

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.szgm.ru)

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

Адрес редакции:

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

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

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

Подписной индекс по каталогу «Роспечать» 29950

Том 17
4—2013
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.

В журнале публикуются результаты научного проекта Северо-Западного государственного медицинского университета им. И. И. Мечникова — Конференция молодых ученых «Фундаментальные аспекты старения. Хрупкость: модели, маркеры, фенотипы. Результаты проекта “Хрусталь”», проводившегося на средства гранта № 13-04-06852 Российского фонда фундаментальных исследований.

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

Оригинальные научные исследования

- КОЖНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ПАГУБНОГО ПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЯ. ВАЖНОСТЬ ЗНАНИЯ СИМПТОМОВ ВРАЧАМИ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА
А. Н. Баринава, О. Ю. Кузнецова, П. Н. Трофимов, С. Г. Боярский, С. Л. Плавинский 4
- ЛАБОРАТОРНЫЕ МАРКЕРЫ ЗЛОУПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЕМ В ОБЩЕЙ ВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИКЕ
С. Л. Плавинский, О. Ю. Кузнецова, Л. Н. Дегтярева, А. Н. Баринава, С. Г. Боярский 10
- ТРАНСФОРМАЦИЯ ДИАГНОЗА ПРИ АУТОИММУННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПЕЧЕНИ
К. Л. Райхельсон, А. Ю. Барановский 17
- ВЛИЯНИЕ СТАТИНОВ НА КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ МИОКАРДА
К. В. Туркина, В. И. Мазуров, О. А. Жаркова 22

В помощь практикующему врачу

- ТЕХНИЧЕСКИЕ СРЕДСТВА РЕАБИЛИТАЦИИ ПРИ НЕДЕРЖАНИИ МОЧИ У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ
И. А. Божков, М. А. Севастьянов 29

Сестринское дело

- О НЕОБХОДИМОСТИ ИЗМЕНЕНИЯ ПАРАДИГМЫ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ ВРАЧЕЙ И СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА
Н. Г. Петрова, С. Г. Погосян 35

Случаи из практики

- СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ: ПРИМЕНЕНИЕ ОПРОСНИКОВ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ ПРИ НАЛИЧИИ ПРОТИВОПОКАЗАНИЙ К ПРОВЕДЕНИЮ СПИРОМЕТРИИ
К. В. Овакимьян 39
- СЛУЧАЙ СОЧЕТАНИЯ АКТГ-ЭКТОПИЧЕСКОГО СИНДРОМА КУШИНГА И ФЕОХРОМОЦИТОМА
З. Р. Шафигуллина, М. М. Петрова, С. Б. Шустов, Н. В. Ворожбина, Д. В. Проташчик, А. А. Лисицын, Л. И. Великанова 43

Хроника

- «ФУНДАМЕНТАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ СТАРЕНИЯ. ХРУПКОСТЬ: МОДЕЛИ, МАРКЕРЫ, ФЕНОТИПЫ. РЕЗУЛЬТАТЫ ПРОЕКТА «ХРУСТАЛЬ». ИТОГИ ВСЕРОССИЙСКОЙ МОЛОДЕЖНОЙ КОНФЕРЕНЦИИ С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ
О. Ю. Кузнецова, Е. В. Фролова, И. А. Яковлев 47
- ХРОНИКА СОБЫТИЙ: СОВЕЩАНИЕ НАЦИОНАЛЬНЫХ ПРЕДСТАВИТЕЛЕЙ ЕВРОПЕЙСКОЙ АКАДЕМИИ ПРЕПОДАВАТЕЛЕЙ СЕМЕЙНОЙ МЕДИЦИНЫ
Е. В. Фролова 50

**Материалы Всероссийской молодежной конференции с международным участием
«Фундаментальные аспекты старения. Хрупкость: модели, маркеры, фенотипы.
Результаты проекта «Хрусталь»»**

**Materials of All-Russian youth scientific conference with international participation
«Fundamental aspects of aging. Frailty: model, markers, phenotypes.
Results of the project «Crystal»»**

- THE ROLE OF NEW BIOMARKERS IN THE DIAGNOSIS AND MONITORING OF CARDIAC DYSFUNCTION AND HEART FAILURE IN THE ELDERLY: TIME FOR A PARADIGM SHIFT?
B. Vaes 52
- LONG-TERM EFFECTS OF CYTOMEGALOVIRUS IN THE ELDERLY
W. Adriaensen 52

Original data

- SKIN SYMPTOMS OF ALCOHOL ABUSE. IMPORTANCE OF SYMPTOMS KNOWLEDGE BY GENERAL PRACTITIONERS
A. N. Barinova, O. Yu. Kuznetsova, P. N. Trofimov, S. G. Boyarski, S. L. Plavinski 4
- LABORATORY MARKERS OF ALCOHOL ABUSE IN PRIMARY CARE
S. L. Plavinski, O. Yu. Kuznetsova, L. N. Degtyareva, A. N. Barinova, S. G. Boyarski 10
- TRANSFORMATION OF DIAGNOSIS IN AUTOIMMUNE LIVER DISEASES
K. L. Raikhelson, A. Yu. Baranovsky 17
- THE IMPACT OF STATIN THERAPY ON MANIFESTATIONS OF CORONARY HEART DISEASE AFTER SURGICAL MYOCARDIAL REVASCULARIZATION
C. V. Turkina, V. I. Mazurov, O. A. Zharkova 22

For the practitioners

- ASSISTIVE REHABILITATION DEVICES FOR ELDERLY PEOPLE WITH URINE INCONTINENCE
I. A. Bozhkov, M. A. Sevastianov 29

Nursing

- THE NEED TO CHANGE THE PARADIGM OF DOCTORS AND NURSES RELATIONS
N. G. Petrova, S. G. Pogosyan 35

Clinical cases

- CASE REPORT: THE USING OF QUESTIONNAIRES FOR THE DETECTION OF THE CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE IN PATIENTS WITH CONTRAINDICATIONS TO PERFORM SPIROMETRY
K. V. Ovakimyan 39
- A CASE OF COMBINATION ACTH-ECTOPIC CUSHING'S SYNDROME AND PHEOCHROMOCYTOMA
Z. R. Shafigullina, M. M. Petrova, S. B. Shustov, N. V. Vorokhobina, D. V. Protashchik, A. A. Lisitsin, L. I. Velikanova 43

Chronicle

- THE RESULTS OF THE ALL-RUSSIAN INTERNATIONAL CONFERENCE «THE FUNDAMENTAL ASPECTS OF AGING. FRAILTY: MODELS, MARKERS, PHENOTYPES. THE RESULTS OF THE «CRYSTAL» PROJECT»
O. Yu. Kuznetsova, E. V. Frolova, I. A. Yakovlev 47
- CHRONICLE OF EURACT
E. V. Frolova 50

- IMMUNOSENESCENCE — RESULTS FROM THE BELFRAIL AND INCIVAR STUDY
W. Adriaensen 53
- ASSESSING RENAL FUNCTION IN THE ELDERLY
G. Van Pottelbergh 53

УДК 613.816:616.5

КОЖНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ПАГУБНОГО ПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЯ. ВАЖНОСТЬ ЗНАНИЯ СИМПТОМОВ ВРАЧАМИ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА

А. Н. Барина¹, О. Ю. Кузнецова¹, П. Н. Трофимов³, С. Г. Боярский², С. Л. Плавинский¹

¹ГБОУ ВПО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова»
Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия

²ГБОУ ВПО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И. М. Сеченова»
Минздрава России, Москва, Россия

³ФГБУ «Федеральный центр сердца, крови и эндокринологии им. В. А. Алмазова», Санкт-Петербург,
Россия

SKIN SYMPTOMS OF ALCOHOL ABUSE. IMPORTANCE OF SYMPTOMS KNOWLEDGE BY GENERAL PRACTITIONERS

A. N. Barinova¹, O. Yu. Kuznetsova¹, P. N. Trofimov³, S. G. Boyarski², S. L. Plavinski¹

¹North-Western State Medical University named after I. I. Mechnikov, St. Petersburg, Russia

²First Moscow State Medical University named after I. M. Sechenov, Moscow, Russia

³Federal Center of Heart, Blood and Endocrinology named after V. A. Almazov, St. Petersburg, Russia

© Коллектив авторов, 2013 г.

Проведен анализ связей между результатами опроса на предмет выявления опасного и вредного потребления алкоголя, результатами заполнения дневников потребления алкоголя и кожными проявлениями злоупотребления алкоголем у 926 пациентов (530 мужчин и 396 женщин), обратившихся к врачам-дерматовенерологам. Установлено, что наибольшей диагностической ценностью выявления опасного и вредного потребления алкоголя (ОВПА) обладают следующие симптомы: телеангиэктазии, эритема ладоней, изменения слизистой языка (глоссит) и наличие кожного зуда. Разработан индекс кожных проявлений злоупотребления алкоголем с высокой чувствительностью и специфичностью по признакам опасного и вредного потребления (чувствительность 73,8%, 95% ДИ = 70,2–77,3%; специфичность 92,5%, 95% ДИ = 89,0–95,1%), который может использоваться в общей врачебной практике.

Ключевые слова: опасное и вредное потребление алкоголя, AUDIT, кожные признаки злоупотребления алкоголем, алкоголь-ассоциированные заболевания.

The analysis of correlation between questionnaire-based diagnosis of alcohol use disorder, heavy and binge drinking as defined by consumption level and skin signs of alcohol abuse was undertaken in 926 patients (530 males and 396 females) visiting dermatological clinic. It is shown that most informative signs are spider naevi, palmar erythema, glossitis, and pruritis. Cutaneous alcoholic sign index is developed which is performing relatively well in differentiating patients with any harmful consumption (sensitivity 73,8%, 95% CI = 70,2–77,3%; specificity 92,5%, 95% CI = 89,0–95,1%). Index could be used in general practice.

Keywords: harmful and hazardous alcohol consumption, AUDIT, cutaneous signs of alcohol abuse, alcohol-associated diseases.

Введение. Физикальные признаки потребления алкоголя были известны довольно давно; например, в Англии в XVIII в. даже отмечали различия во внешнем виде потребителей пива и джина — первые выглядели полными, счастливыми и здоровыми, вторые — кахексичными и больными [1]. Как отмечают А. Л. Верткин и соавт. [2], длительное время признаками потребления алкоголя являлись классические признаки далеко зашедшего поражения печени, такие как телеангиэктазии, эритема ладоней, желтушность склер, кахексия, гипопропротеинемические отеки, симптом — «голова медузы», возникающий вследствие портальной

гипертензии, асцит. Для скрининга опасного и вредного потребления алкоголя (ОВПА) необходимо выявление признаков злоупотребления алкоголем на более ранних стадиях. Это привело к необходимости разработки метода систематического обследования пациентов на наличие первоначальных признаков хронического злоупотребления алкоголем или хронической алкогольной интоксикации (ХАИ). Многие заболевания кожи, как сейчас принято считать, связаны с потреблением алкоголя, который воздействует на сосуды кожи и влияет на функцию иммунной системы, что повышает риск обострения хронических

дерматозов и делает кожу более уязвимой для инфекционных заболеваний. Спектр заболеваний кожи, ассоциированных с алкоголем, варьирует. Он включает в себя такие заболевания, как псориаз, кожная порфирия и розовые угри, кроме того, на коже отражаются изменения вследствие заболеваний печени [3]. Однако клинические маркеры злоупотребления алкоголем могут зависеть от социальных и культурных особенностей потребления алкоголя, и не случайно, что в коллаборативном проекте Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) [4] корреляция клинических признаков с потреблением алкоголя различалась достаточно сильно в зависимости от центра. По этой причине важно знать, насколько широко распространены кожные маркеры потребления алкоголя в популяции, контактирующей с врачами первого контакта, и насколько сильно они ассоциированы с другими индикаторами опасного и вредного потребления алкоголя. Цель данного исследования — оценить распространенность опасного и вредного потребления алкоголя среди пациентов, обращающихся к врачам-дерматовенерологам, изучить частоту встречаемости кожных признаков ОВПА, определить их диагностическую ценность и степень ассоциации с данными опроса на выявление ОВПА.

Материалы и методы. Анализ выполнен на основе данных проекта, направленного на снижение распространенности опасного и вредного потребления алкоголя среди пациентов врачей первичного контакта [5, 6]. В данный анализ включены результаты обследования 926 пациентов (530 мужчин и 396 женщин), обратившихся к врачам-дерматовенерологам. Процедура обследования включала опрос на предмет опасного и вредного потребления алкоголя [7] и заполнение дневника потребления алкоголя, а также описание

кожного статуса по специально разработанной форме, включавшей признаки, которые, по данным литературы, ассоциированы со злоупотреблением алкоголем [8]. Проблемное потребление алкоголя определялось на основе данных дневников потребления и результатов теста AUDIT.

Недельное потребление алкоголя определялось двумя методами — на основе дневника потребления и на основе двух первых вопросов теста AUDIT [9], которые отражают обычную частоту и количество потребляемого алкоголя. Ударным считалось количество алкоголя, превышающее 56 г для женщин и 70 г для мужчин, выпиваемое за один день [10]. Кроме того, рассчитывалось отношение количества дней, когда пациент потреблял алкоголь в ударных объемах, по отношению к общему количеству дней потребления. Признаками опасного и вредного потребления по тесту AUDIT считали значения, превышающие 7 баллов. Высокое потребление определялось как потребление в течение недели более 98 г чистого этанола женщинами и 196 г — мужчинами [11].

Поскольку все данные по потреблению алкоголя имели распределение с длинными «хвостами» (небольшое количество людей сообщали о потреблении очень большого количества алкоголя), для характеристики популяции использовались робастные оценки средних и стандартной ошибки среднего (M-оценки с бивесовой функцией Тьюки). Для выбора наиболее адекватной точки разделения при использовании индекса кожных проявлений использовали сумму баллов, в которой был максимален индекс Йодена. Все расчеты выполнялись в системе SAS, версия 9.3 (SAS Institute, Inc., Cary, NC, США).

Результаты и их обсуждение. При анализе данных, представленных в табл. 1, видно, что оценки потребления по тесту AUDIT значительно

Таблица 1

Характеристика потребления алкоголя в обследованной группе (среднее \pm ошибка среднего)

Возраст, лет	Число	AUDIT, баллов	Потребление в неделю, доз		Количество дней с ударным потреблением (в неделю)	Доля дней с ударным потреблением, %	Доля лиц с высоким потреблением, %
			по AUDIT	по дневникам			
Женщины							
16–25	93	5,7 \pm 0,4	2,0 \pm 0,2	6,1 \pm 0,6	Менее 0,1	35,3	26,9
26–35	110	6,2 \pm 0,4	1,9 \pm 0,2	6,8 \pm 0,6	Менее 0,1	34,0	36,4
36–45	61	5,3 \pm 0,6	2,1 \pm 0,3	6,1 \pm 0,8	0,5 \pm 0,1	51,5	27,9
>45	132	6,1 \pm 0,4	2,7 \pm 0,3	7,4 \pm 0,6	0,4 \pm 0,1	40,8	33,3
Мужчины							
16–25	101	6,5 \pm 0,5	2,0 \pm 0,2	10,1 \pm 0,9	0,4 \pm 0,1	38,5	22,8
26–35	132	10,5 \pm 0,7	6,2 \pm 0,7	19,0 \pm 1,8	1,1 \pm 0,1	53,9	43,1
36–45	98	12,1 \pm 0,8	8,9 \pm 1,1	18,0 \pm 1,8	0,8 \pm 0,1	47,1	38,9
>45	199	11,6 \pm 0,6	6,3 \pm 0,6	16,2 \pm 1,2	0,8 \pm 0,1	49,1	44,2

Примечание: средние в таблицах получены с удалением вылетающих наблюдений (M-оценки).

ниже таковых по дневникам потребления алкоголя, что указывает на необходимость осторожного толкования данных, полученных в результате перекодировки данных AUDIT. Поскольку оценки по дневникам потребления оказались выше, в дальнейшем опирались именно на них. Как видно из табл. 1, молодые лица (моложе 26 лет), обращавшиеся за помощью к дерматовенерологам, характеризовались относительно умеренным потреблением алкоголя, чего нельзя было сказать о лицах старшего возраста. Судя по данным дневников потребления алкоголя, среднее количество выпиваемого в неделю алкоголя составляло для женщин 6,1 дозы (95% ДИ = 5,0–7,2), а для мужчин — 10,1 дозы (95% ДИ = 8,3–12,0). Если такое потребление является обычным, то это примерно соответствует 4,1–6,7 л чистого алкоголя в год. Такой уровень потребления является не очень опасным, что отражается и в относительно низких оценках по тесту AUDIT. Однако необходимо отметить, что средние оценки могут не полностью отражать картину опасности потребления. Среди молодых женщин доля лиц с высоким потреблением алкоголя (более 98 г чистого этилового спирта за неделю) составила более четверти, среди молодых мужчин — примерно одну пятую (у мужчин высоким считается потребление алкоголя более 200 г чистого этилового спирта в неделю). Кроме того, если молодые мужчины и женщины потребляли алкоголь, то примерно в одной трети случаев это потребление было ударным, то есть выпивалось количество алкоголя, достаточное для возникновения алкогольного опьянения. С возрастом отмечалась тенденция к увеличению дней с массивным потреблением; так, например, среди женщин в возрасте 36–45 лет, если алкоголь потреблялся, то в каждый второй день потребление было ударным. У мужчин также наблюдалась тенденция к частому употреблению высоких доз алкоголя, а кроме того отмечалось увеличение количества дней потребления в неделю. Так, если в возрасте моложе 26 лет мужчины употребляли в среднем алкоголь два раза в неделю, то к 45 годам количество дней потребления поднималось до 3 дней в неделю. В возрасте до 26 лет только 6,5% женщин и 9,9% мужчин потребляли алкоголь более пяти раз в неделю, среди лиц старше 46 лет это число было равно 9,1% женщин и 20,6% мужчин. Вообще, мужчины старше 35 лет часто потребляли алкоголь (почти каждый пятый потреблял алкоголь более пяти дней в неделю) и само потребление характеризовалось потреблением больших количеств алкоголя за раз — каждый второй день потребления характеризовался ударным потреблением. Поэтому и широко было распространено высокое потребление алкоголя, то есть потребление, превышавшее эквивалент 640 мл водки в неделю.

Интересно, что, хотя среднее абсолютное потребление алкоголя у мужчин немного снижалось, уровень вреда от спиртного (последствия злоупотребления) нарастал, как это видно по постепенному увеличению оценок AUDIT. Тем не менее потребление было довольно высоким. Мужчины в возрасте 26–35 лет потребляли примерный эквивалент 13 л чистого спирта в год, в возрасте 36–45 лет — 12, в возрасте старше 45 лет — 11 л. Особенности анализа указывали на потребление алкоголя у «типичного» мужчины, в среднем же на одного мужчину в возрасте старше 45 лет приходится 30 л алкоголя в год, большую часть которого выпивает небольшая подгруппа обследованных с очень высоким потреблением алкоголя. При таком высоком потреблении алкоголя литературные данные указывают на частое появление кожных симптомов ХАИ, которые иногда называются «алкогольными стигмами». На их существование внимание обратили достаточно давно, и они стали основой ряда диагностических систем, таких как решетка Le Go [12], клинический индекс злоупотребления алкоголем [13] и рекомендованный Минздравом России метод «модифицированного теста Le Go» [14, 15].

В нашей работе были проанализированы 20 признаков, которые могут быть ассоциированы с опасным и вредным потреблением алкоголя. На первом этапе были выявлены кожные признаки, по частоте которых значительно больше всего различались группы лиц с опасным и вредным потреблением алкоголя по результатам теста AUDIT, группы с высоким потреблением по данным дневника потребления и группы с употреблением алкоголя в ударных количествах. Для того чтобы выделить самые информативные признаки, был рассчитан t -критерий, показывающий стандартизованное расстояние между группами, и отобраны пять признаков, по которым различия между группами были наибольшими. Результаты представлены в табл. 2.

Как видно из таблицы, на первых местах находились сходные признаки: при всех признаках злоупотребления алкоголем пациенты чаще жаловались на зуд, у них наблюдался глоссит, были паукообразные телеангиэктазии. При недавнем потреблении алкоголя в больших количествах чаще наблюдалась плетора лица. Ладонная эритема как признак опасного и вредного потребления алкоголя находилась на четвертом месте по информативности, при высоком и ударном потреблении алкоголя ладонная эритема находилась на шестом месте. Однако по всем упомянутым признакам между группами со злоупотреблением алкоголем и не злоупотреблявшими им наблюдались достоверные различия ($p < 0,05$). Необходимо отметить, что наличие телеангиэктазий, изменения языка, плетора лица являются важнейшими ком-

Таблица 2

Кожные признаки, сильнее всего ассоциированные со злоупотреблением алкоголем, отсортированные по значению *t*-критерия (в скобках)

Ранговое место	Источник информации		
	тест AUDIT	дневник потребления	
	Опасное и вредное потребление алкоголя	Высокое потребление алкоголя	Наличие эпизодов ударного потребления алкоголя
1	Зуд (9,08)	Гиперпигментация (5,58)	Паукообразные телеангиэктазии (5,69)
2	Паукообразные телеангиэктазии (8,18)	Плетора лица (5,22)	Плетора лица (4,87)
3	Глоссит (7,36)	Паукообразные телеангиэктазии (4,98)	Глоссит (4,19)
4	Ладонная эритема (6,94)	Зуд (4,74)	Инфекции кожи и слизистых (3,78)
5	Инфекции кожи и слизистых (6,08)	Глоссит (4,51)	Зуд (3,62)

понтентами таких клинических индексов, как решетка Le Go [12] и «клинический индекс злоупотребления алкоголем» [13].

Также обращает на себя внимание, что часто причиной обращения к врачам или находкой при осмотре у лиц, злоупотребляющих алкоголем, являлись инфекции кожи и слизистых. Также достоверными были различия в частоте микробной экземы и розацеа. Из других признаков во всех группах были достоверные различия по частоте встречаемости ногтей Терри¹.

Чтобы получить более полную картину о значимости кожных признаков для выявления ОВПА, был проведен анализ с целью нахождения границы информативности индекса, который получается в результате суммирования количества «алкогольных стигм». Так как одни признаки были сильнее ассоциированы со злоупотреблением алкоголем, чем другие, то при наличии у пациента паукообразных телеангиэктазий, ладонной эритемы, зуда и глоссита добавлялось по два балла за каждый признак (табл. 3).

Таблица 3

Индекс кожных проявлений злоупотребления алкоголем

Ранговое место	Кожный симптом	Балл
1	Паукообразные телеангиэктазии	2
2	Ладонная эритема	2
3	Зуд	2
4	Глоссит	2
5	Плетора лица	1
6	Желтуха	1
7	Гиперпигментация	1
8	Волдыри	1
9	Ногти Терри	1
10	Красные лунки на ногтях	1
11	Лейкоплакия	1

Было установлено, что наилучшее разделение групп достигается при сумме баллов в 7–9 единиц. Опасное и вредное потребление по тесту AUDIT лучше всего предсказывалось, если сумма баллов превышала 8, высокое потребление — при превышении 9 баллов, ударное — при превышении 7 баллов, а наличие любого злоупотребления,

которое определялось как высокие оценки по тесту AUDIT или признаки злоупотребления (высокое или ударное потребление) — по дневникам. По этой причине было решено оценить диагностическую значимость индекса кожных проявлений злоупотребления алкоголем с разделительным баллом в 8 баллов (табл. 4).

¹Ногти Терри — ногти с белой, непрозрачной поверхностью, охватывающей около 80% ногтевой пластины. При этом дистальный край ногтя сохраняет нормальный розовый цвет.

Чувствительность и специфичность индекса кожных проявлений злоупотребления алкоголем по предсказанию проблемного потребления алкоголя

Проблемное потребление алкоголя	Чувствительность, % (95% ДИ)	Специфичность, % (95% ДИ)	Площадь под характеристической кривой, отн. ед. (95% ДИ)
По тесту AUDIT	87,5% (84,1–90,4%)	85,5% (82,0–88,6%)	0,936 (0,922–0,951)
Высокое потребление алкоголя (по дневнику)	82,2% (77,7–86,2%)	66,3% (62,4–70,1%)	0,815 (0,786–0,844)
Ударное потребление (по дневнику)	73,0% (68,7–77,0%)	70,2% (65,9–74,3%)	0,777 (0,747–0,806)
Любое проблемное потребление алкоголя	73,8% (70,2–77,3%)	92,5% (89,0–95,1%)	0,895 (0,876–0,915)

Примечание: площадь под характеристической кривой рассчитана для полного индекса.

Как видно из табл. 4, индекс кожных проявлений обладал приемлемыми значениями чувствительности и специфичности, в особенности в отношении результатов теста AUDIT. Чувствительность и специфичность индекса была немного ниже для признаков злоупотребления алкоголем, которые выявляются по дневникам потребления. Так как для появления алкогольные «стигмы» требуют длительного злоупотребления алкоголем, дневник употребления алкоголя отражает как недавний короткий эпизод злоупотребления, так и недавний отказ от злоупотребления алкоголем. Обращает на себя внимание высокая специфичность индекса в отношении любого проблемного потребления алкоголя. Это означает, что если сумма баллов равна или более 8, то у такого пациента с высокой степенью вероятности есть некое проблемное употребление алкоголя (либо ОВПА, либо высокое потребление алкоголя, либо дни ударного потребления). Если пациент набирает значения индекса 10 и более, у него, скорее всего, имеются все признаки опасного и вредного потребления алкоголя, определяемые по тесту AUDIT (специфичность 96,3%). Для повышения чувствительности выявления проблемного потребления алкоголя можно выбрать границу в 5 баллов, в этом случае она по всем показателям приближается или превышает 90%, иными словами, 90% всех лиц с проблемным потреблением алкоголя будут иметь значения кожного индекса, превышающие 5 баллов.

Заключение. Проведенное исследование выявило высокую информативность кожных симптомов при выявлении опасного и вредного потребления алкоголя. Эта находка важна по двум причинам. Во-первых, дерматовенерологи должны осознавать, что ряд заболеваний, с которыми они сталкиваются в клинической практике, могут быть связаны со злоупотреблением алкоголем, который может являться причиной развития или

ухудшения течения заболевания. В первую очередь о проблемном потреблении алкоголя необходимо задуматься у пациента с инфекцией кожи и слизистых, микробной экземой, розацеа и псориазом. Обнаружение кожных признаков проблемного потребления алкоголя, в особенности если их несколько, требует обсуждения с пациентом его уровня потребления алкоголя и возможного влияния употребления алкоголя на течение болезни. Кроме того, дерматовенерологи должны быть знакомы с методологией выявления опасного и вредного потребления алкоголя, поскольку в их практике такие пациенты встречаются часто. Во-вторых, врачи других специальностей, в первую очередь семейные врачи, должны хорошо разбираться в кожных признаках проблемного потребления алкоголя, в особенности должны обращать при осмотре пациента внимание на наличие телеангиэктазий, гиперпигментации, плеторы лица, ладонной эритемы, а также предъявляемых жалоб на зуд. При выявлении нескольких таких признаков врач должен быть также готов провести диагностику проблемного потребления алкоголя и обсудить с пациентом влияние алкоголя на течение основного заболевания и дать рекомендации по сокращению потребления или направить пациента к врачу-наркологу.

Также необходимо помнить, что наиболее информативные кожные признаки могут быть ассоциированы с алкогольным циррозом печени. Кроме того, наличие значительного количества кожных признаков в сочетании с нежеланием обсуждать проблему употребления алкоголя может указывать на формирование зависимости, что может негативно сказаться на режиме приема назначаемых средств. Полученные результаты показывают, что знание кожных «алкогольных стигм» является важным диагностическим инструментом в руках как дерматовенерологов, так и других врачей первичного контакта.

Литература

1. *Gately I.* Drink. A social history of alcohol. — New York: Gotham Books, 2008. — P. 576.
2. *Верткин А. Л., Комаровский А. Н., Скотников А. С.* Алкоголь-ассоциированные состояния в многопрофильном стационаре // Лечащий врач. — 2011. — № 9. — С. 36–42.
3. *Higgins E.* The Skin and Alcohol // *Comprehensive Handbook of Alcohol Related Pathology* / Ed. by V. R. Preedy, R. R. Watson. — London: Elsevier Academic Press, 2005. — Vol. 2. — P. 599–605.
4. *Saunders J. B., Aasland O. G.* WHO collaborative project on identification and treatment of persons with harmful alcohol consumption. Report on phase I. Development of a screening instrument. — Geneva: WHO, 1987. — P. 57.
5. *Плавинский С. Л., Кузнецова О. Ю., Баринаева А. Н. и др.* Скрининг и краткосрочное вмешательство, направленные на снижение опасного и вредного потребления алкоголя. — СПб.: СПб ИОЗ, 2011. — С. 154.
6. *Плавинский С. Л., Баринаева А. Н., Кузнецова О. Ю., Дегтярева Л. Н.* Распространенность опасного и вредного потребления алкоголя среди пациентов врачей первичного контакта. Значение для организации профилактических вмешательств. // *Российский семейный врач.* — 2011. — Т. 15. — № 4. — С. 12–16.
7. *Дегтярева Л. Н., Кузнецова О. Ю., Плавинский С. Л., Баринаева А. Н.* Использование методики модификации поведения пациента при опасном и вредном употреблении алкоголя // *Российский семейный врач.* — 2012. — Т. 16. — № 1. — С. 55–64.
8. *Smith K. E., Fenske N. A.* Cutaneous manifestations of alcohol abuse // *J. Am. Acad. Dermatol.* — 2000. — Vol. 43. — № 1. — Pt. 1. — P. 1–16.
9. *Rumpf H. J., Napke U., Meyer C., John U.* Screening for alcohol use disorders and at-risk drinking in the general population: psychometric performance of three questionnaires // *Alcohol Alcohol.* — 2002. — Vol. 37. — № 3. — P. 261–268.
10. *Courtney K. E., Polich J.* Binge drinking in young adults: Data, definitions, and determinants // *Psychol. Bull.* — 2009. — Vol. 135. — № 1. — P. 142–156.
11. *Dufour M. C.* What is moderate drinking? Defining drinks and drinking levels // *Alcohol Research and Health.* — 1999. — Vol. 23. — № 1. — P. 5–14.
12. *Direction Generale de la Gendarmerie Nationale.* Circulaire N 4650/DEF/GEND/CAB/SANT relative a la maladie alcoolique. — Paris: Direction Generale de la Gendarmerie Nationale, 1980. — 6 P.
13. *Skinner H. A., Holt S., Sheu W. J., Israel Y.* Clinical versus laboratory detection of alcohol abuse: the alcohol clinical index // *Br. Med. J. (Clin. Res. Ed).* — 1986. — Vol. 292. — № 6537. — P. 1703–1708.
14. *Огурцов П. П., Нужный В. П.* Экспресс-диагностика (скрининг) хронической алкогольной интоксикации у больных соматического профиля // *Клиническая фармакология и терапия.* — 2001. — № 1. — С. 34–39.
15. *Костюкевич О. И.* Алкогольное поражение печени: социальное звучание, клинические последствия и аспекты патогенетической терапии // *РМЖ.* — 2007. — № 2. — С. 62–67.

Авторы:

- Баринаева Анна Николаевна** — к. м. н., доцент кафедры семейной медицины ГБОУ ВПО «СЗГМУ им. И. И. Мечникова» Минздрава России
- Кузнецова Ольга Юрьевна** — д. м. н., профессор, заведующий кафедрой семейной медицины ГБОУ ВПО «СЗГМУ им. И. И. Мечникова» Минздрава России
- Трофимов Павел Николаевич** — научный сотрудник ФГБУ «Федеральный центр сердца, крови и эндокринологии им. В. А. Алмазова»
- Боярский Сергей Георгиевич** — к. м. н., доцент кафедры общественного здравоохранения и профилактической медицины ГБОУ ВПО «Первый МГМУ им. И. М. Сеченова» Минздрава России
- Плавинский Святослав Леонидович** — д. м. н., заведующий кафедрой педагогики, философии и права ГБОУ ВПО «СЗГМУ им. И. И. Мечникова» Минздрава России

УДК 614.2:613.816-073

ЛАБОРАТОРНЫЕ МАРКЕРЫ ЗЛОУПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЕМ В ОБЩЕЙ ВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИКЕ

С. Л. Плавинский¹, О. Ю. Кузнецова¹, Л. Н. Дегтярева¹, А. Н. Баринаева¹, С. Г. Боярский²

¹ГБОУ ВПО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова»
Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия

²ГБОУ ВПО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И. М. Сеченова»
Минздрава России, Москва, Россия

LABORATORY MARKERS OF ALCOHOL ABUSE IN PRIMARY CARE

S. L. Plavinski¹, O. Yu. Kuznetsova¹, L. N. Degtyareva¹, A. N. Barinova¹, S. G. Boyarski²

¹North-Western State Medical University named after I. I. Mechnikov, St. Petersburg, Russia

²First Moscow State Medical University named after I. M. Sechenov, Moscow, Russia

© Коллектив авторов, 2013

Проведен анализ связи между повышением лабораторных показателей, которые связывают с опасным и вредным потреблением алкоголя, с результатами опроса по тесту AUDIT, данными дневников потребления и рядом психологических тестов. Установлено, что по профилю ответов на вопросы лица с повышением лабораторных маркеров, но отрицательным результатом теста AUDIT больше похожи на лиц, не имеющих признаков опасного и вредного потребления алкоголя (ОВПА). Повышение лабораторных маркеров должно приводить к поиску признаков ОВПА, однако у таких лиц лучше использовать AUDIT с диагностической границей в 6 баллов. Чувствительность лабораторных маркеров ОВПА выше у пожилых лиц.

Ключевые слова: опасное и вредное потребление алкоголя, AUDIT, лабораторные маркеры злоупотребления алкоголем, алкоголь-ассоциированные заболевания.

The analysis of relationships between laboratory markers frequently associated with alcohol abuse and results of AUDIT test, alcohol consumption diary data and psychological tests was undertaken. It was found that response profile of persons with increased level of markers but negative AUDIT results is similar to persons without any signs of harmful and hazardous alcohol consumption. Increase in laboratory markers should trigger search for alcohol abuse and AUDIT in such cases better be used with cut-off score of 6. Sensitivity to alcohol abuse in elderly is increasing.

Keywords: harmful and hazardous alcohol consumption, AUDIT, laboratory markers of alcohol abuse, alcohol-associated diseases.

Введение. Разработка программ, направленных на снижение потребления алкоголя, как указывается в ст. 12 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», является реализацией принципа приоритета профилактики в российском здравоохранении. Выявление опасного и вредного потребления алкоголя врачами первичного контакта обычно делается на основе опроса с помощью специализированных опросников, таких как AUDIT, CAGE или T-ACE, или на основе дневников потребления, заполняемых проспективно или ретроспективно. Вместе с тем очевидно, что результаты опроса зависят от откровенности пациента, и в особенности пациенты с зависимостью могут скрывать свое истинное потребление и ассоциированные с ним проблемы. В ситуации, когда опрос проводится в рамках краткосрочного вмешательства по снижению риска опасного и вредного потребления алкоголя

(ОВПА) это не является значительной проблемой, поскольку нежелание пациента раскрывать уровень потребления указывает на то, что и вмешательство вряд ли будет эффективно.

С другой стороны, врачам первичного контакта бывает необходимо заподозрить ОВПА для определения возможности сниженной приверженности к терапии, возникновения осложнений лечения ввиду взаимодействия алкоголя с лекарственными средствами, а также в первую очередь — в случае госпитализации, возможности развития синдрома отмены [1]. Кроме того, в некоторых случаях наличие объективных признаков злоупотребления алкоголем может помочь врачу первичного контакта «разговорить» пациента, добиться от него признания вредного потребления алкоголя и провести вмешательство, а также заподозрить признаки рецидива у пациента с проблемным потреблением алкоголя в анамнезе. Наличие возможности выяв-

ления объективных признаков злоупотребления алкоголем также придает скринингу то, что иногда называется «видимой валидностью», а именно возможность сомневаться в результатах опроса в тех случаях, когда имеются очевидные признаки злоупотребления алкоголем, а результаты опроса указывают на отсутствие ОВПА [2].

Объективные признаки злоупотребления алкоголем делятся на две большие группы — признаки, выявляемые за счет использования лабораторных маркеров (результаты рутинного анализа крови), и признаки, выявляемые при физикальном обследовании. Необходимо отметить, что большинство этих признаков (в особенности результаты физикального обследования) малочувствительны и выявляют только изменения вследствие массивного потребления алкоголя. Тем не менее, согласно точке зрения М. Hannuksela и соавт. [3], лабораторные маркеры злоупотребления алкоголем могут оказаться полезными в следующих ситуациях:

1. Скрининг на употребление значительных количеств алкоголя:

а) в отделении неотложной помощи и отделении интенсивной терапии:

— выявление пациентов с риском развития синдрома отмены с делирием;

б) в первичном звене здравоохранения:

— при принятии решения о роли алкоголя как этиологического фактора;

— для краткосрочного вмешательства.

2. Мониторинг пациентов, изменяющих потребление алкоголя:

а) демонстрация негативного эффекта алкоголя на функционирование организма.

3. Наблюдение за пациентами после отмены алкоголя:

а) демонстрация положительного эффекта воздержания для деятельности организма;

б) активизация лечения при рецидиве.

Поскольку задачей использования лабораторных маркеров является выявление злоупотребления алкоголем при обращении за помощью, не связанной с потреблением алкоголя, врач может опираться в диагностике в первую очередь на результаты рутинных методов анализа, поскольку обосновать использование специализированных методов (например, исследование углеводдефицитного трансферина) [4] в таком случае будет достаточно сложно.

Среди маркеров, которые традиционно используются для выявления признаков злоупотребления алкоголем, чаще всего оценивают активность печеночных ферментов: аспартатаминотрансферазы (АСТ), аланинаминотрансферазы (АЛТ) и гаммаглютамилтранспептидазы (ГГТ), а также показатели изменения кроветворения: средний корпускулярный объем эритроцитов (СКОЭ, MCV) (табл. 1).

Таблица 1

Характеристика основных лабораторных маркеров злоупотребления алкоголем [6, 7]

Индикатор	Лабораторные маркеры			
	ГГТ	АЛТ	АСТ	СКОЭ
Аномальные уровни	>35 ед/л	Женщины > 35 ед/л, мужчины — более 50 ед/л	Женщины > 35 ед/л, мужчины — 50 ед/л	>95 фл
Время до подъема	24 ч – 2 нед	3–7 сут	3–7 сут	6 нед
Время до нормализации	2–6 нед при воздержании	Время «полунормализации» 12–24 ч	Время «полунормализации» 37–57 ч	3 мес
Дозы алкоголя, к которым маркер чувствителен	80–200 г/сут	>40 г/сут	>40 г/сут	>40 г/сут
Чувствительность	30–50%	Менее 50%, АСТ/АЛТ > 2 : 1 имеет чувствительность 70%	Менее 50%, АСТ/АЛТ > 2 : 1 имеет чувствительность 70%	
Специфичность	40–90%	АСТ/АЛТ > 2 : 1 имеет специфичность 92–100%	АСТ/АЛТ > 2 : 1 имеет специфичность 92–100%	

Примечание. Границы нормы для печеночных ферментов у разных авторов различаются, границы для ГГТ взяты из рекомендаций Schuckit [8], АЛТ и АСТ — из работы Nietala и соавт. [9].

Несмотря на достаточно длительную историю изучения роли рутинных лабораторных маркеров в выявлении ОВПА, остаются сомнения относительно их диагностической значимости [3, 5]. По этой причине целью исследования явилось изучение связи между рядом этих маркеров и резуль-

татами опроса на выявление ОВПА среди пациентов общей врачебной практики, а также учет дополнительной информации для решения вопроса о значимости незначительного повышения ферментов в отсутствие признаков ОВПА по результатам опроса.

Материал и методы. Анализ выполнен на основе данных проекта, направленного на снижение распространенности опасного и вредного потребления алкоголя среди пациентов врачей первичного контакта [10, 11]. В данный анализ включены результаты обследования 139 пациентов, обратившихся в офис семейной медицины. Процедура обследования включала опрос на предмет опасного и вредного потребления алкоголя [12] и взятие крови для анализа. Выполняли клинический анализ крови и измеряли уровни ГГТ, АЛТ и АСТ.

Пациенты были разделены на две возрастные группы — моложе и старше 60 лет, и был проведен анализ распространенности опасного и вредного потребления алкоголя в этих группах с учетом оценок опросников AUDIT, количества дней за последнюю неделю, в которые потреблялся алкоголь, выраженности депрессии по шкале опросника Бека, уровня потребления алкоголя, результатов оценки используемых стратегий совладания со стрессом, а также уровней ферментов и величины СКОЭ. Результаты потребления были переведены из указанных пациентом объемных показателей количества выпитого спиртного в чистый алкоголь и просуммированы за неделю, а затем усреднены за две недели. Количество дней потребления алкоголя в неделю было усреднено за две недели.

Для облегчения анализа лабораторные маркеры злоупотребления алкоголем и результаты опроса

по шкале AUDIT были дихотомизированы. Для определения «повышенного» уровня ферментов и СКОЭ использовались границы, указанные в табл. 1, для повышения чувствительности AUDIT использовали не обычную границу ОВПА в 8 баллов, а границу в 6 баллов¹, поскольку предварительные результаты указывали на большее совпадение повышения лабораторных маркеров и данных опроса при использовании такой границы. Границы выявления ОВПА варьируют у разных авторов от 5 [13] до 10 [14], при этом некоторые [15] рекомендуют использование более низких границ (6 баллов для мужчин и 4 для женщин), а крупное исследование в Германии [16] показало, что граница в 6 баллов наиболее адекватна для выявления возможной зависимости.

Поскольку распределение многих параметров отличалось от нормального и имелись вылетающие наблюдения, для сравнения показателей друг с другом использовались медианы. Сравнение медиан проводилось с помощью теста Дана (Dunn), использующего информацию, полученную при сравнении групп пациентов с помощью теста Вилкоксона с поправкой на множественность сравнений [17]. Все расчеты выполнялись в системе SAS, версия 9.3 (SAS Institute Inc., Cary, NC, США).

Результаты

Результаты определения уровней ферментов и СКОЭ в зависимости от оценок по шкале AUDIT приведены в табл. 2.

Таблица 2

Средние уровни лабораторных маркеров ОВПА в зависимости от оценок AUDIT

Маркер	Среднее	Стандартная ошибка	Медиана	75%	95%
AUDIT менее 6 баллов (n = 107)					
ГГТ, ед/л	30,73	5,07	18,00	31,2	78,3
АСТ, ед/л	21,87	1,29	20,90	26,3	34,9
АЛТ, ед/л	21,76	1,18	19,80	24,5	39,0
СКОЭ, фл	89,53	0,72	87,68	93,1	105,3
AUDIT 6 баллов и более (n = 32)					
ГГТ, ед/л	34,27	5,25	21,65	37,7	105,5
АСТ, ед/л	26,15	1,63	25,60	30,4	47,7
АЛТ, ед/л	35,39	5,65	27,70	41,7	60,5
СКОЭ, фл	88,98	1,48	88,58	93,9	103,2

Как видно из таблицы, в группе с более высокими оценками AUDIT наблюдалась тенденция к повышенному уровню всех ферментов, причем различия были и в медианных значениях, и в значениях 75-го и 95-го перцентилей распределения.

Наиболее яркими различия были для АЛТ и ГГТ — верхние 5% значений ГГТ у лиц с низкими значениями AUDIT начинались от уровня в 78 ед/л, а у лиц с повышенными значениями AUDIT эта граница находилась на уровне почти 106 ед/л. Только 5% лиц с AUDIT менее 6 баллов имели

уровни АЛТ, превышавшие 40 ед/л, в то время как среди лиц, имевших более высокие оценки AUDIT, их число превышало 25% обследованных.

Неожиданным оказалось отсутствие значимости повышения СКОЭ, что может быть связано с небольшим числом лиц с повышенным СКОЭ (27 человек) в сочетании с относительно низкой чувствительностью данного показателя.

Корреляционный анализ с использованием коэффициента корреляции Спирмена показал, что сильнее всего с уровнями ферментов коррелирует

¹Иными словами, на отсутствие ОВПА указывают суммарные оценки AUDIT в 0–5 баллов.

количество дней в неделю, когда человек потреблял алкоголь (регулярность потребления). Так, коэффициент корреляции с уровнем АСТ составил 0,241 ($p = 0,004$), с уровнем АЛТ — 0,359 ($p < 0,001$), а с уровнем ГГТ — 0,245 ($p = 0,004$). Для сравнения — коэффициенты корреляции с оценками по шкале AUDIT составили 0,148 ($p = 0,081$) для АСТ, 0,225 ($p = 0,008$) для АЛТ и 0,090 ($p = 0,290$) для ГГТ. Очевидно, что уровня статистической достоверности корреляции достигали только в случае АЛТ. Корреляции со средней недельной дозой потребленного спиртного за последние две недели была аналогична таковой для AUDIT, составив 0,166 ($p = 0,051$) для АСТ, 0,170 ($p = 0,045$) для АЛТ и 0,049 ($p = 0,568$) для ГГТ. Корреляция между данными о потреблении и СКОЭ отсутствовала. При сравнении результатов, полученных у более молодых и пожилых пациентов, выяснилось, что корреляция между уровнями АЛТ и показателями опроса была более выражена в старшей возрастной группе (лица старше 60 лет). Корреляция для дней потребления у пожилых составила 0,431 ($p = 0,001$), а в более молодой группе — 0,317 ($p = 0,004$). Корреляция для оценок AUDIT составила 0,353 ($p = 0,006$) у пожилых и 0,122 ($p = 0,282$) у молодых. Интересно, что корреляция с ГГТ была более выражена у молодых лиц — для количества

дней потребления она составила 0,273 ($p = 0,014$), тогда как у пожилых — 0,192 ($p = 0,146$). Эти данные показывали, что уровни печеночных ферментов отражают не столько ОВПА, сколько регулярность потребления, которая больше характеризует хроническую алкогольную интоксикацию.

Для более детального анализа проблемы, дали ли ферменты дополнительную информацию по сравнению с опросником, пациенты были разделены на 4 группы по конкордантности повышения «печеночных» ферментов (повышен хотя бы один) и оценкам AUDIT (6 баллов и более). Полученные группы в дальнейшем анализе обозначаются как Ф+А+ — если повышены как ферменты, так и оценки AUDIT, Ф+А-, когда повышены ферменты, но не оценки по шкале AUDIT, Ф-А+, если есть повышение AUDIT, но нет повышения ферментов, и, наконец, Ф-А-, если нет повышения ни AUDIT, ни ферментов. Были изучены различия между этими группами по уровню депрессии (шкала Бека суммарно и субшкалы когнитивно-аффективной и соматической депрессии), копинг-стратегиям, а также показателям потребления, включая предпочитаемые напитки (табл. 3 и 4).

Как видно из табл. 3, по средненедельному потреблению группа Ф+А+ выражено отличалась от всех остальных групп ($p < 0,0001$). Количество

Таблица 3

Сравнение уровня ферментов и потребления алкоголя в группах лиц с разным повышением «печеночных» ферментов и оценками по шкале AUDIT

Показатель	Сравнение групп					
	Ф+А+ и Ф+А-	Ф+А+ и Ф-А+	Ф+А+ и Ф-А-	Ф+А- и Ф-А+	Ф+А- и Ф-А-	Ф-А+ и Ф-А-
AUDIT, баллов	5,5*	0,0	6,0*	-5,5*	0,5	6,0*
Результаты анализа крови						
АЛТ, ед/л	14,0*	21,7*	23,4*	7,8*	9,4*	1,6
АСТ, ед/л	6,8*	9,4*	8,5*	2,6	1,8	-0,8
ГГТ, ед/л	-14,0	15,1*	13,1*	29,1*	27,1*	-2,0
СКОЭ, фл	0,0	-4,2	-1,2	-4,3	-1,3	3,0
Оценка потребления алкоголя						
Количество дней потребления	2,0	2,5*	2,0*	0,5*	0,0	-0,5
Средненедельное потребление, дозы	8,0*	5,9*	8,3*	-2,1	0,4	2,4
Алкоголь, суммарно (первая неделя, доз)	8,8*	2,8	9,0*	-6,0	0,2	6,2
Алкоголь, суммарно (вторая неделя, доз)	4,4*	1,4	4,4*	-3,0*	0,0	3,0
Алкоголь пива, доз	2,8*	2,8	2,8*	0,0	0,0	0,0
Алкоголь крепких спиртных напитков, доз	3,2	3,2	3,2	0,0	0,0	0,0
Алкоголь вина, доз	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Алкоголь других видов, доз	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

Примечания: цифры в ячейках таблицы — разность медиан соответствующих групп, звездочка (*) означает достоверные различия между группами ($p < 0,05$, откорректированное на множественные сравнения по методу Дана). Ф+ — хотя бы один из анализируемых ферментов повышен, Ф- — все ферменты в норме. А+ — оценки AUDIT выше 6 баллов, А- — оценки AUDIT менее 6 баллов.

Сравнение уровня депрессии и оценок копинг-стратегий в группах лиц с разным повышением «печеночных» ферментов и оценками по шкале AUDIT

Показатель	Сравнение групп					
	Ф+А+ и Ф+А-	Ф+А+ и Ф-А+	Ф+А+ и Ф-А-	Ф+А- и Ф-А+	Ф+А- и Ф-А-	Ф-А+ и Ф-А-
Опрос на признаки депрессии						
Субшкала когнитивно-аффективной депрессии	2,0	0,0	3,0*	-2,0*	1,0	3,0*
Субшкала соматизированной депрессии	3,0*	0,5	3,0*	-2,5	0,0	2,5
Копинг-стратегии						
Избегание	0,0	0,0	0,0	-0,0	0,0	0,0
Конфронтация	0,1	-0,1	0,0	-0,1*	-0,1	0,1*
Дистанцирование	0,1	0,1	0,1	0,0	0,1	0,1
Планирование изменений	0,2*	0,1	0,1	-0,1*	-0,1	0,1
Позитивная переоценка	-0,1	-0,0	-0,1	0,0	0,0	-0,0
Принятие ответственности	0,3*	0,0	0,3*	-0,3*	-0,1	0,2*
Самоконтроль	0,3*	-0,0	0,2*	-0,3*	-0,1	0,2*
Социализация	0,1	-0,1	0,1	-0,1*	0,0	0,1

Примечания: цифры в ячейках таблицы — разность медиан соответствующих групп, звездочка (*) означает достоверные различия между группами ($p < 0,05$, откорректированное на множественные сравнения по методу Дана). Ф+ — хотя бы один из анализировавшихся ферментов повышен, Ф- — все ферменты в норме. А+ — оценки AUDIT выше 6 баллов, А- — оценки AUDIT менее 6 баллов.

дней потребления было повышено в группах Ф+А+ и Ф+А- ($p < 0,0001$), хотя различия для второй группы были и не столь значительны.

Сравнение четырех групп друг с другом по остальным параметрам не показало достоверных различий между группами по среднему потреблению практически всех спиртных напитков, кроме пива. Для крепких спиртных напитков наметилась тенденция к отличию группы Ф+А+ от всех остальных ($p = 0,080$ для гипотезы о том, что все группы имеют одинаковое потребление, $p = 0,09$ для сравнения группы Ф+А+ с группой Ф-А- после коррекции на множественные сравнения).

По потреблению пива различия между группами существовали ($p = 0,0003$) и были представлены различиями групп Ф+А+ и Ф+А-, Ф+А+ и Ф-А+, а также различиями Ф+А+ и Ф-А-. Иными словами, группа с повышением ферментов и положительным результатом скрининга AUDIT характеризовалась значительно большим (по самоотчетам) потреблением пива как источника алкоголя. У женщин группы Ф+А+ пиво было источником 43,5% недельной дозы алкоголя, а среди мужчин оно было источником 29,2% суммарной дозы алкоголя.

Кроме того, были найдены выраженные различия между группами по такому параметру, как количество дней в неделю, которое человек потреблял спиртные напитки: группа Ф+А+ достоверно отличалась от группы Ф-А+ ($p < 0,01$), группа Ф+А+ также отличалась от группы Ф-А-

($p < 0,01$), а группа Ф+А- отличалась от группы Ф-А+ ($p = 0,02$). Для групп с повышенным уровнем ферментов было характерно большее число дней потребления в неделю вне зависимости от результатов опроса AUDIT (точнее, лица, у которых в дополнение к повышенным ферментам имелись повышения по шкале AUDIT, потребляли алкоголь на один день чаще, чем те, кто в результате опроса не набрал достаточно высокий балл по шкале AUDIT).

Интересно, что если сравнить самооценку потребления и количество дней потребления, то можно обнаружить, что лица группы Ф+А+ потребляли в день 32 г алкоголя, лица группы Ф-А+ — 35 г, тогда как в группе Ф+А- — только 16 г (при трех днях потребления в неделю). Поскольку повышение ферментов характеризует именно выраженное потребление, возникало сомнение, что в группе Ф+А- находятся лица, которые скрывают имеющееся проблемное потребление.

Как видно из табл. 4, между группами Ф+А+ и Ф+А- имелись выраженные различия по ряду психологических характеристик. По суммарной оценке по шкале депрессии Бека группа Ф+А- находилась ближе к группе Ф-А-, нежели к тем, кто имел повышение оценок AUDIT ($p < 0,01$ для различий с группой Ф+А+ и $p = 0,01$ для различий с группой Ф-А+). Группа Ф+А- достоверно отличалась от группы Ф+А+ по субшкале соматических проявлений депрессии ($p < 0,01$), а также от группы Ф-А+ по когнитивно-аффективной

субшкале ($p < 0,01$). Наличие положительных результатов опроса по шкале AUDIT означало наличие достоверно более высоких оценок по полной шкале депрессии Бека и двум субшкалам вне зависимости от повышения уровня ферментов (различий между группами $\Phi+A+$ и $\Phi-A+$ не было, $p = 1,0$ для суммарной шкалы и когнитивно-аффективной субшкалы и $p = 0,58$ для субшкалы соматических проявлений).

При сравнении групп $\Phi+A+$ и $\Phi+A-$ определены достоверные различия по использованию копинг-стратегий: первая группа имела значительно более высокие оценки по шкалам планирования решения ($p = 0,02$), самоконтролю ($p < 0,01$) и принятию ответственности ($p < 0,01$).

По профилю используемых копинг-стратегий группа $\Phi+A+$ была больше похожа на группу $\Phi-A+$, а группа $\Phi+A-$ — на группу $\Phi-A-$. При этом группа $\Phi-A+$ достоверно отличалась от групп $\Phi+A-$ ($p < 0,01$) и $\Phi-A-$ ($p = 0,05$) по уровню конфронтационного копинга. Соответственно группа, которая имела положительные оценки по шкале AUDIT, имела более напряженную ситуацию со стрессорами, и ее члены чаще пытались контролировать себя и ситуацию, не пытаясь переоценить саму ситуацию, а также шли на конфликт. Все это показывает, что психологически группа с повышенным уровнем ферментов, но без повышения оценок по шкале AUDIT больше похожа на тех, кто не имел повышения ферментов и сам не сообщал об опасном и вредном потреблении алкоголя. Строго говоря, группа $\Phi+A-$ ни по одному из исследованных параметров выражено не отличалась от группы $\Phi-A-$, а группа $\Phi+A+$ отличалась от группы $\Phi-A+$ только по количеству дней потребления и средненедельной дозе алкоголя. Иными словами, в группе, в которой в дополнение к положительной оценке по шкале AUDIT было повышено содержание ферментов, потребление алкоголя уже нанесло вред здоровью.

Среди пожилых пациентов в группе $\Phi+A+$ оказались 9,5% обследованных мужчин и еще 38,1% были в группе $\Phi-A+$ (соответственно опасное и вредное потребление алкоголя определялось у 47,6% пациентов). Среди пожилых женщин соответствующие значения составили 13,2 и 18,4%. Стоит обратить внимание на то, что у пожилых женщин опасное и вредное потребление алкоголя было распространено не столь часто, как у муж-

чин, но зато при его наличии доказательства вреда были более очевидны.

Среди молодых мужчин к группе $\Phi+A+$ относились 21,7% опрошенных, а к группе $\Phi-A+$ — только 13,0%. Среди женщин соответствующие значения составили 10,5% для обеих групп.

Необходимо иметь в виду, что среди пожилых лиц информативность повышения печеночных ферментов возрастает — чувствительность по предсказанию проблемного потребления по шкале AUDIT составила 70%, а специфичность — 87,1%. У молодых лиц чувствительность была равна только 50% при специфичности 84,5%. Другие авторы [18] отметили большую значимость повышения ГГТ у пожилых лиц, а в данном исследовании информативность маркеров повышалась за счет АЛТ. Интересно, что в данном исследовании повышение активности ГГТ было связано в основном с количеством дней потребления, но не с количественными оценками потребления алкоголя или оценками AUDIT. Изменение границ определения повышенного уровня ГГТ (женщины 45 ед/л, мужчины 53 ед/л) ситуацию не меняло. В то же время повышение АЛТ очерчивало группу с увеличенным потреблением, оценками по шкале AUDIT и большим числом дней потребления. Складывается впечатление, что повышение ГГТ более характерно для хронической алкогольной интоксикации, тогда как повышение АЛТ коррелирует с ОВПА.

Заключение. Проведенное исследование показывает, что потребление алкоголя с вредными последствиями достаточно широко распространено среди пациентов, обращающихся к врачам общей практики, в особенности среди мужчин. При выявлении повышения уровня печеночных ферментов до нормально высоких значений рекомендуется провести опрос по шкале AUDIT, однако в качестве положительного критерия, указывающего на употребление алкоголя с негативными последствиями, использовать границу в 6 баллов. Кроме того, простым и достаточно чувствительным является вопрос о количестве дней потребления за последнюю неделю — если оно превышает два дня, значительна вероятность проблемного потребления. Использование дневников потребления в таком случае вряд ли можно рекомендовать на этапе скрининга, поскольку указываемые в них значения представляются заниженными.

Литература

1. Евсегнеев Р. А. Психиатрия для врача общей практики. — Минск: Беларусь, 2001. — С. 426.
2. Агибалова Т. В., Москаленко В. Д. Диагностика употребления психоактивных веществ // Руководство по наркологии / Под ред. Н. Н. Иванца. — М.: Медицинское информационное агентство, 2008. — С. 850–857.
3. Hannuksela M. L., Liisanantti M. K., Nissinen A. E., Savolainen M. J. Biochemical markers of alcoholism // Clin. Chem. Lab. Med. — 2007. — Vol. 45. — № 8. — P. 953–961.

4. Тарасова О. И., Мазурчик Н. В., Огурцов П. П. Биологические маркеры злоупотребления психоактивными веществами. Тест на углеводдефицитный трансферрин // Руководство по наркологии / Под ред. Н. Н. Иванца. — М.: Медицинское информационное агентство, 2008. — С. 884–888.
5. Niemela O. Biomarkers in alcoholism // Clin. Chim. Acta. — 2007. — Vol. 377. — № 1–2. — P. 39–49.
6. Spiegel D. R., Dhadwal N., Gill F. I'm sober, doctor, really': best biomarkers for underreported alcohol use // Curr Psychiatry. — 2008. — Vol. 7. — № 9. — P. 15–27.
7. Conigrave K. M., Davies P., Haber P., Whitfield J. B. Traditional markers of excessive alcohol use // Addiction. — 2003. — Dec. — Vol. 98. — Suppl 2. — P. 31–43.
8. Schuckit M. A. Alcohol-use disorders // Lancet. — 2009. — Vol. 373. — № 9662. — P. 492–501.
9. Hietala J., Koivisto H., Anttila P., Niemela O. Comparison of the combined marker GGT-CDT and the conventional laboratory markers of alcohol abuse in heavy drinkers, moderate drinkers and abstainers // Alcohol Alcohol. — 2006. — Vol. 41. — № 5. — P. 528–533.
10. Плавинский С. Л., Кузнецова О. Ю., Баринова А. Н. и др. Скрининг и краткосрочное вмешательство, направленные на снижение опасного и вредного потребления алкоголя. — СПб.: СПб ИОЗ, 2011. — С. 154.
11. Плавинский С. Л., Баринова А. Н., Кузнецова О. Ю., Дегтярева Л. Н. Распространенность опасного и вредного потребления алкоголя среди пациентов врачей первичного контакта. Значение для организации профилактических вмешательств. // Российский семейный врач. — 2011. — Т. 15. — № 4. — С. 12–16.
12. Дегтярева Л. Н., Кузнецова О. Ю., Плавинский С. Л., Баринова А. Н. Использование методики модификации поведения пациента при опасном и вредном употреблении алкоголя // Российский семейный врач. — 2012. — Т. 16. — № 1. — С. 55–64.
13. Schmidt A., Barry K. L., Fleming M. F. Detection of problem drinkers: the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) // South. Med. J. — 1995. — Vol. 88. — № 1. — P. 52–59.
14. Bohn M. J., Babor T. F., Kranzler H. R. The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): validation of a screening instrument for use in medical settings // J. Stud. Alcohol. — 1995. — Jul. — Vol. 56. — № 4. — P. 423–432.
15. Johnson J. A., Lee A., Vinson D., Seale J. P. Use of AUDIT-based measures to identify unhealthy alcohol use and alcohol dependence in primary care: a validation study // Alcohol. Clin. Exp. Res. — 2013. — Vol. 37. — Suppl. 1. — P. E253–259.
16. Rumpf H. J., Napke U., Meyer C., John U. Screening for alcohol use disorders and at-risk drinking in the general population: psychometric performance of three questionnaires // Alcohol Alcohol. — 2002. — Vol. 37. — № 3. — P. 261–268.
17. Juneau P. Nonparametric Methods in Pharmaceutical Statistics: A Practical Guide // Pharmaceutical Statistics Using SAS / Ed. by A. Dmitrienko, C. Chuang-Stein, R. D'Agostino. — Cary: SAS Institute Inc., 2007. — P. 117–150.
18. Danielsson J., Kangastupa P., Laatikainen T. et al. Individual and Joint Impacts of Ethanol Use, BMI, Age and Gender on Serum Gamma-Glutamyltransferase Levels in Healthy Volunteers // Int. J. Mol. Sci. — 2013. — Vol. 14. — № 6. — P. 11929–11941.

Авторы:

Плавинский Святослав Леонидович — д. м. н., зав. кафедрой педагогики, философии и права ГБОУ ВПО «СЗГМУ им. И. И. Мечникова» Минздрава России

Кузнецова Ольга Юрьевна — д. м. н., профессор, зав. кафедрой семейной медицины ГБОУ ВПО «СЗГМУ им. И. И. Мечникова» Минздрава России

Дегтярева Людмила Николаевна — к. м. н., доцент кафедры семейной медицины ГБОУ ВПО «СЗГМУ им. И. И. Мечникова» Минздрава России

Баринова Анна Николаевна — к. м. н., доцент кафедры семейной медицины ГБОУ ВПО «СЗГМУ им. И. И. Мечникова» Минздрава России

Боярский Сергей Георгиевич — к. м. н., доцент кафедры общественного здравоохранения и профилактической медицины ГБОУ ВПО «Первый МГМУ им. И. М. Сеченова» Минздрава России

УДК 616.36-002-036.17-07

ТРАНСФОРМАЦИЯ ДИАГНОЗА ПРИ АУТОИММУННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПЕЧЕНИ

К. Л. Райхельсон, А. Ю. Барановский

ГБОУ ВПО «Северо-Западный государственный медицинский университет имени И. И. Мечникова»
Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия**TRANSFORMATION OF DIAGNOSIS IN AUTOIMMUNE LIVER DISEASES**

K. L. Raikhelson, A. Yu. Baranovsky

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

© К. Л. Райхельсон, А. Ю. Барановский, 2013 г.

Цель исследования: определить частоту изменения диагноза при аутоиммунных заболеваниях печени и выявить предикторы развития перекрестных синдромов.

Материалы и методы. Проведено обследование, ретроспективный анализ течения и последующее трехлетнее наблюдение за 210 больными: с аутоиммунным гепатитом 84 (40,1%), с первичным билиарным циррозом 67 (31,9%), с аутоиммунным холангитом 6 (2,9%), с первичным склерозирующим холангитом 20 (9,5%), с холестатическими заболеваниями и признаками аутоиммунного гепатита (перекрестные синдромы) 33 (15,7%).

Результаты. В ходе наблюдения диагноз был изменен у 28 (13,3%) больных, наиболее часто — при аутоиммунном гепатите I типа за счет формирования перекрестных синдромов с холестатическими заболеваниями: с первичным билиарным циррозом — 10, с первичным склерозирующим холангитом — 2 больных. Выявлены независимые предикторы трансформации аутоиммунного гепатита в перекрестный синдром с первичным билиарным циррозом: латентный дебют (ОШ 5,25, 95% ДИ 1,32–20,77), содержание гемоглобина (ОШ 0,94, ДИ 0,88–0,99), наличие антигладкомышечных антител (ОШ 0,94, ДИ 1,05–83,52), титр антиядерных антител (ОШ 3,26, ДИ 1,23–8,59), ответ на базисную терапию (ОШ 0,26, ДИ 0,07–0,98).

Выводы. Изменение диагноза характерно для течения аутоиммунных заболеваний печени. Предикторами развития перекрестного синдрома аутоиммунный гепатит/первичный билиарный цирроз являются латентный дебют, содержание гемоглобина, профиль аутоантител и отсутствие ремиссии.

Ключевые слова: аутоиммунный гепатит, первичный билиарный цирроз, первичный склерозирующий холангит, перекрестный синдром, изменение диагноза, предикторы.

The aim of the study: to determine the frequency of changes the diagnosis of autoimmune liver diseases and identification of overlap syndromes predictors.

Materials and methods. The examination, retrospective analysis of the course and subsequent 3-year study of 210 patients were performed, including autoimmune hepatitis — 84 (40,0%), primary biliary cirrhosis — 67 (31,9%), autoimmune cholangitis 6 (2,9%), primary sclerosing cholangitis — 20 (9,5%) and cholestatic disease with features of autoimmune hepatitis (overlap syndromes) — 33 (15,7%) patients.

Results. During the observation period change of diagnosis observed in 28 (13,3%) patients, most often in patients with AIH type 1 by forming overlap syndromes with cholestatic diseases: with primary biliary cirrhosis — 10, with primary sclerosing cholangitis — 2 patients. Independent predictors of transformation autoimmune hepatitis in overlap syndromes with primary biliary cirrhosis were indentified: latent debut (odds ratio — OR 5,25, 95% confidence interval — CI 1,32–20,77), hemoglobin concentration (OR 0,94, CI 0,88–0,99), the presence of anti-smooth muscle antibodies (OR 0,94 CI 1,05– 83,52), the titer of antinuclear antibodies (OR 3,26, CI 1,23–8,59), the response to basic treatment (OR = 0,26, CI 0,07–0,98).

Conclusions. Changing of diagnosis is typical to course of autoimmune liver diseases. Predictors of the development of overlap syndrome autoimmune hepatitis / primary biliary cirrhosis are latent debut, hemoglobin concentration, autoantibody profile and lack of remission.

Keywords: autoimmune hepatitis, primary biliary cirrhosis, primary sclerosing cholangitis, overlap syndrome, change of diagnosis, predictor.

Введение. Заболевания печени являются важнейшей медицинской проблемой в связи с их высокой распространенностью, при этом наибольшее

значение придается вирусным гепатитам [1]. Гораздо меньше внимания уделяется аутоиммунным заболеваниям печени, которые также в основном

поражают больных трудоспособного возраста и при отсутствии своевременного лечения приводят к инвалидизации и смерти больных.

Аутоиммунные заболевания печени — гетерогенная группа, в которой различают три основные нозологические формы — аутоиммунный гепатит (АИГ), первичный билиарный цирроз (ПБЦ) и первичный склерозирующий холангит (ПСХ) [2–4].

Однако у многих больных отмечаются признаки сразу двух аутоиммунных болезней [3, 5]. В 1996 г. А. Ж. Сзажа [5] на основании анализа 548 статей, в которых обсуждались атипичные случаи аутоиммунных заболеваний печени, выделил «перекрестные» (overlap-syndrome) и «посторонние» синдромы (outlier-syndrome). К первым отнесены комбинации АИГ с ПБЦ, ПСХ и хроническим вирусным гепатитом, ко вторым — аутоиммунный холангит и хронический криптогенный гепатит. Международная рабочая группа по аутоиммунному гепатиту (IAIHG), чтобы упростить практическим врачам процесс формулировки диагноза, недавно рекомендовала классифицировать заболевания по основным диагнозам (АИГ, ПБЦ, ПСХ/ПСХ мелких протоков), а в сложных случаях — говорить об их течении с признаками АИГ [4]. Однако понятие «перекрестный синдром» используется в рекомендациях ведущих гепатологических ассоциаций [4, 6, 7], поэтому дальше в тексте позволим себе применять этот термин, ставший уже традиционным.

По данным клиники Мейо, перекрестные синдромы выявляют у 18% больных с аутоиммунными заболеваниями печени, наиболее часто встречается сочетание АИГ/ПБЦ [4]. Проспективные исследования показали, что при перекрестных синдромах заболевания могут развиваться последовательно и дебютировать в разном порядке [8, 9].

Цель исследования: определение частоты изменения диагноза при аутоиммунных заболеваниях печени и выявление предикторов развития наиболее распространенных вариантов перекрестных синдромов.

Материалы и методы. Нами были выявлены 210 больных с аутоиммунными заболеваниями печени в возрасте от 18 до 75 лет (средний возраст $41,7 \pm 17,2$ года), в том числе 21 (10%) мужчина. Проведены комплексное клиническое, лабораторное, иммунологическое обследование для постановки диагноза, ретроспективный анализ дебюта и течения заболевания и проспективное наблюдение в течение 3 лет. Исходно диагноз АИГ I типа был установлен у 80 (38,1%), АИГ II типа — 4 (1,9%), ПБЦ — 67 (31,9%), АИГ/ПБЦ — 20 (9,5%), аутоиммунный холангит — 6 (2,9%), АИГ/аутоиммунный холангит — 7 (3,3%), ПСХ — 20 (9,5%), АИГ/ПСХ — 6 (2,9%) больных.

Обследование включало сбор жалоб и анамнеза, осмотр, оценку гемограммы и основных сыво-

роточных биохимических показателей состояния печени, содержания иммуноглобулинов М и G. Аутоантитела — антинуклеарные (ANA), антигладкомышечные (ASMA), антимитохондриальные, к почечно-печеночным микросомам — определялись методом непрямой иммунофлюоресценции (Euroimmun AG, Германия). При необходимости определяли наличие антител против PDC/AMA-M2 и к растворимому антигену печени методом иммуноблота (Euroimmun AG, Германия). Пункционная биопсия печени с гистологической оценкой биоптатов была проведена у 115 (54,8%) больных. Определение HLA-антигенов I класса (A, B) выполняли в стандартном микролимфоцитотоксическом тесте, а II класса (DRB1*03, DRB1*04) — методом обратной дот-блот гибридизации продукта полимеразной цепной реакции (выполнено у 50 больных).

Диагноз АИГ устанавливали на основании клинических, лабораторных и гистологических данных с помощью упрощенной диагностической системы, рекомендованной IAIHG [10]. ПБЦ и ПСХ диагностировали на основании рекомендаций Американской ассоциации по изучению болезней печени (AASLD) и Европейской ассоциации по изучению печени (EASL) [4, 11, 12]. Наличие перекрестного синдрома АИГ/ПБЦ определяли по критериям O. Chazouilleres и соавт. [13], а АИГ/ПСХ — согласно рекомендациям EASL [4]. При типичных клинических и гистологических признаках ПБЦ и отсутствии антител против PDC/AMA-M2 ставили диагноз аутоиммунный холангит.

При статистическом анализе использовали лицензионный пакет программ «Statsoft Statistica 10». Критический уровень значимости принимали за $p < 0,05$. Для выявления прогностических факторов использован метод логистической регрессии. База данных для прогноза включала 84 номинальных, ранговых и количественных признака. Относительный вклад отдельных предикторов выражался величиной статистики Вальда χ^2 и стандартизованного коэффициента регрессии β . Для выявленных предикторов рассчитывали отношение шансов (ОШ) и его 95% доверительный интервал (ДИ).

Результаты. В ходе ретроспективной оценки течения заболевания и проспективного наблюдения диагноз изменен у 28 (13,3%) больных. Наиболее часто изменялся диагноз у больных с АИГ I типа [у 17 (21,3%) больных] за счет перехода в моновариант ПБЦ (наблюдался в 5 случаях — 6,3%) и формирования перекрестных синдромов с холестатическими заболеваниями: с ПБЦ — у 10 (12,5%) больных, с ПСХ — у 2 (2,5%) больных. Формирование АИГ/ПБЦ из ПБЦ отмечено у 8 (10,9%) больных с ПБЦ. У двух больных с аутоиммунным холангитом наблюдалось формирование перекрестного синдрома с АИГ, у одного — заболева-

ние в дальнейшем классифицировалось как ПБЦ. У 18 (47,3%) больных с АИГ/ПБЦ, 2 (25%) — с АИГ/ПСХ и 2 (22,2%) — с АИГ/аутоиммунным холангитом заболевание дебютировало как моновариант.

В целом период от дебюта заболевания до установления диагноза составил $4,3 \pm 6,2$ года. Отмечены достоверные различия в длительности течения заболевания от первых клинических или лабораторных проявлений до формулировки первичного диагноза: $2,4 \pm 0,5$ года у больных со стабильным диагнозом против $4,3 \pm 1,3$ года у больных с последующей трансформацией диагноза.

Для выявления факторов риска развития из моноварианта АИГ перекрестного синдрома АИГ/ПБЦ при построении регрессионных уравнений были использованы следующие предикторы: пол; возраст больного в дебюте заболевания и при включении в исследование; длительность течения заболевания; балльная оценка диагноза АИГ по системам, рекомендуемым IAHG [10, 13]; анамнестические данные (наличие перенесенных или сопутствующих гепатотропных инфекций, наследственность); наличие и вид ассоциированных системных заболеваний; клинические симптомы и синдромы в дебюте заболевания (болевого синдрома, диспепсический синдром, лихорадка, утом-

ляемость, желтуха, зуд, снижение массы тела, артралгии/оссалгии, гепатомегалия, спленомегалия), характер дебюта заболевания (латентный, малосимптомный, манифестный); лабораторные показатели в дебюте заболевания и при включении в исследование (данные гемограммы, активность аминотрансфераз, щелочной фосфатазы, γ -глутамилтранспептидазы, содержание альбумина, γ -глобулинов, уровень иммуноглобулинов М и G, наличие и титр аутоантител и их комбинации, HLA I (A1, B8) и II класса (DRB1*03, DRB1*04); морфологическая активность гепатита и стадия фиброза по системе METAVIR; наличие, сроки назначения и ответ на базисную терапию.

В результате анализа выявлены предикторы изменения диагноза (табл.). После проверки переменных на коллинеарность (зависимость) и взаимодействие выявлены следующие независимые предикторы: латентный дебют, абсолютное содержание гемоглобина (г/л), наличие ASMA, титр ANA, ответ на базисную терапию. Построение прогностической модели не проводилось в связи с низкими показателями коэффициентов детерминации, поскольку она не позволила бы идентифицировать высокий процент случаев возможного изменения диагноза. Предикторы развития других изменений диагноза выявить не удалось.

Таблица

Предикторы трансформации диагноза аутоиммунный гепатит в аутоиммунный гепатит/первичный билиарный цирроз

Предиктор	Коэффициент детерминации (β) \pm SD	Критерий Вальда χ^2	Отношение шансов (95% ДИ)
Сумма баллов (диагностическая система, F. Alvarez и соавт., 1999)	$-0,19 \pm 0,10$	3,82	0,82 (0,67–1,00)
Наличие желтухи в дебюте заболевания	$1,39 \pm 0,68$	4,23	4,03 (1,04–15,57)
Латентный дебют*	$1,66 \pm 0,69$	5,77	5,25 (1,32–20,77)
Наличие синдрома Шегрена	$2,98 \pm 0,95$	9,80	19,71 (2,96–131,24)
Титр ANA*	$1,18 \pm 0,49$	5,92	3,26 (1,23–8,59)
Наличие ASMA*	$2,24 \pm 1,09$	4,20	9,38 (1,05–83,52)
Содержание гемоглобина, абс., г/л*	$-0,07 \pm 0,03$	5,15	0,94 (0,88–0,99)
Ответ на базисную терапию (ремиссия)*	$-1,35 \pm 0,67$	4,11	0,26 (0,07–0,98)

Примечание. Во всех случаях $p < 0,05$. * — независимые предикторы. ANA — антиядерные антитела, ASMA — антигладкомышечные антитела, SD — стандартное отклонение.

Обсуждение. Частота выявления различных видов аутоиммунных заболеваний печени в нашем исследовании совпадает с данными других, в том числе отечественных, работ [5, 15], что свидетельствует о репрезентативности нашей выборки.

Основываясь на выявленных различиях в длительности периода от дебюта заболевания до первичной диагностики у больных со стабильным диагнозом и его трансформацией, мы полагаем, что развитие перекрестного синдрома при АИГ явля-

ется следствием длительного течения «нелеченной» болезни, когда отсутствие базисной терапии приводит к расширению спектра аутоиммунной агрессии с формированием новых мишеней иммунного поражения. В связи с этим необходимо акцентировать внимание врачей первичного звена на необходимость скрининга аутоиммунных заболеваний у диагностически неясных больных с признаками поражения печени. Согласно полученным данным, изменение диагноза характерно

для течения этих заболеваний, в особенности для АИГ I типа. Своевременное выявление трансформации болезни необходимо в связи с тем, что развитие перекрестных синдромов принципиально меняет тактику лечения. Наше наблюдение важно для практических врачей, поскольку диктует необходимость тщательного наблюдения за больными в процессе их ведения и потребность в периодическом пересмотре однажды поставленного диагноза.

В настоящее время существуют несколько взглядов на понятие «перекрестный синдром»: наличие других, отличных от ранее известных нозологических форм; одновременное сочетание двух заболеваний; наличие основного заболевания с диагностическими признаками другого (т. е. отсутствие истинного перекреста), причем большинство исследователей придерживаются последней точки зрения [4, 16]. Наиболее частый из перекрестных синдромов АИГ/ПБЦ рассматривается как вариантная форма и АИГ [17], и ПБЦ [7]. При этом важно отметить, что подобная форма может развиться из моновариантов заболеваний.

По данным R. Poupon и соавт. [9], развитие АИГ при ПБЦ не может быть предсказано начальными характеристиками заболевания и исходным ответом на терапию. При развитии перекрестных син-

дромов из АИГ L. Gheorghe и соавт. [18] выявляли независимые предикторы: молодой возраст, ANA-негативный профиль и вероятный диагноз в соответствии с балльной системой диагностики АИГ. Однако в данной работе анализировались вместе принципиально различные варианты перекрестных синдромов — АИГ/ПБЦ и АИГ/ПСХ.

Нам удалось выявить предикторы развития наиболее частого изменения диагноза: присоединения ПБЦ к АИГ. Отметим, что почти все выявленные параметры имели достаточно низкие коэффициенты детерминации. Тем не менее полученные результаты определяют необходимость повышенного внимания с точки зрения возможности развития АИГ/ПБЦ к больным с АИГ I типа, протекающим в дебюте асимптомно, с казалось бы, типичным профилем аутоантител (высоким титром ANA и наличием ASMA) и неэффективным лечением или неполным ответом при проведении базисной терапии.

Выводы

1. Изменение диагноза характерно для течения аутоиммунных заболеваний печени.

2. Предикторами трансформации АИГ в АИГ/ПБЦ являются латентный дебют, низкое содержание гемоглобина, профиль аутоантител и отсутствие ремиссии при проведении базисной терапии.

Литература

1. Кузнецов Н. И. Вирусный гепатит В // Российский семейный врач. — 2012. — Т. 16. — № 4. — С. 13–18.
2. Strassburg C. P. Autoimmune liver diseases and their overlap syndromes // Praxis. — 2006. — Vol. 95. — № 36. — С. 1363–1381.
3. Boberg K. M., Chapman R. W., Hirschfield G. M. et al. on behalf of the International Autoimmune Hepatitis Group. Overlap syndromes: The International Autoimmune Hepatitis Group (IAIHG) position statement on a controversial issue // J. Hepatol. — 2011. — Vol. 54. — № 2. — С. 374–385.
4. European Association for the Study of the Liver. Clinical Practice Guidelines: Management of cholestatic liver diseases // J. Hepatol. — 2009. — Vol. 51. — № 2. — С. 237–267.
5. Czaja A. J. Frequency and nature of the variant syndromes of autoimmune liver disease // Hepatology. — 1998. — Vol. 28. — № 2. — С. 360–365.
6. Manns M. P., Czaja A. J., Gorham J. D. et al. American Association for the Study of Liver Diseases. Diagnosis and Management of Autoimmune Hepatitis // Hepatol. — 2010. — Vol. 51. — № 6. — С. 2193–2213.
7. Czaja A. J. The variant forms of autoimmune hepatitis // Ann. Intern. Med. — 1996. — Vol. 125. — № 7. — С. 588–598.
8. Gregorio G. V., Portmann B., Reid F. et al. Autoimmune hepatitis in childhood: a 20-year experience // Hepatology. — 1997. — Vol. 25. — № 3. — С. 541–547.
9. Poupon R. E., Chazouilleres O., Corpechot C., Chretien Y. Development of autoimmune hepatitis in patients with typical primary biliary cirrhosis // Hepatology. — 2006. — Vol. 44. — № 1. — С. 85–90.
10. Hennes E. M., Zeniya M., Czaja A. J. et al. Simplified criteria for the diagnosis of autoimmune hepatitis // Hepatology. — 2008. — Vol. 48. — № 1. — С. 169–176.
11. Lindor K. D., Gershwin M. E., Poupon R. et al. Primary biliary cirrhosis // Hepatology. — 2009. — Vol. 50. — № 1. — С. 291–308.
12. Chapman R., Fevery J., Kalloo A. et al. Diagnosis and management of primary sclerosing cholangitis // Hepatology. — 2010. — Vol. 51. — № 2. — С. 660–678.
13. Chazouilleres O., Wendum D., Serfaty L. et al. Primary biliary cirrhosis — autoimmune hepatitis overlap syndrome: clinical features and response to therapy // J. Hepatol. — 1998. — Vol. 28. — № 2. — С. 296–301.

14. *Alvarez F., Berg P. A., Bianchi F. B.* et al. International Autoimmune Hepatitis Group Report: Review of criteria for diagnosis of autoimmune hepatitis. // *J. Hepatology.* — 1999. — Vol. 31. — № 5. — P. 929–938
15. *Арион Е. А.* Клиническая характеристика особенностей течения аутоиммунного гепатита, сочетанного с первичным билиарным циррозом или первичным склерозирующим холангитом: Автореф. дис. ... к. м. н.: 14.01.04. — М., 2012. — 25 с.
16. *Woodward J., Neuberger J.* Autoimmune overlap syndromes // *Hepatology.* — 2001. — Vol. 33. — № 4. — P. 994–1002.
17. *Lohse A. W., zum Buschenfelde K. H., Franz B.* et al. Characterization of the overlap syndrome of primary biliary cirrhosis (PBC) and autoimmune hepatitis: evidence for it being a hepatic form of PBC in genetically susceptible individuals // *Hepatology.* — 1999. — Vol. 29. — № 4. — P. 1078–1084.
18. *Gheorghe L., Iacob S., Gheorghe C.* et al. Frequency and predictive factors for overlap syndrome between autoimmune hepatitis and primary cholestatic liver disease // *Eur. J. Gastroenterol. Hepatol.* — 2004. — Vol. 16. — № 6. — P. 585–592.

Авторы:

Райхельсон Карина Леонидовна — к. м. н., доцент кафедры гастроэнтерологии и диетологии ГБОУ ВПО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова» Минздрава России

Барановский Андрей Юрьевич — д. м. н., профессор, заведующий кафедрой гастроэнтерологии и диетологии ГБОУ ВПО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова» Минздрава России

Адрес для контактов: kraikhelson@mail.ru

УДК 616.12-005.4-089:615.272.4

ВЛИЯНИЕ СТАТИНОВ НА КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ МИОКАРДА

К. В. Туркина, В. И. Мазуров, О. А. Жаркова

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

THE IMPACT OF STATIN THERAPY ON MANIFESTATIONS OF CORONARY HEART DISEASE AFTER SURGICAL MYOCARDIAL REVASCULARIZATION

C. V. Turkina, V. I. Mazurov, O. A. Zharkova

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

© К. В. Туркина, В. И. Мазуров, О. А. Жаркова, 2013 г.

В статье анализируется влияние терапии статинами на клинические проявления ишемической болезни сердца у 220 больных до и через 12 мес после операции хирургической реваскуляризации миокарда. Значимый липидоснижающий эффект, противовоспалительный эффект и как следствие уменьшение клинических проявлений ИБС отмечено в группе больных, получавших статины до и после операции.

Ключевые слова: ишемическая болезнь сердца (ИБС), статины, липидоснижающий эффект, противовоспалительный эффект, хирургическая реваскуляризация миокарда.

The article highlights the impact of statin therapy on coronary heart disease (CHD) in 220 patients before and 12 months after surgical myocardial revascularization. A significant lipid-lowering and anti-inflammatory effect with the resulting reduction of the clinical manifestations of CHD were noted in the group of patients taking statins both before and after the surgery.

Key words: coronary heart disease (CHD), statins, lipid-lowering effect, anti-inflammatory effect, surgical myocardial revascularization.

Введение. Ведущая роль в структуре заболеваемости и смертности от сердечно-сосудистых заболеваний принадлежит ишемической болезни сердца (ИБС). В лечении ИБС важное место занимают операции хирургической реваскуляризации миокарда. Коронарное шунтирование (КШ) и чрескожные коронарные вмешательства (ЧКВ) позволяют достичь регресса стенокардического болевого синдрома, составляющего основу клиники ИБС, повышают уровень физической работоспособности, увеличивают адаптационные возможности кислородтранспортной системы организма к физическим нагрузкам [1]. Однако по мере увеличения продолжительности послеоперационного периода ухудшение функционирования шунтов является одной из главных причин возрастающей со временем частоты рецидивов ИБС [2]. Так, по данным литературы, через 5 лет у 15% пациентов наблюдается рецидив стенокардии, у 10% — коронарные эпизоды, проявляющиеся инфарктом миокарда или острым коронарным синдромом [3]. В связи с этим в последние годы внимание ряда авторов привлечено именно к проблеме прогнозирования рецидива стенокардии у пациентов после реваскуляризации миокарда. По современным представлениям, повышение уровня холестерина

крови в послеоперационном периоде увеличивает риск окклюзий аутовенозных шунтов [4, 5], а в развитии рестеноза особое место занимают процессы тромбообразования на фоне локального иммунного воспаления. Приведенное положение обосновывает необходимость назначения консервативной терапии, направленной на основные патогенетические механизмы ИБС как до, так и после операции реваскуляризации миокарда.

Обладая способностью снижать уровень общего холестерина (ОХС), холестерина липопротеидов низкой плотности (ХС ЛПНП) и наряду с этим оказывать плейотропный эффект, направленный на повышение продукции тканевого активатора плазминогена и уменьшение экспрессии ингибитора активатора плазминогена-1, улучшение фибринолитической активности крови, перспективными являются препараты группы статинов. Подтверждением этому служит тот факт, что на фоне лечения статинами у пациентов с ИБС отмечается снижение частоты развития инфаркта миокарда, острого коронарного синдрома на 25–37%, а у больных с хронической цереброваскулярной болезнью — риска инсульта на 28–31% [6–9].

Вместе с тем остаются малоизученными вопросы, связанные с влиянием статинов на течение ИБС

в различные сроки после операции реваскуляризации миокарда.

Цель исследования — изучить влияние терапии статинами на клинические проявления ИБС до и через 12 мес после хирургической реваскуляризации миокарда.

Материалы и методы. В исследование включены 220 больных ИБС, из них 58 до госпитализации в стационар не получали статины (1-я группа), а 162 получали различные препараты из группы статинов (2-я группа). Пациенты этой группы принимали статины в течение 3–12 мес в предоперационном периоде в средней суточной дозе 10–20 мг. Аторвастатин получали 87 (53,7%) пациентов, розувастатин — 34 (21,0%), другой статин — 41 (25,3%). Возраст в группе больных, не получавших статины, составил $60,7 \pm 1,0$ года, получавших статины — $62,03 \pm 0,7$ года. В обеих группах число мужчин превышало число женщин в 3 раза: мужчин 170, женщин — 50.

После выполнения реваскуляризации миокарда (коронарное шунтирование или чрескожные коронарные вмешательства) больным были назначены аторвастатин или розувастатин. Группу контроля составили пациенты, которые не принимали статины ввиду индивидуальной непереносимости препарата, побочных эффектов, сопровождавшихся более чем двукратным повышением уровня печеночных ферментов, и отказавшиеся от приема статинов по социальным проблемам.

Из 58 больных, которые входили в группу не получавших статины на догоспитальном этапе (1-я группа), 15 (25,9%) в течение последующих месяцев также не принимали статины, 43 принимали статины: 21 (36,2%) — розувастатин, 22 (37,9%) — аторвастатин. Из 2-й группы больных, получавших статины, 90 (55,6%) продолжили терапию аторвастатином, 55 (34,0%) — розувастатином, а 17 (10,5%) не принимали статины в течение периода наблюдения.

В качестве основного критерия эффективности лечения ИБС рассматривали функциональный класс стенокардии, дополнительно оценивали класс сердечной недостаточности (СН), степень артериальной гипертензии (АГ).

Функциональный класс стенокардии определяли по переносимости физической нагрузки, степень выраженности СН — по критериям Нью-Йоркской ассоциации сердца (НУНА, 1994). Распределение пациентов по степени артериальной гипертензии проводили на основании классификации ВНОК (2000). Диагноз сахарный диабет (СД) 2-го типа подтверждали с помощью глюкозотолерантного теста. Избыточную массу тела определяли в соответствии с рекомендациями ВОЗ.

Липидный спектр крови изучали на основании определения уровней ОХС, холестерина ЛПВП, ЛПНП, ЛПОНП, триглицеридов (ТГ) и расчета ко-

эффициента атерогенности (КА). Уровень С-реактивного белка (СРБ) определяли в сыворотке крови с помощью иммуноферментного метода. Безопасность терапии статинами контролировали по активности печеночных ферментов АЛТ, АСТ и КФК.

Селективную коронарографию проводили на ангиографической установке General Electric «Innova» с использованием преимущественно трансфemorального доступа.

Клинические и лабораторные показатели определяли до и через 12 мес после оперативного лечения.

Статистическая обработка данных проведена параметрическими и непараметрическими методами с помощью пакета программ Statistica 6.0 for Windows. Рассчитывали средние величины (M) и стандартную ошибку средних (m), для сравнения полученных данных использовали t -критерий Стьюдента. Оценку динамики показателей выполняли с применением парного t_a -критерия. Сравнительный анализ частоты признаков проводили с помощью χ^2 -критерия Пирсона. Различия считали достоверными при $p < 0,05$.

Результаты исследования. Группы больных, получавших и не получавших статины, достоверно не различались по возрасту и полу ($p > 0,05$).

Из обследованных больных у 121 (55,0%) заболевание развивалось постепенно и характеризовалось клинической картиной стенокардии, у 99 (45%) в дебюте заболевания развился инфаркт миокарда (ИМ) различной локализации. Частота приема статинов на догоспитальном этапе зависела от характера начала ИБС: достоверно чаще статины принимали больные, перенесшие ИМ ($\chi^2 = 4,77$; $p < 0,05$), по количеству перенесенных ИМ достоверных различий между группами не было ($p > 0,10$).

По длительности ИБС (во 2-й группе — $5,5 \pm 0,4$ года, в 1-й группе — $5,4 \pm 0,6$ года; $p > 0,10$), по длительности гипертонической болезни (во 2-й группе — $11,9 \pm 0,6$ года, в 1-й группе — $11,1 \pm 0,8$ года; $p > 0,10$) различий не выявлено.

Стенокардия напряжения была диагностирована у 206 (83,6%) из 220 пациентов. Стенокардия напряжения II функционального класса (ФК) — у 109 (49,5%) пациентов, III ФК — у 88 (40%) пациентов, I ФК — у 5 (2,3%) и IV ФК — у 4 (1,8%). У 167 (75,9%) пациентов наблюдалась сердечная недостаточность II ФК, у 26 (11,8%) — СН III ФК, у 25 (11,4%) — I ФК и у 2 (0,9%) — IV ФК. Группы не различались по функциональному классу стенокардии и классу сердечной недостаточности ($p > 0,10$).

У большинства обследованных, 94 (42,7%), диагностирована 2-я степень АГ. Из них получали статины 71 (43,8%), не получали 23 (39,7%); 3-я степень АГ — у 66 (30,0%) больных. Из них получали

статины 43 (26,5%) и не получали 23 (39,7%). Первая степень АГ выявлена у 57 (25,9%) больных, из которых получали статины 46 (28,4%), не получали — 11 (19%). Группы не различались по степени АГ ($p > 0,10$), но при этом достоверно более высокие показатели систолического артериального давления (САД) наблюдались в группе обследованных, не принимавших статины, — $158,02 \pm 2,46$ мм рт. ст., в группе принимавших статины — $152,56 \pm 1,38$ мм рт. ст. ($t = 1,96$; $p = 0,05$). Показатели диастолического артериального давления (ДАД) и частоты сердечных сокращений (ЧСС) не различались ($p > 0,10$). В 1-й группе ДАД составило $89,60 \pm 0,82$ мм рт. ст., ЧСС — $72,12 \pm 0,94$ уд/мин; во 2-й ДАД — $88,58 \pm 0,53$ мм рт. ст., ЧСС — $70,47 \pm 0,52$ уд/мин.

Представлялось важным выяснить вопрос о наличии основных факторов риска у больных ИБС. Большинство обследованных имели избыточную массу тела: в группе без статинов ИМТ составил $29,08 \pm 0,57$ кг/м²; в группе получавших статины — ИМТ $28,96 \pm 0,29$ кг/м². Сахарный диабет 2-го типа имели 47 (21,4%) больных, из них в 1-й группе 11 (19,0%) больных, во 2-й группе 36 (22,2%). Постоянно курили (10–20 сигарет в день) 14 (24,1%) боль-

ных в 1-й и 41 (25,3%) больной во 2-й группе обследованных. По факторам риска атеросклероза группы пациентов в зависимости от приема статинов достоверно не различались. Не отмечено связи между частотой приема статинов на догоспитальном этапе и наличием сахарного диабета, избыточной массы тела и фактора курения ($p > 0,10$).

В обеих группах несколько чаще встречалось поражение трех коронарных артерий — у 106 больных; поражение двух сосудов было выявлено у 67, четырех — у 12, пяти сосудов — у 2 больных. По распространенности поражения коронарных артерий группы были сопоставимы ($p > 0,10$).

Аортокоронарное шунтирование было выполнено у 34 (22,8%) больных ИБС из 1-й группы и у 115 (77,2%) из 2-й группы, стентирование — у 24 (33,8%) и 47 (66,2%) больных. Достоверно чаще аортокоронарное шунтирование выполняли у больных, которые принимали статины на догоспитальном этапе, а эндоваскулярную реваскуляризацию — стентирование — у больных с ИБС, не принимавших статины ($\chi^2 = 2,98$; $p < 0,05$; $rs = -0,12$; $p < 0,05$).

Показатели липидного спектра крови в группах больных ИБС в зависимости от приема статинов представлены в табл. 1.

Таблица 1

Показатели липидограммы в группах больных, получавших и не получавших статины на догоспитальном этапе

Показатели	1-я группа (n = 58)	2-я группа (n = 162)	t	p
Общий ХС, ммоль/л	$7,02 \pm 0,17$	$4,92 \pm 0,10$	11,65	<0,001
ХС ЛПВП, ммоль/л	$1,57 \pm 0,10$	$1,25 \pm 0,03$	5,51	<0,001
ХС ЛПНП, ммоль/л	$4,45 \pm 0,14$	$2,88 \pm 0,10$	4,45	<0,001
ХС ЛПОНП, ммоль/л	$1,00 \pm 0,10$	$0,80 \pm 0,03$	1,00	=0,001
ТГ, ммоль/л	$2,14 \pm 0,12$	$1,74 \pm 0,10$	2,14	<0,05
Коэффициент атерогенности	$3,63 \pm 0,12$	$3,02 \pm 0,10$	3,63	<0,001

При сравнении групп получены достоверные различия по всем показателям липидограммы ($p < 0,05$).

В качестве одного из критериев эффективности терапии статинами рекомендовано использовать уровень холестерина ЛПНП. Согласно рекомендациям Европейского общества кардиологов (пересмотр 2012 г.), целевой уровень ХС ЛПНП

у больных с очень высоким кардиоваскулярным риском не должен превышать 1,8 ммоль/л.

На догоспитальном этапе целевого уровня достигли 20 (9,1%) больных. Показатели липидного спектра крови больных ИБС, не достигших значения ЛПНП < 1,8 ммоль/л (1-я подгруппа) и достигших его (2-я подгруппа) до операции, представлены в табл. 2.

Таблица 2

Показатели липидограммы в подгруппах больных, достигших и не достигших целевого уровня ХС ЛПНП менее 1,8 ммоль/л

Показатели	1-я подгруппа (n = 200)	2-я подгруппа (n = 20)	t	p
Общий ХС, ммоль/л	$5,66 \pm 0,10$	$3,43 \pm 0,11$	7,18	<0,001
ХС ЛПВП, ммоль/л	$1,37 \pm 0,03$	$1,04 \pm 0,05$	3,66	<0,001
ХС ЛПНП, ммоль/л	$3,46 \pm 0,07$	$1,52 \pm 0,05$	8,19	<0,001
ХС ЛПОНП, ммоль/л	$0,85 \pm 0,03$	$0,86 \pm 0,10$	0,02	>0,10
ТГ, ммоль/л	$1,84 \pm 0,05$	$1,84 \pm 0,21$	0,02	>0,10
Коэффициент атерогенности	$3,26 \pm 0,06$	$2,36 \pm 0,16$	4,30	<0,001

Подгруппы различались по общему ХС, ХС ЛПВП, ХС ЛПНП, КА ($p < 0,001$) и не различались по уровню ТГ и ХС ЛПОНП ($p > 0,10$).

Из 162 больных, получавших статины на догоспитальном этапе, целевого значения ЛПНП достигли 20 (12,3%) больных, не достигли — 142

(87,7%). При сравнении подгрупп ($n = 20$, $n = 142$) мы наблюдали различия по ОХС, холестерину ЛПНП, КА ($p < 0,001$) и ХС ЛПВП ($p < 0,05$).

В группу не достигших целевого значения ЛПНП входили 58 больных, не получавших статины, и 142 — получавших. Рассматриваемые подгруппы ($n = 58$, $n = 142$) различались по всем липидам крови: общему ХС, ХС ЛПВП, ХС ЛПНП, КА ($p < 0,001$), по уровню ТГ и ХС ЛПОНП ($p = 0,001$) и уровню САД ($p < 0,05$).

В динамике через 12 мес в обеих группах достоверно снизились показатели ИМТ, САД и ЧСС. В группе больных, не получавших статины на догоспитальном этапе ($n = 58$), ИМТ снизился

с $29,08 \pm 0,57$ до $28,66 \pm 0,55$ кг/м² ($t_d = 2,29$; $p < 0,05$); САД — с $158,02 \pm 2,46$ до $139,76 \pm 2,10$ мм рт. ст. ($t_d = 7,60$; $p < 0,001$); ЧСС — с $72,12 \pm 0,94$ до $64,76 \pm 0,76$ уд/мин ($t_d = 6,14$; $p < 0,001$). В группе больных, получавших статины, ИМТ снизился с $28,96 \pm 0,29$ до $28,28 \pm 0,30$ кг/м² ($t_d = 2,89$; $p = 0,05$); САД — с $152,56 \pm 1,39$ до $136,62 \pm 1,04$ мм рт. ст. ($t_d = 8,57$; $p < 0,001$); ЧСС — с $70,47 \pm 0,52$ до $64,45 \pm 0,49$ уд/мин ($t_d = 6,97$; $p < 0,001$). Кроме САД во 2-й группе достоверно снизилось и ДАД: с $88,58 \pm 0,53$ до $80,96 \pm 0,49$ мм рт. ст. ($t_d = 8,97$; $p < 0,001$).

Динамика клинических показателей больных представлена в табл. 3 и 4.

Таблица 3

Динамика клинических показателей в группе больных, не получавших статины на догоспитальном этапе ($n = 58$)

Показатели	Время наблюдения		χ^2	p
	до операции	через 12 мес		
Функциональный класс стенокардии				
Отсутствие стенокардии	4 (6,9%)	19 (32,8%)	10,63	<0,001
I	2 (3,4%)	19 (32,8%)	14,88	<0,001
II	24 (41,4%)	17 (29,3%)	1,36	>0,10
III	26 (44,8%)	3 (5,2%)	22,25	<0,001
IV	2 (3,4%)	0 (0%)	0,51	>0,10
Функциональный класс СН по NYHA				
1	4 (6,9%)	17 (29,3%)	8,34	<0,004
2	45 (77,6%)	38 (65,5%)	1,53	>0,10
3	8 (13,8%)	3 (5,2%)	1,61	>0,10
4	1 (1,7%)	0 (0,0%)	0,00	>0,10
Степень артериальной гипертензии				
0	1 (1,7%)	0 (0%)	0,01	>0,10
1	11 (19,0%)	32 (55,2%)	14,78	<0,001
2	23 (39,7%)	22 (37,9%)	0,01	>0,10
3	23 (39,7%)	4 (6,9%)	15,64	<0,001

Таблица 4

Динамика клинических показателей в группе больных, получавших статины на догоспитальном этапе ($n = 162$)

Показатели	Время наблюдения		χ^2	p
	до операции	через 12 мес		
Функциональные классы стенокардии				
Отсутствие стенокардии	10 (6,2%)	86 (53,1%)	83,26	<0,001
I	3 (1,9%)	45 (27,8%)	41,11	<0,001
II	85 (52,5%)	28 (17,3%)	42,62	<0,001
III	62 (38,3%)	3 (1,8%)	64,74	<0,001
IV	2 (1,2%)	0 (0%)	0,50	>0,10
Функциональные классы СН по NYHA				
1	21 (13%)	40 (24,7%)	6,54	=0,011
2	122 (75,3%)	116 (71,6%)	0,40	>0,10
3	18 (11,1%)	6 (3,7%)	5,44	=0,020
4	1 (0,6%)	0 (0,0%)	0,01	>0,10
Артериальная гипертензия				
0	2 (1,2%)	3 (1,9%)	0,01	>0,10
1	46 (28,4%)	94 (58,0%)	27,78	<0,001
2	71 (43,8%)	61 (37,7%)	1,04	>0,10
3	43 (26,5%)	4 (2,4%)	35,94	<0,001

Оригинальные научные исследования

В итоге в группе больных, до операции не получавших статины, через 12 мес произошло достоверное снижение класса стенокардии ($\chi^2 = 44,16$; $p < 0,001$), степени артериальной гипертензии ($\chi^2 = 24,65$; $p < 0,001$) и класса сердечной недостаточности ($\chi^2 = 11,91$; $p < 0,010$).

Через 12 мес в группе больных, которые получили статины на догоспитальном этапе, произошло достоверное снижение класса стенокардии

($\chi^2 = 181,22$; $p < 0,001$), степени артериальной гипертензии ($\chi^2 = 49,78$; $p < 0,001$) и класса сердечной недостаточности ($\chi^2 = 13,07$; $p < 0,006$).

Динамика липидов крови до и через 12 мес после оперативного вмешательства в группах больных, не получавших (1-я группа; $n = 58$) и получавших статины (2-я группа; $n = 162$) на догоспитальном этапе, представлена в табл. 5 и 6.

Таблица 5

Динамика липидного спектра крови до и после оперативного вмешательства в 1-й группе обследованных больных ($n = 58$)

Показатель	Время наблюдения		t_d	p
	до операции	через 12 мес		
Общий ХС, ммоль/л	7,02 ± 0,17	5,01 ± 0,21	7,10	<0,001
ХСЛПВП, ммоль/л	1,57 ± 0,10	1,28 ± 0,04	3,86	<0,001
ХС ЛПНП, ммоль/л	4,45 ± 0,14	3,03 ± 0,18	6,10	<0,001
ХС ЛПОНП, ммоль/л	1,00 ± 0,10	0,71 ± 0,10	4,60	<0,001
ТГ, ммоль/л	2,14 ± 0,12	1,77 ± 0,11	2,11	<0,05
Коэффициент атерогенности	3,63 ± 0,12	3,0 ± 0,20	3,55	<0,001

Таблица 6

Динамика липидного спектра крови до и после оперативного вмешательства во 2-й группе обследованных больных ($n = 162$)

Показатель	Время наблюдения		t_d	p
	до операции	через 12 мес		
Общий ХС, ммоль/л	4,92 ± 0,10	4,44 ± 0,13	3,31	=0,001
ХСЛПВП, ммоль/л	1,25 ± 0,03	1,23 ± 0,02	0,13	>0,10
ХС ЛПНП, ммоль/л	2,88 ± 0,10	2,50 ± 0,10	3,41	=0,001
ХС ЛПОНП, ммоль/л	0,80 ± 0,03	0,70 ± 0,03	2,12	<0,05
ТГ, ммоль/л	1,74 ± 0,10	1,60 ± 0,10	2,20	<0,05
Коэффициент атерогенности	3,02 ± 0,10	2,65 ± 0,10	4,06	<0,001

В обеих группах через 12 мес после оперативного лечения статистически достоверно ниже, чем исходные показатели стали уровни ОХС, холестерина ЛПНП, ЛПОНП, ТГ и КА. Уровень холестерина ЛПВП достоверно снизился в группе больных, не получавших статины ($p < 0,001$), и достоверно не изменился в группе больных, получавших статины ($p > 0,10$).

Уровни ОХС и ХС ЛПНП через 12 мес стали достоверно ниже в группе получавших статины на догоспитальном этапе по сравнению с группой не получавших ($p < 0,05$).

Через 12 мес уровня ЛПНП < 1,8 ммоль/л достигли 62 (28,2%) из 220 больных. В группе больных, на догоспитальном этапе не получавших статины, через 12 мес ЛПНП < 1,8 ммоль/л выявлены у 10 (17,2%) из 58 больных; в группе получавших статины ЛПНП < 1,8 ммоль/л — у 52 (32,2%) из 162 больных ($\chi^2 = 3,95$; $p < 0,05$).

Больные, не получавшие статины до операции, имели более высокие значения ЛПНП как в до-

так и в послеоперационном периоде в сравнении с группой получавших.

В зависимости от достижения целевого уровня холестерина ЛПНП через 12 мес среди всех 220 больных наблюдали различия по общему ХС ($t = 2,10$; $p < 0,05$); по ХС ЛПВП, ХС ЛПНП, ХС ЛПОНП, ТГ и КА больные не различались ($p > 0,10$).

Уровень СРБ достоверно снизился в обеих группах: в группе не получавших статины — с 16,19 ± 1,28 до 11,34 ± 0,92 мг/мл ($t_d = 3,57$; $p < 0,001$), в группе получавших статины — с 17,24 ± 1,07 до 11,89 ± 1,11 мг/мл ($t_d = 3,06$; $p < 0,05$).

Повышения АЛТ, АСТ более чем в 2 раза или нарастания КФК более чем в 3 раза отмечено не было.

Обсуждение. Результаты многочисленных клинических исследований (REVERSAL, ASTEROID и др.) доказывают высокую эффективность статинов в предотвращении прогрессирования атеросклероза посредством снижения липопротеи-

дов в сыворотке крови [10, 11]. В нашем исследовании как в дооперационном периоде, так и через 12 мес после него прослеживается значимый гиполлипидемический эффект на фоне терапии статинами. Уровни ОХС, холестерина ЛПНП, ЛПОНП, ТГ и КА в послеоперационном периоде стали достоверно ниже, чем исходные показатели в обеих группах (получавших и не получавших статины), при этом достоверно более низкие значения ОХС и холестерина ЛПНП отмечены в группе больных, получавших статины еще в дооперационном периоде. Снижение уровней липидов в послеоперационном периоде у больных обеих групп объясняется не только основным эффектом статинов, но и повышением комплайенса больных, преимущественно из числа не получавших статины.

Доказанная зависимость между концентрацией липопротеидов низкой плотности и смертностью от ИБС, частотой острых коронарных событий диктует необходимость значительного снижения содержания в крови липопротеидов низкой плотности. В нашем исследовании отмечена отчетливая динамика снижения ЛПНП на фоне приема статинов.

Статины способны не только снижать синтез холестерина, но и оказывать ряд других эффектов, объединенных под названием «плейотропные эффекты», которые заключаются в улучшении функции эндотелия, подавлении воспаления в сосудистой стенке, снижении агрегации тромбоцитов и пролиферативной активности гладких мышечных клеток [12, 13]. Эти эффекты, в свою очередь, способны влиять на клинические проявления сосудистых заболеваний. Снижение систолического и диастолического АД, противоритмический эффект, положительное влияние на сердечную недостаточность неоднократно описывались в литературе. В исследовании на догоспитальном этапе более высокие показатели САД наблюдались в группе обследованных, не получавших статины, а через

12 мес на фоне терапии статинами снизились показатели САД, ДАД и ЧСС. Описанное в нашем сообщении [14] снижение класса стенокардии через 3 мес после операции прослеживается и через 12 мес, что обусловлено не только хирургическим вмешательством, но и антиишемическим действием статинов, на фоне приема которых наблюдается улучшение функции эндотелия артерий. Так, Н. Eichstandt и соавт. (1995) отметили (по данным компьютерной томографии) увеличение перфузии ишемизированных зон миокарда через 12 нед лечения флувастатином [15]. Предиктором неблагоприятного прогноза ИБС является высокий уровень СРБ [16]. Мы отметили его достоверное снижение на фоне регулярной терапии статинами.

Заключение. Операции реваскуляризации миокарда позволяют достичь значительных положительных результатов в лечении ИБС. Однако со временем этот эффект снижается, повышается риск возникновения инфаркта миокарда, острого коронарного синдрома, инсульта и смерти. Статины, будучи препаратами разнопланового действия, наряду с гиполлипидемическим эффектом обладают многими сосудистыми эффектами, которые сказываются на клинических проявлениях ИБС. Результаты нашего исследования демонстрируют способность статинов достоверно улучшать липидный профиль, снижать уровень маркера воспаления и прогрессирования атеросклеротического процесса — С-реактивного белка, позитивно влиять на основные клинические проявления ИБС: снижать степень артериальной гипертензии, ЧСС у больных до операции реваскуляризации миокарда и через 12 мес наблюдения, снижать класс стенокардии после операции. Это позволяет утверждать, что статины способствуют достижению лучших отдаленных результатов хирургического лечения ИБС и должны быть обязательной составляющей терапии больных ИБС до и после операции реваскуляризации миокарда.

Литература

1. Маликов В. Е., Rogov С. В., Виноградов С. В., Петрунина Л. В., Осанова М. В., Баукина И. А. Руководство по реабилитации больных ИБС после операции аортокоронарного шунтирования. — М.: Изд-во ИЦССХ им. А. Н. Бакулева РАМН, 1999. — 106 с.
2. Neitzel G. F. Atherosclerosis in aortocoronary bypass grafts: morphologic study and risk-factor analysis 6 to 12 years after surgery // *Atherosclerosis*. — 1986. — № 6. — P. 594–600.
3. Carlson M. E. Clinical practice. Care after coronary artery bypass surgery // *N. Engl. J. Med.* — 2003. — № 348. — P. 1456–1463.
4. Davies M. G., Klyachkin M. L., Kim J. H. Endothelin and vein bypass grafts in experimental atherosclerosis // *J. Cardiovasc. Pharmacol.* — 1993. — Vol. 22. — Suppl. 8. — P. 348–351.
5. Акчурун Р. С., Аганов А. А., Власова Э. Е. Аутовенозное коронарное шунтирование: риск ранних и годичных окклюзий шунтов при дислипидемии // *Грудная и сердечно-сосудистая хирургия*. — 1996. — № 1. — С. 31–34.
6. MacMahon S., Sharpe N., Gamble G. Effect of lowering average or below-average cholesterol levels on the progression of coronary atherosclerosis: results of the LIPID Trial Research Group // *J. Circulation*. — 1998. — Vol. 97(18). — P. 1784–1790.

7. *Sacks F. M., Pfeffer M. A., Moye L. A.* The effect of pravastatin on coronary events after myocardial infarction in patients with average cholesterol levels. Cholesterol and Recurrent Events Trial investigators. // *N. Engl. J. Med.* — 1996. — № 335. — P. 1001–1009.
8. *Serruys P. W., Foley D. P., Jackson G. A.* Randomized placebo-controlled trial of fluvastatin for prevention of restenosis after successful coronary balloon angioplasty; final results of the fluvastatin angiographic restenosis (FLARE) trial. // *Eur. Heart J.* — 1999. — № 20. — P. 58–69.
9. *Pedersen T. R., Wilhelmsen L., Faergeman O., Strandberg T. E., Thorgeirsson G., Troedsson L.* Scandinavian Simvastatin Survival Study Group: Randomized trial of cholesterol lowering in 4444 patients with coronary heart disease: The Scandinavian Simvastatin Survival Study (4S) // *Lancet.* — 1994. — № 344. — P. 1383–1389.
10. *Nicholls S. J., Tuzcu E. M., Sipahi I.* Effects of obesity on lipid-lowering, anti-inflammatory, and antiatherosclerotic benefits of atorvastatin or pravastatin in patients with coronary artery disease (from the REVERSAL Study) // *Am. J. Cardiol.* — 2006. — № 97(11). — P. 1553–1557.
11. *Scheen A. J.* Clinical study of the month: ASTEROID: regression of coronary atherosclerosis with rosuvastatin at a maximal daily dose of 40 mg // *Rev. Med. Liege.* — 2006. — 61(4). — P. 267–272.
12. *Аронов Д. М.* Каскад терапевтических эффектов статинов // *Кардиология.* — 2004. — № 10. — С. 85–94.
13. *Амрощенко Е. С.* Статины и коронарная болезнь сердца. — Минск: Белпринт, 2007. — 245 с.
14. *Туркина К. В., Мазуров В. И., Жаркова О. А., Крихели И. О.* Динамика течения ИБС до и после хирургической реваскуляризации миокарда в зависимости от терапии статинами // *Вестник СЗГМУ им. И. И. Мечникова.* — 2013. — Т. 5. — № 2. — С. 60–67.
15. *Eichstaedt H., Eskoetter H., Hoffmann I., Amthauer H., Weidinger G.* Improvement of Myocardial Perfusion by Short-Term Fluvastatin Therapy in Coronary Artery Disease // *Am. J. Cardiol.* — 1995. — № 76 (2). — P. 122–125.
16. *Liuzzo G., Biasucci L. M., Gallimore J. R.* The prognostic value of C-reactive protein and serum amyloid A protein in severe unstable angina. // *N. Engl. J. Med.* — 1994. — Vol. 331. — P. 417–424.

Авторы:

- Туркина Кристина Викторовна** — аспирант кафедры терапии и ревматологии им. Э. Э. Эйхвальда СЗГМУ им. И. И. Мечникова
- Мазуров Вадим Иванович** — д. м. н., профессор, заведующий кафедрой терапии и ревматологии им. Э. Э. Эйхвальда СЗГМУ им. И. И. Мечникова
- Жаркова Ольга Александровна** — аспирант кафедры терапии и ревматологии им. Э. Э. Эйхвальда СЗГМУ им. И. И. Мечникова

Адрес для контактов: Туркина К. В.; т.: +7 904 6169072
e-mail: Kristina26_2010@mail.ru

УДК 616.63-008.222-055.1-08

ТЕХНИЧЕСКИЕ СРЕДСТВА РЕАБИЛИТАЦИИ ПРИ НЕДЕРЖАНИИ МОЧИ У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ

И. А. Божков¹, М. А. Севастьянов²¹ГБОУ ВПО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. академика И. П. Павлова» Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия²АНО «Центр программ и проектов в сфере развития здравоохранения “Кристина”», Санкт-Петербург, Россия

ASSISTIVE REHABILITATION DEVICES FOR ELDERLY PEOPLE WITH URINE INCONTINENCE

I. A. Bozhkov¹, M. A. Sevastianov²¹ St. Petersburg State Medical University named after I. P. Pavlov, St. Petersburg, Russia² Non-commercial organization «Program and project center for developing of the medicine “KRISTINA”», St. Petersburg, Russia

© И. А. Божков, М. А. Севастьянов, 2013 г.

В статье рассмотрены медико-социальные проблемы пожилых пациентов, связанные с недержанием, место и роль ассистивных технологий в их устранении. Представлены основные виды технических средств реабилитации, используемых при недержании, показания и противопоказания для их применения у пожилых пациентов.

Ключевые слова: недержание у пожилых, социальное обеспечение инвалидов, технические средства реабилитации, медико-социальная экспертиза, первичная медико-санитарная помощь.

In the article the authors examine the medical and social problems of elderly people with incontinence, place and role of assistive technologies in those problems reducing for persons with incontinence. The authors showed various types of assistive rehabilitation devices for patients with incontinence, indications and contraindications for their using by elderly people.

Keywords: incontinence in elderly people with urine incontinence, social security of disabled, assistive rehabilitation devices, medico social expertise, primary care.

По данным доклада Королевского научного общества, посвященного анализу мировых тенденций в демографии и экономике, доля пожилых людей старше 65 лет составит к 2050 г. около 30%, средняя продолжительность жизни населения достигнет 79 лет для мужчин и 83 лет для женщин, что приведет к увеличению объема средств, расходуемых на пенсионное и социальное обеспечение, особенно в развитых странах [1]. По данным отечественных исследователей, жители России старше 60 лет составят до 20% от общего числа россиян уже к 2016 [2]. Одновременно будет увеличиваться число лиц, имеющих инвалидность и нуждающихся в самом широком спектре услуг и помощи, оказываемой им посторонними людьми, будь то члены семьи, соседи, медико-социальные работники или благотворительные организации.

Недержание мочи (N 39.3, N 39.4, по МКБ X) — это непроизвольная потеря мочи через наружное отверстие мочеиспускательного канала. Международное общество по диагностике и лечению недержания мочи (International Continence Society, ICS) рассматривает проблему недержания мочи

не только как медицинскую, но и как социальную (при наличии объективных проявлений неконтролируемого мочеиспускания) [3].

Распространенность симптомов недержания мочи у российских женщин после 55 лет достигает 36% [4]. По данным европейской и американской статистики, около 45% женского населения в возрасте 40–60 лет отмечают симптомы непроизвольного выделения мочи [5]. В связи со старением населения патологическая пораженность недержанием мочи может достигнуть 80% [6]. Недержание мочи у мужчин в молодом возрасте встречается значительно реже, однако затем показатели распространенности выравниваются. По данным европейских и американских исследований, среди мужчин в возрасте старше 65 лет, проживающих в семьях, распространенность недержания достигает 15%, а у их сверстников, проживающих в домах престарелых, 50% и более [7].

В зависимости от причины выделяют нейрорецепторное недержание мочи, проводниковое недержание мочи и недержание мочи вследствие нарушения целостности нервно-мышечных структур

тур опорного аппарата мочевого пузыря, уретры и тазового дна. Основной причиной недержания мочи у мужчин является доброкачественная гиперплазия предстательной железы, при которой развивается длительная хроническая задержка мочи. В результате переполнения мочевого пузыря больные отмечают непроизвольное выделение мочи по каплям. Парадокс сочетания задержки мочи и ее недержания носит название «парадоксальной ишурии» [5]. С функциональной точки зрения в клинической практике принято выделять следующие основные типы недержания мочи: стрессовое (50%), ургентное (14%) и смешанное (32%) [8].

Стрессовое недержание мочи характеризуется непроизвольными потерями мочи, связанными с превышением внутрипузырным давлением максимального уретрального в отсутствие сокращений детрузора, возникающими при кашле, смехе, чихании, подъеме тяжестей и т. д. Данный вид часто именуется недержанием мочи при напряжении.

Ургентное, или императивное недержание мочи проявляется как непроизвольное подтекание мочи при императивном позыве на мочеиспускание, обусловленном непроизвольными сокращениями детрузора, чаще протекает на фоне поллакиурии.

Смешанное недержание мочи представляет собой сочетание симптомов стрессового и императивного недержания различной степени выраженности.

Разработанная в 1997 г. коллективом авторов классификация недержания мочи [9] в настоящее время рекомендована Международным обществом по диагностике и лечению недержания мочи для оценки тяжести недержания. Различают 3 степени тяжести недержания мочи вне зависимости от вызвавших его причин:

— легкая степень сопровождается потерей мочи до 100 мл в течение 4 часов, возникает при стрессовом недержании мочи, нередко появляется после эмоционального переживания, при смехе, кашле, беге или других физических нагрузках;

— средняя степень сопровождается потерей мочи от 200 до 300 мл в течение 4 ч, при этом отсутствует позыв к опорожнению, что может привести к выделению полного объема мочи из мочевого пузыря;

— тяжелая степень — полная невозможность контролировать постоянное подтекание мочи различной степени интенсивности.

Существует большое количество консервативных и оперативных методов лечения недержания мочи, направленных на устранение этиологических факторов недержания, но далеко не всегда они позволяют достичь полного устранения симптомов. Сохраняющееся недержание мочи той или иной степени не только вызывает снижение качества жизни, но и приводит к ограничению различ-

ных видов жизнедеятельности у пациентов. Под ограничением жизнедеятельности в российской практике понимают полную или частичную утрату лицом способности или возможности осуществлять самообслуживание, самостоятельно передвигаться, ориентироваться, общаться, контролировать свое поведение, обучаться и заниматься трудовой деятельностью (ст. 1 Федерального закона «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» от 24.11.1995 № 181-ФЗ). Ограничения способностей к трудовой деятельности, обучению и общению могут приводить к социальной изоляции пациентов. Сочетание недержания мочи с нарушениями способности к самообслуживанию может приводить к развитию целого ряда осложнений (инфекции мочевыводящих путей, пролежни и т. д.). Устранение или уменьшение ограничений жизнедеятельности осуществляется с помощью технических средств реабилитации, содержащих технические решения, в том числе специальные, предназначенные для компенсации или устранения вышеуказанных ограничений.

Основными техническими средствами реабилитации, используемыми при нарушении функции выделения в виде недержания мочи, являются урологические прокладки и вкладыши, подгузники для детей и взрослых, впитывающие простыни (пеленки), уропрезервативы (у мужчин) и мешки для сбора мочи, уретральные катетеры для постоянной и интермиттирующей катетеризации.

Подгузники представляют собой многослойные санитарно-гигиенические изделия разового использования с абсорбирующим слоем из волокнистых полуфабрикатов древесного происхождения, содержащим гелеобразные влагопоглощающие материалы для впитывания и удержания мочи и/или кала. Подгузники изготавливаются в виде раскроя трусов с застежками или липучками как закрытого, так и поясного типа или в виде готовых трусов [10].

Основными ориентирами при подборе изделия являются объем (окружность талии) и влагопоглощение (впитываемость). Окружность талии измеряется на уровне пупка сантиметровой лентой. Размер подгузника обозначается буквами: XS, S, M, L и XL, соответствующими обозначениям, принятым в международной практике для размеров одежды взрослого человека. Соотношение размера подгузника и окружности талии в соответствии с «Классификацией технических средств реабилитации (изделий)...», утвержденной Приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации № 214н от 24.05.2013 [11], представлено в табл. 1.

При определении необходимого объема влагопоглощения подгузника следует ориентироваться на объем суточного диуреза, выраженность недержания мочи, а также возможность замены под-

Соотношение размера подгузника и окружности талии пациента

Размер подгузника	Окружность талии, см
XS	40–60
S	60–80
M	70–110
L	100–150
XL	120–160

гузников. Вид изделия (закрытые подгузники, поясные подгузники, трусы) также имеет значение при подборе изделия (мобильность больного, функции верхних конечностей, возможность получения посторонней помощи при смене подгузника).

В соответствии с Приказом Министерства труда и социальной защиты населения Российской Федерации № 215н от 26.08.2013 «Об утверждении сроков пользования техническими средствами реабилитации, протезами и протезно-ортопедическими изделиями до их замены» срок пользования подгузниками, урологическими прокладками (вкладышами) и абсорбирующими пеленками составляет не более 8 ч, при синдроме полиурии — не более 5 ч [12].

Выбор модели подгузника в большей степени зависит от способностей к самостоятельному передвижению и самообслуживанию. Традиционные закрытые подгузники назначаются наименее мобильным инвалидам, нуждающимся в посторонней помощи для замены изделий. Поясные подгузники, как правило, применяются у более активных инвалидов. Замена поясного подгузника доступна пациенту в положении стоя и сидя, что открывает возможность для самостоятельной замены подгузника у людей с ограниченными физическими возможностями, в том числе у инвалидов-колясочников. Впитывающие трусы используют для подвижных пациентов. Это изделие особенно удобно для больных с неврологическими и психоневрологическими заболеваниями, лиц с чувствительной кожей, склонной к опрелостям. Впитывающие трусы используют в тех случаях, когда необходимо поощрять или поддерживать независимость пожилого человека. Не рекомендуется назначать впитывающие трусы лежачим больным, так как в этом положении их замену осуществлять затруднительно.

Впитывающие простыни (пеленки) используются для защиты постели и/или кресел от протекания жидкости во время мероприятий по уходу за пациентом. Для взрослых инвалидов целесообразно пользоваться пеленками большого размера (60 × 60, 90 × 60 см), при этом для эпизодического использования служат пеленки с различным влагопоглощением. Наиболее часто пеленки используются при постоянной форме недержания в момент смены подгузника и позволяют предотвратить

подтекание мочи в период нахождения инвалида без подгузника [13].

Урологические прокладки и вкладыши рекомендуется использовать в качестве дополнительного гигиенического средства для поддержания качества жизни пациентов в случаях, когда планируется длительная терапия и не ожидается быстрого клинического эффекта. Используются мужчинами и женщинами с легкой и средней степенью недержания мочи. Мужские и женские прокладки имеют некоторые конструктивные различия, обусловленные анатомическими особенностями. Основными факторами выбора являются размер и впитывающая способность изделия.

Противопоказания к использованию подгузников, прокладок, вкладышей и абсорбирующих простыней могут быть связаны с аллергическими реакциями на компоненты изделий, большинство из которых — целлюлоза, полипропилен, полиэтилен, полиуретан, сшитый полиакрилат инертны и гипоаллергенны. При разложении полимеров в незначительных количествах могут выделяться вещества, обладающие сенсibiliзирующей активностью:

- изоцианаты при разложении полиуретанов [14];
- акрилонитрил, этилбутилакрилаты при разложении полиакрилатов [15].

В связи с этим требуется с осторожностью назначать подгузники лицам, имевшим аллергические реакции на вышеперечисленные химические соединения в анамнезе.

Уропрезервативы используются в комплекте с ночными и ножными мочеприемниками при недержании мочи у мужчин и являются хорошей альтернативой абсорбирующим изделиям, поскольку позволяют полностью исключить контакт мочи с кожными покровами инвалида. Все виды уропрезервативов предназначены для разового использования (один уропрезерватив в сутки). Совместно с уропрезервативами используются мешки для сбора мочи. Лубрицированные катетеры для интермиттирующей катетеризации могут использоваться в случае недержания мочи при переполненном мочевом пузыре. Используются они однократно для опорожнения мочевого пузыря. В случае затруднений, возникающих при катетеризации, или постоянного недержания без позывов может быть рекомендована установка постоп-

В помощь практикующему врачу

янного катетера. Сроки пользования данными изделиями в соответствии с Приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации № 215н от 24.05.2013 «Об утверждении

сроков пользования техническими средствами реабилитации, протезами и протезно-ортопедическими изделиями до их замены» [12] представлены в табл. 2.

Таблица 2

Сроки использования технических средств реабилитации, применяемых при нарушении функции выделения

Наименование технического средства реабилитации	Срок пользования, не менее
Уропрезерватив	24 ч
Мешок для сбора мочи (дневной), ремешок для крепления к ноге мешков для сбора мочи, мешок для сбора мочи (ночной)	3 сут 15 сут 3 сут
Катетер лубрицированный для интермиттирующей катетеризации	6 ч
Катетер уретральный постоянный	1 нед

Противопоказанием к назначению уропрезервативов и катетеров является индивидуальная непереносимость материалов, из которых изготовлены технические средства (поливинилхлорид, полиуретан, латекс). Особую осторожность следует соблюдать при назначении латексных уропрезервативов и катетеров, поскольку распространенность латексной аллергии в популяции достигает 6% [14].

Решение проблемы недержания у пожилых маломобильных/лежащих пациентов позволяет снизить риск развития таких грозных осложнений, как пролежни. Пролежни — патологические изменения тканей дистрофического или язвенно-некротического характера, возникающие на участках тела, которые подвергаются систематическому давлению, или образующиеся вследствие нейротрофических нарушений у длительно лежащих (сидящих) больных [16]. В связи с тем что кожа лежащего пациента испытывает воздействие множества факторов, выделить степень повреждающего воздействия мочи и кала ни на патоморфологическом, ни на клиническом уровне невозможно.

Значимой особенностью является то, что недержание как фактор риска развития пролежней оказывает потенцирующее действие на остальные факторы. Вероятность развития пролежней у лежащего больного с недержанием значительно повышается не только из-за непосредственного биохимического воздействия биологически активных веществ, в том числе азотистых соединений и протеаз мочи, но и из-за их влияния на «микроклимат» кожи (уровень влажности, pH, местная температура) (см. рис). В результате воздействия мочи и кала повышается чувствительность кожи к обычным механическим факторам, в том числе давлению и трению.

Врачу общей практики необходимо помнить о том, что в случае, если его пациент является инвалидом, он в соответствии со статьей 10 Федерального закона «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» [17] имеет право на предоставление вышеуказанных технических средств реабилитации за счет средств федерального бюджета. Возможность бесплатного получения изделий позволяет существенно повысить приверженность

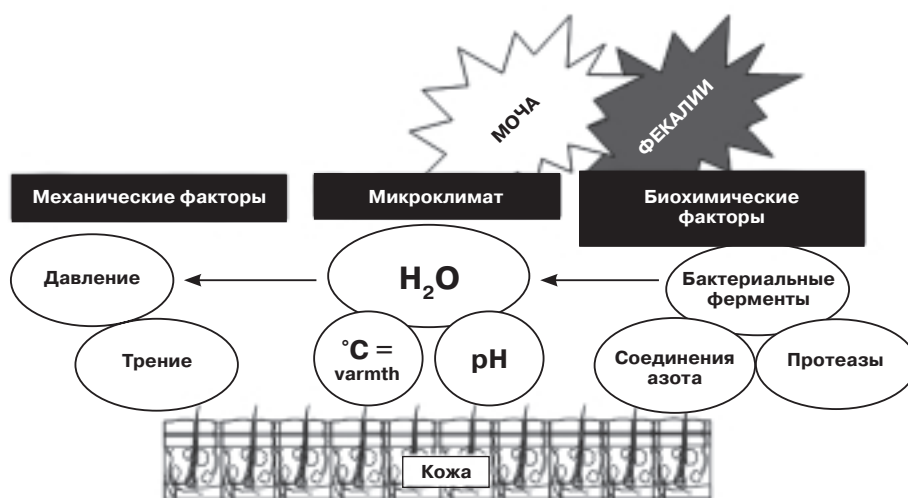


Рис. Возможные механизмы образования пролежней при недержании

пациентов к их правильному использованию, поскольку самостоятельное приобретение пожилым человеком технических средств реабилитации, если он не имеет права на последующую компенсацию расходов, может быть крайне обременительно.

В целях оформления правоустанавливающих документов необходимо своевременно направить пациента для коррекции или составления индивидуальной программы реабилитации инвалида в федеральную службу медико-социальной экспертизы.

Рекомендуемые мероприятия по медицинской реабилитации для формирования или коррекции индивидуальной программы реабилитации инвалида перечисляются в п. 34 направления на медико-социальную экспертизу (форма № 088/у-06) организацией, оказывающей ему первичную медико-социальную помощь. В этом пункте врачебной комиссией указываются в том числе и технические средства медицинской реабилитации, а также

конкретные виды протезирования и ортезирования. В дальнейшем эти рекомендации используются специалистами федеральных государственных учреждений медико-социальной экспертизы для заполнения соответствующих разделов индивидуальной программы реабилитации инвалида.

Использование адекватно и индивидуально подобранных технических средств реабилитации при нарушении функции выделения позволяет устранить ряд окружающих пожилого человека барьеров, связанных с затруднениями межличностного общения, перемещения в пространстве, трудовой деятельности в результате наличия непроизвольного выделения мочи. Своевременное оформление индивидуальной программы реабилитации инвалида позволит реализовать право на получение необходимых изделий как через отобранную заказчиком организацию, так и через механизм индивидуального приобретения изделий с последующей компенсацией расходов.

Литература

1. *People and the planet* // The Royal Society Science Policy Centre report № 01/12 Issued: April 2012. — London: The Royal Society, 2012. — 139 p.
2. Григорян В. Л. «Тревожная кнопка» как инструмент социальной адаптации и поддержки пожилых людей на примере городского социального проекта «Система “Забота”» // Материалы международного форума «Старшее поколение». — 11–14.04.2012. — С. 51–52.
3. Gray M. Stress urinary incontinence in women // *J. Am. Acad. Nurse Pract.* — 2004. — Vol 16. — № 5. — P. 188–197.
4. Аполихина И. А. Клиническая эпидемиология, дифференциальная диагностика и консервативное лечение недержания мочи у женщин: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. — М., 2006. — 46 с.
5. Бондаренко Т. В., Гомберг В. Г., Зоткин Е. Г., Беженарь В. Ф. Методические рекомендации по организации оказания помощи гражданам пожилого возраста с патологией мочеиспускания в государственных учреждениях здравоохранения. — СПб.: Ex libris, 2009. — 33 с.
6. Vump R. C. Discussion: Epidemiology of urinary incontinence // *Urology.*— 1997. — Vol. 50. — № 6A. — P. 15–16.
7. Левайн Ш., Барри П. Здоровье пожилых // Общая врачебная практика по Джону Нобелю: пер. с англ. — М.: Практика, 2005. — 470 с.
8. Minassian V. A., Drutz H. P., Al-Badr A. Urinary incontinence as a worldwide problem // *Int. J. Gynaecol. Obstet.*— 2003. — Vol. 82. — № 3. — P. 327–338.
9. Blivas J. G., Appell R. A., Fantl J. A., Leach G., McGuire E. J., Resnick N. M., Raz S., Wein A. J. Definition and classification of urinary incontinence: recommendations of the Urodynamic Society // *Neurourol. Urodyn.*— 1997. — Vol. 16. — № 3. — P. 149–151.
10. Национальный стандарт Российской Федерации «Подгузники детские бумажные. Общие технические условия». <http://docs.cntd.ru/document/1200090088>. — Последнее посещение сайта 13.10.2013 г.
11. Приказ Министерства труда и социальной защиты населения Российской Федерации от 24 мая 2013 г. № 214н «Об утверждении классификации технических средств реабилитации (изделий) в рамках федерального перечня реабилитационных мероприятий, технических средств реабилитации и услуг, предоставляемых инвалиду, утвержденного распоряжением Правительства Российской Федерации от 30 декабря 2005 г. № 2347-р».
12. Приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 24 мая 2013 г. № 215н «Об утверждении сроков пользования техническими средствами реабилитации, протезами и протезно-ортопедическими изделиями до их замены».

В помощь практикующему врачу

13. Божков И. А., Севастьянов М. А. Коррекция ограничений жизнедеятельности и здоровья с использованием технических средств реабилитации в амбулаторной практике: Учебное пособие. — СПб.: СПбГМУ им. акад. И. П. Павлова, 2013. — 80 с.
14. Аллергология. Частная аллергология, т. 2 / Под ред. Г. Б. Федосеева. — СПб.: Нормедиздат, 2001. — 464 с.
15. Хацкель С. Б. Аллергология в схемах и таблицах. Справочное пособие. — СПб.: СпецЛит, 2000. — 715 с.
16. Туркина Н. В., Филенко А. Б. Общий уход за больными. — М.: Товарищество научных изданий КМК, 2007. — 550 с.
17. Федеральный закон от 24.11.1995 № 181-ФЗ (ред. от 20.07.2012) «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации».

Авторы:

Божков Игорь Александрович — д. м. н., профессор кафедры общей врачебной практики ГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова» Минздрава России

Севастьянов Михаил Александрович — к. м. н., заместитель директора АНО «Центр программ и проектов в сфере развития здравоохранения “Кристина”»

УДК 614.253

О НЕОБХОДИМОСТИ ИЗМЕНЕНИЯ ПАРАДИГМЫ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ ВРАЧЕЙ И СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА

Н. Г. Петрова, С. Г. Погосян

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

THE NEED TO CHANGE THE PARADIGM OF DOCTORS AND NURSES RELATIONS

N. G. Petrova, S. G. Pogosyan

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

© Н. Г. Петрова, С. Г. Погосян, 2013 г.

В условиях реформирования здравоохранения, реализации программы развития сестринского дела в России, всеобщей тенденции к глобализации важно изменить традиционно сложившиеся в стране взаимоотношения «врач — медицинская сестра» (перейти от модели «помощник врача» к модели «союзник»), а также роль сестринского персонала в системе управления медицинским учреждением. В статье рассмотрены основные проблемы развития сестринского дела, дано представление о сущности сестринского процесса, представлена как перспективная западная модель подготовки сестринского персонала.

Ключевые слова: сестринский персонал, сестринский процесс, подготовка сестринского персонала, программа развития сестринского дела, взаимоотношения медицинского персонала.

With health care reform, implementation of the development of nursing in Russia, the general trend of globalization it is important to change traditional relationships in the country «doctor — nurse» (transition from a «physician assistant» to the model — «ally»), and to change the role of nurses in the management of a medical institution. The article describes the main problems of nursing, the understanding of the nature of the nursing process, it is presented as a promising a western model of training of nurses.

Keywords: nursing staff, nursing process, nursing staff education, nursing development program, medical staff relationships.

Одним из направлений медицинской этики является определение характера взаимоотношений медицинского персонала, в том числе врачей и медицинских сестер. Традиционно исторически и в России, и в других странах мира эти взаимоотношения, как и взаимоотношения с пациентами, носили патерналистский характер. Предполагалось, что врач, имея высшее медицинское образование, лучше всех остальных знает и понимает, что необходимо пациенту, и мнение остальных участников лечебного процесса по поводу тактики лечения (в том числе пациентов и медицинских сестер) его, по большому счету, не волновало.

Однако начиная с середины прошлого столетия данная парадигма начала претерпевать существенные изменения, прежде всего в западных странах. С одной стороны, это было связано со значительными изменениями в нормативно-правовой базе многих стран (и в международном законодательстве), связанными с правами граждан и пациентов. С другой стороны, были внесены кардинальные изменения в представление о роли сестринского персонала: появилось понимание сестринского процесса как достаточно автономного от врачей,

имеющего свои этапы и отличительные особенности; была внедрена сестринская история болезни; существенно вырос объем менеджерских функций в деятельности сестринского персонала [1].

Совершенно иная ситуация складывается в нашей стране. До настоящего времени сестринскому делу не уделяется должного внимания, что привело к его значительному отставанию от науки, современных медицинских технологий, явилось причиной ухода из профессии квалифицированных медсестер. Дефицит сестринского персонала с каждым годом проявляется все сильнее. Соотношение врачей и среднего медперсонала в России составляет 1 : 2,2 (в то время как в развитых странах мира — 1 : 6–8, и при этом во многих странах проблема нехватки квалифицированного среднего медперсонала считается одной из наиболее острых). Данное соотношение вызывает дисбаланс в системе оказания медицинской помощи, ограничивает возможности развития служб долечивания, патронажа, реабилитации. Кроме того, наблюдается существенная диспропорция в распределении сестринских кадров, в частности острая нехватка их в амбулаторно-поликлинических учреждениях.

Существует ряд причин, способствующих данной ситуации: низкая заработная плата средних медицинских работников, уравнилельный подход к оплате труда, низкий уровень социальной защищенности, несоответствие федеральных государственных образовательных стандартов высшего сестринского и среднего медицинского и фармацевтического образования современным потребностям здравоохранения, низкая информированность средних медицинских работников о современных средствах и методах ухода за больными, методах диагностики, а также низкий престиж профессии — как в обществе, так и в профессиональной медицинской среде. Несмотря на длительную профессиональную подготовку, значительный опыт у медицинских сестер с большим стажем работы, их мнение и представление о выборе возможной тактики наблюдения за пациентом практически никого не интересуют.

Кроме всего прочего, это ведет к формированию психологических проблем, затрудняет работу в команде, что в современных условиях является чрезвычайно важным (например, при работе в мультидисциплинарных бригадах по ведению больных с острым нарушением мозгового кровообращения).

Важной причиной дефицита сестринских кадров, их ухода из профессии является и развитие синдрома эмоционального выгорания. Подвержены возникновению данного синдрома прежде всего люди, работающие с максимальной самоотдачей, но при этом не получающие должного признания. При существующей напряженности и конфликтности в профессиональной среде, отсутствии условий для самовыражения на работе, сравнительно скромных возможностях для дальнейшего профессионального совершенствования и роста, недостаточной результативности труда развивается неудовлетворенность профессией, что также способствует эмоциональному выгоранию [2].

Сложившаяся в настоящее время ситуация не позволяет в должной мере реализовать ставшую практически повсеместной в мире концепцию сестринского процесса. Сестринский процесс, как известно, включает пять основных этапов (оценку состояния пациента, определение его проблем, планирование помощи в соответствии с выявленными проблемами, ее реализация и оценка результатов). Важно отметить, что проблемы, возникающие у пациентов в связи с их заболеванием (социальная дезадаптация, самоизоляция внутри «патологического кокона», отчаяние, тревожность, апатия вплоть до угрозы суицидального поведения, страх, нарушение коммуникаций, ограничения жизнедеятельности и пр.), по своим последствиям могут быть ничуть не менее значимыми, чем первоначальный патологический процесс. Врачебное образование и профессиональные навыки врача практиче-

ски не позволяют выявить весь этот круг проблем и (тем более) наметить стратегию их разрешения. А поскольку в конечном итоге оценивается результат оказания медицинской помощи в целом, отсутствие должного взаимодействия (включая совместное обсуждение возможной тактики медицинского наблюдения) врача и медицинской сестры может как объективно, так и субъективно (по самооценке пациента), снизить эффективность лечебно-диагностического процесса.

Для укрепления роли среднего медицинского персонала в стране был принят ряд нормативных документов. Так, концепция развития здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации предусматривает возрастание роли сестринского персонала. В соответствии с ней был издан Приказ Минздрава РФ от 31.12.97 № 390 «О мерах по улучшению сестринского дела в РФ», принята программа развития сестринского дела в России на 2010–2020 гг. В соответствии с указанными документами целью развития сестринского дела является повышение качества сестринской помощи за счет рационального использования потенциала сестринского персонала, обеспечивающего повышение качества и продолжительности жизни населения, способствующего удовлетворенности пациентов качеством оказания медицинских услуг, их доступности и экономичности.

В качестве основных задач по достижению цели были определены:

1. Формирование условий для повышения эффективности и усиления роли сестринского персонала в оказании медицинской помощи населению путем совершенствования нормативно-правовой, организационно-методической и материально-технической базы сестринской деятельности, использования современных и экономически приемлемых организационных форм и ресурсосберегающих технологий в работе сестринского персонала, обеспечивающих качество медицинской помощи, ее профилактическую направленность, повышение удовлетворенности населения предоставляемыми медицинскими услугами.

2. Совершенствование системы управления сестринской деятельностью за счет повышения эффективности использования кадровых и финансовых ресурсов в здравоохранении, информационного обеспечения.

3. Совершенствование системы профессиональной подготовки в соответствии с запросами личности, с потребностями рынка труда в каждом регионе, перспективами развития здравоохранения и медицинской науки путем формирования высококвалифицированного специалиста сестринского дела, способного к самостоятельному принятию решения в пределах своей компетенции.

4. Совершенствование системы оплаты труда специалистов сестринского дела с учетом специ-

фики их работы, уровня знаний, умений и навыков, а также по результатам труда.

5. Обеспечение управления сферой научной деятельности в области сестринского дела, координация и увеличение объемов мероприятий по созданию нового поколения методической литературы для специалистов сестринского дела.

6. Разработка технологий деятельности сестринского персонала по наиболее распространенным заболеваниям. Стандартизация практической деятельности специалистов со средним медицинским образованием.

7. Развитие международного сотрудничества в области сестринской деятельности.

Не останавливаясь подробно на всех перечисленных проблемах, выделим две из них: совершенствование управления сестринской деятельностью и развитие международного сотрудничества. Зарубежный опыт многих стран мира свидетельствует о том, что средний медицинский персонал должен являться не только и не столько помощником врача, сколько активным участником лечебно-диагностического процесса. Для этого необходимо совершенствование его подготовки, пересмотр нормативно-правовой базы в сторону расширения прав и сферы ответственности медицинских сестер и соответствующее методическое обеспечение, плановая работа по изменению менталитета и врачей, и среднего персонала. Кроме того, с учетом мирового опыта должно произойти и перераспределение функций врачей, руководителей медицинских организаций разного уровня и менеджеров сестринского дела с тем, чтобы последние стали играть основную роль в организации работы медицинских учреждений.

Современная крупная медицинская организация представляет собой настолько сложную организационно-функциональную структуру, что для управления ею необходимы специальные знания и навыки, которыми не обладают врачи (а зачастую — и руководители), но которые получают в процессе профессиональной подготовки специалисты в области управления сестринской деятельностью. В процессе получения высшего сестринского образования и обучения в интернатуре студенты (слушатели) получают знания, которые позволяют выпускникам работать в системе здравоохранения в следующих видах деятельности: управленческая, организаторская, маркетинговая, информационная, инновационная, клиническая, воспитательно-педагогическая, методическая, консультативная и исследовательская [3]. Даже при существующей нормативной базе они могут работать руководителями организационно-методических отделов (кабинетов медицинской статистики), руководителями и специалистами школ по профилактике и лечению сахарного диабета, гипертонической болезни. Образовательная программа

последипломного образования по специальности «Управление сестринской деятельностью» позволяет готовить специалистов, способных заниматься самостоятельно клинической, исследовательской и преподавательской деятельностью [4].

Несмотря на наличие значительного опыта в подготовке среднего медицинского персонала (в том числе с высшим образованием) в нашей стране, необходимо отметить, что данная система подготовки отличается от западной. В свете же тенденции к глобализации для унификации подходов и возможностей, для создания реальных возможностей для работы (при наличии отечественного диплома) в других странах существует необходимость существенного совершенствования этой системы.

Так, во многих развитых странах в должности медицинской сестры можно работать, обучившись по программе бакалавриата и получив соответствующую степень бакалавра по той или иной сестринской специальности. При наличии предшествующего двухгодичного обучения (по программе младшей медицинской сестры) учеба для получения степени бакалавра проводится в течение двух лет, при отсутствии — в течение четырех лет. Последующее обучение может проводиться по двум направлениям: клиническому и управленческому (научному). Это обучение длится три года. В первом случае сестры получают углубленную клиническую подготовку (также с учетом специализации), степень «*doctor of nursing practice*» и могут (в соответствии с действующим во многих западных странах законодательством) самостоятельно ставить диагноз, назначать обследование, выписывать рецепты. Данные специалисты работают преимущественно в амбулаторной сети, особенно велика их роль в оказании помощи сельским жителям. Если последующая деятельность сестры связана преимущественно с управленческими функциями или проведением исследовательской работы, то они обучаются по профилю «*master*» и получают степень «*Master of science in nursing*» (M. S. N.), которая также может присваиваться по различным специальностям. На это обучение могут поступить лица как имеющие предварительное сестринское образование (бакалавриат), так и выпускники колледжей, имеющие другое базовое образование.

В течение первых двух лет обучения студенты получают соответствующую теоретическую подготовку (аудиторные занятия — лекции, семинары и внеаудиторные самостоятельные занятия), проходят практику на базе медицинских учреждений, на третьем году обучения они пишут и защищают научную работу (Capstone).

В случае если впоследствии студенты захотят преимущественно заниматься исследовательской деятельностью, они могут обучаться по програм-

ме «The post-master's Doctor of Nursing Practice — DNP». По этой же программе могут обучаться студенты, имеющие степень бакалавра и лицензию. Возможными специализациями могут быть: оказание экстренной помощи, семейная практика, онкология, педиатрия и др. Высшей ступенью образования является «The Research-Focused Doctoral Program in Nursing», в результате освоения которой (и написания диссертации) присваивается ученая степень «The Doctor of Philosophy» (PhD) или «The doctor of nursing Science» (DNS). К обучению на этом уровне принимаются лица, имеющие степень бакалавра в области сестринского дела или мастера сестринского дела. Но на некоторые из этих программ принимаются не имеющие базового сестринского образования. Как пути поступления, так и набор курсов (программ) на данном этапе обучение весьма вариативны. Выбор курсов обучения зависит от интересов и желания студентов. Необходимым условием является набор определенного числа кредитов (по программам каждого курса указанное число может отличаться).

Все формы обучения проводятся на базе различных сестринских школ (School of Nursing), которые, в свою очередь, как правило, входят в структуру университетов, что позволяет осуществлять комплексную подготовку во взаимодействии с другими факультетами и с использованием всех ресурсов университета.

Таким образом, существует разница в подготовке среднего медперсонала различных уровней в России и зарубежных странах, во многом связанная с различиями в самом понимании содержания и объема сестринской помощи. И одним из путей решения проблем укомплектования кадров сестринского персонала, повышения их роли в лечебном и управленческом процессах является постепенный переход к описанной системе подготовки сестринских кадров. Отметим также, что

необходимо ускорить реализацию заложенных в программе развития сестринского дела положений об усилении роли научных исследований по различным аспектам управления сестринской деятельностью с введением данной специальности в номенклатуру научных специальностей, формированием соответствующих научных советов.

Проблема изменения статуса среднего медицинского персонала, системы его взаимоотношений с врачами сложна и многогранна. Однако современные реалии таковы, что она требует обязательного решения. Первым шагом должно быть осознание необходимости пересмотра традиционного взгляда на эти отношения как со стороны врачей, руководителей ЛПУ (и его структурных подразделений), так и со стороны медицинских сестер. Кроме того, необходима реализация на практике всех положений, заложенных в приказе № 390 и программе развития сестринского дела. В их числе: системная работа на государственном уровне, направленная на повышение имиджа сестринской профессии; укрепление материально-технической базы ЛПУ (обеспечение среднего медицинского персонала в полном объеме приспособлениями, облегчающими сестринский труд и минимизирующими воздействие неблагоприятных факторов на здоровье); существенное повышение уровня оплаты труда (в первую очередь базовых окладов) как средних медицинских работников, так и специалистов, обеспечивающих их подготовку и переподготовку; изменение законодательства (расширение функций и ответственности среднего персонала, особенно на этапе первичной медико-санитарной помощи, создание условий для реализации сестринского процесса, введение сестринских историй болезни, изменение нагрузки и штатного расписания, изменение и расширение классификатора сестринских услуг, изменение требований к руководителям сестринских служб с расширением их полномочий и пр.).

Литература

1. Жихарева Н. А., Захаров И. А. Рациональное разделение функций врача и медицинской сестры как инструмент повышения качества медицинской помощи // Новые технологии в современном здравоохранении: Сборник научных трудов. Т. 2. — М., 2007. — С. 137–141.
2. Бойко В. В. Синдром «эмоционального выгорания» в профессиональном общении. — СПб.: Питер, 1999. — 105 с.
3. Петрова Н. Г., Соболева Н. И. Современные проблемы подготовки кадров среднего медицинского персонала // Ученые записки Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И. П. Павлова. — 2010. — Т. 17. — № 3. — С. 27–30.
4. Злобина Г. М., Воронова Е. А., Жуков А. Е. и др. Оценка готовности специалистов сестринского дела к осуществлению управленческой функции // Главная медицинская сестра. — 2011. — № 10. — С. 8–11.

Авторы:

Петрова Наталия Гурьевна — д. м. н., профессор, заведующий кафедрой сестринского дела ПСПбГМУ им. И. П. Павлова; petrova-nataliya@bk.ru

Погосян Саркис Геворкович — к. м. н., ассистент кафедры сестринского дела ПСПбГМУ им. И. П. Павлова

УДК 616.24-004-073.173

СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ: ПРИМЕНЕНИЕ ОПРОСНИКОВ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ ПРИ НАЛИЧИИ ПРОТИВОПОКАЗАНИЙ К ПРОВЕДЕНИЮ СПИРОМЕТРИИ

К. В. Овакимян

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

CASE REPORT: THE USING OF QUESTIONNAIRES FOR THE DETECTION OF THE CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE IN PATIENTS WITH CONTRAINDICATIONS FOR SPIROMETRY

K. V. Ovakimyan

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

© К. В. Овакимян, 2013 г.

В статье приводятся сведения о пациентах с хроническими респираторными симптомами, которые наблюдаются в консультативно-лечебном отделении Центра общей врачебной практики городской поликлиники № 54, имеющих противопоказания для проведения спирометрии.

Ключевые слова: хроническая обструктивная болезнь легких, опросники, респираторные симптомы.

The article presents clinical cases of patients with chronic respiratory symptoms being followed up in the family medicine centre of polyclinic № 54 who have contraindications to perform spirometry.

Keywords: chronic obstructive pulmonary disease, questionnaires, respiratory symptoms.

Введение. Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) в настоящее время определяется как заболевание, характеризующееся необратимым ограничением скорости воздушного потока. ХОБЛ является одним из наиболее распространенных заболеваний бронхолегочной системы. Диагностика ХОБЛ — комплексная, включает в себя сбор анамнеза, жалоб пациента, физикальных данных и данных исследования вентиляционной функции легких. Основным методом диагностики ХОБЛ, а также определения ее стадии является спирометрия [1].

Дебют ХОБЛ в большинстве случаев приходится на возраст 40 лет и старше, когда риск развития других сопутствующих заболеваний также более высок. Поэтому частота применения спирометрии на этапе оказания первичной медицинской помощи ограничена не только большими временными затратами, сложностью применения и обслуживания необходимой медицинской техники, но и наличием противопоказаний к проведению спирометрии и/или бронхолитического теста.

Описание случая № 1

Пациент Г., 49 лет, с 25.11.2012 г. по 18.12.2012 г. лечился в стационаре с диагнозом: ИБС: острый трансмуральный инфаркт миокарда нижней стенки левого желудочка от 25.11.2012 г. Преходящая АВ-блокада 3–2-й степени тип Мобитц 2, преходящая полная блокада правой ножки пучка Гиса.

С 16.01.2013 г. по 25.01.2013 г. был повторно госпитализирован в связи с появлением жизнеугрожающих нарушений ритма с диагнозом: ИБС: постинфарктный кардиосклероз (острый трансмуральный инфаркт миокарда нижней стенки ЛЖ от 25.11.2013 г.). Желудочковая экстрасистолия 4а градации по Ryan. В марте 2013 г. пациенту была проведена плановая имплантация стента Omega 3,5 × 28 мм в правую коронарную артерию с хорошим ангиографическим результатом. При обращении к семейному врачу после стационарного лечения пациент предъявлял жалобы на периодически возникающие боли за грудиной «по типу покалывания» при умеренной физической нагрузке, одышку при подъеме на 4–5-й этажи, а также кашель по утрам со светлой мокротой в незначительном количестве, беспокоящие более 5 лет. Пациент имел длительный стаж курения: 25 пачка/лет. При аускультации — жесткое дыхание с удлиненным выдохом, единичные сухие свистящие хрипы над всей поверхностью легких. Пациент получал антиагреганты, минимальные дозы кардиоселективных β-адреноблокаторов, ингибиторы АПФ, статины и антиангинальные препараты.

Таким образом, у пациента Г. в анамнезе имеется желудочковая экстрасистолия 4а градации по Ryan, ограничивающая возможность проведения спирометрии с бронхолитическим тестом на неопределенный срок (табл. 1, п. 4.2). Необходимо

повторное суточное ЭКГ-мониторирование для решения вопроса о возможности проведения спирометрии.

Описание случая № 2

Пациент Я., 66 лет, наблюдается в консультативно-лечебном отделении Центра общей врачебной практики ГБУЗ ГП № 54 с диагнозом: цереброваскулярная болезнь: повторное острое нарушение мозгового кровообращения по ишемическому типу в бассейне левой передней мозговой артерии от 15.07.2013 г. Последствия перенесенного ишемического инсульта в бассейне левой передней мозговой артерии от 24.05.2013 г. в виде верхнего центрального левостороннего монопареза, нижнего центрального правостороннего монопареза, моторной афазии. Энцефалопатия смешанного генеза III степени (токсическая, дисциркуляторная, атеросклеротическая). Стенозирующий атеросклероз брахицефальных артерий (стеноз левой внутренней сонной артерии 75%). Эверсионная каротидная эндартерэктомия слева от 07.08.2013 г. Ожирение II степени. Гипертоническая болезнь III стадии. Степень АГ III. Дислипидемия. Риск сердечно-сосудистых осложнений IV (очень высокий). Нарушение толерантности к глюкозе. Подагра. Стаж курения: 40 пачка/лет. При расспросе выяснилось, что пациент более 20 лет отмечает одышку смешанного характера при умеренной физической нагрузке, которая периодически усиливается, утренний малопродуктивный кашель

с мокротой. Уточнить, когда именно появились данные симптомы, пациент не может из-за постепенного их появления и нарастания с течением времени. При аускультации было выявлено жесткое дыхание над всей поверхностью легких. Пациент принимал следующие препараты: антикоагулянты, антидепрессанты, ингибиторы протонной помпы, гастропротекторы, кардиоселективные β-адреноблокаторы, диуретики, статины, ингибиторы АПФ.

Таким образом, пациент Я. не способен следовать инструкциям из-за наличия у него энцефалопатии смешанного генеза III степени (токсической, дисциркуляторной, атеросклеротической) и моторной афазии (табл. 1, п. 6.1) и нуждается в длительном восстановительном лечении, после которого будет рассмотрен вопрос о возможности проведения ему спирометрии с бронхолитическим тестом.

Обсуждение

В рутинной клинической практике семейного врача нередко встречаются пациенты с хроническими (длящимися более 12 недель в год) респираторными симптомами, такими как кашель, выделение мокроты и/или одышка, которые позволяют заподозрить хроническую обструктивную болезнь легких. Для верификации диагноза ХОБЛ необходимо проведение спирометрии с бронхолитическим тестом. Но, как видно из табл. 1, существует много различных противопоказаний для проведения данного вида исследования [2].

Таблица 1

Перечень противопоказаний для проведения спирометрии (Coates A.L. et al., 2013)

Противопоказание	Примечание
1.1. Аневризма сосудов головного мозга 1.2. Недавнее хирургическое вмешательство на головном мозге 1.3. Недавнее сотрясение головного мозга 1.4. Недавнее хирургическое вмешательство на глазах 1.5. Неконтролируемая глаукома	Спирометрия может вызывать повышение внутричерепного и внутриглазного давления
2.1. Недавнее хирургическое вмешательство или обострение инфекции околоносовых пазух или среднего уха	Спирометрия может вызывать повышение давления в пазухах носа и полости среднего уха
3.1. Пневмоторакс 3.2. Аневризма аорты значительных размеров 3.3. Недавнее торакальное хирургическое вмешательство 3.4. Недавнее абдоминальное хирургическое вмешательство 3.5. Беременность	Спирометрия может вызывать повышение внутригрудного и внутрибрюшного давления
4.1. Системная гипотензия или гипертензия высокой степени 4.2. Значимая предсердная/желудочковая аритмия 4.3. Декомпенсированная сердечная недостаточность 4.4. Недавно перенесенный инфаркт миокарда или тромбоэмболия легочной артерии 4.5. Появление синкопе во время форсированного выдоха или кашля (в анамнезе)	Спирометрия может вызывать ишемию миокарда и повышение артериального давления
5.1. Активный туберкулез 5.2. Гепатит В 5.3. Кровохарканье	Санитарно-эпидемиологический режим
6.1. Неспособность пациента следовать инструкциям (дезориентация, деменция, детский возраст, языковой барьер)	Для выполнения качественной спирометрии необходимо выполнять все требования врача-исследователя

Применение опросников для выявления возможной обструкции дыхательных путей на этапе оказания первичной медико-санитарной помощи, в особенности у пациентов, имеющих противопоказания для проведения спирометрии, является одним из самых простых способов ранней диагностики хронической обструктивной болезни легких.

Для дифференциальной диагностики ХОБЛ у данных пациентов применялись русскоязычные версии опросника по оценке респираторного здоровья (Respiratory Health Assessment Questionnaire) (табл. 2) и опросника, предназначенного для дифференциальной диагностики ХОБЛ и бронхиальной астмы (Symptom-Based Questionnaire for Differentiating COPD and Asthma) (табл. 3) [3, 4].

Данные опросники рекомендованы международной группой экспертов по респираторным заболеваниям в первичной амбулаторной помощи (International Primary Care Respiratory Group — IPCRG) для выявления приоритетной группы пациентов и проведения спирометрии и могут применяться в качестве простого инструмента для дифференциальной диагностики ХОБЛ.

Таблица 2

Опросник по оценке респираторного здоровья

Вопрос	Варианты ответа
1.1. Кашляете ли вы сразу, как проснетесь утром?	Да / Нет
1.2. Кашляете ли вы в течение дня?	Да / Нет
1.3. Кашляете ли вы ночью?	Да / Нет
1.4. Кашляете ли вы, таким образом, большинство дней на протяжении 3 месяцев в году?	Да / Нет
2.1. Вы обычно откашливаете мокроту сразу, как проснетесь утром?	Да / Нет
2.2. Вы обычно откашливаете мокроту в течение дня?	Да / Нет
2.3. Вы обычно откашливаете мокроту ночью?	Да / Нет
2.4. Вы именно так откашливаете мокроту большинство дней в течение 3 месяцев в году?	Да / Нет
3.1. Беспокоит ли вас одышка при быстрой ходьбе по ровной местности или во время подъема на небольшую возвышенность?	Да / Нет
3.2. Появляется ли у вас одышка раньше, чем у сверстников при ходьбе по ровной местности?	Да / Нет
3.3. Вынуждены ли вы останавливаться, чтобы отдышаться, когда идете в своем привычном темпе по ровной местности?	Да / Нет

Таблица 3

Опросник для дифференциальной диагностики хронической обструктивной болезни легких и бронхиальной астмы

Вопрос	Вариант ответа	Баллы
Сколько вам лет?	40–49	0
	50–59	5
	60–69	9
Количество выкуриваемых пачка/лет? Количество пачка/лет = кол-во сигарет/день/20 × кол-во лет курения?	0–14	0
	15–24	3
	25–49	7
	50 и более	9
Стали ли вы кашлять чаще в последние несколько лет?	Да	1
	Нет	0
В течение последних 3 лет были ли у вас проблемы с дыханием, которые вынуждали вас не выходить на работу, работать в помещении, оставаться дома или в постели?	Да	3
	Нет	0
Вас когда-нибудь госпитализировали в стационар по поводу проблем с дыханием?	Да	6
	Нет	0
У Вас чаще стала появляться одышка в течение последних нескольких лет?	Да	1
	Нет	0
В среднем какое количество мокроты вы обычно откашливаете в течение большинства дней?	Нисколько или менее 1 ст. ложки (15 мл)/день;	0
	1 ст. ложка (15 мл) и более/день	4
Если вы простужаетесь, простуда «спускается вниз в грудную клетку»?	Да	4
	Нет	0
Вы когда-нибудь лечились по поводу проблем с дыханием?	Да	5
	Нет	0
Оценочная система для дифференциально-диагностического опросника: посчитайте абсолютное число баллов, основанных на ответах пациента		
Сумма баллов 18 и менее: более вероятен диагноз бронхиальная астма		
Сумма баллов 19 и более: более вероятен диагноз ХОБЛ		

Пациентам было предложено заполнить опросники, по результатам которых был выявлен высокий риск наличия ХОБЛ (сумма баллов составляла более 19) и назначен ингаляционный холинолитик длительного действия (тиотропия бромид), оказавший стойкий положительный эффект. При повторном осмотре через 3 мес у пациента Г. значительно уменьшилась частота кашля и количество отделяемой мокроты, а также исчезли хрипы при аускультации при сохранении жесткого дыхания, на выраженность одышки лекарственный препарат не повлиял; пациент Я. при повторном осмотре через 1 мес отметил уменьшение кашля с мокротой.

Оценить объективно эффект от назначенного лечения в полном объеме у данных пациентов в настоящий момент не представляется возможным из-за сохраняющихся противопоказаний к проведению спирометрии с бронхолитическим тестом.

Однако уменьшение выраженности симптомов на фоне лечения холинолитиком длительного действия также может свидетельствовать с высокой степенью вероятности о наличии ХОБЛ у данных пациентов.

Заключение

Опросники для раннего выявления ХОБЛ на этапе оказания первичной медико-санитарной помощи, особенно при наличии противопоказаний к проведению спирометрии, являются важным инструментом диагностики этого заболевания.

Несмотря на то что перечисленные опросники не позволяют установить окончательный диагноз, они помогают врачу первичной медико-санитарной помощи определить высокий риск развития ХОБЛ, выработать алгоритм ведения пациентов и назначить бронхолитическую терапию до выполнения спирометрии при наличии противопоказаний к проведению этого диагностического исследования.

Литература

1. *The Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of COPD*, Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) 2011. — <http://www.goldcopd.org>. — Последнее посещение сайта 01.11.2013.
2. Coates A. L., Graham B. L., McFadden R. G., McParland C., Moosa D., Provencher S., Road J. Spirometry in primary care // *Canadian Respiratory J.* — 2013. — Vol. 20. — P. 13–22.
3. Bridevaux P.-O., Gerbase M. W., Probst-Hensch N. M., Schindler C., Gaspoz J.-M., Rochat T. Long-term decline in lung function, utilisation of care and quality of life in modified GOLD stage 1 COPD. — <http://thorax.bmj.com/content/63/9/768/suppl/DC1>. — Последнее посещение сайта 01.11.2013.
4. Levy M. L., Fletcher M., Price D. B., Hausen Th., Halbert R. J., Yawn B. P. International Primary Care Respiratory Group (IPCRG) Guidelines: Diagnosis of respiratory diseases in primary care // *Primary Care Respiratory J.* — 2006. — Vol. 15. — P. 20–34.
5. Астафьева Н. Г., Кобзев Д. Ю., Наумова О. С., Хмелькова Н. Г. Эффективность и валидность русскоязычного Вопросника по оценке респираторного здоровья и Вопросника для дифференциального диагноза ХОБЛ при выявлении пациентов с хронической обструктивной болезнью легких // *Атмосфера. Пульмонология и аллергология.* — 2012. — № 1. — С. 45–50
6. Miller M. R., Hankinson J., Brusasco V., Burgos F., Casaburi R. et al. Standardisation of spirometry // *European Respiratory Journal.* — 2005. — Vol. 26. — P. 319–338.
7. Johns D. P. and Pierce R. Pocket guide to spirometry 3rd ed. — McGraw-Hill Australia. — 2011. — 160 p.

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

УДК 616.45:616.47-006

СЛУЧАЙ СОЧЕТАНИЯ АКТГ-ЭКТОПИЧЕСКОГО СИНДРОМА ИЦЕНКО—КУШИНГА И ФЕОХРОМОЦИТОМЫ

З. Р. Шафигуллина, М. М. Петрова, С. Б. Шустов, Н. В. Ворохобина,
Д. В. Проташчик, А. А. Лисицын, Л. И. Великанова

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

A CASE OF COMBINATION ACTH-ECTOPIC CUSHING'S SYNDROME AND PHEOCHROMOCYTOMA

Z. R. Shafigullina, M. M. Petrova, S. B. Shustov, N. V. Vorokhobina,
D. V. Protashchik, A. A. Lisitsin, L. I. Velikanova

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

© Коллектив авторов, 2013 г.

Представлен клинический случай АКТГ-зависимой формы синдрома Кушинга и феохромоцитомы у пациентки 46 лет. Сочетание этих заболеваний, каждое из которых вызывает тяжелые метаболические нарушения в организме, поздняя диагностика гиперкортицизма привели к развитию множественных осложнений и смерти пациентки.

Ключевые слова: синдром Кушинга; диагностика; лечение; феохромоцитома.

A clinical case of Cushing's syndrome and pheochromocytoma in the 46-years old patient is presented. The combination of two diseases which cause severe metabolic abnormalities, late diagnostic of hypercorticism led to the death of young patient.

Keywords: Cushing's disease; pheochromocytoma; diagnostics; treatment.

Введение. Синдром Кушинга (СИК) — клинический синдром, обусловленный длительным воздействием глюкокортикоидных гормонов на организм. Распространенность составляет 39,1 на 1 млн населения. Наиболее часто встречаются АКТГ-зависимые формы (80–85%), и значительно реже причиной заболевания является кортизол-секретирующая опухоль надпочечника (кортикостерома) (10–15%) [1]. АКТГ-зависимые формы гиперкортицизма в большинстве случаев встречаются при гиперплазии и вторичных аденомах коры надпочечников. АКТГ-эктопический синдром, считавшийся до недавнего времени очень редким заболеванием (1–3%), по последним данным, встречается примерно у 10% больных синдромом Кушинга. Чаще всего источником гиперпродукции АКТГ является мелкоклеточный рак легких (50%) и карциноид бронхов (10%), также может быть иная локализация, в том числе, по данным литературы, и феохромоцитома (2%) [2].

Диагностика, дифференциальная в том числе, и лечение синдрома Кушинга представляет сложную проблему клинической эндокринологии, особенно в свете расширения представлений о различных вариантах заболевания и описании таких форм гиперкортицизма, как циклический, субклинический синдром Кушинга. В связи с этим опи-

сание клинического случая редкого варианта гиперкортицизма представляется интересным и полезным.

История болезни. Пациентка Е., 46 лет, поступила в клинику им. Э. Э. Эйхвальда СЗГМУ им. И. И. Мечникова в сентябре 2012 г. из Новгородской области с жалобами на выраженную общую и мышечную слабость, невозможность передвигаться самостоятельно, учащенное сердцебиение, нестабильность артериального давления (АД) с частыми снижениями до 80/40 мм рт. ст., одышку, отсутствие аппетита, снижение массы тела, затрудненность речи, склонность к депрессиям, отсутствие менструального цикла с весны 2012 г., учащение стула до 5 раз в сутки.

Из анамнеза известно, что ухудшение самочувствия отмечает с начала 2012 г., когда появились общая слабость, подъемы АД до 180/100 мм рт. ст. По рекомендации терапевта по месту жительства стала принимать лизиноприл, но гипертензивные кризы сохранялись, стали сопровождаться сердцебиением. С весны 2012 г. слабость усилилась, появились отеки нижних конечностей, онемение тела, снижение памяти, психоэмоциональные нарушения (депрессия, заторможенность), периодически появляющийся жидкий стул. В июле 2012 г. к проводимой терапии был добавлен бисопролол, со-

стояние продолжало ухудшаться, гипертензивные кризы стали чередоваться с эпизодами падения АД до 70/50 мм рт. ст. Появился стойкий субфебрилитет (37,1–37,8 °С).

В июле 2012 г. проведено ультразвуковое исследование брюшной полости, при котором заподозрено наличие объемного образования правого надпочечника. 01.08.12 госпитализирована с целью обследования в Боровичскую центральную районную больницу. Из проведенных исследований обращали на себя внимание: гипопротеинемия — 60 г/л; оксалаты, ураты, дрожжи в моче +++ . Исследования уровней гормонов в крови и моче не проводились. По результатам компьютерной томографии брюшной полости 07.08.12 подтверждено наличие образования правого надпочечника 6,2 × 3,6 × 3,3 см гомогенного характера с четкими контурами. При проведении мультиспиральной компьютерной томографии головного мозга от 07.08.12 патологии не выявлено.

Пациентка получала лечение препаратами калия, магния, витамина В₆, а также цефтриаксоном, хлоропирамином, диазепамом, сульпиридом, амитриптилином, лизиноприлом, амлодипином, индапамидом, бисопрололом без положительной динамики.

08.08.12 переведена на дообследование в эндокринологическое отделение Новгородской областной больницы, где в связи с неадекватным поведением консультирована психиатром (диагноз в выписной справке не представлен, однако известно, что был рекомендован перевод в психиатрическую больницу). В анализе крови нарастает гипопротеинемия — 51,5 г/л, повышаются уровни печеночных трансаминаз: АЛТ — 88,3 Ед/л, АСТ — 52,5 Ед/л. Исследования уровней гормонов в крови и моче не проводились. После выписки пациентка с подозрением на феохромоцитому правого надпочечника была направлена в клинику им. Э. Э. Эйхвальда СЗГМУ им. И. И. Мечникова.

При поступлении состояние пациентки средней степени тяжести. В сознании, но контакт затруднен, заторможена, на вопросы отвечает с трудом. Выявляются асимметричность и амимичность лица, выраженные отеки голеней до уровня верхней трети. АД — 110/70 мм рт. ст., пульс — 110 уд/мин. Осмотрена неврологом. При осмотре обращают на себя внимание легкий экзофтальм, ограничение движения глазных яблок кнаружи, парез конвергенции, брадикинезия взора, петехиальная сыпь в области передней поверхности бедер, передней поверхности грудной клетки, гипергидроз лица. Походка мелкими шаркающими шажками. С подозрением на клещевой энцефалит (из анамнеза известно, что в июле был укус клещом) госпитализирована в неврологическое отделение.

Результаты обследования представлены ниже.
Лумбальная пункция: повышение уровня белка — 0,489 г/л (норма 0,22–0,33), рН — 8 (норма 7,28–7,32), в остальном — без особенностей.

Клинический анализ крови: гемоглобин — 119 г/л, лейкоциты — $14,2 \times 10^9$ /л, сдвиг лейкоцитарной формулы влево (палочкоядерные нейтрофилы — 31% при норме до 6, лимфоциты — 2% при норме 19–37, обращает на себя внимание токсигенная зернистость нейтрофилов, в остальном — без особенностей).

Биохимический анализ крови — калий 2,6 ммоль/л (гипокалиемия).

Общий анализ мочи: протеинурия 0,768 г/л, лейкоцитурия 10–15, эритроцитурия 10–12 в поле зрения, кристаллы мочевиной кислоты.

Копрограмма: стул кашицеобразный, яйца гельминтов и простейшие не обнаружены, признаки нарушения переваривания клетчатки, мышечных волокон, жиров, крахмала.

Иммунологический анализ крови: СРБ — 20 (норма до 10 мг/л), ЦИК — 48 (норма 50–100 Ед).

Исследование уровней гормонов в крови: значительное увеличение уровня АКТГ в 9.00 — 548 пг/мл, в 21.00 — 699 пг/мл (норма до 46) и кортизола в 9.00 и 21.00 — более 1380 нмоль/л, при повторном анализе с разведенной сывороткой 5000 нмоль/л, тиреоидный статус — в норме, пролактин — 759 мМЕ/л (норма до 530), 5-гидрокситриптофан — 205,2 нг/мл (норма 66–94), гидроксиндолуксусная кислота — 424,6 нг/мл (норма до 60 нг/мл).

ЭКГ от 04.09.12: синусовая тахикардия 125 уд/мин. Вероятно, гипертрофия левого желудочка.

Рентгенограмма органов грудной клетки: инфилтративных и очаговых изменений не выявила. Высокое расположение правого купола диафрагмы, сгущение легочного рисунка в области правого диафрагмального угла (в результате компрессии диафрагмой). Латеральные отделы реберно-диафрагмального синуса затенены (минимальное количество жидкости).

Фиброгастродуоденоскопия: острые язвы 12-перстной кишки. Хронический поверхностный гастрит. Кандидозный эзофагит. Гиперхлоргидрия. Хеликобактер ++.

УЗИ брюшной полости: жидкость в плевральных полостях с обеих сторон в умеренном количестве (6,5 см). Состояние после холецистэктомии. Образование правого надпочечника. Диффузные изменения паренхимы почек. Микролиты почек.

УЗИ малого таза: признаки эндочервикоза, жидкость в малом тазу.

УЗИ щитовидной железы: не увеличена (объем 6,5 см³), мелкие узлы обеих долей.

Клещевой энцефалит, иерсиниоз по данным анализов были исключены. Неврологический статус

пациентки был расценен как проявление токсической энцефалопатии на фоне эндокринной патологии с явлениями олигобрадикинезии, депрессивным синдромом.

Для дальнейшего обследования и лечения больная была переведена в эндокринологическое отделение. В связи со значительным повышением АКТГ (до 600 пг/мл) и кортизола (до 5000 нмоль/л) у пациентки был установлен синдром Кушинга, АКТГ-зависимая тяжелая форма без уточнения источника гиперпродукции АКТГ. Катехоламины и метанефрины мочи и крови были умеренно повышены. Определялись серотонин и его предшественники в крови. Субфебрилитет, повышение уровня С-реактивного белка, по-видимому, были связаны с мочевой инфекцией и кандидозом желудочно-кишечного тракта на фоне иммуносупрессивного воздействия «сверхвысокого» уровня кортизола в крови.

Проводилась инфузионная терапия препаратами калия, белковыми соединениями, метаболическими препаратами, также пациентка получала спиронолактон, антибиотики, антиагреганты, антациды. Планировалось оперативное удаление опухоли надпочечника после стабилизации метаболических нарушений. Однако в динамике состояние больной внезапно ухудшилось — АД снизилось до 70/40 мм рт. ст. и ниже. В связи с тяжестью состояния, нестабильностью гемодинамики пациентка переведена в отделение реанимации, где проводилась интенсивная терапия тяжелых метаболических нарушений. При явлениях недостаточности кровообращения, дыхательной, почечной недостаточности, пареза ки-

шечника, комы смешанного генеза, то есть терминальной стадии полиорганной недостаточности была констатирована смерть.

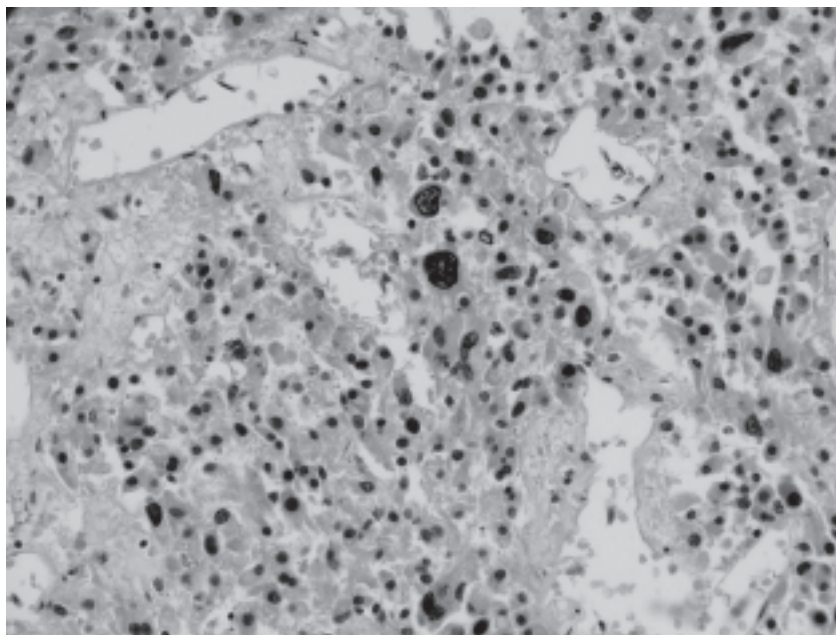
Патологоанатомический диагноз: феохромоцитомы правого надпочечника с прорастанием в капсулу, без метастазов (рис.).

Обсуждение

Особенностью данного случая является поздняя диагностика гиперкортицизма, которая явилась в конечном счете причиной неблагоприятного исхода. Причиной поздней диагностики стали: стремительное прогрессирование гиперкортицизма без типичной клинической картины синдрома Кушинга, длительное преобладание неврологических и кишечных расстройств, в результате чего наличие тяжелого прогрессирующего гиперкортицизма у больной стало очевидным только на основании данных углубленного гормонального исследования, выраженных биохимических, электролитных и других метаболических нарушений, быстрого развития несовместимых с жизнью осложнений.

Было выявлено значительное повышение АКТГ-продукции без верификации очага гиперпродукции (из-за тяжести состояния пациентки). Пациентка не имела фенотипа синдрома Кушинга, что, возможно, связано с быстрым развитием заболевания, кроме того, при АКТГ-эктопическом синдроме он может и не быть ярко выражен [3]. В то же время была обнаружена опухоль надпочечника, феохромоцитомы, которая могла быть источником эктопической АКТГ-продукции [4].

Гемодинамические расстройства могли быть связаны как с интоксикацией, так и с выбросом биологически активных веществ опухолью. Так-



Гистологический препарат феохромоцитомы правого надпочечника (электронная микроскопия)

же нельзя исключить угнетение сосудодвигательного центра на фоне тяжелой энцефалопатии. Кроме того, диарея, периодическая потливость и гипотензия заставляли думать об опухоли АПУД-системы: карциноидном синдроме или ВИПоме неустановленной локализации, диагностика кото-

рых чрезвычайно сложна и недоступна без специального технического оснащения [5].

Заключение. Можно утверждать, что именно поздняя диагностика гиперкортицизма привела к развитию тяжелых, несовместимых с жизнью осложнений и явилась причиной смерти пациентки.

Литература

1. Молашенко Н. В., Юкина М. Ю., Солдатова Т. В., Рогаль Е. А. Объемные образования надпочечников (диагностика и дифференциальная диагностика) // Проблемы эндокринологии. — 2010. — № 1. — С. 48–56.
2. Ворохобина Н. В., Сильницкий П. А., Великанова Л. И. Болезнь и синдром Иценко—Кушинга. — СПб.: СПбМАПО, 2009. — 28 с.
3. Kirk L. F., Hash R. B. Cushing's disease: Clinical manifestations and diagnostic evaluation // Am. Fam. Physician. — 2000. — Vol. 62. — № 5. — P. 1119–1127.
4. Баранов В. Г., Зарипова З. Х. Синдром Иценко—Кушинга / В кн.: Руководство по клинической эндокринологии / Под ред. В. Г. Баранова. — Л.: Медицина, 1977. — С. 299–334.
5. Findling J. W., Raff H. Cushing's syndrome: Important issues in diagnosis and management // The J. of Clinical Endocrinology & Metabolism. — 2006. — Vol. 91. — № 10. — P. 3746–3753.

Авторы:

Шафигуллина Зульфия Рифгатовна — к. м. н., доцент кафедры эндокринологии им. акад. В. Г. Баранова СЗГМУ им. И. И. Мечникова

Петрова Марина Михайловна — научный сотрудник НИИ эндокринологии СЗГМУ им. И. И. Мечникова

Шустов Сергей Борисович — д. м. н., профессор, заведующий отделом клинической эндокринологии НИИ эндокринологии СЗГМУ им. И. И. Мечникова

Ворохобина Наталья Михайловна — д. м. н., проф., заведующий кафедрой эндокринологии им. акад. В. Г. Баранова СЗГМУ им. И. И. Мечникова

Протащик Дина Владимировна — аспирант кафедры эндокринологии им. акад. В. Г. Баранова СЗГМУ им. И. И. Мечникова

Лисицын Александр Александрович — к. м. н., доцент кафедры факультетской хирургии им. И. И. Грекова СЗГМУ им. И. И. Мечникова

Великанова Людмила Иосифовна — д. б. н., заведующий НИЛ хроматографии НИИ эндокринологии СЗГМУ им. И. И. Мечникова

УДК 612.67:06.053

«ФУНДАМЕНТАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ СТАРЕНИЯ. ХРУПКОСТЬ: МОДЕЛИ, МАРКЕРЫ, ФЕНОТИПЫ. РЕЗУЛЬТАТЫ ПРОЕКТА “ХРУСТАЛЬ”». ИТОГИ ВСЕРОССИЙСКОЙ МОЛОДЕЖНОЙ КОНФЕРЕНЦИИ С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ

О. Ю. Кузнецова, Е. В. Фролова, И. А. Яковлев

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

THE RESULTS OF THE ALL-RUSSIAN INTERNATIONAL CONFERENCE «THE FUNDAMENTAL ASPECTS OF AGING. FRAILTY: MODELS, MARKERS, PHENOTYPES. THE RESULTS OF THE “CRYSTAL” PROJECT»

O. Yu. Kuznetsova, E. V. Frolova, I. A. Yakovlev

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

© О. Ю. Кузнецова, Е. В. Фролова, И. А. Яковлев, 2013 г.

В статье представлен краткий обзор докладов всероссийской молодежной конференции с международным участием «Фундаментальные аспекты старения. Хрупкость: модели, маркеры, фенотипы. Результаты проекта “Хрусталь”».

Ключевые слова: гериатрия, хрупкость, общая врачебная практика, комплексная гериатрическая оценка, проект «Хрусталь», школа для преподавателей.

The article presents a brief review of the reports at the All-Russian international conference Fundamental aspects of aging. Frailty: models, markers, phenotypes. The results of the «Crystal» project.

Keywords: geriatrics, frailty, general practice, comprehensive geriatric assessment, the «Crystal» project, teaching school.

В Северо-Западном государственном медицинском университете им. И. И. Мечникова 14 октября 2013 г. прошла Всероссийская молодежная конференция с международным участием, посвященная фундаментальным аспектам старения. Одним из поводов для проведения этого мероприятия стало завершение проекта «Хрусталь», который был реализован в Санкт-Петербурге в рамках сотрудничества СЗГМУ им. И. И. Мечникова и Католического университета Левена (Бельгия). Проект «Хрусталь» стал первым в России эпидемиологическим исследованием, посвященным функциональному статусу и здоровью пожилых из неорганизованной популяции. Конференция проведена на средства гранта Российского фонда фундаментальных исследований 13-04-06852, полученного Северо-Западным государственным медицинским университетом им. И. И. Мечникова.

Открыл конференцию проректор по науке и международной деятельности д. м. н. А. В. Силин, который в своем приветствии подчеркнул важность международной кооперации при решении различных научных проблем. С докладами, посвященными фундаментальным проблемам старения и возможным путям продления челове-

ской жизни, выступили известные российские специалисты. Член-корреспондент РАН профессор В. Н. Анисимов остановился на анализе взаимосвязи светового загрязнения со старением и раком. Член-корреспондент РАМН профессор В. Х. Хавинсон познакомил аудиторию с перспективами применения пептидных биорегуляторов для увеличения ресурса жизнедеятельности организма. В докладе профессора Католического университета Левена (Бельгия) Я.-М. Дегриза, являющегося руководителем исследования «Хрусталь» с бельгийской стороны, была освещена сущность концепции хрупкости. Молодой ученый из Университета Левена Вим Адриансен представил исследование о роли реактивированной или хронической цитомегаловирусной инфекции в иммунном ответе у пожилых.

Конференция включала не только пленарные, но и секционные заседания, что позволило делегатам активно участвовать в интересных для них секциях, обсуждать доклады.

В сообщении, представленном на секции «Механизмы старения и канцерогенез», специалист из Бельгии Вим Адриансен обратил внимание аудитории на наличие гуморальных и клеточных индикаторов недостаточности иммунной системы,



Фото 1. Открытие конференции. Приветственное слово проректора по научной работе А. В. Силина (слева направо: А. В. Силин, О. Ю. Кузнецова, В. Х. Хавинсон, В. Н. Анисимов)

их взаимодействие и связи с вакцинальным ответом. Работа секции «Хрупкость: маркеры, модели, фенотипы» под председательством профессора Е. В. Фроловой и профессора Я.-М. Дегриза началась с интересного доклада сотрудника Университета Левена Берта Вайеса, отметившего важную роль новых биомаркеров в выявлении и мониторинге миокардиальной дисфункции у пожилых. Гость из Полоцка (Беларусь) А. Н. Ильницкий рассказал о современном воззрении на патогенез старческой астении, а его коллега Н. В. Медведев из Курска рассмотрел возраст-ассоциированную саркопению как маркер инволютивной хрупкости, а также предиктор миокардиальной дисфункции при старении. Работа секции завершилась докладом исследователя из Университета Левена Гиса ван Поттельберга, который заявил о необходимости новых подходов к оценке ренальной функции у пожилых и заинтересовал участников конференции новым методом измерения скорости клубочковой фильтрации, основанным на измерении уровня йогексола в моче.

Профессор Е. В. Фролова в докладе о российской популяции пожилых, ее основных пробле-



Фото 3. Сотрудник Левенского католического университета (Бельгия) Б. Вайес представляет свое научное исследование



Фото 2. Иностранные гости из Левенского католического университета, Бельгия (второй ряд, слева направо: Я. М. Дегриз, Б. Вайес, Г. Ван Поттельберг, В. Адриансен)

мах и вариантах старения подвела итоги проекта «Хрусталь». Практическим результатом исследования стали не только завершённые научно-исследовательские работы аспирантов кафедры семейной медицины, но и разработка обучающего курса по комплексной гериатрической оценке пациентов, а также подготовка и издание методических рекомендаций на эту тему, что облегчит внедрение новых подходов к ведению пожилых пациентов в условиях общей врачебной практики. С докладами по различным аспектам изучения здоровья пожилых пациентов выступили аспиранты кафедры семейной медицины Д. Н. Зеленуха и П. Д. Таджибаев, а также врач А. В. Турушева. Каждый из докладов был по-своему интересен и привлек внимание участников конференции.

15 октября была открыта Школа для преподавателей, посвященная современным принципам и инновациям в преподавании гериатрии. С приветственным словом выступила Генеральный консул Королевства Бельгия г-жа М. Л. Ванхерк. Она поздравила всех участников с проведением масштабного научного мероприятия, выразила благодарность за проведенную работу по его подготовке и



Фото 4. Групповой портрет: наиболее активные участники конференции с зарубежными гостями

пожелала успехов участникам в проведении международных исследований и реализации обучающих программ в дальнейшем. Профессор кафедры геронтологии и гериатрии д. м. н. Л. П. Хорошина поделилась своим опытом в области внедрения инновационных подходов в преподавании гериатрии как терапевтической специальности. Декан факультета сестринского образования СЗГМУ им. И. И. Мечникова Е. Г. Зоткин подчеркнул важность подготовки медицинских сестер по специальности «Гериатрия» и рассказал о перспективах развития этого направления.

Интенсивная работа в малых группах показала возможности обучения гериатрии с использованием комплексного холистического подхода к пожилому пациенту. Профессор Я.-М. Дегриз подробнее рассказал о комплексной гериатрической оценке и продемонстрировал мобильное приложение для ее проведения, чем особенно заинтересовал молодых участников конференции. Активно прошли обсуждения и на тему «От ориентации на болезнь к модели “прицельного наблюдения и ведения” пожилого человека». В рамках работы в группе «Близкие контакты третьего рода» также представилось важным обсудить и такое понятие как «эйджизм» (от aging — старение), которое отражает определенную дискриминацию пожилых людей, чему в современном российском

обществе уделяется недостаточно внимания. Этот этап конференции завершился выступлениями представителей от каждой группы, которые поделились своими впечатлениями и подвели итоги работы, подчеркнув важность взаимосвязи многих подходов к решению проблемы здоровья пожилых пациентов — от психологии до современных высокотехнологичных методов диагностики.

Доклады участников конференции показали актуальность обсуждаемой проблемы, учитывая, что в ближайшие годы доля населения пожилого возраста будет увеличиваться. Все пришли к общему мнению, что в лечении пожилого человека необходим комплексный подход, так как для них характерна полиморбидность, а лечение каждого заболевания в отдельности не улучшит качества жизни пациента. Учитывая, что проведение комплексной гериатрической оценки в условиях работы врача общей практики может быть затруднено из-за его большой нагрузки, данный метод может найти широкое применение у специалистов-гериатров.

Возможно, в дальнейшем русскоязычная электронная версия программы комплексной оценки станет составной частью электронной амбулаторной карты и пациентов врача общей практики, что позволит повысить качество оказания помощи пожилым больным.

Авторы:

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

Фролова Елена Владимировна — д. м. н., профессор кафедры семейной медицины ГБОУ ВПО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова» Минздрава России

Яковлев Иван Антонович — клинический ординатор кафедры семейной медицины ГБОУ ВПО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова» Минздрава России

ХРОНИКА СОБЫТИЙ: СОВЕЩАНИЕ НАЦИОНАЛЬНЫХ ПРЕДСТАВИТЕЛЕЙ ЕВРОПЕЙСКОЙ АКАДЕМИИ ПРЕПОДАВАТЕЛЕЙ СЕМЕЙНОЙ МЕДИЦИНЫ

Е. В. Фролова

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

CHRONICLE OF EURACT

E. V. Frolova

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

© Е. В. Фролова, 2013 г.

Очередное осеннее заседание Совета представителей стран Европы, входящих в Европейскую академию преподавателей семейной медицины (ЕВРАКТ), состоялось в столице Албании Тиране и проходило с 3 по 6 октября 2013 г.

Работа членов Совета, как всегда, началась с сессии, где были представлены новые члены Совета. Отмечено отсутствие некоторых стран в Академии — несмотря на приглашения, уже три заседания пропустила Белоруссия, не представлены после новых выборов Кипр, Исландия, Украина, Франция.

В первый день состоялись заседания комитетов, где обсуждались новые идеи и планы развития деятельности. Комитет по непрерывному профессиональному развитию, членом которого является автор, посвятил свое заседание разработке идеи использования метода «портфолио» в непрерывном профессиональном развитии. Члены комитета подготовили обзор литературы по теме и представили на конгрессе WONCA 2013 в Праге семинар для делегатов. Семинар был встречен с огромным энтузиазмом, его посетило несколько десятков участников. По материалам обзора и семинара решено подготовить публикацию в журнал «Семейная медицина» («Family practice journal»). Следующий этап работы по этой теме — изучение возможности и сбор научных доказательств по использованию электронных портфолио, преимущества и недостатки метода. Началом этой работы стало размещение на сайте EURACT различных примеров электронных портфолио. Мы представили на сайт пример электронного портфолио, разработанного клиническим ординатором кафедры семейной медицины Е. Ю. Тур. Еще одна идея — подготовить обзор различных способов обучения, используемых в непрерывном профессиональном развитии, этот проект предложила выполнить автор статьи.

Важность научных исследований в общей врачебной практике неоспорима. Как правильно их

организовать? Какие темы наиболее важны и актуальны? Какие методы следует использовать в исследованиях, посвященных обучению? Что рекомендует современная наука, какие публикации имеются по этой теме? Все эти вопросы обсуждались на заседании рабочей группы «Научные исследования в образовании». По результатам заседания рабочей группы подготовлен пресс-релиз, размещенный на страничке виртуального клуба, где общаются члены рабочей группы.

И снова обсуждались идеи членов ЕВРАКТ о будущем, о развитии этой организации. Итогом многолетней работы стал подготовленный несколькими членами, в том числе нашим партнером профессором Я.-М. Дегризом, проект документа по оценке не только компетенций врача общей практики, но и того, что он выполняет на практике, — performance assessment. Этот документ должен стать частью единых требований к сертификации врача общей практики в Европе. Мобильность членов медицинского сообщества стала очень высокой, врачи из разных стран находят рабочие места в других странах Европейского союза, этот процесс не прекращается. Вот почему так важно соблюдать единые правила подготовки и оценки врача общей практики.

Важность развития Академии в русле современных представлений об обмене информацией, мобильности потребовала создания новой рабочей группы, которая занялась сбором идей о новых проектах, новых мероприятиях, возможностях заинтересовать молодых членов ЕВРАКТ активной деятельностью.

Так, в апреле был запущен новый проект «Спроси эксперта». Сущность его заключается в том, что в течение месяца один из членов Совета принимает вопросы от членов ЕВРАКТ, относящиеся к сфере его экспертной подготовки: организация исследований, организация обучения, до- и последипломная подготовка, поиск грантов и фондов для обучения, возможности академических обменов

и т. д. Проект был достаточно популярен — несколько обращений зарегистрировано по поводу особенностей обучения семейной медицине в разных странах. Был задан вопрос, например, как мотивировать к деятельности семейного врача. Что ж, медицина интернациональна, люди в разных странах имеют похожие проблемы. И если кто-то знает ответ на трудные вопросы, почему бы не воспользоваться этой поддержкой?

Два дня заседаний, обмена идеями, разработки новых концепций развития прошли незаметно. Удалось познакомиться и с достопримечательностями такой закрытой в прошлом страны, как Албания.

Нужно сказать, что если бы не средиземноморская растительность, то сходство с провинциальными российскими городами эпохи 90-х было бы разительным, вплоть до уличной моды. Говорят,

что Албания — это страна, где «паста встречается с пахлавой», т. е. страна, испытавшая влияние соседних Турции и Италии за много лет истории, завоеваний, смены властителей. Нынешняя бедность заставила почти полмиллиона ее граждан эмигрировать. Интересно, что многие говорят о происхождении здравоохранения Албании из модели Семашко. Но никто не мог ответить на вопрос представителя Дании, что такое Семашко. Пришлось объяснить европейцам, что это фамилия наркома здравоохранения, а модель Семашко — это советская модель здравоохранения...

К следующему Совету, который состоится в апреле, необходимо подготовить «домашнее задание» — обзор литературы, новый проект, рецензию на статью. Вся эта работа способствует развитию семейной медицины, поэтому на нее не жалко сил и времени!

Автор

Фролова Елена Владимировна, д. м. н., профессор кафедры семейной медицины СЗГМУ им. И. И. Мечникова, национальный представитель Европейской академии преподавателей семейной медицины.

Адрес для контактов: efrolovamd@yandex.ru

THE ROLE OF NEW BIOMARKERS IN THE DIAGNOSIS AND MONITORING OF CARDIAC DYSFUNCTION AND HEART FAILURE IN THE ELDERLY: TIME FOR A PARADIGM SHIFT?

B. Vaes, Université Catholique Louvain, Brussels, Belgium

© B. Vaes, 2013

In the next several decades, the proportion of very old people living in industrialised countries will increase dramatically. People aged 80 and older are the fastest growing age segment in the Western world, and their numbers will peak by 2050. Furthermore, improved survival following acute cardiac events has led to an increased prevalence of cardiac dysfunction, especially in the old. Currently, there is growing evidence of the progression from risk factors to asymptomatic cardiac dysfunction and eventually symptomatic heart failure and death. Therefore, timely identification of cardiac dysfunction is important because early treatment could delay the onset of overt heart failure.

As multiple comorbidities are present, typical symptoms of heart failure, such as dyspnoea, fatigue or peripheral oedema, are very prevalent in old patients and show little specificity for cardiac dysfunction. The recognition of cardiac dysfunction and heart failure, particularly in the early stages, may be hindered by the lack of diagnostically accurate signs and symptoms. Furthermore, the limited availability of echocardiography outside of hospitals increases the likelihood of a considerable number of misdiagnoses.

Natriuretic peptides and electrocardiograms (ECG) have been generally accepted as valuable tools for the diagnosis of heart failure. Moreover, their mainly exclusionary characteristics have also been demonstrated in unselected, elderly populations for detecting cardiac dysfunction. However, previous studies calculated the diagnostic characteristics of a single natriuretic peptide or ECG test as though the diagnostic procedure was a univariable activity and previous clinical knowledge had no clinical impact. Studies that estimate the added value of natriuretic peptides and ECG in addition to medical history and clinical examination, which is representative of current clinical practice, remain scarce.

The aim of presentation on the conference is demonstration of the results of his own research as the principle investigator of the BELFRAIL study, a large observational population-based cohort of 567 subjects aged 80 and older. Furthermore, he will compare the BELFRAIL results with the existing evidence on the added value of natriuretic peptides for the diagnosis of cardiac dysfunction and heart failure in the oldest old.

LONG-TERM EFFECTS OF CYTOMEGALOVIRUS IN THE ELDERLY

W. Adriaensen

Université Catholique de Louvain (UCL), Brussels, Belgium; Katholieke Universiteit Leuven (KU), Leuven, Belgium

© W. Adriaensen, 2013

Cytomegalovirus has worldwide high prevalence rates between 40–100%. Prevalence rates depend on socio-economic status, gender and age. CMV stays latent in the body and might reactivate after a superinfection, periods of stress, immunodeficiency, etc. Infection is usually asymptomatic in healthy people, but can be detrimental in pregnant mothers, new-borns and in immunocompromised situations. Likewise many other infectious agents, in recent years CMV has emerged as an important long-term determinant in the development of many chronic diseases in immunocompetent hosts. CMV is implicated in the aetiology of various chronic conditions such as atherosclerosis and cardiovascular or all-cause mortality. Even more, CMV has been implied in the development of cancer, inflammatory bowel diseases, frailty, physical and cognitive impairment

in elderly. However, this association seems to disappear in the very elderly. Our findings suggest, that CMV reactivation in the oldest old may be frequently present in this age-category and that many among the oldest old represent a phenotype that is less susceptible for the detrimental effects of CMV because of their capacity to strongly control the infection and thereby preventing reactivation and exerting harm. The mechanisms behind these associations are not fully understood but it is believed that CMV may contribute to the chronic inflammatory state underlying most chronic diseases as a result of periodic re-activations. It remains unclear why CMV alone as such a profound impact, and not other herpes viruses. It might be due to its abundant presence in the body and efficient interaction with immune cells.

IMMUNOSENESCENCE — RESULTS FROM THE BELFRAIL AND INCIVAR STUDY

W. Adriaensen

Université Catholique de Louvain (UCL), Brussels, Belgium; Katholieke Universiteit Leuven (KUL), Leuven, Belgium

© W. Adriaensen, 2013

Immunosenescence or aging of the immune system is known to contribute to morbidity and mortality in the elderly. While all components of innate and adaptive immunity are changed with age, the clinical impact of these changes is not clear, and mechanisms of and markers for immunosenescence are controversial. Immunosenescence has 2 large hallmarks, namely a T-cell senescence and inflammaging or low-grade chronic systemic inflammation. This inflammaging seems to underlie most of the age-related diseases and seems to be related to mortality of all causes in older persons. Result from the BELFRAIL study demonstrated that IL-6 was the most robust marker in the association with mortality, global functional impairment and global functional decline. Elevated serum inflammatory markers could maybe summarize global functional burden, because inflammation may be a common underlying cause of physical and mental impair-

ment or have a final common pathway. The T-cell senescence is primarily seen in the CD8+ T-cell subset, in which memory/effector T-cells fill up the immunological space with age, because of their telomere shortening and resistance to apoptosis leading to shrinkage of the T-cell repertoire. We studied the relation between the CD4: 8 ratio and functional impairment. In the elderly, a total of 7,2% had an inverted CD4/CD8 ratio, which was significantly associated with CMV infection. But one third of the BELFRAIL elderly had a ratio > 5 and a significantly dominated naive T-cell CD4 and CD8 T-cell compartment. Only the latter appeared to be associated with impaired physical functioning when infected with CMV in the very elderly. Also, one of the known consequences of immunosenescence is a decreased response to influenza vaccination. Protective antibody measures are only reached in 17–53% in persons aged >65 years.

ASSESSING RENAL FUNCTION IN THE ELDERLY

G. Van Pottelbergh, Katholieke Universiteit Leuven (KUL), Leuven, Belgium

© G. Van Pottelbergh, 2013

Background of this thesis. Belgium and many other western countries face a grey epidemic. This double grey epidemic will have a large effect on the healthcare system since these older persons often suffer from are often having multiple chronic diseases. Chronic kidney disease (CKD) is one of these chronic diseases that are highly prevalent in older persons since approximately 1 out of 2 persons aged 75 or older meets the criteria of the definition of CKD (glomerular filtration rate — eGFR < 60 ml/min).

Focus and aims. Our research focuses on CKD in older persons (defined as aged 65 and older) and more specific on the assessment of the kidney function. The aim is to search for a reliable method to measure or estimate the renal function in older persons.

Study designs and analyses performed. We started in 2009 with a systematic literature search regarding the validation of GFR estimating equations in older persons. Later the differences on individual patient level in GFR estimated by different equations were analyzed using the data of the BELFRAIL

study. In an experimental the exact GFR in older persons was measured using a reference standard test based on the analysis of iohexol decline curves and this GFR was compared with different estimated GFR's. In the final part of this presentation we describe the protocol of a new ongoing study, the Belgian Iohexol Study.

Major findings so far. In older individuals, major differences are found when the GFR estimated by different equations is compared. Major differences in GFR's were also found when the GFR measured by an iohexol-based reference standard is compared to with eGFR values calculated by different equations. We have shown that the differences between the GFR measured by the reference standard method using iohexol and the different old and new equations proposed to estimate the GFR are a lot higher in older persons compared to the original validation studies of these equations. The reference standard method to measure the true GFR using iohexol can be used in ambulatory clinical practice, but needs simplification to improve its feasibility.

**«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 14.01.2014 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



Реклама

Подгузники-трусы ТЕНА Пантс

Комфорт и свобода движения, как при использовании обычного белья



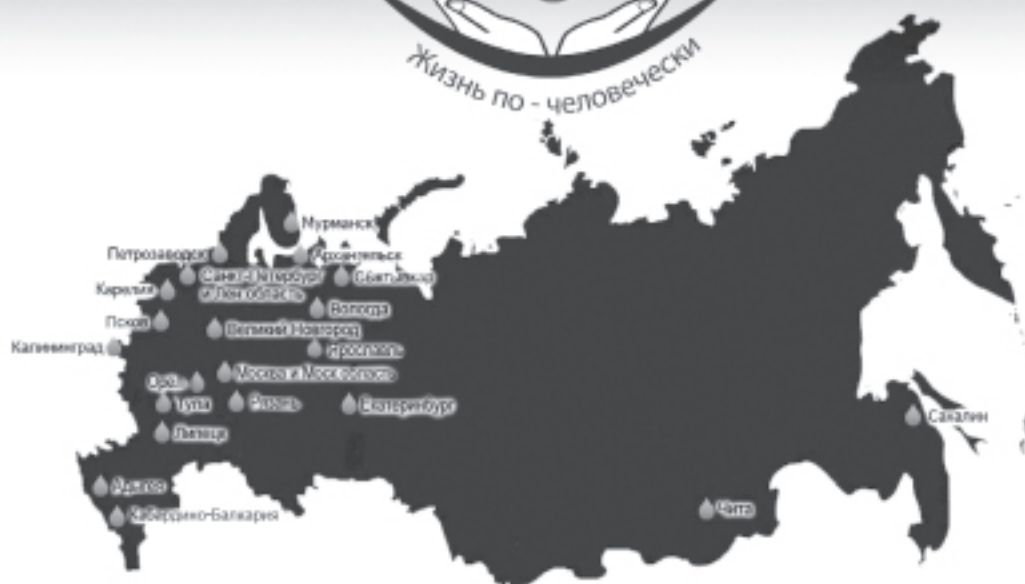
www.TENA.ru



ТЕНА Пантс
Нормал

ТЕНА Пантс
Плюс

* Международный форум «Старшее поколение – 2013» состоялся 27-30 марта 2013 г. в г. Санкт-Петербурге. Его цель – привлечь внимание общественности к актуальным вопросам помощи людям, достигшим пожилого возраста. Компания ООО «ЭсСиЭй Хайджин Продакт Раша», представившая продукцию торговой марки ТЕНА, стала призером конкурса «Лучший производитель товаров и услуг для пожилых людей», проведенного в рамках данного форума.



Медицинская техника
Одноразовые пеленки
Подгузники для взрослых
Подгузники для детей
Урологические прокладки
Противопролежневые матрасы
Средства для уборки
Массаж и гимнастика
(гимнастические мячи, массажеры,
масло для массажа)
Уход за телом
(косметика Тера, масла
и крема других фирм)
Средства поддержки
(ходунки, трости, костыли,
кресла-коляски,
кресла-стулья с санитарным
оснащением)

интернет-магазин
www.amk-russia.ru

САНКТ-ПЕТЕРБУРГ и Ленинградская область
пр.Новоизмайловский д.22 к.2
ул. Академика Байкова, д.25 к.1
(поликлиника 112, 1-й этаж)
ул. Балтийская, д.12 к.2
Косая линия, д.5
(МСЧ №3, 1 этаж, вход с торца здания)
пр. Энергетиков, д.19
(БЦ "Стройхаус" 1-й этаж оф.111)
пр. Удельный, д.35
Сестрорецк, ул. Борисова, д.9
(больница №40)
МОСКВА (Московская область)
ул. Южнопортовая, д.21, стр.20
НОВОМОСКОВСК
ул. Мира, д.14
АРХАНГЕЛЬСК
ул. Северодвинская, д.63, оф.1
СЕВЕРОДВИНСК (Архангельская область)
ул. Южная, д.134, оф.14
ЛИПЕЦК (Липецкая область)
Бульвар Есенина, д.5
(ортопедический салон "Здоровье")

телефон
(812) 655-04-55