посвящен правовым аспектам применения стандартов оказания помощи. Он напомнил, что с 1 января 2015 г. вступает в силу 2-я часть статьи 64 Федерального закона об основах охраны здоровья граждан № 323. Это означает, что критерии оценки качества медицин-

ской помощи будут формироваться на основе порядков и стандартов оказания помощи. Это правило распространяется и на частные медицинские организации, что определено Постановлением Правительства РФ от 04.10.2012 г. № 1006 «Об утверждении правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг». Учитывая, что далеко не все стандарты соответствуют современным клиническим рекомендациям, что было продемонстрировано на примере ведения больных с артериальной гипертензией, контроль качества оказания помощи на основе стандартов вызывает много вопросов. Поскольку стандарты имеют статус нормативно-правовых актов, они должны быть опубликованы в «Российской газете» в течение десяти дней после дня их регистрации, а также в Бюллетене нормативных актов федеральных органов исполнительной власти издательства «Юридическая литература» Администрации Президента РФ (пункт 9 Указа Президента РФ от 23.05.1996 г. № 763). Докладчик подчеркнул, что это правило выполняется далеко не всегда. В частности, приказ об утверждении упомянутых стандартов первичной медико-санитарной помощи при первичной артериальной гипертензии был утвержден приказом МЗ РФ № 708-н 09.11.2012 г., а опубликован в «Российской газете» (специальный выпуск) № 122/1 07.06.2013 г. Таким образом, данный стандарт не является легитимным и не должен приниматься во внимание при оценке качества ведения пациентов с первичной артериальной гипертензией.

В докладе профессора О. М. Лесняк (Екатеринбург, Санкт-Петербург) «Врачи общей практики как субъект и объект научных исследований» был отражен опыт привлечения врачей первичного звена к выполнению эпидемиологических исследований, позволивших выявить распространенность факторов риска развития хрониче-



**Рис. 6. Вручение профессору Дж. Джогерсту почетного диплома во ознаменование 20-летнего сотрудничества СЗГМУ им. И. И. Мечникова и Университета Айовы (США)**

ческих неинфекционных заболеваний. Докладчик обратила внимание на то, что эти данные были использованы администрацией Свердловской области при разработке «Концепции формирования здорового образа жизни и профилактики заболеваний у населения Свердловской области на период до 2020 года», утвержденной Постановлением Правительства Свердловской области от 20.05.2009 г. № 557-ПП. Другой проект, в котором сами врачи общей практики стали объектом исследования, был посвящен лечению остеоартроза. Он позволил выявить методы лечения, которые пациенты используют при данном заболевании, их соответствие Национальным рекомендациям по ведению больных остеоартрозом и удовлетворенность пациентов той помощью, которая предоставляется врачами общей практики.

Доклад профессора Е. В. Фроловой (Санкт-Петербург) «Молодой семейный врач в качестве ученого. Реальность или фантастика?» завершил программу 2-го дня конференции. В нем была дана характеристика понятий «молодой ученый», «научная школа», «условия, которые необходимы для реализации научных исследований». Докладчик подчеркнула, что большинство диссертационных исследований, которые выполнялись на кафедре семейной медицины нашего университета, были посвящены проблемам, актуальным для общей врачебной практики, хотя наша специальность и не включена в перечень научных специальностей ВАК. Исполнители этих исследований совмещали свою научную работу с практической деятельностью врача общей практики. Интересными оказались

**Автор:**

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

Адрес для контактов: [oukuznetsova@mail.ru](mailto:oukuznetsova@mail.ru)

результаты анкетирования студентов VI курса, которое было направлено на выявление их отношения к научной деятельности. Оказалось, что 27,1% студентов не читают научную литературу, при том, что 52,1% участвуют в работе СНО, а 29,6% имеют собственные научные публикации. По мнению 87,2% респондентов, уровень российской науки не соответствует уровню зарубежной. При этом 43,8% хотели бы профессионально заниматься наукой, что можно оценить как позитивный результат анкетирования.

Подводя итоги проведенной конференции, необходимо отметить, что заявленная тема вызвала интерес у врачей общей практики и преподавателей, участвующих в обучении этой специальности. Об этом свидетельствует как число участников (110 делегатов), так и то, что в их числе были представители других регионов: Самара, Кирова, Тулы. Кроме того, к нам приехали гости из Латвии и Литвы, а также представители Медицинского университета Бишкека (Кыргызстан).

Программа конференции получила аккредитацию Координационного совета по непрерывному медицинскому образованию при Минздраве РФ, что дало нам все полномочия присвоить этому мероприятию 12 кредитов, как было указано в сертификатах, которые получили участники конференции.

Помимо конференции кафедра семейной медицины явилась организатором первой международной школы по научно-доказательной медицине для молодых ученых и аспирантов. Преподавание проводили профессор Католического университета Левена Я.-М. Дегриз (Бельгия), профессор Высшей школы экономики, президент Ассоциации специалистов научно-доказательной медицины В. В. Власов (Москва) и заведующий кафедрой педагогики, философии и права СЗГМУ им. И. И. Мечникова д. м. н. С. Л. Плавинский (Санкт-Петербург). Помимо преподавателей и аспирантов нашего университета в работе школы принимала участие представительница Молдовы доцент кафедры семейной медицины Кишиневского университета Н. Джабраилова. По отзывам слушателей, занятия были очень интересными, включали самостоятельную работу в группах, домашние задания. Все участники школы получили много дополнительной информации и ссылки на электронные ресурсы, которые им пригодятся при выполнении диссертационных исследований и в преподавательской деятельности.

УДК 614.2(493)

**ОБЩАЯ ВРАЧЕБНАЯ ПРАКТИКА В БЕЛЬГИИ: ВЗГЛЯД ИЗНУТРИ**

Е. Ю. Тур

ГБОУ ВПО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова»  
Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия**FAMILY MEDICINE IN BELGIUM: VIEW FROM INSIDE**

E. Y. Tour

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

© Е. Ю. Тур, 2014 г.

Статья посвящена особенностям социального страхования и организации общей врачебной практики в Бельгии. Представленная информация была получена во время прохождения стажировки клиническим ординатором кафедры семейной медицины СЗГМУ им. И. И. Мечникова.

**Ключевые слова:** модели социального страхования, организация общей врачебной практики в Бельгии.

This article is dedicated to the features of social insurance and the organization of family medicine in Belgium. Information was obtained during the internship clinical resident of family medicine department.

**Keywords:** social insurance models, the organization of family medicine in Belgium.

Благодаря историческим связям, существующим между Санкт-Петербургом и Фландрией, а также длительному и плодотворному сотрудничеству Северо-Западного государственного медицинского университета им. И. И. Мечникова и Католического университета Левена сотрудники кафедры семейной медицины имели возможность посетить этот старейший университет Европы или пройти там стажировку, что особенно актуально для клинических ординаторов или аспирантов.

Стажировка, организованная в ноябре 2013 г., была запланирована для решения задач, сформулированных в рамках двух совместных научных проектов «ХРУСТАЛЬ» и «РЕСПЕКТ», представленных ранее в журнале «Российский семейный врач» [1, 2]. Кроме того, предстояло познакомиться с системой оказания медицинской помощи и социального страхования в Бельгии, а также обсудить модель портфолио для обучения клинических ординаторов, разработанную кафедрой семейной медицины, и дальнейшее ее совершенствование.

При первом знакомстве с бельгийской системой организации оказания медицинской помощи обращают на себя внимание выраженная направленность на потребности пациента, подход к организации рабочего времени, сплоченная работа коллектива и многое другое.

В то время как организация и функции первичной медико-санитарной помощи в разных странах различаются вследствие особенностей исторического развития и различных социаль-

ных, экономических и культурных обстоятельств, услуги, оказываемые врачами общей практики, представляют собой основной элемент первичной медико-санитарной помощи. Как и в России, врач общей практики в Бельгии обеспечивает интегрированную помощь, направленную на пропаганду здоровья, профилактику и лечение заболеваний, реабилитационную и восстановительную помощь пациентам с физической, психологической и социальной точек зрения [3].

За время стажировки профессором Католического университета Левена Я.-М. Дегризом были организованы посещения нескольких крупных офисов врачей общей практики как в самом Брюсселе, так и в его пригородах.

За время стажировки профессор Католического университета Левена Я.-М. Дегризом организовал посещение нескольких крупных офисов.

В отличие от России, врачи общей практики в Бельгии заключают договор с местными органами управления здравоохранением на оказание медицинской помощи населению; таким образом, они в значительной степени независимы в принятии решений, касающихся ведения больных.

Последипломная подготовка врачей общей практики в Бельгии длится дольше, чем в России, в среднем 3–5 лет, однако, как и в России, обязательным является периодическое повышение квалификации.

От врачей общей практики в Бельгии требуется обеспечение круглосуточной доступности первичной медицинской помощи. Однако в полной мере это осуществимо лишь в случае груп-



повой практики, когда возможна организация графика дежурств каждого из врачей. В Бельгии врач общей практики может работать один (одиночная практика), в партнерстве с другим врачом (партнерство) или с несколькими врачами (групповая практика). До настоящего времени остается высокой доля одиночных практик, которые в основном функционируют в сельской местности с относительно низкой плотностью населения. Однако наиболее широко применяется организация первичной медицинской помощи по принципу групповых практик или центров здоровья. Такие центры объединяют 5–7–9 врачей, несколько медицинских сестер, иногда социальных работников [3].

По своей структуре и оснащению медицинские центры Брюсселя незначительно отличаются от медицинских центров России. Медицинские центры в Бельгии имеют в своем составе регистратуру, зал ожидания для пациентов, несколько кабинетов врачей общей практики, процедурный, прививочный кабинеты, кабинет для оказания минимальной хирургической помощи, физиотерапевтический кабинет, гинекологический кабинет и кабинет медицинской профилактики [4].

Стиль оформления офиса и расположение кабинетов в центре врачей общей практики утверждаются согласно коллективному решению, принятому врачами. Как правило, каждый офис имеет четко выраженную индивидуальность.

В зависимости от численности прикрепленного населения врачи, работающие в медицинских центрах районов Брюсселя, Гента и Левена, имеют разное время на прием пациента. Чем больше объем прикрепленного населения, тем меньше времени для консультации. Минимальное время консультации — 20 мин на одного пациента.

Вне зависимости от времени врач должен не только опросить, обследовать и назначить лечение пациенту, но также наладить с ним психологический контакт. Оказание индивидуальной, всеобъемлющей и непрерывной помощи поддерживается благодаря постоянному контакту семейного врача и пациента, основанному на взаимном доверии и договоренности между пациентом и врачом. Кроме того, этому способствует ведение врачом общей практики списка пациентов или семей, которым оказывается помощь [4].

В течение дня врач общей практики принимает в офисе от 3 до 9 пациентов. Для визитов на дом выделен один или два дня в неделю, количество дней в неделю зависит от объема прикрепленного населения. Каждый месяц создается но-

вый график приема врачей в центре и консультаций с визитом на дом.

Врач, который, согласно графику, консультирует на дому, в этот же день может работать в call-центре в вечернее время. К примеру, офис врачей общей практики в Генте имеет свой call-центр, в котором работают доктора в свободное от основной работы время для консультации пациентов по телефону. Единновременно в таком call-центре работает от одного до трех врачей. По окончании консультации, если проблема остается нерешенной, врач назначает пациенту дату и время для приема в клинике или, если это необходимо, регистрирует визит на дом.

Когда пациент приходит на прием, в первую очередь врач старается оказать психологическую помощь и поддержку, наладить с пациентом психологический контакт. В начале консультации врач просит, чтобы пациент сформулировал, что он хочет получить в результате консультации, каких действий ждет от врача и какого результата — от лечения. Эта стратегия оказания медицинской помощи преподается на кафедре семейной медицины Северо-Западного государственного медицинского университета им. И. И. Мечникова и широко применяется в офисах врачей общей практики России.

После того как контакт с пациентом налажен, врач переходит к регистрации пациента в общей базе данных, единой для всех медицинских центров врачей общей практики. Бельгийский врач вправе отказать в регистрации и обследовании пациенту, если тот проживает слишком далеко от места работы врача. В базе данных фиксируется дата посещения, жалобы во время визита, данные осмотра, диагноз и назначенное лечение согласно поставленному диагнозу.

Такие базы данных предназначены для более удобной группировки сведений о пациенте и текущем обследовании, для просмотра и последующей печати отчета или копирования данных в любом формате (как на бумажном, так и электронном носителе). Систематическое ведение подробных, ориентированных на проблемы и полных записей важно для поддержания непрерывности оказания помощи, выявления эпизодов заболеваний, сбора анамнеза и описания истории болезни пациента, а также для координации ухода в том случае, если в нем участвуют несколько медицинских работников.

Электронные карты пациентов могут содержать высококонфиденциальную информацию. Конфиденциальность информации должна поддерживаться в соответствии с действующим законодательством. Пациенты также имеют право доступа к собственным картам. Информация



может удерживаться в тайне от пациента только в том случае, если есть обоснованное предположение, что это причинит серьезный вред без ожидания явных положительных эффектов.

После регистрации пациента врач приступает к медицинскому осмотру. В кабинете врача общей практики пациент проходит полный медицинский осмотр, при необходимости включающий минимальную хирургическую обработку и инструментальные методы обследования, такие как ЭКГ, УЗИ или спирометрическое исследование.

После осмотра врач назначает и выдает ему необходимые для лечения препараты, которые можно тут же получить в аптечном киоске, расположенном в центре общей практики.

Для пациентов многих медицинских центров в Брюсселе организованы школы, в которых проводятся семинары на такие темы, как «Отказ от курения», «Борьба с лишним весом», «Вакцинация против гриппа» и другие. Семинары проводятся один или два раза в неделю, в завершение пациентам выдается информация в виде брошюр по проблеме, которая была обсуждена.

Большинство клиник в Брюсселе не имеет собственных лабораторий и кабинетов рентгенодиагностики. Лабораторные анализы направляют в специальные лаборатории, расположенные обособленно от медицинских центров. Пациентам, которым требуется рентгенологическое обследование, выдаются направления в стационары.

Врач общей практики в Бельгии должен не только быть прекрасно подготовлен, иметь диплом международного класса, уделять пациентам много внимания, но и владеть несколькими языками — английским, французским, немецким и датским для оказания медицинской помощи пациентам разных этнических групп.

В странах Европейского союза выделяют две основные модели финансирования здравоохранения: модель, основанную на социальном страховании, она же система Бисмарка, и бюджетную, или модель национального здравоохранения [5].

В Бельгии повсеместно используется система социального страхования Бисмарка.

Модель Бисмарка распространена во многих странах мира. В Европейском союзе она представлена в Бельгии, Германии, Австрии, Нидерландах и Франции. Основополагающие принципы этой модели заложены в конце XIX в. в Германии ее канцлером О. Бисмарком, подготовившим основы прогрессивного для того времени социального законодательства, которое в дальнейшем послужило образцом для других индустриальных государств [6].

Модель Бисмарка имеет несколько важных отличительных признаков [7].

Во-первых, согласно этой системе, врачи являются свободными лицами, которые предлагают свою помощь на рынке медицинских услуг, а государство законодательным путем обязывает работодателей принимать участие в оплате медицинской помощи через больничные кассы. Работодатели оплачивают только часть стоимости медицинской помощи, вторую часть платят сами работники [6].

Во-вторых, система Бисмарка отличается оптимальным сочетанием интересов субъектов социального страхования. Личная ответственность работников и работодателей, их солидарная помощь при распределении страховой нагрузки, размер пенсий и пособий зависят от размера заработной платы, величины страховых платежей и продолжительности страхового стажа [8].

В-третьих, социальное страхование, организованное по модели Бисмарка, базируется на профессионально-трудовой социальной солидарности и благодаря этому отличается высокой надежностью предоставления качественной медицинской и реабилитационной помощи, высоким уровнем страховых выплат, демократичностью управления и прозрачностью финансовых потоков. Товарищества взаимного страхования организованы на основе самоуправления под государственным правовым контролем.

По системе Бисмарка страховые компании и структуры, которые являются субъектами рынка медицинских услуг, обязаны все собранные средства использовать только на оплату медицинской помощи. Характерной чертой системы Бисмарка является существование фондов, управляющих государственными или частными страховыми компаниями. Деятельность независимых страховых фондов строго регламентируется государством [8].

В рамках организованной стажировки была запланирована углубленная работа с моделью портфолио для обучения клинических ординаторов. Предстояло продемонстрировать собственную разработанную модель и ознакомиться с моделью портфолио Католического университета Левена.

С ноября 2012 г. на кафедре семейной медицины используется электронная версия портфолио для обучения в клинической ординатуре. Портфолио содержит несколько блоков, самостоятельно заполняемых клиническим ординатором, и позволяет учитывать разнообразные результаты его образовательной активности: практическую и теоретическую работу, практические навыки, научную деятельность, участие в конференциях и т. д. Портфолио является

оптимальным вариантом для контроля обучения и оценки профессионального роста клинических ординаторов.

Версия портфолио, разработанная кафедрой семейной медицины, получила позитивную оценку профессорско-преподавательского коллектива кафедры семейной медицины Католического университета Левена. Было отмечено наличие в русской модели портфолио опции «feedback», т. е. феномена «обратной связи» между преподавателем и клиническим ординатором. Феномен «обратной связи» обеспечивает непрерывный контакт между клиническим ординатором и кафедрой, что позволяет достичь наилучшего результата в ходе обучения.

В результате знакомства с моделью портфолио, которая внедрена в практику в Католическом университете Левена, были обнаружены следующие отличия от русской модели:

- данные бельгийской модели хранятся на едином закрытом сервере;
- на сервере хранятся портфолио всех клинических ординаторов университета;
- модель портфолио выполнена в формате интернет-сайта;
- вход на сайт происходит только после введения пароля клиническим ординатором или его куратором;
- бельгийская модель портфолио содержит больше блоков информации, чем русская, например подробное описание медицинского осмотра каждого пациента, развернутое клиническое обоснование назначенной терапии с указанием

особенностей фармакокинетики лекарственного препарата для каждого пациента и т. д.

В ходе стажировки, после знакомства с бельгийской моделью портфолио клинического ординатора, представилась возможность дополнить и модернизировать модель портфолио кафедры семейной медицины и создать курс дистанционного обучения для клинических ординаторов кафедры по методологии использования портфолио. Данный дистанционный курс «Основы создания и ведения портфолио» как метод непрерывного обучения в клинической ординатуре планируется включить в учебную программу обучения клинических ординаторов кафедры семейной медицины.

**Заключение.** Общая врачебная практика может успешно внедряться в различных системах здравоохранения. Несмотря на различия в способах планирования, организации и управления, благодаря особенностям, присущим общей врачебной практике, семейная медицина прогрессивно развивается во многих странах, в том числе и в России. Успешное выполнение поставленных задач в рамках стажировки позволило не только познакомиться с системой здравоохранения и организацией медицинской помощи в Бельгии, но и обменяться опытом с бельгийскими коллегами. В будущем это поможет модернизации обучения в клинической ординатуре на кафедре семейной медицины и внедрению новых дистанционных методов преподавания, в частности активному использованию портфолио в процессе овладения основ общей врачебной практики.

### Литература

1. Фролова Е. В. Уроки проекта «Хрусталь» // Российский семейный врач. — 2010. — № 3. — С. 6–7.
2. Кузнецова О. Ю. Итоги конференции с международным участием «Большой хронической обструктивной болезнью легких в общей врачебной практике. Новый вызов для семейного врача» // Российский семейный врач. — 2012. — № 3. — С. 52–55.
3. Всемирная организация здравоохранения, Европейское региональное бюро. — «Структура профессионального и административного развития врачей общей практики/семейной медицины в Европе». — <http://www.euro.who.int/en/home>. — Последнее посещение сайта 13.01.2014.
4. Денисов И. Н., Лесняк О. М. Общая врачебная практика: национальное руководство. В 2-х т. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. — 976 с.
5. Качалов В. А. Системы менеджмента качества. ИСО 9001:2008 в комментариях и задачах. — М.: ИздАТ, 2011. — 600 с.
6. Система здравоохранения Бельгии и Швеции. — <http://neostom.ru/zdravoochranenie-v-zarubezhnich-stranach/sistema-zdravoochraneniya-belgii-i-shvetsii.html>. — Последнее посещение сайта 13.01.2014.
7. Федеральный закон Российской Федерации от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».
8. Баева Е. В. Основы менеджмента здравоохранения: Учебное пособие — К.: МАУП, Украина, 2007. — 328 с.

**Автор:**

Тур Екатерина Юрьевна — клинический ординатор кафедры семейной медицины ГБОУ ВПО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова» Минздрава России

Адрес для контактов: [tur.e.y@rambler.ru](mailto:tur.e.y@rambler.ru)

УДК 614.2:378.661(493)

## СИСТЕМА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В Г. ЛЕВЕН (БЕЛЬГИЯ). ВПЕЧАТЛЕНИЯ О ПОСЕЩЕНИИ ЛЕВЕНСКОГО КАТОЛИЧЕСКОГО УНИВЕРСИТЕТА И ЛЕВЕНСКОГО УНИВЕРСИТЕТСКОГО ГОСПИТАЛЯ ВРАЧАМИ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ

К. В. Овакимян

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

## A SYSTEM OF MEDICAL CARE IN LEUVEN (BELGIUM). IMPRESSIONS ABOUT THE VISIT TO THE CATHOLIC UNIVERSITY OF LEUVEN AND UNIVERSITY HOSPITALS LEUVEN BY FAMILY MEDICINE DOCTORS

K. V. Ovakimyan

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

© К. В. Овакимян, 2014 г.

Статья посвящена особенностям системы оказания медицинской помощи в Бельгии. Представленная информация была получена во время визита врачей общей практики Левенского католического университета и Левенского университетского госпиталя.

**Ключевые слова:** система оказания медицинской помощи в Бельгии, организация общей врачебной практики в Бельгии.

This article describes the features of system of medical care in Belgium. The information was obtained during the visit to the Catholic university of Leuven and University hospital of Leuven by family medicine doctors.

**Keywords:** a system of medical care in Belgium, the organization of family medicine in Belgium.

В июне 2014 г. 24 врача общей практики, участвовавших в исследовании «RESPECT» (Research on the Prevalence and the diagnosis of COPD and its Tobacco-related etiology), из Санкт-Петербурга и Архангельска посетили г. Левен (Бельгия). Данный проект был осуществлен по инициативе профессора Левенского католического университета Я.-М. Дегриза совместно с кафедрой семейной медицины Северо-Западного государственного медицинского университета имени И. И. Мечникова. В течение трех дней врачи знакомились с организацией работы семейных врачей, амбулаторной и госпитальной помощи пациентам, а также с некоторыми аспектами подготовки студентов медицинского факультета университета на базах общих врачебных практик.

Первый день начался с вводной лекции координатора Центра российских исследований Левенского католического университета Маартена Хоремана об истории Бельгии, особенностях ее культуры.

После небольшого перерыва в одном из офисов общей врачебной практики началась лекция

профессора Бригитты Шоенмакерс, посвященная навыкам профессионального общения семейных врачей с пациентами. За время приема семейный врач в Бельгии принимает около 20 пациентов, уделяя в среднем каждому по 12–15 мин. Обучение будущих врачей коммуникативным навыкам необходимо для более продуктивного консультирования при минимальных временных затратах. С целью получения практических навыков консультирования пациентов на амбулаторном этапе был проведен тренинг. Участникам проекта предлагалась ролевая игра консультирования врачом пациента с вымышленной историей болезни. Оценивались заданные вопросы, их очередность, выявление ведущей жалобы пациента, его ожидания от предстоящего визита к врачу, а также обсуждались предложения по минимизации времени, затраченного на консультацию.

Подобные занятия по коммуникации являются очень важной частью медицинской подготовки студентов, учитывая то, что в будущем они вынуждены работать в условиях ограниченного времени приема.



После лекции профессор Бригитта Шоенмакерс показала свое рабочее место: уютный кабинет с вывешенными на стене рисунками от маленьких благодарных пациентов. Вся документация в центре ведется в электронном виде при помощи специальных программ, в которых фиксируются все заболевания пациента, клинически значимые данные объективного осмотра, результаты проведенных исследований, а также препараты, которые принимает пациент. Если применение назначенных препаратов противопоказано при наличии сопутствующих заболеваний, программа незамедлительно предупредит об этом врача. Время ожидания анализов крови и мочи в среднем составляет около 4 ч, если пациент нуждается в дополнительных методах исследования, таких как фиброгастродуоденоскопия, врач вносит пациента в лист ожидания. Время ожидания составляет до 2 нед. При обращении за медицинской помощью в офис врача общей практики пациент полностью оплачивает медицинские услуги, а затем предъявляет счет своей страховой компании, которая оплачивает 90%, остальные 10% оплачивает сам пациент. Если пациент не имеет денег, что бывает редко, счет

оплачивает его врач, а затем предъявляет чек в страховую компанию для возмещения 90%, 10% оплаты врачу не возвращаются. Выписка из амбулаторной карты при необходимости предоставляется пациенту на информационном носителе. Без специальной компьютерной программы, которая есть только в медицинских учреждениях, он не сможет ее самостоятельно просмотреть. Так как кабинет профессора Бригитты Шоенмакерс является частью учебного центра, он оснащен камерой видеонаблюдения и микрофоном, расположенным над рабочим столом. Они используются для совершенствования у студентов навыков консультирования. Студент или клинический ординатор, находящийся в кабинете с реальным пациентом, самостоятельно ведет прием, а видеоинформация направляется на компьютер, размещенный в соседней аудитории. Таким образом, врач имеет возможность наблюдать за общением студента с пациентом в реальном времени или в записи. Подобные консультации проводятся только с согласия пациентов, которые, как правило, настроены доброжелательно и с пониманием относятся к обучению будущих врачей. Некоторые клинические случаи могут размещать-



Коллектив врачей общей практики на крыше Левенского католического университета



ся на специальном закрытом сайте для студентов, чтобы они могли проанализировать допущенные ошибки и доброжелательно их обсудить.

С организацией Левенского университетского госпиталя нас познакомил главный врач, экс-президент Европейского респираторного общества (European Respiratory Society), профессор Левенского католического университета Марк Декрамер. Левенский университетский госпиталь является одним из крупнейших многопрофильных стационаров в Бельгии, который по настоящее время продолжает развиваться, о чем свидетельствует открытие новых специализированных подразделений. В настоящее время его годовой оборот составляет 840 млн евро, коечный фонд — 2417 койко-мест. Число сотрудников насчитывает 8562 человека, из них 1081 — врачи различных специальностей. Число пациентов, принятых амбулаторно, составляет 2931 человек в день и 670 263 человек в год, госпитализаций — 243 и 57 080 соответственно, операций — 207 и 44 620 соответственно. С 1990 г. в госпитале используются компьютерные носители: новые данные заносятся в компьютер с помощью специализированных программ, старые бумажные носители были отсканированы и переданы на хранение в архив. Вся информация о пациенте хранится в течение его жизни. Система ведения медицинской документации, созданная в Левенском университетском госпитале, используется еще в 14 госпиталях, которые работают в тесном взаимодействии друг с другом, а также с офисами семейных врачей. В данную структуру в настоящее время включены 1,2 млн пациентов. Левенский университетский госпиталь и Левенский католический университет являются единой системой, которая несет в себе функции обучения и осуществления медицинской помощи, в том числе высокоспециализированной. Основной концепцией госпиталя являются пациент-ориентированные программы, которые направлены на улучшение качества оказания медицинской помощи и обеспечение циркуляции огромного ежедневного потока пациентов. Существует около 230 различных программ, каждая из которых является структурированным планом для оказания качественной медицинской помощи независимо от специальности врача или вида заболевания. Одна из таких программ — план оказания медицинской помощи пациентам с острым нарушением мозгового кровообращения, целью которой является снижение времени от момента обращения пациента за медицинской помощью до постановки окончательного диагноза и осуществления необходи-



Пост медицинских сестер в отделении амбулаторной хирургии Левенского университетского госпиталя

мых лечебных мероприятий. Все этапы программы стандартизированы, а индикаторами оказания качественной медицинской помощи служат период времени между обращением пациента и проведением компьютерной томографии головного мозга (не более 45 мин), а также период времени между проведением компьютерной томографии головного мозга и оперативным вмешательством (не более 60 мин).

После краткого знакомства с организацией работы Левенского университетского госпиталя нам предложили посетить амбулаторные отделения хирургии и онкологии. Отделение амбулаторной хирургии представляет собой подразделение, размещенное на первом этаже основного здания. Пациенты, направленные семейными врачами или хирургами, приходят туда самостоятельно. Каждому назначают определенное время прибытия для минимизации времени ожидания в приемном покое. Максимально пациент может находиться в приемном отделении до 30 мин, что бывает крайне редко из-за четкого распределения пациентов в течение рабочего дня. Отделение открыто в будние дни с 7.00 до 19.00 и принимает до 60 пациентов в день, все они должны быть выписаны в день поступления. В редких случаях, при возникновении послеоперационных осложнений, пациента могут перевести в хирургическое отделение госпиталя. После выписки при необходимости он наблюдается хирургом или врачом общей практики. Если пациенты проживают в отдаленных частях страны, при выписке им выдаются лекарственные препараты на случай, если аптеки в день приезда будут закрыты.

В отделении амбулаторной онкологии пациенту в день визита проводятся все необходимые обследования для постановки диагноза, вклю-

чая компьютерную томографию и биопсию образования.

Покидая Левенский университетский госпиталь, мы увидели вертолет, приближающийся к зданию. Так происходит доставка органов для трансплантации.

В сопровождении профессора Я.-М. Дегриза некоторые врачи посетили ректорат Левенского католического университета, где проходила защита диссертации на степень доктора философии (PhD). Материалы диссертации, в которые входят все научные публикации, выдаются каждому человеку, пришедшему на защиту. В зал, где проходит защита диссертаций, может прийти любой заинтересованный человек, даже без медицинского образования. Поэтому форма изложения материала должна быть рассчитана на широкую аудиторию. Врач общей практики Мики Вермандер представила презентацию о своей сложной работе (качественное исследование в медицине) в таком виде, чтобы каждый присутствующий в зале смог понять суть. После презентации, длящейся около 1 ч, Мики уверенно отвечала на вопросы жюри в доступной для всех

форме. Как пояснил профессор Я.-М. Дегриз, написание диссертационной работы доктору в Бельгии необходимо около 5 лет. Врачи в Бельгии работают очень интенсивно, имеют право на ежегодный отпуск в виде 28 календарных дней и дополнительных 8 дней в год на посещение конференций. Несмотря на загруженность, около 10% врачей в Бельгии имеют степень доктора философии.

**Заключение.** Медицина г. Левена впечатлила своей безупречной организацией работы, качеством медицинской помощи, неразделимой связью научных поисков и внедрения достижений в практику на примере единой системы образования и оказания медицинской помощи Левенского католического университета и Левенского университетского госпиталя. Нам есть чему поучиться у наших бельгийских коллег. Думается, что такая деятельность, как обмен опытом, поможет нашим врачам стать в будущем более целеустремленными, амбициозными и находиться в постоянном поиске свежих идей, новых подходов к лечению, а также к обучению молодых докторов.

### Литература

1. *Системы здравоохранения: время перемен.* Реферат обзора. — Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения, Бельгия. — 2010. — 4 с.

#### Автор:

**Овакимян Карина Викторовна** — заочный аспирант кафедры семейной медицины ГБОУ ВПО «СЗГМУ им. И. И. Мечникова» Минздрава России

Адрес для контакта: [ursa-alba@yandex.ru](mailto:ursa-alba@yandex.ru);

194291, Санкт-Петербург, пр. Просвещения, д. 45, кафедра семейной медицины ГБОУ ВПО «СЗГМУ им. И. И. Мечникова» Минздрава России

# ПРАВИЛА ОФОРМЛЕНИЯ СТАТЕЙ В ЖУРНАЛ «РОССИЙСКИЙ СЕМЕЙНЫЙ ВРАЧ»

## Уважаемые авторы!

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### Примеры оформления списка литературы:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Редакция организует рецензирование, научное и литературное редактирование рукописей статей.

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

Редактор В. П. Медведев

Санкт-Петербург, издательство Северо-Западного государственного медицинского университета  
имени И. И. Мечникова.

Подписано в печать 29.08.2014 г. Формат 60×90 1/8. Бумага офсетная. Гарнитура Journal. Печать офсетная.  
Усл. печ. л. . Тираж 1000 экз. Заказ № . Цена договорная.  
193015, Санкт-Петербург, ул. Кирочная, д. 41.

Отпечатано в типографии