

РОССИЙСКИЙ СЕМЕЙНЫЙ ВРАЧ

МЕДИЦИНСКИЙ НАУЧНО-
ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

Учредитель

ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет
им. И. И. Мечникова» Минздрава России

Главный редактор:

О. Ю. Кузнецова, профессор д-р мед. наук,
ФГБОУ ВО «СЗГМУ им. И.И. Мечникова»
Минздрава России (Санкт-Петербург, Россия)

Заместитель главного редактора:

Н. Н. Гурин, профессор д-р мед. наук,
ФГБОУ ВО «СЗГМУ им. И.И. Мечникова»
Минздрава России (Санкт-Петербург, Россия)

Редакционная коллегия:

В. П. Алферов, профессор д-р мед. наук,
ФГБОУ ВО «СЗГМУ им. И.И. Мечникова»
Минздрава России (Санкт-Петербург, Россия)

К. В. Логунов, профессор д-р мед. наук,
ФГБОУ ВО «СЗГМУ им. И.И. Мечникова»
Минздрава России, (Санкт-Петербург, Россия)

В. П. Медведев, профессор д-р мед. наук,
ФГБОУ ВО «СЗГМУ им. И.И. Мечникова»
Минздрава России (Санкт-Петербург, Россия)

В. Н. Петров, профессор д-р мед. наук,
ФГБОУ ВО «СЗГМУ им. И.И. Мечникова»
Минздрава России (Санкт-Петербург, Россия)

С. Л. Плавинский, д-р мед. наук,
ФГБОУ ВО «СЗГМУ им. И.И. Мечникова»
Минздрава России (Санкт-Петербург, Россия)

Ф. П. Романюк, профессор д-р мед. наук,
ФГБОУ ВО «СЗГМУ им. И.И. Мечникова»
Минздрава России (Санкт-Петербург, Россия)

Е. В. Фролова, профессор д-р мед. наук,
ФГБОУ ВО «СЗГМУ им. И.И. Мечникова»
Минздрава России (Санкт-Петербург, Россия)

Е. Ф. Онищенко, д-р мед. наук,
ФГБОУ ВО «СЗГМУ им. И.И. Мечникова»
Минздрава России (Санкт-Петербург, Россия)

И. Е. Моисеева, доцент канд. мед. наук,
ФГБОУ ВО «СЗГМУ им. И.И. Мечникова»
Минздрава России (Санкт-Петербург, Россия)

А. Л. Шишков, доцент канд. мед. наук,
ФГБОУ ВО «СЗГМУ им. И.И. Мечникова»
Минздрава России (Санкт-Петербург, Россия)

Индексация:

РИНЦ (eLibrary.ru),
Google Scholar
Ulrich's Periodical Directory
WorldCat

Информация о журнале размещается в Реферативном журнале

Адрес редакции:

194291, Санкт-Петербург, пр. Просвещения, д. 45
ФГБОУ ВО «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

Редакционный совет:

И. Н. Денисов, академик РАН профессор д-р
мед. наук, ГБОУ ВПО «Первый Московский
государственный медицинский университет
имени И.М. Сеченова» Минздрава России
(Москва, Россия) – председатель

В. И. Мазуров, академик РАН заслуженный
деятель науки РФ профессор д-р мед. наук
ФГБОУ ВО «СЗГМУ им. И.И. Мечникова»
Минздрава России (Санкт-Петербург, Россия)

Б. В. Агафонов, профессор д-р мед. наук, ГБУЗ
Московской области «Московский областной
научно-исследовательский клинический институт
им. М.Ф. Владимирского» (Москва, Россия)

О. М. Лесняк, профессор д-р мед. наук,
ФГБОУ ВО «СЗГМУ им. И.И. Мечникова»
Минздрава России (Санкт-Петербург, Россия);
ФГБОУ ВО «Уральский государственный
медицинский университет» Минздрава России,
(Екатеринбург, Россия)

А. А. Абдуллаев, профессор д-р мед. наук,
ГБОУ ВПО «Дагестанская государственная
медицинская академия» Минздрава России
(Махачкала, Россия)

Л. Соусгейт, профессор д-р философии,
Европейская комиссия по оценке знаний
в области медицины, Королевский
колледж врачей общей практики (Лондон,
Великобритания)

П. Тун, д-р философии, Королевский колледж
врачей общей практики (Лондон, Великобритания)

П. Мак-Крори, профессор д-р философии,
Университет Св. Георгия (Лондон,
Великобритания)

Д. Джогерст, профессор д-р философии,
Университет Айовы (Айова-Сити, США)

Э. Свонсон, профессор д-р философии,
Университет Айовы (Айова-Сити, США)

Редактор:

В. П. Медведев, профессор д-р мед. наук,
ФГБОУ ВО «СЗГМУ им. И.И. Мечникова»
Минздрава России (Санкт-Петербург, Россия)

Ответственный секретарь:

И. Е. Моисеева, доцент канд. мед. наук,
ФГБОУ ВО «СЗГМУ им. И.И. Мечникова»
Минздрава России (Санкт-Петербург, Россия)

Том 21

2 — 2017

ВЫПУСКАЕТСЯ
ЕЖЕКВАРТАЛЬНО

Russian Family Doctor

MEDICAL SCIENTIFIC
AND PRACTICAL JOURNAL

Founders

North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov

Chief editor:

O.Yu. Kuznetsova professor DSc
North-Western State Medical University
named after I.I. Mechnikov, St Petersburg, Russia

Deputy chief editor:

N.N. Gurin professor DSc
North-Western State Medical University
named after I.I. Mechnikov, St Petersburg, Russia

Editorial Board:

V.P. Alfeyorov professor
North-Western State Medical University
named after I.I. Mechnikov, St Petersburg, Russia
K.V. Logunov professor DSc
North-Western State Medical University
named after I.I. Mechnikov, St Petersburg, Russia
V.P. Medvedev professor DSc
North-Western State Medical University
named after I.I. Mechnikov, St Petersburg, Russia
V.N. Petrov professor DSc
North-Western State Medical University
named after I.I. Mechnikov, St Petersburg, Russia
S.L. Plavinskij DSc
North-Western State Medical University
named after I.I. Mechnikov, St Petersburg, Russia
F.P. Romanyuk professor DSc
North-Western State Medical University
named after I.I. Mechnikov, St Petersburg, Russia
E.V. Frolova professor DSc
North-Western State Medical University
named after I.I. Mechnikov, St Petersburg, Russia
E.F. Onischenko DSc
North-Western State Medical University
named after I.I. Mechnikov, St Petersburg, Russia
I.E. Moiseeva associate professor CSc
North-Western State Medical University named after
I.I. Mechnikov, St Petersburg, Russia
A.L. Shishkov associate professor CSc
North-Western State Medical University
named after I.I. Mechnikov, St Petersburg, Russia

INDEXATION

- Russian Science Citation Index (eLibrary.ru)
- Google Scholar
- Ulrich's Periodical Directory
- WorldCat

Information about the journal is posted in Abstract journal

Principal Contact:

Executive Secretary
North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov
Prosvescheniya prospekt, 45, 194291 Saint Petersburg, Russia
Phone: +7(812)5989320, 5985222, e-mail: fammedmapo@yandex.ru

Subscription index in the catalog «Rospechat» 29950

Editorial Council:

I.N. Denisov academician of Russian Academy of Sciences, professor DSc
I.M. Sechenov First Moscow State Medical University, Moscow, Russia – chairman
V.I. Mazurov academician of Russian Academy of Sciences, honored scientist of the Russian Federation, professor DSc
North-Western State Medical University
named after I.I. Mechnikov, St Petersburg, Russia
B.V. Agafonov professor DSc
Moscow Regional Research and Clinical Institute, Moscow, Russia
O.M. Lesnyak professor DSc
North-Western State Medical University
named after I.I. Mechnikov, St Petersburg, Russia;
Ural State Medical University, Ekaterinburg, Russia
A.A. Abdullaev professor DSc
Dagestan State Medical Academy, Makhachkala, Russia
Dame L. Southgate professor,
European Board of Medical Assessors, St George's, University of London, London, UK
P. Toon professor PhD
Royal College of General Practitioners, London, UK
P. McCourie professor PhD
St George's, University of London, London, UK
G. Jogerst professor PhD
University of Iowa, Iowa, USA
E. Swanson professor PhD
University of Iowa, Iowa, USA

Editor:

V.P. Medvedev professor DSc
North-Western State Medical University named
after I.I. Mechnikov, St Petersburg, Russia

Executive Secretary:

I.E. Moiseeva associate professor CSc
North-Western State Medical University named after
I.I. Mechnikov, St Petersburg, Russia

Volume 21
2 — 2017
QUARTERLY JOURNAL



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

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

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

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

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

Оригинальная статья

ОСОБЕННОСТИ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ
ПАЦИЕНТАМ С ДЕМЕНЦИЕЙ

О.Ю. Кузнецова, И.Е. Моисеева 5

Лекция

ГЕРПЕСВИРУСНЫЕ ИНФЕКЦИИ, ВЫЗЫВАЕМЫЕ
НЕЙРОТЕГМЕНТАЛЬНОТРОПНЫМИ ВИРУСАМИ
(HSV-I, II И VZV). ЧАСТЬ II

В.А. Неверов, В.В. Васильев, Т.П. Демиденко 13

Случай из практики

КОМПЛЕКСНОЕ ВЕДЕНИЕ ПАЦИЕНТА
С СОЧЕТАННОЙ ПАТОЛОГИЕЙ
В УСЛОВИЯХ ГЕРИАТРИЧЕСКОГО ЦЕНТРА

Т.В. Харитоновна, А.Н. Юрганова 22

Хроника

ХРОНИКИ СЕМЕЙНОЙ МЕДИЦИНЫ:
ВЗГЛЯД ИЗ АЙОВЫ (США)

Г.В. Киселева, Е.Г. Букия 27

Original article

FEATURES OF PALLIATIVE CARE
FOR PATIENTS WITH DEMENTIA

O.Yu. Kuznetsova, I.E. Moiseeva 5

Lecture

HERPES VIRUS INFECTIONS CAUSED
BY NEURO- AND INTEGUMENT-TROPIC
VIRUSES (HSV-I,II И VZV). PART II

V.A. Neverov, V.V. Vasiliev, T.P. Demidenko 13

Clinical case

COMPLEX MEDICAL CARE
OF THE PATIENT WITH COMORBIDITY
IN GERIATRIC CENTER

T.V. Haritonova, A.N. Yurganova 22

Chronicle

CHRONICLE OF FAMILY MEDICINE:
VIEW FROM IOWA CITY (USA)

G.V. Kiseleva, E.G. Bukia 27

ОСОБЕННОСТИ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ДЕМЕНЦИЕЙ

О.Ю. Кузнецова, И.Е. Моисеева

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

© О.Ю. Кузнецова, И.Е. Моисеева, 2017

В статье представлены некоторые особенности оказания паллиативной помощи пациентам пожилого и старческого возраста с деменцией. Рассматриваются типы и цели паллиативной помощи пациентам с когнитивными нарушениями, принципы планирования паллиативной помощи, особенности питания пациентов с деменцией, вопросы оценки болевого синдрома и лечения сопутствующих заболеваний у пациентов с деменцией.

Ключевые слова: паллиативная помощь, деменция, пожилой и старческий возраст.

FEATURES OF PALLIATIVE CARE FOR PATIENTS WITH DEMENTIA

O.Yu. Kuznetsova, I.E. Moiseeva

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

The article presents some features of palliative care for elderly and senile patients with dementia. The types and purposes of palliative care for patients with cognitive impairment, the principles of planning of palliative care, the features of nutrition of patients with dementia, the issues of assessing the pain syndrome and the treatment of co-morbidities in patients with dementia are considered.

Keywords: palliative care, dementia, elderly and senile age.

Введение

Согласно определению Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) паллиативная медицинская помощь — это подход, целью которого является улучшение качества жизни пациентов, столкнувшихся с проблемами, связанными с опасным для жизни заболеванием, и членов их семей путем предотвращения и облегчения страданий за счет раннего выявления, тщательной оценки и лечения боли и других тягостных физических симптомов, а также оказания психосоциальной и духовной поддержки [1, 2].

По оценкам ВОЗ, ежегодно около 20 млн человек в мире нуждаются в оказании паллиативной медицинской помощи в конце жизни, при этом 69 % из них — люди старше 60 лет [3]. Потребность в паллиативной помощи растет в связи с глобальным постарением населения и с ростом распространенности хронических заболеваний во всем мире.

Паллиативная помощь должна оказываться не только пациентам со злокачественными новообразованиями. В ней также нуждаются больные, страдающие хроническими заболеваниями в далеко зашедшей стадии, когда все средства специализированной медицинской по-

мощи исчерпаны. К ним относятся ряд сердечно-сосудистых заболеваний, болезни легких, печени, почек, опорно-двигательного аппарата, неврологические заболевания, а также деменция, распространенность которой возрастает во всем мире. Потребность в паллиативной помощи возникает и у пациентов с ВИЧ-инфекцией, которым своевременно не была назначена анти-вирусная терапия, а также у больных с лекарственно устойчивыми формами туберкулеза.

Показания к оказанию паллиативной помощи определены соответствующим порядком, утвержденным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 14.04.2015 № 187н, в котором указано, что этот вид медицинской помощи оказывается пациентам с неизлечимыми прогрессирующими заболеваниями и состояниями, среди которых выделяют следующие основные группы пациентов [4]:

- с различными формами злокачественных новообразований;
- с органной недостаточностью в стадии декомпенсации при невозможности достичь ремиссии заболевания или стабилизации состояния;

- с хроническими прогрессирующими заболеваниями терапевтического профиля в терминальной стадии развития;
- с тяжелыми необратимыми последствиями нарушений мозгового кровообращения, нуждающиеся в симптоматическом лечении и в обеспечении ухода при оказании медицинской помощи;
- с тяжелыми необратимыми последствиями травм, нуждающиеся в симптоматическом лечении и в обеспечении ухода при оказании медицинской помощи;
- с дегенеративными заболеваниями нервной системы на поздних стадиях развития заболевания;
- с различными формами деменции, в том числе с болезнью Альцгеймера, в терминальной стадии заболевания.

Порядок оказания паллиативной помощи больным с ВИЧ-инфекцией регламентируется приказом Минздравсоцразвития России от 17.09.2007 № 610.

По данным ВОЗ, большинство взрослых пациентов, нуждающихся в оказании паллиативной помощи, страдают от сердечно-сосудистых (38,5 %) и онкологических (34 %) заболеваний, а также от хронических респираторных заболеваний (10,3 %), ВИЧ/СПИДа (5,7 %) и сахарного диабета (4,6 %).

У большинства пациентов пожилого и старческого возраста высока потребность в паллиативной медицинской помощи, причем 30–50 % лиц этой возрастной группы имеют более 2–3 хронических заболеваний, которые оказывают совокупное негативное воздействие на их состояние, функциональную активность и качество жизни.

Возрастные особенности, наличие сопутствующих хронических заболеваний, многочисленные функциональные нарушения у пациентов пожилого и старческого возраста — все это определяет необходимость соблюдения принципов мультидисциплинарного подхода, лежащего в основе оказания паллиативной помощи и подразумевающего участие различных специалистов. Состав мультидисциплинарной команды зависит от многочисленных факторов, к числу которых относятся характер заболевания, индивидуальные особенности пациента, а также цели и объем оказываемой помощи и тот уровень, на котором она реализуется [4].

Одним из состояний, требующих оказания паллиативной медицинской помощи в пожилом и старческом возрасте, является деменция.

Деменция — часто встречающееся состояние у пациентов пожилого и старческого возраста, характеризующееся нарушением высших мозговых функций, значительным ослаблением интеллектуальных способностей, нарушения-

ми памяти, ориентации, способности к обучению [5]. Около 35,6 млн людей во всем мире в 2010 г. страдали деменцией, и, по прогнозам, можно ожидать увеличения этого числа в 2 раза к 2030 г. [6]. Смертность пациентов с деменцией увеличивается с возрастом: по некоторым данным, 6 % людей в возрасте 65–69 лет страдает деменцией на момент смерти, а в возрасте 95 лет и старше этот показатель составляет 58 % и более [7]. Наиболее частой причиной деменции является болезнь Альцгеймера.

Деменция может приводить к сокращению продолжительности жизни, тем не менее многие пациенты после выявления заболевания живут достаточно долго, в среднем 8–10 лет, несмотря на наличие выраженных когнитивных нарушений. Многие из них могут страдать соматическими заболеваниями. При этом наличие деменции значительно затрудняет выявление и оценку симптомов, оказание помощи и определение прогноза у таких пациентов. Кроме того, у пациентов с деменцией часто развиваются поведенческие и эмоциональные нарушения (апатия, депрессия). Потребность в паллиативной помощи у таких больных возрастает по мере прогрессирования заболевания, когда усиливается когнитивный дефицит, усугубляются эмоциональные расстройства, нарастает зависимость от посторонней помощи.

Необходимо отметить, что оказание паллиативной помощи пациентам с деменцией имеет специфические особенности, которые зависят от стадии заболевания, характера ведущих нарушений, наличия сопутствующих заболеваний. Врачи, работающие с пациентами, имеющими когнитивные нарушения, должны владеть методиками оценки симптомов, навыками купирования нарушений физического состояния и когнитивных функций. Общение с пациентами с деменцией и их родственниками — непростая задача, от решения которой во многом зависит эффективность паллиативной помощи. Важной составляющей оказания помощи больным с деменцией должна быть поддержка родственников больного, их обучение, разъяснение вопросов, связанных с прогрессированием деменции, помощь в принятии решений от имени пациента на последних стадиях развития деменции.

Паллиативная помощь при деменции: принципы, цели, типы

Основные принципы оказания паллиативной помощи пациентам с деменцией соответствуют общим принципам паллиативной медицины. Целями этой помощи являются улучшение качества жизни, сохранение функциональных способностей и создание максимального комфорта. При этом приоритеты в достижении постав-

ленных целей могут меняться в зависимости от стадии и выраженности деменции.

Так, у пациентов с легкими когнитивными нарушениями основными направлениями помощи оказываются специфическое лечение, сохранение и поддержание функциональных способностей, увеличение продолжительности жизни и улучшение ее качества. У пациентов с выраженной деменцией основным приоритетным направлением становится создание максимального комфорта, то есть поддержание качества жизни пациента и его семьи, которое возможно обеспечить на этом этапе оказания помощи.

Определение основных приоритетных целей при оказании паллиативной помощи позволяет планировать и проводить мероприятия, которые необходимы конкретному пациенту, а также оценивать их целесообразность. При этом планировать и начинать оказание помощи следует с момента постановки диагноза, то есть когда пациент может принимать участие в обсуждении планов лечения, высказывая свои предпочтения, убеждения и потребности.

Условно выделяют два типа паллиативной помощи пациентам с деменцией. Первый, основной тип — это паллиативный подход, ориентированный на пациента, направленный на устранение симптомов и улучшение качества жизни. Паллиативный подход — это внедрение принципов паллиативной помощи в работу врачей различных специальностей (терапевты, врачи общей практики, гериатры, психиатры и другие специалисты) и использование этих принципов при осуществлении всех видов лечения и ухода. Необходимо обеспечить адекватное лечение поведенческих и психологических симптомов деменции, сопутствующих соматических заболеваний, а также любых проблем со здоровьем, возникающих в процессе наблюдения и лечения.

Пациентам с комплексными, сложными проблемами должна быть оказана специализированная паллиативная помощь (второй тип), требующая более глубоких знаний и навыков в этой области, оказываемая специалистами по паллиативной помощи в тесном сотрудничестве с врачами других специальностей.

Личностно центрированная помощь пациентам с деменцией и совместное принятие решений

При оказании паллиативной помощи пациенту с деменцией все вопросы должны рассматриваться с точки зрения самого пациента в соответствии с концепцией личностно центрированной помощи. Оптимальной моделью являются партнерские отношения медицинских ра-

ботников с пациентом и членами его семьи, так как именно такие отношения позволяют принимать совместные решения об объеме, виде и месте оказания медицинской, в том числе паллиативной, помощи. При этом одним из основных принципов должно быть уважение мнения и пожеланий пациента. При решении вопроса о месте оказания помощи следует также учитывать интересы родственников, осуществляющих уход за пациентом, — их мнение, состояние, возможности.

Важно выяснить, какая информация и в каком объеме нужна пациенту и его родственникам в отношении течения и прогрессирования деменции, оказания помощи, возможностях лечения и т. д. Вся необходимая информация должна предоставляться на начальном этапе оказания паллиативной помощи, а также по мере развития заболевания и появления потребностей в дополнительной информации. Детальное своевременное обсуждение вопросов, связанных с течением заболевания, возможными проблемами и способами их решения или облегчения, необходимо для создания у пациента и членов его семьи определенной подготовленности к будущему.

Планирование паллиативной помощи при деменции [6]

Важная составляющая качественной паллиативной помощи пациентам с деменцией — определение приоритетных целей на каждом этапе оказания помощи в зависимости от стадии заболевания.

Планирование помощи должно быть заблаговременным, учитывающим прогрессирующий характер деменции. Предоставление паллиативной медицинской помощи должно начинаться, как только установлен диагноз деменции, то есть когда пациент может самостоятельно участвовать в планировании и высказывать собственные потребности, предпочтения и убеждения. При этом важно учитывать прогноз заболевания, возможности создания максимально благоприятной и комфортной среды для пациента и его семьи. Планы по оказанию помощи могут быть различными в зависимости от стадии заболевания, предпочтений пациента, конкретных условий и возможностей. Так, при легкой деменции требуется планирование на перспективу, то есть на достаточно длительное время. Один из важных вопросов, которые необходимо решить на этом этапе планирования, — выбор доверенных лиц и своевременное оформление опекунов при необходимости. При тяжелой деменции и на этапе приближения смерти приоритетным направлением планирования и оказания помощи в интересах пациента и его семьи

становится создание и поддержание максимально возможного комфорта и качества жизни.

По мере прогрессирования заболевания и при появлении новых потребностей как у пациента, так и у членов его семьи в стратегию оказания помощи могут вноситься коррективы и изменения. То есть заблаговременное планирование следует рассматривать как непрерывный процесс, требующий периодического пересмотра совместно с пациентом и его родными целей и составляющих паллиативной помощи.

Планы медицинской паллиативной помощи должны быть оформлены документально и быть доступными всем специалистам, участвующим в ведении пациента, на всех этапах оказания помощи.

Организация жизнедеятельности пациентов с деменцией

Значимым фактором, положительно влияющим на поддержание функционирования и качества жизни, является максимально возможное сохранение самостоятельности пациента, его способности к самообслуживанию. Для этого необходимо помнить о некоторых правилах организации жизнедеятельности пациентов.

Повседневная жизнь пациентов с когнитивными нарушениями должна быть упорядоченной. Важно стараться соблюдать режим дня, к которому привык пациент, сохранять привычную обстановку у него в доме, избегать радикальных изменений в интерьере, переездов в незнакомое место, госпитализаций без существенных показаний. Обстановка вокруг пациента должна быть спокойной, не вызывающей негативных эмоций.

Разговаривать с пациентами с деменцией надо спокойно, используя несложные короткие предложения. Темп речи должен быть не очень быстрым. Не следует общаться с пациентом сразу несколькими собеседникам, например, врачу, медицинской сестре и родственнику. Рекомендуется при разговоре с пациентом исключить посторонние шумы (включенный телевизор, радио и т. д.).

Во время беседы нужно поддерживать контакт «глаза в глаза», не отвлекаться на другие дела и разговоры. Необходимо выслушивать пациента, не перебивая, применяя приемы активного слушания и при необходимости задавая уточняющие и наводящие вопросы, чтобы направить беседу в нужное русло.

При общении с пациентом с деменцией важно не вступать в споры, избегать конфликтов. При проявлениях агрессии и грубости у пациента нужно понимать, что это тоже проявления болезни, а не свидетельство плохого характера или его отрицательного отношения к собеседнику.

Необходимо поддерживать интеллектуальную активность пациента, рекомендуя ему по возможности выполнение различных заданий для тренировки внимания, мышления и памяти. Это может быть чтение, решение головоломок, кроссвордов и т. п. Также важно следить за достаточной физической активностью пациента, рекомендовать соблюдение двигательного режима и выполнение упражнений, соответствующих его физическим возможностям.

Сохранению самостоятельности может способствовать вовлечение пациента в решение повседневных задач членами семьи. Это может быть помощь в покупке продуктов, уборке квартиры, сервировке стола или работе на приусадебном участке. Такое участие в жизни всей семьи позволяет чувствовать себя полезным и повышает самооценку.

Следует поддерживать социальные связи пациента и поощрять его общение с близкими людьми, друзьями, родственниками, так как это помогает сохранению функциональных способностей и положительной эмоциональной настроенности. Кроме того, полезным может быть общение пациента и его родных с другими пациентами с похожими проблемами. Такое общение — это и обмен опытом, и психологическая поддержка, и возможность высказать свои опасения или вопросы, получить совет или поделиться какой-то информацией.

Положительным влиянием на когнитивную и эмоциональную сферы обладает мультисенсорная активность: выращивание цветов, приготовление несложных блюд или выпечки, собирание пазлов, раскрашивание, настольные игры и т. д. Если у пациента есть увлечение или хобби (рисование, музыка, домашние питомцы и т. д.), рекомендуется поддерживать его в этом.

Пациенту и его семье нужно помочь в организации максимально комфортного безопасного быта: рассмотреть возможности отключения бытового газа, ограничения пользования бытовыми электроприборами, разъяснить необходимость наличия поручней и противоскользящих ковриков в ванной комнате и туалете. Также важно обучить пациента и его родственников способам контроля приема лекарственных препаратов (использование таймера, будильника, разноцветных баночек с надписями или специальных устройств для приема лекарств по часам), чтобы избежать их избыточного приема и передозировки или, напротив, пропусков в приеме, приводящих к снижению эффективности лечения.

Важнейший компонент ухода за пациентами с деменцией — социально-бытовая и психологическая поддержка, так как пациенты с когнитивными нарушениями при сохранности критического отношения к своему состоянию могут

осознавать имеющиеся у них проблемы, что часто приводит к развитию эмоциональных нарушений — тревоги, страха, депрессии. Большое значение имеет поддержка и помощь со стороны членов семьи пациентов.

В связи с этим при оказании помощи пациентам с когнитивными нарушениями необходимо активно вовлекать в этот процесс членов их семей, проводить их обучение по вопросам, касающимся заболевания, лечения, ухода за пациентом, возможных прогнозов. Лицам, осуществляющим уход за пациентами с деменцией, должна быть оказана максимальная психологическая, информационная, социальная и иная поддержка.

Родственников пациента необходимо информировать о течении и прогрессировании заболевания, возможностях паллиативной помощи и ухода. Информационная поддержка, так же как и паллиативная помощь в целом, должна быть непрерывной и соответствовать текущим потребностям пациента и его семьи.

Особенности питания пациентов с деменцией

Проблемы, связанные с нарушениями питания, часто встречаются у пациентов с деменцией. Важно своевременно выявлять и устранять эти нарушения, так как они могут не только усугублять деменцию, но и приводить к развитию сопутствующих патологических состояний.

При деменции часто возникают проблемы, связанные с питанием, когда пациент:

- не узнает пищу;
- забыл, какие блюда он любит;
- отказывается от пищи или выплевывает ее;
- сопротивляется при попытке его накормить;
- просит дать ему несочетаемые комбинации продуктов.

Такое поведение может быть обусловлено как когнитивными нарушениями, которые приводят к снижению аппетита, утрате чувства голода и уменьшению потребности в регулярном приеме пищи, так и нарушениями со стороны слизистой оболочки ротовой полости или проблемами, связанными с состоянием зубов или зубных протезов. Эти проблемы необходимо своевременно выявлять и по возможности устранять.

Лицам, осуществляющим уход, следует объяснить, как можно облегчить решение проблем, связанных с питанием:

- напоминать пациентам о необходимости приема пищи;
- обсуждать с пациентом меню на предстоящий день;

– по возможности вовлекать пациента в процесс приготовления пищи;

– предлагать пациенту небольшие порции;

– стараться, чтобы пища выглядела привлекательно;

– стараться сохранять спокойствие, так как состояние стресса у ухаживающего лица может передаваться пациенту;

– на прием пищи нужно отводить достаточное время, чтобы не спешить и не торопить пациента;

– если пациент не может есть самостоятельно (например, при диспраксии), можно дать ему в руки столовые приборы и помогать брать пищу и доносить ее до рта;

– стараться учитывать и принимать изменения поведения и пищевых привычек, гибко подходить к проблемам питания и кормления пациента;

– уделять особое внимание гигиене полости рта, состоянию зубов и зубных протезов.

Зондовое питание, которое иногда предлагают использовать у пациентов с выраженной деменцией, утративших способность есть самостоятельно, в настоящее время не рассматривается как метод, оказывающий положительное влияние на состояние. Нет убедительных данных, которые бы показали, что зондовое кормление снижает риск развития аспирационной пневмонии или инфекционных заболеваний, предотвращает развитие истощения и пролежней, улучшает функциональный статус, уменьшает чувство дискомфорта или продлевает жизнь. В то же время имеются сведения о ряде неблагоприятных эффектов зондового кормления, самым частым из которых, как это ни парадоксально, является аспирационная пневмония. В связи с этим рекомендуется избегать применения постоянного зондового питания у пациентов с деменцией, а предпочтительнее отдавать правильному, умелому кормлению с ложки.

Не менее важно для больных деменцией обеспечение достаточного потребления жидкости. Следует предлагать пациенту воду, соки, морсы. При необходимости может проводиться парентеральное введение жидкости для регидратации на фоне инфекционных заболеваний. Однако следует учитывать, что при приближении смерти такой метод регидратации становится неуместным.

Особенности терапии сопутствующих заболеваний у пациентов с деменцией

Сопутствующие соматические заболевания, интеркуррентные инфекции, полипрагмазия или передозировка лекарственных препаратов

могут оказывать выраженное негативное влияние на состояние пациентов с деменцией.

Необходимо обеспечить раннее выявление и адекватную терапию сопутствующих заболеваний, коррекцию декомпенсированных функций, лечение инфекционных заболеваний.

Важно контролировать и корректировать лекарственную терапию, которую следует регулярно пересматривать в соответствии с целями оказания помощи и ожидаемой продолжительностью жизни с учетом результатов лечения и побочных действий препаратов. Рекомендуются максимально ограничить применение лекарственных препаратов, которые могут ухудшать когнитивные функции (психотропные средства, включая бензодиазепины, барбитураты, нейролептики; антихолинергические средства). Применение антибиотиков при инфекционных заболеваниях может быть необходимо для облегчения симптомов и продления жизни пациента, например при пневмонии.

При оказании помощи пациентам с деменцией важно соблюдать холистический подход к выявлению и купированию симптомов, которые могут быть взаимосвязаны или выражаться в различных формах (например, боль может проявляться ажитацией).

Для скрининга и мониторинга состояния пациентов с деменцией следует использовать специальные инструменты. Так, для диагностики болевого синдрома у пациентов, общение с которыми затруднено, например при тяжелой деменции, могут быть использованы специальные инструменты, учитывающие наличие различных проявлений боли (табл. 1, 2). Это позволяет провести оценку болевого синдрома с учетом реакции пациента на боль: по выражению лица (нахмуренные брови, стиснутые зубы, сжатые губы, прикрытые глаза), наличию избыточных движений или ограничения подвижности, мышечному напряжению, голосовым реакциям (стоны, вздохи, плач, кряхтение и др.) [8–10].

Таблица 1

Перечень невербальных индикаторов боли
(Checklist of Nonverbal Pain Indicators — CNPI) [11, 12]

Индикатор	При движении	В покое
Голосовые реакции: невербальные (вздыхает, ахает, стонет, кряхтит, плачет)		
Гримасы (морщится, хмурит брови, прищуренные глаза, стиснутые зубы, крепко сжимает губы, страдальческое выражение лица)		
Фиксация (сжимает или держится за мебель, оборудование или сжимает и фиксирует пораженную область во время движения)		
Возбуждение, беспокойство (постоянная или периодическая смена положения тела, раскачивание, периодические или постоянные движения рук, невозможность спокойно сидеть или лежать)		
Растирание (массирование пораженной области)		
Голосовые реакции: вербальные (слова, выражающие дискомфорт или боль, например, «ой», «больно»; ругательства, возгласы протеста, например, «стоп», «хватит»)		
Итого баллов		
Общий балл		
<i>Примечание.</i> Подсчет баллов: 0 — индикатор отсутствовал, 1 — индикатор отмечался даже на короткое время активности или в покое. Баллы суммируются по столбцам «при движении», «в покое» и в целом. Четкие количественные показатели для оценки выраженности болевого синдрома отсутствуют; наличие любого из перечисленных индикаторов может свидетельствовать о боли и требует дальнейшего обследования, лечения и контроля со стороны врача		

Оценка боли при тяжелой деменции по шкале
Pain Assessment in Advanced Dementia Scale (PAINAD) [8]

Показатели	0	1	2	Баллы
Дыхание Независимость от вокализации	Нормальное	Иногда затрудненное Короткие периоды гипервентиляции	Шумное затрудненное дыхание Длительная гипервентиляция Дыхание Чейна — Стокса	
Негативные головные реакции	Нет	Иногда стоны или вздохи Тихая речь с негативной интонацией	Повторяющиеся вскрики Громкие стоны Плач	
Выражение лица	Улыбка или нейтральное выражение	Печальное Испуганное Хмурое	Гримасы	
Положение тела	Расслабленное	Напряженное Затрудненные движения Беспокойство, суетливость	Ригидность Сжатые кулаки Согнутые колени Тянет к себе или отталкивает того, кто рядом	
Возможность успокоиться	Нет необходимости в утешении, успокоивании	Успокаивается и отвлекается в ответ на речь или прикосновение	Невозможно успокоить или отвлечь	
Общий балл				
Примечание. Следует наблюдать за пациентом в течение пяти минут, прежде чем оценить и записать показатели. Суммарный балл — от 0 до 10 баллов. Возможная интерпретация: 1–3 — слабая боль; 4–6 — умеренная боль; 7–10 — сильная боль				

Для купирования физических симптомов, коррекции поведенческих нарушений и дискомфорта следует использовать все возможные доступные нефармакологические и фармакологические методы. В то же время при решении вопросов о выборе методов лечения, их целесообразности и эффективности следует учитывать недопустимость применения излишне агрессивных, обременительных и бесполезных методов.

Показания для госпитализации пациентов с деменцией

Госпитализация и связанные с ней польза и риски должны рассматриваться исходя из целей оказания помощи и стадии заболевания. Следует помнить, что резкая перемена обстановки при госпитализации в стационар или хоспис может негативно повлиять на пациента с деменцией, ухудшая как когнитивные функции, так и эмоциональное состояние. Поэтому для направления пациента в стационар должны быть очень веские основания [13].

Показаниями к госпитализации пациента с деменцией могут служить:

- действия и поведение пациента, представляющие опасность для него и окружающих (выраженное психомоторное возбуждение, агрес-

сивное поведение, систематизированные бредовые синдромы, суицидальные попытки и т. д.);

- выраженные когнитивные нарушения, приводящие к психической беспомощности, гигиенической и социальной запущенности, бродяжничеству;

- социальные факторы, невозможность оказания необходимой помощи и обеспечения ухода.

Показаниями к недобровольной госпитализации являются непосредственная опасность больного для него самого и окружающих; беспомощность, то есть неспособность самостоятельно удовлетворять основные жизненные потребности при отсутствии надлежащего ухода; риск существенного вреда здоровью вследствие ухудшения психического состояния, если пациент будет оставлен без психиатрической помощи.

Психосоциальная и духовная поддержка пациентов с деменцией и членов их семьи

Пациенты с деменцией и члены их семей нуждаются в эмоциональной поддержке со стороны медицинских работников. Большое значение для пациентов имеет также духовная поддержка. Важно уважать религиозные взгляды пациентов, обеспечивать им доступ к религиоз-

ным обрядам и ритуалам, к помощи со стороны духовных наставников.

Члены семьи пациентов с деменцией, несущие бремя ухода за тяжелобольным, также

нуждаются в поддержке как на протяжении болезни пациента, особенно при установлении диагноза, в периоды ухудшения его состояния, при госпитализациях, так и после его смерти.

Литература

1. Паллиативная помощь взрослым и детям: организация и профессиональное обучение: Сборник документов ВОЗ и ЕАПП. – М.: Р. Валент, 2014. – 180 с. [Palliativnaja pomoshh' vzroslym i detjam: organizacija i professional'noe obuchenie: Sbornik dokumentov VOZ i EAPP. Moscow: R. Valent; 2014. 180 p. (In Russ.)]
2. Паллиативная помощь в амбулаторных условиях / Под ред. О.Ю. Кузнецовой. – СПб.: ЭЛБИ-СПб, 2016. – 240 с. [Palliativnaja pomoshh' v ambulatornyh uslovijah. Ed by O.Ju. Kuznecovoj. Saint Petersburg: JeLBI-SPb; 2016. 240 p. (In Russ.)]
3. How many people are in need of palliative care worldwide? In: Global atlas of palliative care at the end of life. [Электронный ресурс] Geneva: World Health Organization and Worldwide Palliative Care Alliance; 2014. 111 p. URL: http://www.who.int/nmh/Global_Atlas_of_Palliative_Care.pdf (date of access: 10.05.2017).
4. Порядок оказания паллиативной медицинской помощи взрослому населению, утвержденный приказом Минздрава России от 14.04.2015 г. № 187н. – М., 2015. – 43 с. [Porjadok okazaniya palliativnoj medicinskoj pomoshhi vzrosloму naseleniju, utverzhdenyj prikazom Minzdrava Rossii ot 14.04.2015. No 187n. Moscow; 2015. 43 p. (In Russ.)]
5. Яхно Н.Н., Захаров В.В., Локшина А.Б. и др. Деменции: Руководство для врачей. – 3-е изд. – М.: МЕДпресс-информ, 2011. – 264 с. [Jahno NN, Zaharov VV, Lokshina AB, et al. Demencii: Rukovodstvo dlja vrachej. 3th ed. Moscow: MEDpress-inform; 2011. 264 p. (In Russ.)]
6. Van der Steen J, Radbruch L, Hertogh C, et al. White paper defining optimal palliative care in older people with dementia: A Delphi study and recommendations from the European Association for Palliative Care. *Palliat Med.* 2014;28(3):197-209. doi: 10.1177/0269216313493685.
7. Hughes JC, Jolley D, Jordan A, Sampson EL. Palliative care in dementia: issues and evidence. *Advances in Psychiatric Treatment.* 2007;13:251-260. doi: 10.1192/apt.bp.106.003442.
8. Feldt KS. The checklist of nonverbal pain indicators (CNPI). *Pain Manag Nurs.* 2000;1(1):13-21.
9. Horgas AL. Assessing pain in persons with dementia. In: Try This: Best Practices in Nursing Care for Hospitalized Older Adults with Dementia. M. Boltz, series ed. 2003. Fall;1(2). The Hartford Institute for Geriatric Nursing. www.hartfordign.org.
10. Warden V, Hurley AC, Volicer L. Development and psychometric evaluation of the Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD) scale. *J Am Med Dir Assoc.* 2003;4(1):9-15. doi: 10.1097/01.JAM.0000043422.31640.F7.
11. Rao A, Cohen HJ. Symptom management in the elderly cancer patient: fatigue, pain, and depression. *J Natl Cancer Inst Monogr.* 2004;32:150. doi: 10.1093/jncimonographs/lgh031.
12. Sawyer P, Bodner EV, Ritchie CS, Allman RM. Pain and pain medication use in community-dwelling older adults. *Am J Ger Pharmacother.* 2006;4(4):316-324.
13. Профилактика, диагностика, и лечение болезни Альцгеймера и других видов деменции в общей врачебной практике: Клинические рекомендации. [Электронный ресурс] Ассоциация врачей общей практики (семейных врачей) Российской Федерации. 2013 г. URL: <http://gigabaza.ru/doc/170006-pall.html> (дата обращения: 10.05.2017). [Profilaktika, diagnostika, i lechenie bolezni Al'cgejmery i drugih vidov demencii v obshhej vrachebnoj praktike: Klinicheskie rekomendacii. [Elektronnyj resurs] Associacija vrachej obshhej praktiki (semejnyh vrachej) Russian Federation. 2013. URL: <http://gigabaza.ru/doc/170006-pall.html> (data obrashhenija: 10.05.2017). (In Russ.)]

Информация об авторах

Ольга Юрьевна Кузнецова — д-р мед. наук, профессор, заведующая кафедрой семейной медицины ФГБОУ ВО «СЗГМУ им. И.И. Мечникова» Минздрава России. E-mail: olga.kuznetsova@szgmu.ru.

Ирина Евгеньевна Моисеева — канд. мед. наук, доцент кафедры семейной медицины ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова» Минздрава России. E-mail: irina.moiseeva@szgmu.ru.

Information about the authors

Olga Yu. Kuznetsova — DSc, professor, Head of the Department of Family Medicine of North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov. E-mail: olga.kuznetsova@szgmu.ru.

Irina E. Moiseeva — PhD, associate professor of the Department of Family Medicine of North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov. E-mail: irina.moiseeva@szgmu.ru.

ГЕРПЕСВИРУСНЫЕ ИНФЕКЦИИ, ВЫЗЫВАЕМЫЕ НЕЙРО-ТЕГМЕНТАЛЬНОТРОПНЫМИ ВИРУСАМИ (HSV-I, -II И VZV) ЧАСТЬ II

В.А. Неверов, В.В. Васильев, Т.П. Демиденко

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

© В.А. Неверов, В.В. Васильев, Т.П. Демиденко, 2017

Лекция посвящена вопросам ведения и лечения пациентов с герпесвирусными заболеваниями, вызванными нейротегментальнотропными вирусами (HSV-I, -II и VZV).

Ключевые слова: герпесвирусные инфекции, диагностика, лечение.

HERPES VIRUS INFECTIONS CAUSED BY NEURO-AND INTEGUMENT-TROPIC VIRUSES (HSV-I, II AND VZV) PART II

V.A. Neverov, V.V. Vasiliev, T.P. Demidenko

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

The lecture addresses the issues of provision of medical care and treatment to patients affected with herpes diseases caused by neuro- and integument-tropic viruses (HSV-I, -II и VZV).

Keywords: Herpes virus infections, diagnostic, treatment.

Введение

Семейство герпесвирусов включает в себя три подсемейства: α , β , γ .

Альфа-герпесвирусы характеризуются коротким циклом репликации, способностью к эффективному разрушению инфицированных клеток и развитию латентной инфекции в сенсорных ганглиях.

Бета-герпесвирусы имеют длительный цикл репликации, вызывают возникновение манифестной и латентной инфекции в слюнных железах, почках и других тканях.

Гамма-герпесвирусы инфицируют Т- и В-лимфоциты, хотя репродуцируются в основном в В-клетках.

Классифицируют восемь типов вирусов герпеса, вызывающих разные по тяжести процесса заболевания у людей. Характерной особенностью заболеваний является нахождение вирусов в организме человека в латентном состоянии.

Герпесвирусные инфекции, вызываемые нейротегментальнотропными вирусами (Herpes simplex virus — HSV-I, -II и Varicella zoster virus — VZV), относятся к альфа-герпесвирусам.

Ветряная оспа и опоясывающий герпес

Определение. Ветряная оспа — вирусное заболевание, характеризующееся доброкачественным течением с умеренно выраженной интоксикацией, везикулезной сыпью и последующей пожизненной персистенцией вируса в виде латентной инфекции. При реактивизации вируса (чаще после 60 лет) заболевание протекает в виде опоясывающего герпеса.

Классификация заболеваний, вызываемых вирусом Varicella zoster по МКБ-10

- В 01 Ветряная оспа (*varicella*)
 - В 01.0 Ветряная оспа с менингитом (G02.0)
 - В 01.1 Ветряная оспа с энцефалитом (G05.1)
 - В 01.2 Ветряная оспа с пневмонией (J17.1)
 - В 01.8 Ветряная оспа с другими осложнениями
 - В 01.9 Ветряная оспа без осложнений
- В 02 Опоясывающий лишай (*herpes zoster*)
 - В 02.0 Опоясывающий лишай с энцефалитом (G05.1)
 - В 02.1 Опоясывающий лишай с менингитом (G02.0)
 - В 02.2 Опоясывающий лишай с другими осложнениями со стороны нервной системы

В 02.7 Диссеминированный опоясывающий лишай

В 02.8 Опоясывающий лишай с другими осложнениями

В 02.9 Опоясывающий лишай без осложнений

Этиология. Ветряная оспа и опоясывающий герпес обусловлены одним и тем же вирусом герпеса человека 3-го типа — *Varicella zoster* (вирус варицелла-зостер — ВВЗ).

Эпидемиология. Источником инфекции является человек, больной ветряной оспой и значительно реже опоясывающим герпесом.

Больной ветряной оспой представляет опасность с конца инкубационного периода до отпадения корок. Заболевание чаще всего передается воздушно-капельным путем и высококонтагиозно. Заражение может возникать на большом расстоянии (перенос через коридоры, с этажа на этаж и т. д.). У 80–90 % людей инфицирование происходит уже в первые 6–8 лет жизни и проявляется ветряной оспой. Однако около 5 % женщин детородного возраста не имеют иммунитета и могут заболеть ветряной оспой, что определяет вертикальный путь передачи инфекции. У переболевших ветряной оспой сохраняется пожизненный иммунитет к реинфекции от экзогенных источников.

Редко встречаются контактный (через содержимое везикул) и парентеральный пути заражения, реализующиеся в основном, когда источником инфекции становится больной вторичной (рекуррентной) инфекцией — опоясывающим герпесом.

Заболеваемость повышается в холодное время года. Могут возникать эпидемические вспышки в организованных коллективах.

Патогенез. Входными воротами для вируса служит слизистая оболочка верхних дыхательных путей, в эпителиальных клетках которой он размножается, после чего проникает в кровь, попадая в различные внутренние органы. Наибольший тропизм вирус имеет к клеткам шиповатого слоя кожи, где возникают дистрофические изменения, приводящие к их гибели. Образуются полости, наполненные серозным экссудатом, клиническим эквивалентом которых является типичная для ветряной оспы сыпь. Слизистые оболочки в процесс вовлекаются реже. Обычно поражаются эпителиальные клетки слизистой оболочки полости рта, верхних дыхательных путей.

В результате вирусемии вирус проникает в клетки чувствительных ганглиев — тройничного, лицевого, межпозвоночных нервов, где сохраняется в неактивном состоянии в течение всей жизни человека. В предупреждении реактивации ВВЗ большую роль играет клеточный иммунитет. При ослаблении клеточного иммунитета с возрастом, при лечении иммунодепрес-

сантами либо вследствие других причин вирус реактивируется, что приводит к развитию опоясывающего герпеса.

Гуморальный иммунный ответ характеризуется образованием специфических антител уже в первые дни после появления сыпи. Сохраняющийся в течение всей последующей жизни реконвалесцента защитный уровень специфических антител в классе IgG обеспечивает защиту от повторных заражений ветряной оспой, но не предохраняет от рецидивов опоясывающего герпеса.

Клинические проявления. Инкубационный период обычно составляет 10–21 день (чаще 14–17 дней). Продромальный период или отсутствует, или длится около суток. Его обычные проявления — это умеренно выраженная слабость, недомогание, ухудшение аппетита. Период высыпания представляет собой наиболее характерное проявление ветряной оспы. На фоне субфебрильной (реже — фебрильной или нормальной) температуры образуется экзантема. Первые элементы сыпи могут возникнуть на любом участке кожи: на животе, бедрах, плечах, груди, а также на лице и волосистой части головы. В отличие от натуральной оспы, лицо поражается позже туловища и конечностей и сыпь здесь менее выражена. На ладонях и подошвах сыпь присутствует лишь при обильных высыпаниях.

Размеры сыпных элементов варьируют от 2–3 до 5–6 мм. Динамика их превращений — розеола (макула) — розеола-папула (макула-папула) — везикула — корочка — укладывается в срок до 24 ч. Лишь при возникновении пустулизации, когда везикулы превращаются в пустулы, этот срок несколько удлиняется. После отпадения корочек (а это происходит через 6–8 дней после их образования) дефектов кожи, как правило, не остается. Лишь в некоторых случаях при травматизации герминативного слоя кожи (при «срывании» корочек или пустул) могут образоваться рубцы — «рябины».

Особенностью ветряной оспы является «подсыпание» новых элементов сыпи в течение 4–6 дней, поэтому у одного и того же больного можно обнаружить сыпь на разных стадиях развития — пятна, папулы, везикулы, пустулы, корочки (так называемый ложный полиморфизм сыпи).

Наряду с высыпаниями на коже обнаруживают экантему на слизистой оболочке щек, языка, мягкого и твердого неба, миндалин, глотки, половых органов: в начале заболевания — это небольшие пузырьки, затем — быстро заживающие эрозии.

В периоде высыпания имеются признаки умеренно выраженной интоксикации. Температура тела чаще субфебрильная, а ее кратко-

временные повышения до фебрильного уровня совпадают с появлением новых высыпаний. Болезнь может протекать и при нормальной температуре. Тяжелое течение сопровождается гипертермией до 39 °С и выше. Общая продолжительность периода повышения температуры составляет 3–6 дней.

Обычно у детей с нормальной иммунной системой заболевание заканчивается благоприятно. У ослабленных детей и взрослых ветряная оспа сопровождается более длительной лихорадкой, тяжелой интоксикацией, обильными высыпаниями на различных участках кожи, в том числе на подошвах и стопах, слизистой трахеи, бронхов, мочеполовых путей. Сыпь может приобретать буллезный, геморрагический характер, приводить к гангренозным изменениям кожи и слизистых оболочек. Такие формы ветряной оспы называются гангренозной, геморрагической.

Осложнения. Со стороны кожи: нагноения, абсцессы, геморрагические и гангренозные формы болезни. В результате наслоения вторичной инфекции может развиться сепсис. К тяжелым осложнениям относятся также пневмония, энцефалит, менингоэнцефалит, миокардит, гепатит, нефрит, артрит, кератит. Более высокому риску развития тяжелых форм генерализованной инфекции с угрозой для жизни подвергаются лица с выраженными иммунодефицитами (в том числе с ВИЧ/СПИДом).

Врожденная инфекция. Случаи внутриутробного заражения ветряной оспой редки. Инфицирование плода на ранних сроках приводит к порокам развития. Если плод инфицирован незадолго до окончания беременности, возникает типичная ветряная оспа разной степени выраженности в зависимости от передачи плоду от матери специфических IgG-антител. У детей, зараженных внутриутробно, в раннем детском возрасте иногда встречается опоясывающий герпес.

Диагноз и дифференциальный диагноз. Диагностика в типичных случаях не представляет трудности и основывается на клинико-эпидемиологических данных. При необходимости верификации используют молекулярно-биологический метод (полимеразная цепная реакция — ПЦР), иммуноферментный анализ (ИФА) и ряд серологических методов (РИФ, РСК и др.). Распознавание ветряной оспы в настоящее время существенно облегчается тем, что отпала необходимость дифференцировать заболевание с натуральной оспой, уже давно ликвидированной. Дифференцировать необходимо от **везикулезного риккетсиоза**, который встречается редко и лишь в определенных районах. Для этого заболевания характерно появление первичного аффекта в месте ворот

инфекции, генерализованной лимфаденопатии, что несвойственно ветряной оспе. С **герпетической сыпью** и **высыпаниями при опоясывающем герпесе** дифференциальная диагностика также не представляет трудностей: дифференциальную диагностику осуществляют по характеру сыпи (группа тесно расположенных мелких пузырьков на общем воспалительном основании). При **энтеровирусной пузырчатке** наблюдается изолированное поражение кистей, стоп и полости рта. Иногда сходные элементы появляются после **укусов блох и других насекомых**, но в этих случаях нет общих проявлений, сыпь однотипная, кроме того, при ветряной оспе помимо сыпи на коже появляется и энантема.

Лечение. Госпитализируют больных с тяжелыми, осложненными формами ветряной оспы, остальных лечат амбулаторно. Назначают постельный режим на 6–7 дней, молочно-растительную диету, обильное питье. Особое внимание уделяют чистоте постельного белья, обработке элементов сыпи два раза в день водными растворами анилиновых красок, уходу за полостью рта.

По показаниям проводится симптоматическая терапия.

Больным с тяжелым, а у иммунокомпрометированных — и среднетяжелым течением ветряной оспы назначают противовирусные препараты. При лечении взрослых и детей старше 2 лет используют ацикловир (перорально) в дозе 800 мг 5 раз в сутки. Курс 7 дней (но не менее 3 дней после появления последних высыпаний на коже или слизистых оболочках).

Для лечения ВВЗ-инфекции применяют также валацикловир в дозе 1000 мг 3 раза в день и фамцикловир в дозе 500 мг 3 раза в день. Курс лечения составляет 7 дней. В более тяжелых (и осложненных) случаях ветряной оспы ацикловир назначается парентерально (внутривенно капельно медленно) у иммунокомпетентных больных в возрасте старше 12 лет — 5 мг/кг каждые 8 часов, а в возрасте от 3 мес. до 12 лет — 250 мг/м² каждые 8 часов. Курс лечения не менее 7 дней. При лечении иммунокомпрометированных лиц дозы препарата увеличивают вдвое — 10 мг/кг и 500 мг/м² соответственно, а минимальный курс лечения — 7–10 дней. При лечении ВВЗ-менингоэнцефалита минимальные дозы препарата составляют 10 мг/кг для лиц старше 12 лет и 500 мг/м² для детей до 12 лет.

Прогноз. В большинстве случаев прогноз благоприятный. При появлении тяжелых осложнений и при ветряной оспе у лиц с резко нарушенным иммунитетом прогноз очень серьезный.

Критерии выписки и диспансеризации. Переболевших ветряной оспой выписывают из стационара после клинического выздоровления (отсутствие интоксикации, нормальная температу-

ра тела, отторжение корочек) не ранее 9-го дня от момента появления сыпи или 5-го дня от момента последнего высыпания. Диспансерному наблюдению подлежат лишь те, у кого ветряная оспа протекала с осложнениями, приведшими к стойким остаточным явлениям (гемипарезы, энцефалопатия, судорожные приступы и др.).

Переболевшие допускаются в коллектив после отпадения корок, но не ранее чем через 2 недели от начала заболевания. При появлении повторных заболеваний в детском учреждении переболевший ветряной оспой может быть допущен в коллектив сразу после исчезновения клинических проявлений заболевания.

Профилактика. Больных ветряной оспой изолируют до 5-го дня со времени появления последнего свежего элемента сыпи (или до отпадения всех корочек). Заключительную дезинфекцию в очаге инфекции после изоляции больного не проводят из-за нестойкости вируса. Достаточно хорошо проветрить помещение и сделать влажную уборку. Дети в возрасте до 7 лет, бывшие в контакте с больным ветряной оспой и не болевшие ранее этой инфекцией, разобщаются до 21-го дня с момента контакта.

Для пассивной иммунизации можно использовать обычный донорский иммуноглобулин человека. Более эффективным является специфический *varicella-zoster*-иммуноглобулин, вводить его следует не позже 96 часов после контакта.

С 2009 г. вакцинация стала широко применяться в России в рамках региональных программ иммунизации. Живые аттенуированные вакцины «Варилрикс» (GlaxoSmithKline, зарегистрирована в России в 2008 г.) и «Окавакс», «Бикен» (Biken Institute, дистрибьютор — «Авентис Пастер», зарегистрирована в России в 2010 г.) являются основой специфической профилактики ветряной оспы в Европе и Азии. В США используется вакцина «Варивакс».

Вакцина против ветряной оспы вводится подкожно:

- детям в возрасте от 1 года до 13 лет однократно;
- детям старше 13 лет и взрослым двукратно — вакцина «Варилрикс» (интервал между введениями 6–10 недель) или однократно — вакцина «Окавакс».

Помимо чисто профилактических показаний вакцина может быть использована для экстренной профилактики инфекции: если прививка сделана не позже 3-го дня после вероятного контакта с источником, не менее чем в 90 % случаев удается предотвратить заболевание.

Опоясывающий герпес (*Herpes zoster*)

Опоясывающий герпес — спорадическое заболевание, возникающее в результате активизации латентного вируса ветряной оспы. Харак-

теризуется воспалением задних корешков спинного мозга и межпозвоночных ганглиев, а также появлением лихорадки, общей интоксикации и везикулезной экзантемы по ходу вовлеченных в процесс чувствительных нервов.

Эпидемиология. Заболевают лица, ранее перенесшие ветряную оспу, преимущественно люди пожилого и старческого возраста. При контакте не болевших ранее детей с больными опоясывающим герпесом у детей развивается типичная ветряная оспа.

Патогенез. Опоясывающий герпес возникает у лиц, которые подвергаются различным воздействиям, ослабляющим иммунитет (больные лейкозами, лимфогранулематозом, новообразованиями, получающие химиотерапию, длительно получающие кортикостероиды и иммунодепрессанты, особенно часто инфекция развивается у больных ВИЧ/СПИДом). Лица старческого возраста заболевают также в связи с возрастным снижением иммунной защиты. Обязательным компонентом при реактивации инфекции является ганглионеврит с поражением межпозвоночных ганглиев (или ганглиев черепных нервов) и поражение задних корешков. Вирус может вызывать воспаление вегетативных ганглиев и оболочек мозга, что приводит к развитию менингоэнцефалита. Могут поражаться и внутренние органы.

Среди зостер-ассоциированной боли наиболее негативное влияние на трудоспособность и качество жизни оказывает постгерпетическая невралгия (ПГН). Клинические проявления ПГН связаны с повреждениями, вызываемыми иммунными реакциями в периферических нервных волокнах, нейронах дорзальных ганглиев и дорзальных корешках, которые обусловлены способностью ВВЗ к репликации даже в латентную (постклиническую) фазу опоясывающего герпеса с последующей продукцией особых гликопротеинов. Стимуляция гликопротеинами клеточных и гуморальных иммунных реакций приводит к повреждению нервных структур и возникновению в них эктопических разрядов и сенсилизации ноцицепторов.

Клинические проявления. Инкубационный период при опоясывающем герпесе (от перенесения первичной инфекции до активизации) продолжается многие годы. Исключением являются лишь дети, перенесшие ветряную оспу внутриутробно, или перинатально зараженные ВИЧ дети. Опоясывающий герпес у них может развиваться через 1–3 года от перенесенной ветряной оспы. В отличие от первичной ВВЗ-инфекции — ветряной оспы, при опоясывающем герпесе в клинической картине на первый план выступают не столько эпителиотропные, сколько нейротропные свойства вируса. Различают ганглиотегментальную, ганглионеврал-

гическую, висцеральную и диссеминированную формы опоясывающего герпеса.

Ганглиотегментальная (ганглиокожная) форма опоясывающего герпеса может протекать в локализованном и распространенном вариантах. Чаще встречается *локализованный вариант*, при котором наблюдается поражение кожи (и слизистых) в пределах одного дерматома. Поражение носит асимметричный односторонний характер. У большинства заболевших в процесс вовлекаются межпозвоночные ганглии грудного, реже поясничного (чаще D₃-L₂-сегменты) отделов позвоночника. При этом появлении сыпи предшествует чувство жжения или зуд в определенном дерматоме, а также боль, которая может быть жгучей, колющей, стреляющей, пульсирующей, носить приступообразный или постоянный характер. Нередко болевой синдром сопровождается общими (системными) воспалительными проявлениями: повышением температуры тела, недомоганием, миалгиями, головной болью. Определить причину боли на этой стадии (продрома) крайне сложно. Продолжительность продромальной стадии обычно не превышает 7 дней (чаще — 2–4 дня). У некоторых паци-

ентов боли становятся нестерпимыми, усиливаются при малейшем прикосновении к коже, при охлаждении, движении. Появление боли в ответ на неболевой раздражитель определяется как *аллодиния*.

В стадии разгара заболевания возникают гиперемия и инфильтрация кожи пораженной области, на фоне которых образуются пузырьки, заполненные прозрачным содержимым, вначале единичные, затем их становится все больше. Группируясь, они занимают большую поверхность кожи вовлеченного в патологический процесс дерматома. Серозное содержимое пузырьков быстро мутнеет, образуются пустулы, которые вскрываются, подсыхают и превращаются в корочки. Процесс завершается эпителизацией через 1–4 нед. Кожные изменения часто сопровождаются лихорадкой, интоксикацией. Невралгические боли обычно уменьшаются с появлением высыпаний, но у части больных сохраняются несколько месяцев и даже лет, что обусловлено развитием ганглионита, ганглионеврита. В табл. 1 представлено естественное течение ганглиотегментальной формы.

Таблица 1

Естественное течение ганглиотегментальной формы

Стадия заболевания	Длительность
Продром: острый неврит	48–96 ч (обычно менее 1 нед.)
Разгар заболевания: сыпь зостер-ассоциированная боль	
Стадия превращения сыпи:	
образование везикул	3–5 дней
пустулизация	4–6 дней
образование корок	7–10 дней
полное заживление	14–28 дней
Зостер-ассоциированная боль*	
Острая невралгия	до 30 дней
Подострая невралгия	до 4 месяцев
Постгерпетическая невралгия	более 4 месяцев
* Если в острой фазе болевой синдром носит смешанный (воспалительный и нейропатический) характер, то в хронической фазе — это типичная нейропатическая боль	

Болевой синдром при опоясывающем герпесе имеет три фазы: острую, подострую и хроническую. Если в острой фазе болевой синдром носит смешанный (воспалительный и нейропатический) характер, то в хронической фазе — это типичная нейропатическая боль.

Боль при острой герпетической невралгии обычно возникает в продромальную фазу и продолжается в течение 30 дней, то есть

весь период существования и разрешения сыпи. У части больных развивается подострая фаза герпетической невралгии. Она начинается после окончания острой фазы и длится до начала постгерпетической невралгии, то есть после 30-го дня и вплоть до 120-го дня болезни.

У 10–20 % больных подострая герпетическая невралгия может переходить в ПГН. Согласно определению Международного форума по ле-

чению герпеса ПГН определяют как боль, длящуюся более четырех месяцев (120 дней) после начала продрома. ПГН, особенно у пожилых пациентов, может длиться в течение многих месяцев или лет после заживления высыпаний. При ПГН можно выделить три типа боли: 1) постоянная, глубокая, тупая, давящая или жгучая боль; 2) спонтанная, периодическая, колющая, стреляющая, похожая на «удар током»; 3) аллодиния.

Если в остром периоде заболевания появляется аллодиния, она рассматривается как *преддиктор* возникновения постгерпетической невралгии.

Факторами, предрасполагающими к длительному сохранению боли, являются:

- пожилой возраст;
- женский пол;
- наличие продрома;
- массивные кожные высыпания;
- локализация высыпаний в области иннервации тройничного нерва (особенно в области глаза) или плечевого сплетения;
- сильная острая боль;
- наличие выраженного иммунодефицита;
- поздно начатая (или неиспользовавшаяся) противовирусная терапия аномальными нуклеозидами.

Реже наблюдаются симптомы поражения ганглия тройничного нерва (гассерова узла). При этом высыпания локализуются по ходу ветвей тройничного нерва — на коже волосистой части головы, лица, слизистых оболочках глаза, носа. Типично одностороннее поражение кожи и слизистых оболочек. Особенно опасно высыпание пузырьков на роговице, что сопровождается явлениями кератита с последующим образованием рубцов и нарушением зрения.

Поражение коленчатого узла лицевого нерва сопровождается болями и высыпаниями, располагающимися на ушной раковине и вокруг нее, в наружном слуховом проходе. Развивающийся при этом синдром Рамсея Ханта может не только включать варианты поражения наружного уха, барабанной перепонки, но и сопровождаться потерей вкуса на передних двух третях языка на стороне поражения и гомолатеральным парезом мимических мышц.

В редких случаях может возникнуть паралич лицевого нерва. Поражение ганглиев тройничного и лицевого нервов характеризуется выраженным болевым и интоксикационным синдромами.

Существуют атипичные варианты ганглиотегментальной формы опоясывающего герпеса.

– *Абортивный*. Характеризуется кратковременным течением, при этом пузыри с жидкостью не образуются. Сроки существования сыпи, как правило, не превышают двух-трех дней.

– *Распространенный*. Везикулезные высыпания появляются в пределах двух и более дерматомов или на других, отдаленных участках кожи и слизистых оболочек и носят дискретный характер, напоминая ветряную оспу. Болевой синдром, группирующиеся высыпания в зоне иннервации пораженного нерва позволяют дифференцировать распространенный опоясывающий герпес с ветряной оспой.

– *Буллезный*. Отдельные везикулы объединяются между собой, образуя крупные пузыри — буллы, после вскрытия которых образуется корка, покрывающая язвенно-некротические изменения кожи. Некротическая ткань отторгается, оставляя значительные дефекты, заживление которых происходит длительно путем рубцевания.

– *Некротический*. Является разновидностью буллезной формы: пузыри образуют широкую ленту, которая при усыхании превращается в участки черного, некротизированного струпа.

– *Геморрагический*. Содержимое пузырьков имеет геморрагический характер.

Появление признаков распространенного, буллезного, некротического и геморрагического герпеса может служить основанием для подозрений относительно выраженного иммунодефицита, который имеет место при ВИЧ/СПИДе, у больных онкологическими заболеваниями, а также у пациентов, длительно получающих кортикостероидные, цитостатические и иммуносупрессивные препараты.

Ганглионевралгическая форма опоясывающего герпеса (*zona fruste*, «зостер без герпеса») характеризуется отсутствием высыпаний на коже и слизистых оболочках. Основным проявлением этой формы служит болевая симптоматика, сопровождающаяся нарушениями чувствительности и двигательными нарушениями, обусловленными ганглионитом и нейропатией. Диагностировать ганглионевралгическую форму сложно, поэтому пациенты часто лечатся у неврологов с этиологически не верифицированным диагнозом: нейропатия лицевого, тройничного нервов, межреберная невралгия и др.

При **висцеральной форме** в патологический процесс обычно вовлекается один-два внутренних органа. Так, при поражении ганглиев тройничного и лицевого нервов нередко развивается менингоэнцефалит. Поэтому, если у больного возникли даже минимально выраженные общемозговой и оболочечный синдромы, врач должен его госпитализировать. Люмбальная пункция и исследование цереброспинальной жидкости позволяют подтвердить диагноз. У ослабленных пациентов довольно высока вероятность развития энцефалита и нейропатий различной локализации. Иногда возникают гепатит, пневмония, эзофагит, простатит и поражение других органов.

Диссеминированная (ВВЗ-сепсис) форма опоясывающего герпеса наблюдается редко. Повышенный риск развития этой формы имеют лица с тяжелыми иммунодефицитами — болезнями крови, онкологической патологией, перенесшие пересадку органов, особенно костного мозга, ВИЧ/СПИДом. Заболевание характеризуется полиорганным поражением и сопровождается лихорадкой, интоксикацией и тяжелым ДВС-синдромом. Летальность при диссеминированном опоясывающем герпесе достигает 60 %.

Опоясывающий герпес обычно встречается у лиц старше 40 лет при наличии факторов, приводящих к иммуносупрессии: респиратор-

ных инфекций, синуситов, перегревания, переохлаждения, стрессов, лечения зубов, и др., но может возникать и у молодых иммунокомпрометированных субъектов.

Как правило, рецидивы опоясывающего герпеса встречаются очень редко (в 4 %). Рецидив опоясывающего герпеса у пациента обязывает врача искать причину иммунологической недостаточности, в том числе обследовать на ВИЧ-инфекцию, особенно если пациент молодого возраста или не найдено других причин.

Осложнения. Существует большое число разнообразных осложнений опоясывающего герпеса. Основные из них приведены в табл. 2.

Таблица 2

Осложнения опоясывающего герпеса

Кожные	Висцеральные	Неврологические	Глазные
Кожная диссеминация	Вовлечение в процесс большого количества нервов	Постгерпетическая невралгия	Выпадение роговичного рефлекса
Бактериальная суперинфекция	Бронхит	Асептический менингит	Панеофтальмит
Рубцевание	Эзофагит	Менингоэнцефалит	Кератит
Гангренозная форма	Гастрит	Поперечный миелит	Склерит
Целлюлит	Колит	Восходящий миелит	Увеит
	Цистит	Периферические параличи	Хориоретинит
	Миозит	Парез диафрагмы	Иридоциклит
	Перикардит	Параличи черепных нервов	Невропатия зрительного нерва
	Плеврит	Выпадения чувствительности	Птоз
	Перитонит	Глухота	Мидриаз
	Висцеральная диссеминация	Вестибулярная дисфункция	Рубцевание век
	Пневмония	Гранулематозный церебральный ангиит	Вторичная глаукома
	Гепатит	Постгерпетический зуд	Острый некроз сетчатки
	Миокардит		Прогрессирующий наружный некроз сетчатки
	Артрит		

Одним из наиболее частых осложнений у взрослых лиц с нормальным иммунитетом выступает ПГН. Удельный вес ее возрастает с увеличением возраста больных. Основными факторами риска возникновения ПГН, кроме пожилого (преклонного) возраста, являются длительный болевой продром заболевания, наличие аллодинии в остром периоде болезни, позднее назначение аномальных нуклеозидов.

Диагноз и дифференциальный диагноз. Диагноз при развернутой клинической картине ганглиотегментальной формы трудностей не представляет. Ошибки возникают в начальном периоде болезни, когда доминирует болевой синдром. Таким больным ставят различные ошибочные диагнозы в зависимости от локализации болей (инфаркт, стенокардия, печеночная и почечная колики и др.). При появлении

высыпаний заболевание дифференцируют от простого герпеса, рожи, острой экземы; распространенный вариант ганглиотегментальной формы опоясывающего герпеса — от ветряной оспы. Диагностика висцеральной и диссеминированной форм также очень трудна при отсутствии характерных поражений кожи и слизистых оболочек.

Для лабораторного подтверждения диагноза используют иммунофлюоресцентный метод (РИФ), ИФА (определение антител классов IgM, IgG), молекулярно-биологические методы, основанные на амплификации ДНК (метод ПЦР).

Лечение. Больные тяжелыми формами опоясывающего герпеса подлежат стационарному лечению. Поскольку они являются источниками инфекции для неиммунных людей, их госпитализируют в инфекционный стационар.

При лечении в амбулаторных условиях помимо симптоматической терапии, направленной на купирование болевого синдрома, предупреждения вторичного инфицирования везикул и т. д., назначают противовирусные препараты перорально и местно с первых дней болезни. Этиотропные средства применяют весь период активной инфекции до прекращения высыпания и появления корочек.

Используются таблетированные противогерпетические препараты: фамцикловир в дозе 500 мг 3 раза в день или валацикловир в дозе 1000 мг 3 раза в день. Минимально достаточный курс лечения этими препаратами — 7 дней. Наилучший эффект достигается при начале противовирусной терапии не позднее 72 часов после появления сыпи.

Менее эффективен, особенно в отношении устранения зостер-ассоциированной боли, ацикловир (800 мг 5 раз в сутки). Минимально достаточный курс — 7–10 дней.

Местно обычно используют ацикловировую, пенцикловировую мази, спрей эпиген-интим.

При тяжелом течении заболевания, особенно у иммунокомпрометированных больных с диссеминированными (кожные/висцеральные) проявлениями, ацикловир вводят внутривенно каждые 8 часов по 10 мг/кг массы лицам старше 12 лет и по 500 мг/м² детям до 12 лет. Курс лечения — 7–10 дней.

Для купирования болевого синдрома, отека, чувства жжения используют глюкокортикостероиды и/или нестероидные противовоспалительные средства — ингибиторы циклооксигеназы-2 (мелоксикам, эторикоксиб).

При ганглионевритах, постгерпетической невралгии помимо собственно противовирусных средств назначают антиконвульсанты (габапентин, прегабалин), антидепрессанты (амитриптилин, нортриптилин), пластыри с лидокаином, физиотерапию.

Прогноз благоприятный, за исключением менингоэнцефалитической формы и других форм висцеральной диссеминации.

Критерии выписки и диспансеризации. Реконвалесценты могут быть выписаны из стационара (или после амбулаторного лечения) после окончания острой фазы заболевания и при отсутствии осложнений, препятствующих этому. Минимальный период нетрудоспособности при опоясывающем герпесе — 7–10 дней. Диспансерное наблюдение при тяжелом течении болезни и наличии осложнений осуществляют на протяжении 3–6 мес.

Профилактика. Профилактические мероприятия в очаге не проводятся. Для специфической профилактики опоясывающего герпеса могут использоваться вакцины против ветряной оспы — «Варилрикс» и «Окавакс».

У взрослых (в США) используется вакцина Zostavax (в РФ не зарегистрирована), действующая как бустер, препятствующий реактивации ВВЗ. Вакцина снижает риск развития опоясывающего герпеса на 51 %, а риск постгерпетической невралгии на 67 %.

Литература

1. Инфекционные болезни: национальное руководство / Под ред. Н.Д. Ющука, Ю.Я. Венгерова. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. — 1056 с. [Infektsionnye bolezni: natsional'noe rukovodstvo. Ed by N.D. Yushchuk, Yu.Y. Vengerov. Moscow: GEOTAR-Media; 2009. 1056 p. (In Russ.)]
2. Исаков В.А., Архипова Е.И., Исаков Д.В. Герпесвирусные инфекции человека: руководство для врачей / Под ред. В.А. Исакова. — 2-е изд., перераб. и доп. — СПб.: СпецЛит, 2013. — 670 с. [Isakov VA, Arkhipova EI, Isakov DV. Herpesvirusnye infektsii: rukovodstvo dlya vrachev. Ed by V.A. Isakov. 2nd ed. Saint Petersburg: SpetsLit; 2013. 670 p. (In Russ.)]
3. Руководство по инфекционным болезням / Под ред. Ю.В. Лобзина, К.В. Жданова. — СПб.: Фолиант, 2011. — 1408 с. [Rukovodstvo po infektsionnym boleznyam. Ed by Yu.V. Lobzina, K.V. Zhdanova. Saint Petersburg: Foliant; 2011. 1408 p. (In Russ.)]
4. Степанова Е.В. Герпесвирусные заболевания и ВИЧ-инфекция: учебно-методическое пособие для врачей. — СПб., 2009. — 59 с. [Stepanova EV. Herpesvirusnye zabolevaniya i HIV infectsya: uchebno-metodicheskoe posobie dlya rachev. Saint Petersburg; 2009. 59 p. (In Russ.)]
5. Ветряная оспа у взрослых (Национальные клинические рекомендации). [Электронный ресурс]. — Режим доступа http://193.232.7.120/feml/clinical_ref/0001400672S/HTML/ — Заглавие с экрана. — (Дата обращения 14.05.2017). 90 с. [Vetrjanaya ospa ou vzroslykh (Natsyonal'nye klinicheskie rekomendatsyi) [Elektronnyi resurs] — Redjym dostupa http://193.232.7.120/feml/clinical_ref/0001400672S/HTML/ Zaglavie s ekrana. (Data obrascheniya 14.05.2017). 90 p.

Информация об авторах

Владимир Александрович Неверов — канд. мед. наук, доцент кафедры инфекционных болезней ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России. E-mail: v.neveroff@mail.ru.

Валерий Викторович Васильев — д-р мед. наук, профессор кафедры инфекционных болезней ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России. E-mail: Vcubed@yandex.ru.

Тамара Павловна Демиденко — канд. мед. наук, доцент кафедры инфекционных болезней ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России. E-mail: TDemidenko@yandex.ru.

Information about the authors

Vladimir A. Neverov — PhD, associate professor of the Department of Infection Diseases of North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov. E-mail: v.neveroff@mail.ru.

Valery V. Vasiliev — DSc, professor of the Department of Infection Diseases of North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov. E-mail: Vcubed@yandex.ru.

Tamara P. Demidenko — PhD, associate professor of the Department of Infection Diseases of North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov. E-mail: TDemidenko@yandex.ru.

КОМПЛЕКСНОЕ ВЕДЕНИЕ ПАЦИЕНТА С СОЧЕТАННОЙ ПАТОЛОГИЕЙ В УСЛОВИЯХ ГЕРИАТРИЧЕСКОГО ЦЕНТРА

Т.В. Харитоновна, А.Н. Юрганова
Гериатрический центр «Наша забота», Санкт-Петербург, Россия
© Т.В. Харитоновна, А.Н. Юрганова, 2017

В статье представлен клинический случай ведения пациента 77 лет с коморбидной патологией в условиях гериатрического центра.

Ключевые слова: гериатрический центр, коморбидность.

COMPLEX MEDICAL CARE OF THE PATIENT WITH COMORBIDITY IN GERIATRIC CENTER

T.V. Haritonova, A.N. Yurganova
Geriatric center "Nasha zabota", Saint Petersburg, Russia

The article presents the clinical case of treatment of 77-years old patient with comorbidity in geriatric center.

Keywords: geriatric center, comorbidity.

Известно, что особенностью лиц пожилого и старческого возраста является наличие коморбидности. По разным данным, она увеличивается от 10 % в возрасте до 19 лет до 80–90 % у пациентов старшей возрастной группы. У пожилых и старых людей встречается сочетание до 6–8 болезней одновременно. Поэтому в лечении таких пациентов важна роль врача-гериатра, проводящего комплексную оценку состояния пациента, берущего на себя синдромальный анализ с последующим формированием диагностической и лечебной концепции, учитывая потенциальные риски и отдаленный прогноз.

Клиническая ситуация

Пациент В., 77 лет, переведен в гериатрический центр из городского стационара для сестринского ухода и лечения с жалобами на незаживающие язвенные дефекты в области обеих икроножных мышц, выраженные отеки и боли в нижних конечностях, усиливающиеся при любом движении, а также при пальпации, несколько уменьшающиеся в положении «ноги вниз». Беспокоят также выраженная слабость, малопродуктивный кашель со слизисто-гнойной мокротой, одышка при незначительной физической нагрузке, тревожный сон.

Из анамнеза известно, что на протяжении последних трех лет у пациента образуются трофические язвы голеней и стоп. Неоднократно получал лечение по поводу хронической венозной недостаточности в стационарах города в условиях хирургических отделений, рекомендуемые препараты принимал нерегулярно.

По профессии художник, в разводе, есть две дочери, проживал в коммунальной квартире один, курить бросил 20 лет назад, алкоголь не употреблял, в последние 2 года из дома не выходил, к врачам не обращался, лекарственные препараты не принимал, за собой не следил, должного ухода со стороны родственников не получал.

Последняя госпитализация в октябре 2016 г. в хирургическое отделение городского стационара, откуда был доставлен в гериатрический центр. При поступлении: состояние средней тяжести, положение в постели пассивное, в сознании, контактен, ориентирован в личности, месте и времени. Оценка по шкале MMSE 22 балла. Кожные покровы и видимые слизистые чистые, бледные, некоторая иктеричность склер. Лицо одутловатое, выражены отеки голеней, стоп, бедер до уровня средней трети. Пульсация на артериях стоп снижена с обеих сторон. В области обеих голеней и стоп имеются трофические изменения кожи в виде глубоких язв размером



Рис. 1. Кожные дефекты при поступлении



до 15 см с гнойным отделяемым и участками некроза. По передней поверхности обеих голей — кожные дефекты, напоминающие ожоги, покрытые гнойными корками, размером практически во всю поверхность голени. Имеются пролежни в области пяток и щиколоток с участками сухого некроза и гнойным отделяемым (рис. 1).

Пролежней в области крестца и лопаток нет. Обращает на себя внимание одышка при минимальной физической нагрузке (частота дыхания до 20–21 в минуту). АД 90/60 мм рт. ст., пульс 100 ударов в минуту, аритмичный, симметричный; ЧСС 118 ударов в минуту. Перкуторно границы сердца расширены влево до среднеключичной линии. Тоны сердца приглушены, аритмичные (фибрилляция предсердий, дефицит пульса 18, тахисистолия), акцент второго тона на аорте, систолический шум в точке Боткина – Эрба. Над легкими перкуторный тон с укорочением звука в нижних отделах, дыхание жесткое с обеих сторон, в нижних отделах ослаблено. Выслушиваются разнокалиберные влажные и сухие хрипы с обеих сторон. Язык обложен белым налетом, влажный. Живот активно участвует в акте дыхания, несколько вздут, мягкий, чувствительный при пальпации в верхних отделах. Печень +7 см, край ров-

ный, гладкий. Физиологические отправления: стул — склонность к запорам; мочеиспускание — стресс-недержание, ноктурия.

По результатам клинического анализа крови выявлены: гипохромная анемия — гемоглобин 78 г/л, эритроциты $2,9 \times 10^{12}$ /л; лейкоциты 10×10^9 /л; тромбоцитоз 423×10^9 /л; СОЭ 69 мм/ч. Остальные показатели в пределах референсных значений. По результатам биохимического анализа крови: СРБ 109 мг/л, АЛТ 60 ЕД/л, АСТ 50 ЕД/л, билирубин 39 ммоль/л, холестерин 7,9 ммоль/л, креатинин 244 ммоль/л, мочевины 15,9 ммоль/л, калий 3,2 ммоль/л, натрий 139,5 ммоль/л, общий белок 51 г/л. В анализах мочи: лейкоцитурия, протеинурия, гематурия. ЭКГ — тахисистолическая форма фибрилляции предсердий с ЧСС 120 ударов в минуту. Ишемия в области переднебоковой стенки левого желудочка.

Доплерография вен нижних конечностей (сделана впервые за время наблюдения, в том числе в других клиниках) — данных за наличие хронического тромбофлебита не получено. Выявлен облитерирующий атеросклероз сосудов нижних конечностей. В связи с полученными данными было прекращено эластичное бинтование нижних конечностей, активизированы

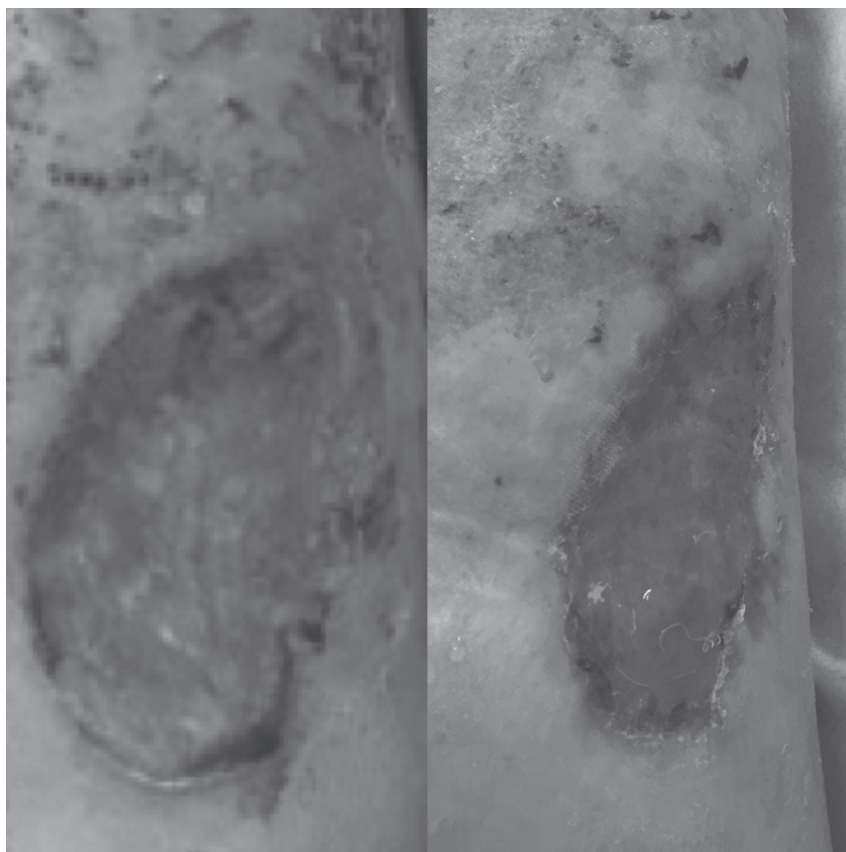


Рис. 2. Динамика дефекта кожи голени на фоне терапии фибробластами

движения в ногах. Пациент вертикализирован и приступил к проводимым в гериатрическом центре занятиям по адаптивной физической культуре.

Представление о больном

Пациент с облитерирующим атеросклерозом нижних конечностей, хронической артериальной недостаточностью III степени, осложненной образованием глубоких трофических язв обеих голеней, стоп и наличием пролежней в области пяток. Сопутствующие заболевания: гипертоническая болезнь III ст. с высоким риском сердечно-сосудистых осложнений, ишемическая болезнь сердца: постинфарктный кардиосклероз, постоянная форма фибрилляции предсердий, тахисистолия; декомпенсация сердечной деятельности — хроническая сердечная недостаточность 3-го ф. к. по NYHA, двусторонняя застойная пневмония, отечный синдром; хроническая гипохромная анемия средней степени тяжести, хроническая болезнь почек, хроническая почечная недостаточность (ХПН) III ст., гипоальбуминемия, доброкачественная гиперплазия предстательной железы; цереброваскулярная болезнь, хроническая ишемия мозга, умеренное когнитивное расстройство.

Был составлен план ведения пациента с учетом сочетанных поражений и коморбидности, который включал следующие направления и назначения:

- комплексная терапия хронической сердечной недостаточности: сердечные гликозиды — дигоксин, бета-блокаторы — бисопролол 5 мг/сут, иАПФ — эналаприл 5–10 мг/сут, нитраты — пектрол 40 мг/сут, сочетание диуретиков — торасемида 10 мг и гипотиазида 25 мг; спиронолактон в дозе 100 мг с последующим понижением дозы; поляризующая смесь 100,0 мл;
- антибактериальная терапия препаратами широкого спектра действия (таваник 500 мг, амоксиклав 875 мг 2 раза в сутки);
- липидснижающая терапия — симвастатин 20 мг в сутки;
- лечение дезагрегантами и антикоагулянтами — гепарин, вессел дуэ, тромбо асс;
- лечение трофических изменений кожи с использованием различных методов, включая современную терапию стволовыми клетками;
- лечение препаратами, улучшающими репарацию тканей — актовегин 400–800 мг, солкосерил в виде инъекций и гелей;
- гепатопротективное лечение — гептрал 800 мг, артишок;

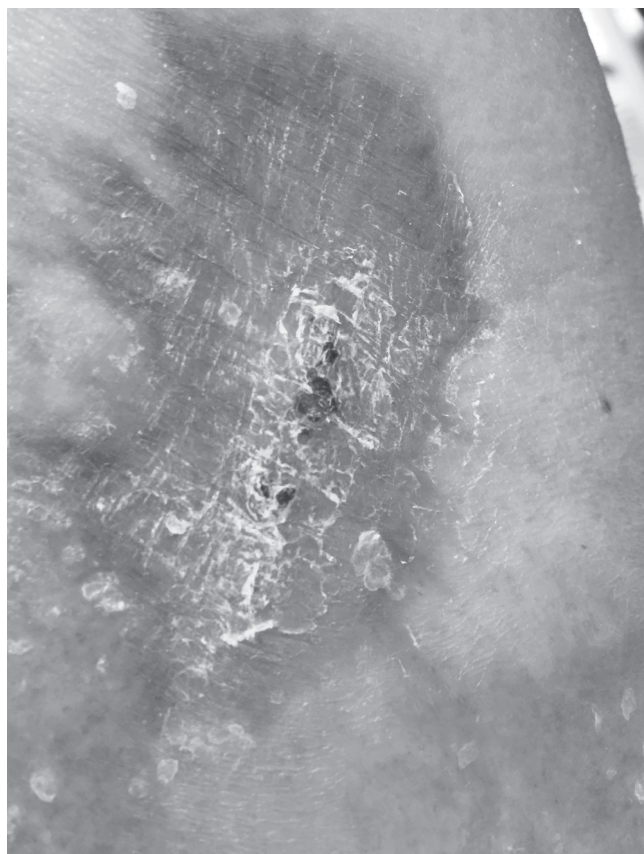


Рис. 3. Окончательный результат через 1,5 месяца

- лечение анемии комплекс-содержащими препаратами активферрином, сорбифером;
- витаминотерапия — вит. В₆, В₁, С;
- метаболическая терапия — мексидол, цитофлавин;
- коррекция когнитивных нарушений и сна — акатинол мемантин 20 мг, карбамазепин 200 мг;
- расширение двигательного режима — ЛФК;
- коррекция диеты с ограничением соли, углеводов и сбалансированным питьевым режимом.

Все дозы указанных препаратов корректировались в зависимости от тех или иных показателей.

Состояние пациента на фоне проводимой терапии постепенно стабилизировалось. Достигнута компенсация сердечной деятельности на уровне 2-го ф. к. по NYHA; компенсирована ХПН до II ст. Пациент стал самостоятельно передвигаться и обслуживать себя.

Кожные дефекты в области голени уменьшились в размерах и через 1,5 месяца затянулись вторичным натяжением (рис. 3). Пациент был выписан для домашнего наблюдения в удовлетворительном состоянии по настоянию родственников с небольшим (менее 2 см) дефектом в области пятки. Даны рекомендации

по лекарственной терапии: верошпирон (спиронолактон) 25 мг/сут, дигоксин 250 мкг по 1/2 таб./сут, зилт (клопидогрель) 75 мг /сут, конкор (бисопролол) 5 мг/сут, симвастатин 20 мг/сут, актовегин 400 мг по 1 драже 8.00 и 13.00, финлепсин (карбамазепин) 200 мг 20.00, энап-Н (эналаприл 1–9 мг + гидрохлортиазид 25 мг), торасемид 5 мг/сут. В домашних условиях пациент большую часть времени был предоставлен сам себе, перестал следить за собой, не принимал препараты и спустя месяц был повторно госпитализирован в гериатрический центр в связи с появлением новых язвенных дефектов и отеков обеих голени. Был проведен повторный курс терапии, психотерапии, занятий ЛФК в течение 2 месяцев с положительным эффектом. Достигнуто полное заживление ран. С родственниками пациента проведена беседа о необходимости контроля за пациентом, проведено их обучение. В настоящее время пациент взят на диспансерное наблюдение гериатрического центра «Наша забота», проживает в своей комнате под контролем участкового терапевта, сиделки и родственников. Получает все назначенное лечение. Повторных язв голени нет, общее состояние удовлетворительное, может частично себя обслуживать, стал проявлять интерес к прежней профессии, рисует небольшие картины.

Заклучение

При лечении гериатрических пациентов с сочетанной патологией очень важен комплексный подход, позволяющий проводить как местное лечение, так и коррекцию нарушений со стороны всех органов и систем. Необходимым условием является соблюдение клинического

минимума обследования и контроля состояния. Крайне важен процесс обучения родственников и ухаживающего персонала, который позволяет снизить на амбулаторном этапе количество рецидивов, приводящих к повторным госпитализациям, и не только сохранить, но и улучшить качество жизни пациента.

Информация об авторах

Татьяна Валентиновна Харитоновна — канд. мед. наук, врач-гериатр, гериатрический центр «Наша забота», Санкт-Петербург. E-mail: info@nashazabota.ru.

Анна Николаевна Юрганова — семейный врач высшей категории, главный врач гериатрического центра «Наша забота», Санкт-Петербург. E-mail: info@nashazabota.ru.

Information about the authors

Tatiana V. Haritonova — PhD, geriatrician, geriatric center “Nasha zabota”, Saint Petersburg. E-mail: info@nashazabota.ru.

Anna N. Yurganova — family doctor, chief physician of geriatric center “Nasha zabota”, Saint Petersburg. E-mail: info@nashazabota.ru.

ХРОНИКИ СЕМЕЙНОЙ МЕДИЦИНЫ: ВЗГЛЯД ИЗ АЙОВЫ (США)

Г.В. Киселева, Е.Г. Букия

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

© Г.В. Киселева, Е.Г. Букия, 2017

В статье представлен краткий очерк о стажировке двух сотрудников кафедры семейной медицины СЗГМУ им. И.И. Мечникова в апреле-мае 2017 г. в Университете Айовы (США), посвященной изучению системы образования и организации оказания медицинской помощи в США и обмену опытом.

Ключевые слова: стажировка, семейная медицина, университетский госпиталь штата Айовы, медицинское образование, система здравоохранения в США, обмен опытом.

CHRONICLE OF FAMILY MEDICINE: VIEW FROM IOWA CITY (USA)

G.V. Kiseleva, E.G. Bukiia

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

The article presents a brief essay about the training of two representatives of the department of family medicine of North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov in April - May 2017 in the Iowa University (USA) dedicated to study of education system and organization of health care in America.

Keywords: training, family medicine, University of Iowa Hospitals and Clinics, medical education, the healthcare system in USA, the exchange of experience.

Для укрепления сотрудничества между Северо-Западным государственным медицинским университетом имени И.И. Мечникова и Университетом штата Айова по инициативе американской стороны, в частности профессора Джеральда Джогерста, в апреле-мае 2017 г. была организована поездка двух сотрудников кафедры семейной медицины СЗГМУ им. И.И. Мечникова — аспиранта Г.В. Киселевой и ординатора Е.Г. Букия — в город Айова-Сити штата Айова, США.

Руководителем стажировки с российской стороны являлась д-р мед. наук профессор заведующая кафедрой семейной медицины О.Ю. Кузнецова, а с американской стороны — руководитель гериатрической клиники университетского госпиталя штата Айовы профессор Дж. Джогерст.

Целью стажировки было знакомство с системой медицинского образования и здравоохранения в США, а также получение практических навыков и умений в области семейной медицины и гериатрии с полным погружением в языковую среду.

Задачи стажировки:

1) ознакомление с программой образования в клинической ординатуре кафедры семейной медицины Университета Айовы;

2) ознакомление с внутренним устройством и распорядком всех отделений клиники семейной медицины;

3) совместный прием пациентов с семейными врачами клиники;

4) участие в различных образовательных мероприятиях — посещение лекционного курса для семейных врачей и кафедральных конференций;

5) погружение в американскую культуру и образование новых профессиональных контактов;

6) расширение знаний в области использования современных информационных ресурсов.

Необходимо отметить большую работу, проделанную организаторами, в частности профессором Дж. Джогерстом, по подготовке нашего пребывания в США. Все было продумано до мелочей — от встречи в аэропорту города Сидар-Рапидс до полного детализированного плана нашей программы обучения. Это касалось и первой встречи с резидентами кафедры, которые любезно пригласили нас поселиться в их домах. Профессор Дж. Джогерст сначала предоставил нам возможность пообщаться в неформальной обстановке всем вместе, и только потом мы разъехались по домам — все это позволило

максимально смягчить новые непривычные для нас условия пребывания.

Первые рабочие дни начались со знакомства с сотрудниками кафедры семейной медицины и ознакомительного тура по подразделениям университетского госпиталя, который провел профессор Дж. Джогерст. Доктор Дж. Джогерст длительное время работает в Университете Айовы и хорошо известен как прекрасный врач и преподаватель и в своем университете, и в СЗГМУ им. И.И. Мечникова. Профессор Дж. Джогерст всегда откликается на приглашение принять участие в научных форумах, которые проводит кафедра семейной медицины СЗГМУ им. И.И. Мечникова, и в каждый свой приезд уделяет время для проведения семинара для ординаторов и аспирантов кафедры. Идея об организации нашей стажировки была высказана именно им, и он с присущей ему тщательностью проработал программу обучения. Большую помощь в подготовке и организации оказала и секретарь профессора — Паранг Ким. Программа была организована таким образом, что каждый наш день был расписан буквально до минуты.

В соответствии с программой вся наша деятельность в период стажировки была распределена по трем направлениям — наука, клиническая работа и досуговые мероприятия.

Реализация программы началась с посещения цикла лекций в рамках Family Medicine Refresher Course. Это ежегодное образовательное мероприятие интенсивного обучения в виде лекций для семейных врачей и ординаторов. Лекционный курс охватывал следующие вопросы: «Хроническая боль», «Рак молочной железы», «Акне у взрослых», «Первая линия антибактериальной терапии», «Расстройства памяти у пожилых людей», «Биполярное расстройство в практике семейного врача», «Остеопороз»,

«Неотложные случаи в педиатрии», «Скрининг-тесты для пожилых людей», «Псориаз», «Сексуальные меньшинства и развитие чувства половой принадлежности у детей», «Тромбоцитопения», «Болезни клапанов сердца», «Синдром поликистозных яичников», «Аномальные формы черепа у детей», «Острые случаи в офтальмологии», «Нарушения функции надпочечников — общие вопросы», «Научные статьи, которые изменят вашу практику!». Тематика докладов была предельно разнообразна и демонстрировала уровень компетенций, которыми владеет американский семейный врач, в задачи которого входят оказание непрерывной всеобъемлющей медицинской помощи и забота о пациенте во всех аспектах, имеющих отношение к его здоровью, а также к здоровью членов его семьи.

Четкая организация ощущалась и здесь. Обеспечение максимально комфортного пребывания для слушателей курса, размещение участников за столами с достаточным пространством для работы за компьютером, доступная сеть Wi-Fi, повсеместный доступ к электросети для подключения техники, возможность онлайн-голосования аудитории по задаваемым лекторами тестовым вопросам — все это способствовало наиболее эффективному усвоению информации. Лекции читались ведущими специалистами в данных областях медицины, в докладах было рассмотрено большое количество клинических случаев. Материалы докладов были доступны для слушателей в электронном виде, строго соблюдались длительность выступлений и порядок изложения материала, чувствовалось уважительное отношение лекторов друг к другу и к аудитории. Стоимость посещения курса составляет около 600 долларов, для нас были выписаны специальные пропуска за счет кафедры семейной медицины Университета Айовы. В ходе обучения становилось очевид-



С командой врачей стационара: Е.Г. Букия, д-р Ларсон, д-р Алстон, проф. Джогерст, Г.В. Киселева



Вручение сертификатов. Е.Г. Букия, проф. Дж. Джогерст, Г.В. Киселева

ным, насколько высока мотивация участников — врачей и ординаторов — на получение новых профессиональных знаний. Несмотря на довольно продолжительное время ежедневных занятий — с 8.00 до 17.00 с одним перерывом на ланч, посещаемость курса оставалась неизменно стабильной — полный зал утром, полный зал вечером. При этом никто не «отсиживал» свое время — активность аудитории на сессии вопросов и ответов была очень высока. Для обеспечения комфортной атмосферы и полноты восприятия общение лектора с аудиторией происходило в неформальной обстановке, с возможностью свободного перемещения по залу, при наличии на столах разнообразных напитков и десертов, при том что безукоризненная тишина в зале, сосредоточенность и полная концентрация внимания сохранялись.

Необходимо отметить, что больницы и клиники Университета Айовы (University of Iowa Hospitals and Clinics, U.S.) — это один из крупнейших медицинских комплексов в США. Он является единственным академическим медицинским центром в штате Айова и работает под девизом «Изменяем медицину. Изменяем жизнь», который отражает главный принцип работы — быть на передовой линии медицинской науки, постоянно совершенствовать качество лечения, уделять внимание профессиональному образованию.

Медицинская служба была организована при Университете Айовы еще в 1873 г. в виде небольшого госпиталя на 20 коек для оказания медицинской помощи местному населению. Более подробно узнать об истории основания и развития системы госпитальных клиник Университета Айовы можно, посетив специализированную выставку, расположенную в одном из павильонов и находящуюся в широком доступе для публики. На ней собраны исторические фотографии, относящиеся к данному периоду, медицинский инструментарий и предметы быта, характерные для данной эпохи, связанные с врачебной деятельностью.

Сегодня в больницах и клиниках Университета Айовы трудятся около 1500 врачей, представляющих около 200 медицинских специальностей, более 1800 медсестер, а также более 5 тысяч сотрудников различных вспомогательных служб. Огромную помощь медицинскому комплексу оказывают волонтеры, их число достигает 1300 человек.

Больницы и клиники Университета Айовы располагают 711 койками (включая 190 коек в детской больнице). Ежегодно здесь проходят стационарное лечение более 32 тысяч человек, регистрируется почти 1 миллион амбулаторных посещений, почти 60 тысяч пациентов получают лечение в отделении экстренной помощи.



Вручение сертификатов. Е.Г. Букия, Паранг Ким, Г.В. Киселева

Каждый год в учреждении проводятся около 310 тысяч радиологических процедур.

В госпитале Университета Айовы расположен крупнейший центр трансплантации в штате. Ежегодно здесь осуществляется 500–700 операций по трансплантации органов и тканей. Центр располагает собственной авиационной службой, которая ежегодно помогает доставлять в лечебное учреждение из разных уголков штата сотни пациентов, нуждающихся в срочной медицинской помощи.

У университетского госпиталя отличная репутация, которая создавалась годами благодаря многочисленным научным достижениям и самым высоким стандартам оказываемой медицинской помощи. В ежегодных списках Best Hospitals in America («Лучшие больницы Америки»), которые издаются с 1990 г., центр неизменно занимает высокие позиции.

Среди приоритетных направлений деятельности центра — онкология, отоларингология, неврология и нейрохирургия, нефрология, ортопедия и офтальмология. Высокий рейтинг неизменно показывают также отделения кардиологии, эндокринологии, психиатрии, гастроэнтерологии и гериатрии.

Онкологический центр имеет множество национальных наград за успехи в области охраны здоровья. Недавно центр получил высокую оценку своей деятельности от Национального института рака Америки и статус «Всесторонний онкологический центр» и действительно находится в авангарде в области диагностики и лечения онкологических заболеваний. Центр обеспечивает индивидуальный подход к пациентам и возможность быстрой и точной диагностики, а также впечатляющий набор самых современных и прогрессивных методов лечения.

Больницы и клиники Университета Айовы из года в год демонстрируют высокий уровень

удовлетворенности пациентов качеством лечения (78 %), значительно превышающий средний по стране. Около 300 врачей центра входят в список «Лучшие врачи Америки», составляемый ежегодно US News [1].

Отдельного внимания заслуживает организация медицинского образования в США. Семейные врачи обязаны не только иметь самый высокий уровень образования, но и совершенствовать его на протяжении всей профессиональной жизни, повышая свою квалификацию.

После окончания средней школы (12 лет обучения) обучение продолжается в колледже, после которого выпускники получают степень бакалавра наук (Bachelor of Science), длительность подготовки составляет 4 года. Параллельно с получением степени бакалавра студент дополнительно проходит программу обучения на подготовительных медицинских курсах. После успешного окончания колледжа и получения степени бакалавра необходимо поступить в медицинскую школу (Medical School). При поступлении учитываются не только документы о завершении обучения в колледже, но и рекомендации, полученные от профессоров, преподающих медицинские предметы. Поступить в медицинскую школу можно только после успешной сдачи экзамена (Medical School Admission Test): на вступительном экзамене проверяются знания по биологии, химии, физике. Помимо высоких результатов вступительных экзаменов необходимо иметь хорошие оценки за время обучения на бакалавра и пройти собеседование. Плюсом является наличие опыта работы в области здравоохранения. Чтобы получить положительные рекомендации по окончании обучения, надо проводить научную работу. Для этого при каждом колледже и университете действуют многочисленные научные общества. Важно принимать участие в их работе, поскольку рекомендации от научных руководителей являются дополнительным «бонусом» при поступлении в медицинскую школу. Продолжительность обучения в медицинской школе также составляет 4 года. Таким образом, чтобы получить диплом врача, необходимо учиться 8 лет, однако этот путь не очень прост. После окончания медицинской школы требуется сдать три экзамена (USMLE Steps):

- Step 1 (Basic Science: физиология, патология, анатомия, патологическая анатомия, микробиология, фармакология, биохимия и т. д.);
- Step 2 (Clinical Knowledge: все клинические предметы);
- Step 3 (Clinical Skills: практические навыки с участием стандартизованных пациентов — актеров).

Длительность каждого экзамена составляет 8 часов. По своей сути экзамен представляет

собой тестирование с помощью компьютера, что стало в последние годы популярно и в нашей стране. Практические навыки оцениваются в симуляционном центре, для чего приглашаются актеры, играющие роль стандартизованных пациентов. Однако успешная сдача экзамена не означает, что выпускник начнет самостоятельную врачебную деятельность. Чтобы стать врачом, необходимо пройти подготовку в резидентуре (аналог нашей ординатуры). В зависимости от специальности сроки обучения в резидентуре бывают разными. Для получения специальности семейного врача обучение в резидентуре составляет три года, для приобретения специальности «психиатрия» в рамках обучения программы по семейной медицине необходимо учиться 5 лет.

Клиническая работа сотрудников кафедры семейной медицины осуществляется в отделении семейной медицины Университета Айовы, в состав которого входит два структурных подразделения — амбулаторная клиника семейной медицины и стационар семейной медицины.

Амбулаторная клиника, в свою очередь, подразделяется на:

- клинику семейной медицины для плановых визитов;
- клинику острых случаев;
- гериатрическую клинику;
- клинику семейной медицины и психиатрии;
- манипуляционное отделение.

Во время своей стажировки мы наблюдали за работой всех этих отделений в две смены: первая смена с 8.00 до 12.00, с 12.00 до 13.00 — перерыв на ланч, и вторая смена с 13.00 до 17.00.

Реализация практической части нашей стажировки осуществлялась в статусе врача-наблюдателя (shadowing doctor), что позволяло присутствовать на приеме семейного доктора, но не принимать активного участия в осмотре пациентов. При этом присутствие на приеме было возможно только при получении предварительного разрешения от пациента.

В клинике семейной медицины осуществляются прием пациентов с различными хроническими заболеваниями для регулярного контроля состояния, консультирование пациентов по различным проблемам, обсуждение профилактических мероприятий и скрининг-тестов. Прием ведут ординаторы кафедры и семейные врачи. Длительность приема одного пациента ординатором первого года составляет до 1 часа, прием доктора, имеющего сертификат, длится около 30 минут.

В США семейный врач не посещает пациентов на дому. В зависимости от вида медицинской страховки пациент выбирает себе доктора сам или пользуется списком врачей, у которых заключен договор со страховой компани-

ей. В подборе той или иной страховки свобода выбора семейного врача является одним из решающих факторов. Очередей к докторам нет, так как прием ведется только по записи. Если пациент пропустил свое время, доктор не сможет его принять, так как его время расписано буквально по минутам. Если пациент не может посетить врача в назначенное время, необходимо отменить визит хотя бы за один день. При регистрации пациенту выдается специальный браслет, по которому в дальнейшем фиксируются его перемещения по клинике. В любое время врач может, воспользовавшись индивидуальным бейджем, войти в электронную систему и узнать, готов ли пациент к приему или находится на обследовании. Так же фиксируется время прихода пациента в клинику, время начала приема и время, когда пациент покинул клинику. Эти данные необходимы для того, чтобы оценить эффективность работы врачей и остального медицинского персонала. Страховые компании оценивают разницу по времени от начала поступления пациента до начала консультации. Как только пациент зарегистрировался, за ним приходит ассистент врача и провожает его в смотровой кабинет. Там ассистент измеряет артериальное давление, температуру, рост, массу тела и вносит данные в медицинскую карту. Медицинская карта размещается в специальном кармане на двери кабинета со стороны коридора. Перед тем как войти в кабинет, врач просматривает данные, изучает электронную историю болезни, проверяет, какие анализы и когда выполнялись, с тем чтобы выяснить, не пора ли их сделать заново. Далее он входит в кабинет и выводит на экран компьютера медицинскую карту пациента. Все жалобы он тут же вносит в базу данных, затем проводит осмотр, включает результаты в файл, назначает необходимые обследования, затем со своего компьютера отправляет в аптеку рецепты на выписанные лекарства. Некоторые виды исследований, например экспресс-анализ крови на глюкозу или холестерин, ЭКГ, рентгенография грудной клетки, проводятся в офисе врача. Если пациент находится под постоянным наблюдением, ему сразу назначается дата следующего визита.

Гериатрическая клиника — отделение клиники семейной медицины, предназначенное для ведения пациентов пожилого и старческого возраста. Здесь также осуществляется плановый прием пациентов семейными врачами и ординаторами. Такого рода пациентам свойственны определенные гериатрические заболевания и синдромы: деменция, делирий, депрессия, хроническая боль, хрупкость. Семейный врач должен в полной мере владеть методиками комплексной оценки состояния пожилого человека,

нейропсихологического тестирования для раннего распознавания нейрокогнитивных нарушений, должен уметь оказать психологическую помощь пациентам с неизлечимыми заболеваниями и ухаживающим за ними родственникам, что позволит сохранить максимально возможный уровень их качества жизни. В Айова-Сити прекрасно организована и налажена система муниципальных учреждений, позволяющая пожилым людям находиться в комфортных условиях — от специализированных домов для проживания до дома сестринского ухода, где функционирует система телемедицинского контроля за состоянием находящихся там пациентов.

Особенностью гериатрической клиники является то, что помимо консультации семейного врача с пациентом обязательно беседует фармаколог для коррекции лекарственной терапии. Таким образом, врач и фармаколог могут объединить свои усилия по предотвращению нежелательных побочных эффектов лекарственных препаратов и составить максимально эффективную схему терапии с учетом возрастных особенностей пациентов. В условиях клиники могут быть выполнены некоторые манипуляции: внутрисуставное введение препаратов, физические упражнения в рамках программы реабилитации и т. д.

Во всех экстренных случаях пациенты обращаются в службу скорой помощи по телефону 911 или самостоятельно приезжают в приемный покой стационара, который работает в режиме отделения экстренной помощи. Клиника острых случаев также входит в состав клиники семейной медицины, прием ведут семейные врачи и ординаторы. Сюда обращаются пациенты, которым консультация врача требуется немедленно, поэтому записаться к врачу в этой клинике можно в день приема. Клиника оснащена процедурным кабинетом, кабинетом для оказания хирургической помощи, гинекологическим кабинетом, кабинетом ультразвуковой диагностики и рентген-диагностики, лабораторией. Врач имеет возможность при необходимости немедленно привлечь к осмотру специалистов различного профиля. Профилю работы клиники соответствует и тематика клинических разборов, которые регулярно проводятся с резидентами. Вот несколько примеров: маточное кровотечение после неполного аборта, обострение бронхиальной астмы, спортивная травма кистей рук у подростка, лихорадка у новорожденного ребенка.

Типичных листков нетрудоспособности, как в России, в США не существует. Оплата пропущенного рабочего дня зависит от коллективного договора с работодателем. Максимальное количество оплачиваемых дней по болезни в году не превышает десяти. Пациенты, как правило, ста-

раются наблюдаться у одного семейного доктора на протяжении жизни.

Как и в России, семейный врач призван оказывать всеобъемлющую помощь, направленную на пропаганду здорового образа жизни, профилактику и лечение заболеваний, реабилитационную и восстановительную помощь пациентам с физической, психологической и социальной точек зрения, иными словами, врач проявляет заботу о пациенте в целом, во всех аспектах здоровья, что служит одним из важнейших признаков пациент-ориентированной системы здравоохранения. Именно такой подход лежит в основе приема семейного врача в США. Поэтому беседа об образе жизни — первоочередной и непереносимый этап в общении доктора с пациентом, целью которого являются изменение мотивации и поведения пациента и борьба с такими распространенными проблемами, как курение, злоупотребление алкоголем, переедание, гиподинамия. Врач стремится получить согласие пациента на сотрудничество, установив психологический контакт с ним, поэтому что готовность пациента к изменению привычного образа жизни значительно приблизит успех лечения. Кроме того, врач интересуется мнением пациента о причинах его нездоровья, ведь эти причины могут быть совсем иными, чем представление врача, и он выясняет отношение пациента к дальнейшим действиям по оздоровлению с его точки зрения. Врач всегда спрашивает: «Чем я могу Вам помочь сегодня?» или «Какого результата Вы ожидаете от лечения?». Беседа ведется в благожелательном, доверительном тоне. Огромное внимание уделяется объяснению пациенту того, что происходит в его организме, вплоть до иллюстраций, наглядно демонстрирующих изменения в организме при данном заболевании. Такая практика все шире применяется в клиниках семейной медицины и у нас в России. Далее доктор переходит к физикальному обследованию. Обращает на себя внимание в высшей степени деликатное обращение доктора с пациентом. Например, он вежливо интересуется: «Вы не возражаете против осмотра?» По результатам беседы и осмотра доктор высказывает свои мысли по поводу диагноза, предстоящего плана обследования и лечения и после согласования его с пациентом выносит вердикт. При этом в порядке вещей обращение семейного врача за консультацией к старшим коллегам (staff doctor) по тому или иному вопросу. Впечатляет, насколько упрощен процесс взаимодействия между врачами, более того, он приветствуется. Врачи работают в команде. Например, в штате клиники семейной медицины обязательно есть клинический фармаколог. Семейный врач в любой момент имеет возможность обсудить с ним выбор лекарствен-

ных препаратов, их взаимодействие, побочные эффекты, проанализировать реакцию пациента на уже имеющиеся препараты и т. д. Семейный врач может даже присутствовать на диагностических процедурах, выполняемых его пациенту другими специалистами. Таким образом, в арсенале семейного врача имеется широкий спектр возможностей: с одной стороны, для активного повышения своего собственного профессионального уровня, с другой стороны, для оказания личного влияния на лечение пациента. Так реализуется на практике мультидисциплинарный подход. Огромное внимание уделено созданию комфортной для пациента обстановки в самой клинике семейной медицины. Врачи и весь медицинский персонал исключительно предупредительны и доброжелательны, в кабинетах оборудованы места для сопровождающих членов семьи, в том числе для детей.

За смену доктор осуществляет прием 6–8 пациентов. Медицинская сестра присутствует на приеме лишь в тех случаях, когда в этом возникает необходимость. Большое количество пациентов госпиталя не говорит по-английски, им будет оказана медицинская помощь с привлечением службы переводов, в арсенале которой около 30 языков мира.

Особо хочется упомянуть о системе обратной связи пациента с доктором вне посещений — my chart. Пациент может отправить в клинику электронное сообщение, которое будет передано врачу. В нем можно задать вопрос в лаконичной форме или известить врача о переменах в самочувствии.

Клиника семейной медицины и психиатрии — это отделение для наблюдения семейным врачом пациентов с различными нарушениями в психической сфере. Спектр расстройств широк: депрессия, биполярное расстройство, синдром дефицита внимания и т. д. В штате данной клиники состоит врач-психиатр, который при необходимости оказывает консультативную помощь семейным врачам.

В клинике для манипуляций осуществляется плановый прием пациентов, записанных на определенные процедуры, которые также проводит семейный врач. Например, удаление атеромы, постановка и удаление внутриматочной спирали, пункция сустава и удаление экссудата и др. Врачу ассистирует медицинская сестра и доступны все перечисленные выше методы взаимодействия с коллегами.

Следующее большое подразделение отделения семейной медицины — стационар (family medicine inpatient department). Пациенты в стационаре наблюдаются с самой различной патологией — переломом шейки бедра, острым панкреатитом, обострением хронической обструктивной болезни легких. При необходимости

немедленно будет организована помощь узких специалистов. В стационаре работает команда, сформированная из семейных врачей различной степени квалификации: от ординаторов первого года до врачей-прецептеров (наставников). Каждый ординатор получает под наблюдение около пяти пациентов, разрабатывает свой план ведения больного, и ежедневно в полном составе команда врачей клиники совершает обход всех пациентов, при котором ординаторы отчитываются врачу-наставнику о состоянии пациентов за прошедшие сутки.

Во время обучения ординаторы работают в отделении семейной медицины, включая все пять названных клиник и стационар, а также имеют дополнительные циклы (ротации): ЭКГ-диагностика, педиатрия (амбулаторная, неотложная помощь, стационар), неврология, психиатрия, кардиология, пульмонология, акушерство и гинекология, общая хирургия, ортопедия, спортивная медицина, дерматология, радиология. Рабочая смена ординатора начинается в 8 часов утра в амбулаторной сети и в 6 часов 45 минут утра при работе в стационаре и длится около 10–12 часов в сутки, с одним выходным днем (воскресенье). Иногда даже на единственный выходной приходится по графику дежурство. При работе в стационаре это может быть две недели дневных смен по 12 часов либо две недели ночных смен подряд. При таком напряженном трудовом расписании ординаторы кафедры с большой старательностью и высокой личной ответственностью относятся к своим обязанностям, стараясь стать частью команды.

Один раз в месяц в клинике семейной медицины Университета Айовы под руководством профессора Дж. Джогерста проводится заседание гериатрического журнального клуба (Geriatrics Journal Club). В период нашего пребывания на стажировке мы также поучаствовали в этом мероприятии. На электронную почту нам были высланы научные статьи, с которыми мы должны были ознакомиться, чтобы принять участие в обмене мнениями по актуальным проблемам гериатрии.

Ежедневно в клинике семейной медицины проводятся дневные конференции по медицинским проблемам в различных областях. Конференции сочетаются с легким ланчем, что позволяет даже время обеда использовать плодотворно. Серия конференций в период нашего пребывания была посвящена вопросам спортивной медицины.

Один раз в неделю мы участвовали в заседаниях ученого совета (Scholarship in Family Medicine), на котором рассматриваются и обсуждаются научно-исследовательские работы, проводимые в университете. На одном из таких заседаний аспиранту кафедры семейной меди-

цины СЗГМУ им. И.И. Мечникова Г.В. Киселевой было предложено выступить с презентацией научной работы на соискание ученого звания кандидата медицинских наук, посвященной установлению распространенности гериатрических синдромов, ухудшающих функционирование и качество жизни лиц пожилого и старческого возраста, и разработке мероприятий по их предупреждению в общей врачебной практике. Данное выступление вызвало живой отклик среди участников, были одобрены дизайн, способы реализации проекта, признаны актуальность и новизна исследования для развития гериатрической помощи в России. Докладчика попросили в будущем сообщить результаты проведенного исследования, так как данные представляют научный интерес для широкого круга исследователей в области геронтологии и гериатрии. Также еженедельно проводился разбор наиболее интересных клинических случаев, которые представляли резиденты кафедры семейной медицины, причем каждый из участников мог высказать свое мнение и поделиться опытом с коллегами. В ходе общей дискуссии разрабатывался дальнейший план ведения данного пациента, обозначались ключевые мероприятия для реализации успешного лечения, которые необходимо провести в ближайшее время.

Следует отметить не только четкую организацию программы стажировки, но и прекрасные бытовые условия, которые были созданы для ее участников. Нам удалось познакомиться с бытом американских резидентов Виктории Танн, Клэр Мак-Кинли и Рейчел Маурер, так как они любезно предоставили для нашего проживания свои дома. Спустя месяц стало совершенно очевидно, что эта идея была просто гениальной! Мы получили возможность в полной мере почувствовать, как живут настоящие американцы, ощутить себя полноценным жителем Айова-Сити, повысить уровень владения английским языком. Совместное проведение досуга позволило выделить время для знакомства с традициями страны, приготовления традиционных блюд домашней кухни, посещения спортивных мероприятий. Все это способствовало укреплению более теплых дружеских взаимоотношений.

Чтобы мы могли в полной мере прочувствовать атмосферу американской жизни, для нас было организовано несколько интересных мероприятий, идейным вдохновителем и главным действующим лицом которых стал профессор Дж. Джогерст. Мы были приглашены на вечеринку (welcome party) в дом профессора. Среди гостей были также ординаторы и врачи со своими семьями. Члены семьи доктора Джогерста оказали нам радушный прием, мы познакомились друг с другом, много общались и провели чудесный вечер.

Доктор Дж. Джогерст совершил с нами автопутешествие на семейную ферму, где хозяева показали нам необъятные кукурузные поля, очаровательных молодых бычков на пастбище, гараж сельскохозяйственной техники.

В один из выходных дней мы с ординаторами посетили комическую оперу «Пираты Пензанса» на музыку А. Салливана в театре Айова-Сити. Представление было очень смешным, интересным и доставило нам большое удовольствие.

Нам удалось побывать в городе Дюбьюк, где мы вместе с семьей профессора Джогерста посетили Национальный музей Миссисипи, в котором представлена вся фауна великой могучей реки. Это живая впечатляющая экспозиция с большим количеством интерактивных элементов, из которой мы почерпнули много новой и интересной информации.

Отдельного внимания заслуживает организация экскурсии в Чикаго, которая не могла бы состояться без участия Виктории Танн. Она

на личной машине отвезла нас туда и обратно и показала нам главные достопримечательности действительно удивительного по красоте города, известного своей необычной архитектурой, парками и музеями.

В заключение необходимо отметить, что сотрудничество университетов разных стран предоставляет возможность для расширения границ научных изысканий и интеллектуального совершенствования, а также позволяет почерпнуть уникальный опыт, обменяться новаторскими идеями и практическими методиками. Сотрудничество СЗГМУ им. И.И. Мечникова с Университетом Айовы, начало которому было положено более 20 лет назад, является подтверждением того, что человеческим отношениям не могут помешать расстояния и границы. И мы надеемся, что и в будущем к нам на кафедру будут приезжать специалисты из Университета Айовы, а наша творческая молодежь будет иметь возможность пройти обучение у наших коллег и друзей.

Литература

1. http://centerusa.ru/cliniki-usa/Bolnitsy_i_kliniki_Universiteta_Ayovy.html. Последнее посещение сайта 08.07.17.

Информация об авторах

Галина Валерьевна Киселева — очный аспирант кафедры семейной медицины ФГБОУ ВО «СЗГМУ им. И.И. Мечникова» Минздрава России. E-mail: kongruentn@yandex.ru.

Екатерина Германовна Букия — ординатор кафедры семейной медицины ФГБОУ ВО «СЗГМУ им. И.И. Мечникова» Минздрава России. E-mail: Bookia.katarina@yandex.ru.

Information about the authors

Galina V. Kiseleva — full-time graduate student of Family Medicine Department of North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov. E-mail: kongruentn@yandex.ru.

Ekaterina G. Bukiia — resident of Family Medicine Department of North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov. E-mail: Bookia.katarina@yandex.ru.

