

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 20

3 — 2016

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 20
3 — 2016
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 последиplomного 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.

Лекции

ИНСУЛЬТ
Д.В. Кандыба 5

ВОПРОСЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПСИХОЛОГИИ
Л. Н. Дегтярева 16

Обзор литературы

ОБСЛЕДОВАНИЕ ПАЦИЕНТА
С ТАХИКАРДИЕЙ В ОБЩЕЙ
ВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИКЕ
Т.А. Дубикайтис 35

В помощь практикующему врачу

ИНВАЛИД ПО ЗРЕНИЮ
В ОФИСЕ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА
И.А. Божков, О.С. Молчанова,
М.А. Севастьянов, А.М. Сарана,
А.А. Божков 47

Случай из практики

КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ
АКТИВНОЙ ЭПШТЕЙНА —
БАРР ВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ
С СИНДРОМОМ МИКРОПСИИ
В.А. Неверов, Н.И. Кузнецов 51

Хроника

ПРОГРАММА ПО ОБМЕНУ МЕДИЦИНСКИХ
СТУДЕНТОВ И СОТРУДНИЧЕСТВО
С МЕДИЦИНСКИМ УНИВЕРСИТЕТОМ
«ПРОФЕССОР ДОКТОР ПАРАСКЕВ
СТОЯНОВ»
Г.В. Киселева, Ф. Ислам 54

Lectures

STROKE
D.V. Kandyba 5

ISSUES OF MEDICAL PSYCHOLOGY
Л. Н. Дегтярева 16

Literature review

EXAMINATION OF THE PATIENT
WITH TACHYCARDIA
IN GENERAL PRACTICE
T.A. Dubikaytis 35

For the practitioners

VISUALLY IMPAIRED IN THE OFFICE
OF GENERAL PRACTITIONERS
I.A. Bozhkov, O.S. Molchanova,
M.A. Sevastyanov, A.M. Sarana,
A.A. Bozhkov 47

Clinical case

THE CLINICAL COURSE OF CHRONIC
ACTIVE EPSTEIN-BARR VIRUS INFECTION
IS ASSOCIATED WITH A MICROPSIA
SYNDROME
V.A. Neverov, N.I. Kuznetsov 51

Chronicle

MEDICAL STUDENT EXCHANGE
PROGRAM AND COOPERATION
WITH MEDICAL UNIVERSITY -
VARNA «PROF. DR. PARASKEV
STOYANOV»
G.V. Kiseleva, F. Islam 54

ИНСУЛЬТ

Д.В. Кандыба

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

STROKE

D.V. Kandyba

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

© Д.В. Кандыба, 2016 г.

В лекции описаны особенности клинических проявлений, дифференциально-диагностические характеристики и современные методы лечения различных типов инсультов.

Ключевые слова: инсульт, диагностика, лечение, общая врачебная практика.

The lecture describes the features of clinical manifestations, differential diagnostic characteristics and modern methods of treatment of various types of strokes.

Keywords: stroke, diagnostic, treatment, general practice.

1. Введение

Инсульт представляет собой разновидность острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) и характеризуется внезапным (в течение минут, реже — часов) появлением очаговой неврологической симптоматики (двигательных, речевых, чувствительных, координаторных, зрительных и других нарушений) и/или общих мозговых нарушений (угнетение сознания, головная боль, рвота и др.), которые сохраняются более 24 часов или приводят к смерти больного в короткий промежуток времени вследствие причины цереброваскулярного происхождения.

Выделяют две клинико-патогенетические формы инсульта:

1) ишемический инсульт (инфаркт мозга) обусловлен острой фокальной церебральной ишемией, приводящей к инфаркту (зона ишемического некроза) головного мозга;

2) геморрагический инсульт (нетравматическое внутримозговое кровоизлияние) обусловлен разрывом интрацеребрального сосуда и проникновением крови в паренхиму мозга или разрывом артериальной аневризмы с субарахноидальным кровоизлиянием.

К ОНМК также относятся преходящие нарушения мозгового кровообращения, характеризующиеся внезапным возникновением очаговых неврологических симптомов, которые развиваются у больного с сердечно-сосудистым заболеванием (артериальная гипертензия, атеросклероз, фибрилляция предсердий, васкулит и др.), продолжаются несколько минут, реже часов, но не более

24 часов, и заканчиваются полным восстановлением нарушенных функций головного мозга.

Преходящие нарушения мозгового кровообращения включают:

1) транзиторную ишемическую атаку (ТИА), которая развивается вследствие кратковременной локальной ишемии мозга и характеризуется внезапными преходящими неврологическими нарушениями с очаговой симптоматикой;

2) гипертонический церебральный криз, представляющий собой состояние, связанное с острым, обычно значительным, подъемом артериального давления (АД) и сопровождающееся появлением общих мозговых (реже очаговых) неврологических симптомов, вторичных по отношению к гипертензии. Наиболее тяжелая форма гипертонического криза — острая гипертоническая энцефалопатия, основу патогенеза которой составляет отек головного мозга.

Инфаркт мозга, как правило, результат взаимодействия многих этиопатогенетических факторов, которые могут быть подразделены на локальные и системные: 1) локальные: морфологические изменения брахицефальных или внутримозговых артерий (патологическая извитость и др.), атеросклеротические поражения сосудов дуги аорты и мозговых артерий, поражения сердца как источник тромбоэмболических инфарктов мозга, фибромускулярные дисплазии стенок брахицефальных и мозговых артерий, диссекция брахицефальных артерий, васкулиты (артерииты), изменения шейного отдела позвоночника с формированием экстравазальной компрессии позвоночных артерий,

аномалии строения сосудов шеи и головного мозга (гипоплазия позвоночной артерии, трифуркация внутренней сонной артерии) и др.; 2) системные факторы: нарушения центральной и церебральной гемодинамики (резкое изменение АД или снижение сердечного выброса и др.), наследственные и приобретенные коагулопатии, полицитемия, определенные формы лейкозов, гиповолемия, психоэмоциональный стресс/дистресс и др., гиперкоагуляционное/гиперагрегационное побочное действие ряда лекарственных препаратов (оральные контрацептивы и др.).

Среди основных причин внутримозгового кровоизлияния можно выделить следующие: 1) длительная артериальная гипертензия с кризовым течением — причина более 50 % геморрагических внутримозговых инсультов; 2) церебральная амилоидная ангиопатия — около 10–12 %; 3) прием антикоагулянтов — около 10 %; 4) опухоли головного мозга — около 8 %; 5) на долю всех остальных причин приходится около 20 %.

Спонтанное субарахноидальное кровоизлияние в большинстве случаев (70–85 %) вызвано разрывом мешотчатой аневризмы, размер которой может составлять от 2 мм до нескольких сантиметров в диаметре, чаще — 2–10 мм. Мешотчатые аневризмы наиболее часто локализуются в артериях Виллизиева круга, и их образование, по-видимому, обусловлено врожденным дефектом сосудистой стенки, обычно возникающим в месте бифуркации или ветвления артерии. Со временем отмечается постепенное увеличение размеров аневризмы, особенно у пациента, длительно страдающего артериальной гипертензией. Примерно 30 % всех аневризм локализуется на задней соединительной артерии (в месте ее отхождения от внутренней сонной артерии), 20–25 % — на средней мозговой артерии, 10–15 % — на артериях вертебрально-базиллярного бассейна (преимущественно на базилярной и нижней мозжечковой артериях). Основным фактором риска разрыва мешотчатой аневризмы — артериальная гипертензия, дополнительные — курение и злоупотребление алкоголем.

В клиническом течении инсульта выделяют следующие периоды:

1) 1–3-и сутки — острейший период (отделение нейрореанимации или палата интенсивной терапии стационара);

2) до 28 суток — острый период (профильное отделение для лечения инсульта в стационаре, нейрореабилитационное отделение);

3) до 6 месяцев — ранний восстановительный период (амбулаторное лечение, активная реабилитация и медикаментозное лечение);

4) до двух лет — поздний восстановительный период (амбулаторное лечение, вторичная профилактика, восстановительная терапия);

5) после двух лет — период остаточных явлений (амбулаторное лечение, вторичная профилактика, медикаментозное лечение, профилактика развития сосудистой деменции) [1].

2. Эпидемиология

В Российской Федерации инсульт ежегодно возникает более чем у 500 тыс. человек. Каждый год в Санкт-Петербурге происходит около 25 тыс. новых случаев инсульта. Ежедневно в Санкт-Петербурге инсультом заболевают 50–80 человек, а в Москве — 100–120 человек. Заболеваемость инсультом в Российской Федерации составляет $3,48 \pm 0,21$ случая на 1000 населения. Встречаемость различных видов ОНМК широко варьирует, в частности, инфаркты головного мозга составляют 65–75 %, кровоизлияния (включая субарахноидальные) — 15–20 %, на долю преходящих нарушений мозгового кровообращения приходится 10–15 %. Частота мозговых инсультов в популяции старше 50–55 лет увеличивается в 1,8–2 раза в каждом последующем десятилетии жизни. Медицинские и социально-экономические последствия ОНМК очень значительны, в частности летальный исход в остром периоде инсульта наступает у 34,6 %, а в течение первого года по окончании острого периода — у 13,4 %; тяжелая инвалидность с потребностью постоянного ухода имеется у 20,0 % пациентов, перенесших инсульт; ограниченно трудоспособны 56,0 % и только 8,0 % возвращаются к своей прежней трудовой деятельности. Инвалидизация вследствие инсульта (в среднем по стране составляет 56–81 %) в нашей стране занимает первое место среди всех причин первичной инвалидности, составляя 3,2 на 10 тыс. населения. Смертность от инсульта среди лиц трудоспособного возраста увеличилась в Российской Федерации за последние 10 лет более чем на 30 %. Ежегодная смертность от инсульта в нашей стране составляет 175 на 100 тыс. населения [1, 2].

3. Классификации

I. Классификация ОНМК по Международной классификации болезней 10-го пересмотра (1989):

G45 — преходящие транзиторные церебральные ишемические приступы (атаки) и родственные синдромы;

I60 — субарахноидальное кровоизлияние;

I61 — внутримозговое кровоизлияние;

I62 — другое нетравматическое внутричерепное кровоизлияние;

I63 — инфаркт мозга;

I64 — инсульт, не уточненный как кровоизлияние или инфаркт.

II. Отечественная классификация ОНМК по М. М. Одинаку и др. (1998):

А. С сохранением неврологического дефицита до 24 часов:

1. ТИА.
2. Гипертензивные кризы.

Б. С сохранением неврологического дефицита от 24 часов до 3 недель:

1. Острая гипертензивная энцефалопатия.
2. Малый инсульт (инсульт с восстановимым неврологическим дефицитом).

В. С сохранением неврологического дефицита более 3 недель:

1. Геморрагический инсульт (нетравматическое кровоизлияние):
 - 1.1. Паренхиматозное кровоизлияние.
 - 1.2. Внутривентрикулярное кровоизлияние.
 - 1.3. Субарахноидальное кровоизлияние.
 - 1.4. Субдуральное кровоизлияние.
 - 1.5. Экстрадуральное кровоизлияние.
 - 1.6. Смешанные формы кровоизлияний.
2. Ишемический инсульт:
 - 2.1. Эмболический.
 - 2.2. Неэмболический (тромбоз, нетромботическое ишемическое размягчение мозга).

III. Международная этиопатогенетическая классификация ишемического инсульта TOAST по Н.Р. Adams et al. (1993): 1) атеротромботический; 2) кардиоэмболический; 3) лакунарный; 4) связанный с другими, более редкими причинами (васкулиты, гиперкоагуляционные синдромы, коагулопатии, диссекция артерий и др.); 5) неизвестного происхождения (криптогенный).

IV. Классификация патогенетических подтипов ишемического инсульта по Н.В. Верещагину и др. (2000): 1) атеротромботический (34 % случаев) — артерио-артериальные эмболии (13 %) + + тромбозы мозговых сосудов (21 %); 2) кардиоэмболический (22 %); 3) гемодинамический (15 %); 4) лакунарный (22 %); 5) инсульт по типу гемореологической микроокклюзии (7 %).

4. Факторы риска

Важнейшими модифицируемыми (корректируемыми) факторами, повышающими риск развития инсульта, считаются: артериальная гипертензия любого происхождения, заболевания сердца, фибрилляция предсердий, нарушения липидного обмена, сахарный диабет, патология магистральных артерий головы, гемостатические нарушения. К основным немодифицируемым (некорректируемым) факторам риска относятся пол, возраст, этническая принадлежность, наследственность. Выделяют также факторы риска, связанные с нарушением здорового образа жизни: табакокурение, избыточная масса тела, низкий уровень физической активности, неправильное питание (в частности, недостаточное потребление фруктов и овощей,

злоупотребление алкогольными напитками), длительное психоэмоциональное напряжение или острый стресс. Распространенность основных факторов риска в нашей стране достаточно высока: курят 59,8 % взрослых мужчин и 9,1 % женщин, имеют артериальную гипертензию 39,9 и 41,1 %; гиперхолестеринемию — 56,9 и 55,0 %; ожирение — 11,8 и 26,5 % соответственно; избыточно потребляют алкоголь 12,0 % мужчин и 3,0 % женщин [2].

Повышение систолического и диастолического АД при артериальной гипертензии — наиболее значимый фактор риска как ишемического, так и геморрагического инсульта. У больных с выраженной артериальной гипертензией инсульт развивается в 7–10 раз чаще, чем у лиц с нормальным АД. При повышении диастолического АД на каждые 10 мм рт. ст. риск развития инсульта возрастает в 1,95 раза. Смертность от инсульта удваивается при повышении систолического АД на каждые 10 мм рт. ст., начиная со 115 мм рт. ст. Снижение повышенного уровня диастолического АД на 5 мм рт. ст. и систолического АД на 12 мм рт. ст. уменьшает риск развития инсульта соответственно на 34 и 36 %. Наиболее значимый кардиальный фактор риска ишемического инсульта — фибрилляция предсердий (мерцательная аритмия), при которой риск инсульта возрастает в 3–4 раза. При ишемической болезни сердца риск инсульта повышается в 2 раза, при гипертрофии миокарда левого желудочка, определяемой на ЭКГ, — в 3 раза, при сердечной недостаточности — в 3–4 раза. Курение увеличивает риск развития ишемического инсульта в 2–4 раза, субарахноидального кровоизлияния — в 3–4 раза, ишемической болезни сердца в 3–6 раз. Степень риска зависит от интенсивности (количество выкуриваемых сигарет в день) и длительности (число лет) курения. Систематическое злоупотребление алкоголем увеличивает риск развития инсульта, особенно геморрагического, в 2 раза [3].

5. Клинические проявления

Инсульт должен быть заподозрен во всех случаях при наличии острого развития очаговой неврологической симптоматики или внезапного изменения уровня сознания. Среди нарушений функций мозга, развивающихся при инсульте, выделяют очаговые симптомы (неврологические проявления, связанные с поражением определенных структур мозга), менингеальный синдром (признаки вовлечения мозговых оболочек), мозговые расстройства (головная боль, рвота, изменение уровня сознания). Наиболее частые признаки и очаговые симптомы инсульта зависят от поражения определенного сосудистого бассейна кровоснабжения головного мозга.

I. Каротидная система мозгового кровоснабжения (артерии: сонные, глазничные, средние мозговые, передние мозговые).

1. Двигательные нарушения: гемипарез/гемиплегия на стороне, противоположной очагу поражения головного мозга. Слабость, неловкость и скованность в руке и/или в ноге. Часто имеет место сочетание поражения руки и нижней лицевой мускулатуры. Двигательные нарушения развиваются на противоположной стороне тела по отношению к пораженной артерии. В ослабленных конечностях происходит постепенное повышение мышечного тонуса по пирамидному типу: тонус преобладает в сгибателях предплечья и пальцев руки, а также в разгибателях голени, феномен «складного ножа». При поражении глубоких отделов лобной доли, кровоснабжаемых из бассейна передней мозговой артерии, мышечный тонус в парализованных конечностях может повышаться по экстрапирамидному (пластическому) типу: тонус повышен в мышцах-сгибателях руки и ноги, феномен «зубчатого колеса», пластическая ригидность и длительное непроизвольное застытие конечности в определенной позе. На стороне гемипареза обязательно отмечается повышение (оживление) глубоких рефлексов и расширение их рефлексогенной зоны. Появляются патологические рефлексy, отсутствующие в норме: в руке — рефлекс Россолимо, в ноге — рефлекс Бабинского.

2. Нарушения чувствительности: сенсорные нарушения в виде снижения/отсутствия болевой и других видов чувствительности (онемение, гипестезия, анестезия), парестезии. Чаще отмечается гемитип (половина лица, туловище, рука и нога) на стороне, противоположной от поражения головного мозга. При обширных очагах инсульта в области глубоких структур мозга (внутренняя капсула) отмечается сочетание гемипареза и гемиянестезии на противоположной стороне.

3. Речевые нарушения: затруднение в подборе нужных слов, невнятная и нечеткая речь, трудности понимания речи окружающих (сенсорная и моторная афазия). Нередко нарушения речи сочетаются с нарушением письма (дисграфия) и чтения (дислексия). Дизартрия в виде смазанной и невнятной речи, замедленности речи, нарушения произношения слов и артикуляции может отмечаться при поражении ветвей передней мозговой артерии.

4. Зрительные нарушения: нечеткое зрение в пределах полей зрения обоих глаз (нижнеквадрантная гемиянопия возникает при поражении верхних отделов зрительного пути в теменной доле, верхнеквадрантная гемиянопия возникает при поражении нижних отделов зрительного пути в височной доле). Вовлечен-

ное поле зрения является противоположным по отношению к стороне пораженной артерии и очагу инсульта. Монокулярная слепота в виде острого снижения зрения в одном глазу на стороне пораженной внутренней сонной артерии (например, при ее экстракраниальной окклюзии).

5. Парез взора: ограничение произвольного сочетанного движения глазных яблок в сторону, противоположную от очага инсульта. Корковый парез взора связан с поражением задних отделов второй лобной извилины — корковые ветви средней мозговой артерии.

6. Девиация языка: происходит в сторону, противоположную очагу инсульта (язык отклонен в сторону парализованных конечностей). При этом язык отклоняется весь, а не кончиком, как при поражении подъязычного нерва. Нет атрофий и фасцикуляций в мышцах языка. Отклонение языка связано с тем, что половина мышц языка иннервируется только противоположным полушарием мозга (все кортиконуклеарные волокна перекрещиваются).

7. Сглаженность носогубной складки: угол рта опущен, ослаблено напряжение нижних лицевых мышц на противоположной от очага инсульта стороне лица. Пациента просят улыбнуться или оскалить зубы, при этом отмечается ослабление движений нижней лицевой мускулатуры на стороне парализованных конечностей. У пациента с угнетением сознания может отмечаться симптом — «парусит» щека на стороне, противоположной очагу инсульта.

II. Вертебрально-базилярная система кровоснабжения мозга (артерии: позвоночные, основная/базилярная, внутренние слуховые, задние мозговые).

1. Головокружение: системное головокружение в виде ощущения неустойчивости и вращения, ощущения движения предметов в определенном направлении, чувства проваливания собственного тела. Чаще отмечается центральная вестибулопатия с выраженным стойким нистагмом и вестибулярной атаксией в сочетании с тошнотой, рвотой и бледностью кожных покровов. Необходимо помнить, что изолированное головокружение — частый симптом ряда несосудистых заболеваний внутреннего уха (болезнь Меньера, доброкачественное позиционное пароксизмальное головокружение, вестибулярный нейронит). Положителен окуловестибулярный рефлекс — движение глазами яблоками или их конвергенция (посмотреть на кончик своего носа) приводит к усилению головокружения.

2. Мозжечковый синдром: мозжечковая атаксия, нарушение поддержания вертикального положения тела и ходьбы с отклонением туловища в сторону пораженного полушария моз-

жечка, дискоординация в гомолатеральных по отношению к стороне инсульта конечностях на одной стороне тела. Мозжечковые симптомы, которые отмечаются на стороне инсульта: статико-локомоторная и динамическая атаксия, нистагм, мышечная гипотония в конечностях, мышечные асинергии, адиадохокинез.

3. Зрительные нарушения: различные виды гемианопсии в противоположных от инсульта полях зрения, диплопия (двоение), зрительные агнозии, фотопсии.

4. Двигательные нарушения: слабость — гемипарез/гемиплегия в конечностях на противоположной от инсульта (поражение ствола головного мозга) стороне. При поражении основной артерии могут ослабнуть все четыре конечности (тетрапарез). Лицо может вовлекаться на стороне инсульта (слабость мышц лица), а слабость в конечностях развивается на противоположной стороне. Альтернирующие стволовые синдромы — поражение черепных нервов на стороне очага инсульта и проводниковые расстройства (гемипарез, гемианестезия) в противоположных конечностях: 1) синдром Вебера (поражение среднего мозга): на стороне инсульта — птоз, мидриаз, расходящееся косоглазие (глазодвигательный нерв) + на противоположной стороне — гемипарез; 2) синдром Мийяра — Гублера (поражение моста мозга): на стороне инсульта — слабость всей половины мышц лица (лицевой нерв) + гемипарез на противоположной стороне; 3) синдром Джексона (поражение продолговатого мозга): на стороне инсульта — атрофия половины мышц языка с отклонением его кончика в противоположную сторону (подъязычный нерв) + гемипарез на противоположной стороне.

5. Нарушения чувствительности: онемение, снижение болевой и других видов чувствительности, парестезии в противоположных конечностях, что может сочетаться с онемением лица на стороне инсульта (альтернирующая гемигипестезия).

6. Нарушение речи: смазанная и нечеткая речь, плохая артикуляция и произношение (дизартрия). Может сочетаться с нарушением голоса (дисфония) и нарушением глотания (дисфагия) — бульбарный синдром при поражении продолговатого мозга.

Клинические характеристики, характерные для ишемического инсульта:

1) за 1–6 месяцев до инсульта возникали ТИА или транзиторная монокулярная слепота;

2) выявленные ранее стенокардия или симптомы ишемии нижних конечностей;

3) патология сердца с высоким риском кардиоэмболии (нарушения ритма сердца, чаще всего в виде фибрилляции предсердий, наличие искусственных клапанов сердца, ревматизм, инфекционный эндокардит, острый инфаркт миокарда, пролапс митрального клапана и др.);

4) часто в пожилом возрасте развивается во время сна, после приема горячей ванны, физического утомления, а также во время приступа фибрилляции предсердий, в том числе на фоне снижения АД, острого инфаркта миокарда, коллапса, гиповолемии;

5) постепенное развитие неврологической симптоматики (несколько часов), в ряде случаев ее мерцание, то есть нарастание, уменьшение и вновь нарастание выраженности клинических симптомов;

6) возраст старше 50 лет;

7) превалирование неврологической очаговой симптоматики над общей мозговой симптоматикой; угнетение сознания и интенсивная головная боль встречаются редко.

Клинические характеристики, характерные для кровоизлияния в мозг:

1) длительно существующая артериальная гипертензия с кризовым течением; неблагоприятные характеристики гипертонии: повышение диастолического АД, повышение ночного систолического АД, пациент не чувствует длительно-го повышения АД;

2) развитие инсульта во время эмоциональных (стресс) или физических перенапряжений (подъем тяжести);

3) высокое АД (выше 180/110 мм рт. ст.) в первые минуты/часы начала инсульта;

4) возраст больных не является определяющим моментом, однако для инфарктов мозга более характерен старший возрастной диапазон, чем для кровоизлияний;

5) быстрое развитие очаговой неврологической и общей мозговой симптоматики, приводящей нередко уже через несколько минут к коматозному состоянию больного (особенно это характерно для кровоизлияния в ствол мозга или мозжечок);

6) характерный вид некоторых больных: багрово-синюшное лицо, гиперстеническая конституция, тошнота и многократная рвота;

7) отсутствие преходящих нарушений мозгового кровообращения и транзиторной монокулярной слепоты в анамнезе;

8) выраженная общая мозговая симптоматика, жалобы на головную боль в определенной области головы, предшествующую (за несколько секунд или минут) развитию очаговых неврологических симптомов, многократная рвота, быстрое угнетение сознания;

9) в дебюте геморрагического инсульта может впервые в жизни развиваться генерализованный или парциальный эпилептический (судорожный) приступ.

Клинические характеристики, характерные для субарахноидального кровоизлияния:

1) относительно молодой возраст больных (чаще до 50 лет);

2) начало заболевания внезапное без предвестников, среди полного здоровья, во время активной физической деятельности; провокация — стресс и/или чрезмерная физическая нагрузка;

3) выраженное повышение АД (более 180/110 мм рт. ст.) в первые минуты субарахноидального кровоизлияния;

4) первоначальным симптомом является сильнейшая головная боль, часто описываемая больными как «непереносимая», с возможной потерей сознания;

5) частое развитие психомоторного и эмоционального возбуждения, эпилептического приступа, в последующем может развиваться центральная гипертермия;

6) быстрое появление менингеального синдрома: ригидность шейно-затылочных мышц, положительные симптомы Брудзинского и Кернига, светобоязнь и повышенная чувствительность к шуму; очаговая неврологическая симптоматика отсутствует;

7) всегда отмечается наличие крови в ликворе при выполнении люмбальной пункции.

6. Диагностика на догоспитальном этапе

Основная задача врача общей практики на догоспитальном этапе — правильная и быстрая диагностика ОНМК, что возможно на основании уточнения жалоб, анамнеза и проведения физического соматического и клинического неврологического осмотра. Точное определение характера инсульта (геморрагический или ишемический) от семейного врача не требуется, оно возможно только в стационаре после компьютерной или магнитно-резонансной томографии головного мозга. Для правильной и своевременной диагностики инсульта семейному врачу необходимо знать и уметь выявить при неврологическом осмотре основные клинико-неврологические синдромы (очаговые, общемозговые, менингеальный), характерные для данного заболевания. При опросе пациента с подозрением на инсульт необходимо уточнить точное время появления неврологических симптомов и наличие факторов риска в анамнезе (артериальная гипертензия, сахарный диабет, фибрилляция предсердий, ишемическая болезнь сердца, уже перенесенные в прошлом ОНМК и др.). Важная задача на догоспитальном этапе — первичная дифференциальная диагностика инсульта с другими патологическими состояниями, имеющими клиническое сходство с ОНМК. К их числу относятся гипогликемия, судорожные состояния (эпилепсия, эпилептические синдромы), черепно-мозговая травма, нейроинфекции (энцефалит, абсцесс мозга), мигрень с аурой, объемные образования (опухоли) головного мозга, ряд психических расстройств, коматозные состояния, экзогенные и эндогенные интоксикации (метаболическая или токсическая

энцефалопатия), рассеянный склероз, острая гипертоническая энцефалопатия и другие.

При объективном обследовании пациента с подозрением на инсульт необходимо:

1) оценить общее состояние и состояние жизненно важных функций: уровень сознания, проходимость дыхательных путей, дыхание и общее кровообращение;

2) внимательно осмотреть и провести пальпацию мягких тканей головы (выявление возможной черепно-мозговой травмы), осмотреть наружные слуховые и носовые ходы (для выявления ликворо- и гематореи);

3) измерить частоту пульса, частоту сердечных сокращений, АД на обеих руках, частоту дыхания;

4) провести аускультацию сердца и легких, измерить температуру тела;

5) провести клиническое неврологическое обследование: качественная оценка очаговой, общей мозговой и менингеальной симптоматики с фиксацией в медицинской документации;

6) выполнить электрокардиографию;

7) провести лабораторный скрининг-тест уровня глюкозы в крови.

Основные действия врача общей практики на догоспитальном этапе. Инсульт является неотложным состоянием, поэтому все пациенты с ОНМК должны госпитализироваться в региональные сосудистые центры или специализированные отделения многопрофильных стационаров для лечения больных с инсультом. Целесообразна госпитализация всех заболевших с ОНМК, в том числе и с остро возникшими легкими очаговыми симптомами — «малый инсульт», а также с ТИА. Оптимальное время госпитализации — первые 3 часа от начала инсульта. При более поздней госпитализации значительно возрастает количество осложнений инсульта и тяжесть последующей инвалидизации больных с ОНМК. В ситуации, когда врач общей практики видит больного в течение первых 1–2 часов от начала вероятного ишемического инсульта и первоначальная оценка состояния больного подтверждает возможность проведения тромболизиса, необходима максимально быстрая доставка его в соответствующий региональный сосудистый центр. Транспортировку больных с инсультом любой степени тяжести необходимо проводить только в положении лежа, с приподнятым изголовьем до угла в 30°, независимо от тяжести состояния больного [1].

Противопоказания к госпитализации пациента с инсультом

1. Относительные:

1) критические нарушения дыхания и кровообращения до их стабилизации; 2) психомоторное возбуждение и эпилептический статус до их купирования; 3) терминальная кома, демен-

ция в анамнезе с выраженной инвалидизацией до развития инсульта; 4) терминальная стадия онкологических заболеваний.

2. Абсолютные:

1) письменно подтвержденный отказ пациента или его родственников от госпитализации.

7. Лечение на догоспитальном этапе

Лечение больных с инсультами на догоспитальном этапе (для семейного врача — до приезда скорой помощи) включает два основных направления — базисную и специфическую терапию.

Основные направления базисной терапии:

1. Общие мероприятия первой медицинской помощи:

- уложить пациента на горизонтальную поверхность с приподнятой головой приблизительно на 30° (подушку подкладывают с уровня плечевого пояса, а не только под голову, чтобы избежать сгибания в шейном отделе позвоночника);
- обеспечить доступ свежего воздуха, расстегнуть одежду, затрудняющую дыхание, освободить ротовую полость от съёмных протезов (при их наличии);
- при угнетении сознания и рвоте необходимо повернуть голову и туловище пациента на бок для предотвращения западения языка (асфиксии) и аспирации, санировать ротовую полость от слизи и рвотных масс.

2. Антигипертензивная терапия. Постепенное снижение АД при ишемическом или недифференцированном инсульте проводится, если АД превышает 200/110 мм рт. ст. При подозрении на геморрагический характер ОНМК (когда наряду с клиникой ОНМК при осмотре обнаружены менингеальные симптомы), АД необходимо снижать, если оно превышает 170/100 мм рт. ст. Целевой уровень медикаментозной гипотензии представляет собой АД, превышающее обычное для пациента на 15–20 мм рт. ст. Если обычное АД неизвестно, не рекомендуется снижать АД ниже 160/85 мм рт. ст. Следует избегать любого резкого падения АД, в связи с чем нежелательно применение нифедипина (коринфара) и внутривенное болюсное введение гипотензивных препаратов. Предпочтение следует отдавать гипотензивным препаратам из группы ингибиторов АПФ — каптоприл (капотен по 12,5–25 мг под язык с контролем АД каждые 15 минут).

3. Купирование судорожного синдрома. Если дебют клинической картины ОНМК сопровождается эпилептическим и судорожным приступом (генерализованным или парциальным), для его купирования используют диазепам (седуксен, реланиум) 10 мг 2 мл внутривенно струйно медленно на 10 мл 0,9 % раствора NaCl (или 10 мг 2 мл внутримышечно). Возможен по-

втор через 10–20 минут еще 2 мл 10 мг или внутримышечно 2 мл 10 мг. Максимальная суточная амбулаторная доза диазепама составляет 40 мг.

Нейропротективная терапия. Раннее использование некоторых нейропротекторов возможно уже на догоспитальном этапе, до выяснения характера ОНМК. Согласно ведущим международным клиническим рекомендациям по лечению инсульта и результатам большинства крупных рандомизированных исследований по изучению эффективности церебропротективных препаратов, пока не существует нейропротективной программы, достоверно улучшающей исход инсульта [4]. В частности, в клинических рекомендациях European Stroke Organization (ESO) 2008 года указано, что отсутствуют рекомендации по лечению острого ишемического инсульта нейропротективными препаратами [5].

В соответствии со стандартом скорой медицинской помощи при недифференцированном инсульте, утвержденным приказом Министерства здравоохранения РФ № 1282н в 2012 г., врач общей практики на догоспитальном этапе (до приезда скорой помощи) оказания помощи пациенту с инсультом может использовать комбинацию из двух нейропротективных препаратов (уровень доказательности C): магния сульфат (магnezия), аминокислота (глицин). Магния сульфат вводят внутривенно капельно медленно (10 мл 25 % раствора в разведении на 100 мл 0,9 % раствора NaCl) в течение 30 минут. Глицин (для пациентов, находящихся в сознании) применяют сублингвально или трансбуккально однократно 1 г (или 10 таблеток по 100 мг) в таблетках или в виде порошка после измельчения таблетки [6].

Препараты, противопоказанные на догоспитальном этапе лечения недифференцированного инсульта: хлористый кальций, этамзилат, аминокaproновая кислота, нифедипин (нежелательно использовать), ацетилсалициловая кислота и другие антиагреганты, варфарин и другие антикоагулянты, фуросемид или дексаметазон (иногда ошибочно назначаются для уменьшения отека мозга), вазоактивные средства (пентоксифиллин, эуфиллин, винпоцетин, ницерголин и др.), ноотропные активизирующие мозг препараты (пирацетам, ноотропил, глиатилин и др.) [4].

8. Лекарственная терапия в восстановительном периоде

Основу восстановительной терапии пациентов, перенесших инсульт, составляют: мультидисциплинарная реабилитация, профилактика и борьба с осложнениями, медикаментозная профилактика повторного ОНМК, правильный уход и восстановление навыков самообслужи-

вания. Как дополнение могут использоваться различные группы лекарственных средств (с низким уровнем доказательности), улучшающие мозговое кровообращение и нейротрофические функции мозга, симптоматическая терапия, лечение постинсультных состояний. Следует отметить, что с точки зрения научно доказательной медицины в настоящее время не получено убедительного подтверждения высокой эффективности церебропротективных, вазоактивных и ноотропных средств в лечении пациентов, перенесших ОНМК [4]. В то же время в большинстве отечественных публикаций и в стандартах Министерства здравоохранения данные препараты рекомендуются для улучшения эффективности восстановительного лечения инсульта [7, 8].

1. Нейропротективные (церебропротективные) средства (особенно показаны после обширных инсультов, при нарушениях речи и когнитивных расстройствах, сниженной психической и двигательной активности, уровень доказательности С):

1.1. Нейротрофические нейропептиды:

- комплекс пептидов из головного мозга свиньи (церебролизин) внутривенно капельно 5–10 мл на 200 мл 0,9 % раствора NaCl, курс 10 дней, 2–3 курса в течение первого года;

- депротеинизированный гемодериват крови телят (актовегин) внутривенно капельно 5–10 мл на 200 мл 0,9 % раствора NaCl, курс 10 дней, 2–3 курса в течение первого года;

- комплекс пептидов из головного мозга телят (кортексин) внутримышечно по 10 мг (1 флакон), курс 10 дней, 2–3 курса в течение первого года.

1.2. Антиоксиданты:

- этилметилгидроксипиридина сукцинат (мексидол). Внутривенно капельно 4–5 мл (50 мг в 1 мл) на 200 мл 0,9 % раствора NaCl или внутримышечно по 2–5 мл, курс 10 дней, далее по 1 таб. 125 мг 3 раза в день 1 месяц;

- янтарная кислота + рибоксин + никотинамид + рибофлавин (цитофлавин). Внутривенно капельно 5–10 мл на 200 мл 0,9 % раствора NaCl, курс 10 дней, далее по 2 таб. 2 раза в день 1 месяц;

- тиоктовая кислота (тиогама). Внутривенно капельно 600 мг на 200 мл 0,9 % раствора NaCl, курс 10 дней, далее по 1 таб. 600 мг 1 раз в день 1 месяц.

2. Ноотропы (при когнитивных расстройствах, уровень доказательности С):

- холина альфосцерат (глиатилин). Внутривенно капельно 1000 мг (4 мл) на 200 мл 0,9 % раствора NaCl, курс 10 дней, далее по 1 капс. 400 мг × 3 раза в день 1 месяц;

- цитиколин (цераксон). Внутривенно капельно 1000 мг (4 мл) на 200 мл 0,9 % раствора

NaCl, курс 10 дней, далее по 5–10 мл внутрь 2 раза в день 1 месяц.

3. Вазоактивные средства (после малого ишемического инсульта или ТИА, уровень доказательности D):

- винпоцетин (кавинтон). Внутривенно капельно 20–50 мг (5 мг в 1 мл), по 4–10 мл на 200 мл 0,9 % раствора NaCl, курс 10 дней, далее по 1 таб. 5–10 мг 3 раза в день 1 месяц;

- пентоксифиллин (трентал) внутривенно капельно 100–200 мг (20 мг в 1 мл), по 5–10 мл на 200 мл 0,9 % раствора NaCl, курс 10 дней, далее по 1 таб. 100 мг 3 раза в день 1 месяц.

Вазоактивные средства противопоказаны в следующих случаях: артериальная гипотензия, нестабильное АД на протяжении 6 месяцев после инфаркта миокарда, сердечная аритмия, сердечная недостаточность с риском декомпенсации.

4. Прочие средства, влияющие на центральную нервную систему (уровень доказательности С):

- экстракт гинкго билоба стандартизованный (EGV 761, танакан, мемоплант). По 1 таб. 40 мг 3 раза в день или по 80 мг 2 раза в день, курс 1 месяц;

- витамины группы В (тиамин + пиридоксин + цианокобаламин, мильгамма) внутримышечно 2 мл 1 раз в день, курс 10 дней. Нейромультивит по 1 таб. 3 раза в день, курс 1 месяц;

- бетагистин (бетасерк). По 1 таб. 24 мг 2 раза в день, курс 1 месяц (при системном головокружении).

5. Противодementные средства (лечение постинсультной деменции, уровень доказательности В):

- мемантин (мемантин, меморель). Постепенное увеличение дозы на 5 мг в 7 дней до лечебной дозы 1 таб. 10 мг 2 раза в день, постоянный прием;

- галантамин (реминил). Постепенное увеличение дозы на 8 мг в 1 месяц до лечебной дозы 1 капс. замедленного высвобождения 24 мг в сутки 1 раз утром, постоянный прием.

6. Миорелаксанты (для лечения постинсультной спастичности и контрактур в парализованных конечностях, уровень доказательности С):

- тизанидин (сирдалуд). По 1 таб. 2–4 мг 3 раза в сутки в течение 4–6 недель;

- толперизон (мидокалм). По 1 таб. 50–150 мг 3 раза в сутки в течение 4–6 недель;

- баклофен (баклосан). По 1 таб. 10–25 мг 3 раза в сутки в течение 4–6 недель.

7. Антидепрессанты (при постинсультной депрессии) (уровень доказательности В):

- флуоксетин (прозак). По 10–20 мг 2 раза в сутки, курс 3–6 месяцев;

- сертралин (золофт). По 25–50 мг 1–2 раза в день, курс 3–6 месяцев;
- эсциталопрам (ципралекс). По 5–10 мг 1 раз в день утром, курс 3–6 месяцев [7, 8].

9. Первичная профилактика

Рекомендации по первичной профилактике инсульта составлены на основе избранных данных Guidelines for the Primary Prevention of Stroke 2011 [9].

1. Антигипертензивная терапия:

1) необходимо регулярно контролировать АД у лиц с артериальной гипертензией, необходима модификация образа жизни и фармакологическая терапия (уровень доказательности А);

2) целевой уровень систолического АД составляет менее 140 мм рт. ст. и диастолического АД менее 90 мм рт. ст., поскольку эти уровни связаны с более низким риском инсульта и сердечно-сосудистых осложнений (уровень доказательности А);

3) у пациентов с артериальной гипертензией, страдающих сахарным диабетом или заболеванием почек, целевой уровень АД составляет менее 130/80 мм рт. ст. (уровень доказательности А).

2. Антиагрегантная терапия:

1) рекомендуется использование ацетилсалициловой кислоты для профилактики сердечно-сосудистых осложнений и инсульта (неспецифично именно для инсульта) у лиц с 10-летним риском возникновения острых сердечно-сосудистых осложнений от 6 до 10 %, при этом профилактическая польза должна превышать осложнения от антиагрегантного лечения (уровень доказательности А);

2) ацетилсалициловая кислота (81 мг в сутки или 100 мг через день) может быть показана для предотвращения первого инсульта у женщин с высоким риском сердечно-сосудистых осложнений, при этом польза должна перевешивать риск развития осложнений (уровень доказательности В).

3. Антикоагулянтная и антиагрегантная терапия у пациентов с фибрилляцией предсердий:

1) в учреждениях первичной медицинской помощи показано активно выявлять фибрилляцию предсердий с помощью электрокардиографии у пациентов старше 65 лет (уровень доказательности В);

2) у всех пациентов с неклапанной фибрилляцией предсердий высокого и умеренного риска инсульта рекомендуется использовать варфарин с достижением целевых уровней международного нормализованного отношения от 2,0 до 3,0 (уровень доказательности А);

3) пациентам с фибрилляцией предсердий высокого риска инсульта, имеющим противопо-

казания к антикоагулянтам, показана двойная антиагрегантная терапия (ацетилсалициловая кислота + клопидогрель), оказывающая большее антиагрегантное действие, чем монотерапия ацетилсалициловой кислотой, но приводящая к большему риску кровотечений (уровень доказательности В).

4. Гиполипидемическая терапия:

1) статины, а также меры по нормализации диеты и образа жизни рекомендуются для первичной профилактики ишемического инсульта пациентам с ишемической болезнью сердца или определенным группам высокого риска, в частности пациентам с сахарным диабетом (уровень доказательности А);

2) препараты фиброевой кислоты могут быть рассмотрены для пациентов с гипертриглицеридемией, но их эффективность в профилактике ишемического инсульта не установлена (уровень доказательности С);

3) никотиновая кислота может быть рекомендована пациентам с низким уровнем холестерина липопротеидов высокой плотности или при повышенном альфа-липопротеине, но ее эффективность в профилактике ишемического инсульта у таких пациентов не установлена (уровень доказательности С);

4) гиполипидемическая терапия с использованием фибратов, секвестрантов желчных кислот, ниацина, эзетимиба может рассматриваться у пациентов, которые не достигают целевого уровня холестерина липопротеидов низкой плотности при приеме статинов или при непереносимости статинов, но эффективность этих видов лечения в снижении риска инсульта не установлена (уровень доказательности С).

5. Хирургическая профилактика ишемического инсульта:

1) профилактическая каротидная эндартерэктомия может осуществляться в центрах, имеющих менее 3 % осложнений и летальности, у тщательно отобранных пациентов с «асимптомным» стенозом сонной артерии (более 60 % по ангиографии, более 70 % по дуплексному сканированию) (уровень доказательности А);

2) профилактическая каротидная ангиопластика со стентированием может быть использована у тщательно отобранных пациентов с «асимптомным» стенозом сонной артерии (более 60 % по ангиографии, более 70 % по дуплексному сканированию, или более 80 % по КТ-ангиографии или МР-ангиографии, если стеноз при дуплексном сканировании был 50–69 %) (уровень доказательности В).

6. Неинвазивный скрининг неразорвавшихся внутричерепных аневризм показан у следующих групп пациентов:

1) имеющих более двух родственников первой степени родства, перенесших субарахноидальное кровоизлияние или имеющих диагностированную внутричерепную аневризму (уровень доказательности C);

2) с аутосомно-доминантным поликистозом почек и более одного родственника с аутосомно-доминантным поликистозом почек и субарахноидальным кровоизлиянием или внутричерепной аневризмой (уровень доказательности C);

3) у больных с фибромускулярной дисплазией артерий шеи (уровень доказательности C) [9].

10. Вторичная профилактика

Рекомендации по вторичной профилактике ишемического инсульта составлены на основе избранных данных Guidelines for Management of Ischaemic Stroke and Transient Ischaemic Attack 2008 [5].

1. Антигипертензивная терапия:

1) рекомендуется регулярный контроль уровня АД; снижение уровня АД после острейшего периода инсульта, включая пациентов с нормальным уровнем АД (уровень доказательности A).

2. Антитромботическая терапия:

1) рекомендуется назначение клопидогреля, комбинации ацетилсалициловой кислоты и дигпидамола замедленного высвобождения; в качестве альтернативы возможно использование ацетилсалициловой кислоты или трифлюзала (уровень доказательности A);

2) комбинация клопидогреля и ацетилсалициловой кислоты не рекомендована пациентам, недавно перенесшим инсульт, за исключением специальных показаний (нестабильная стенокардия, или не-Q-образующий инфаркт миокарда, или недавнее стентирование) с продолжительностью терапии до 9 месяцев (уровень доказательности A);

3) терапия оральными антикоагулянтами (МНО 2,0–3,0) рекомендована больным после

перенесенного ишемического инсульта, связанного с фибрилляцией предсердий (уровень доказательности A);

4) антикоагулянтная терапия не рекомендована пациентам после некардиоэмболического инсульта, за исключением некоторых ситуаций (атерома аорты, фузиформная аневризма основной артерии, диссекция артерий шеи, открытое овальное окно в сочетании с доказанным тромбозом глубоких вен голени или с аневризмой межпредсердной перегородки (уровень доказательности D).

3. Гиполипидемическая терапия:

1) рекомендуется терапия статинами у пациентов с некардиоэмболическим инсультом (уровень доказательности A).

4. Хирургическая профилактика ишемического инсульта:

1) операция каротидная эндартерэктомия рекомендована пациентам со стенозами сонных артерий 70–99 % (уровень доказательности A) и должна выполняться только в центрах с показателем периоперационных осложнений (любой инсульт и смерть) менее 6 % (уровень доказательности A);

2) рекомендован прием антитромбоцитарных препаратов как до, так и после операции каротидной эндартерэктомии (уровень доказательности A);

3) каротидная ангиопластика со стентированием рекомендована некоторым пациентам с тяжелым «симптомным» стенозом сонных артерий (уровень доказательности A): при наличии противопоказаний к каротидной эндартерэктомии, при стенозах в хирургически недоступном месте, рестенозе после каротидной эндартерэктомии, стенозах после лучевой терапии (уровень доказательности D);

4) пациенты должны получать комбинацию клопидогреля и аспирина непосредственно после стентирования и далее не менее одного месяца (уровень доказательности D) [5].

Литература

1. Неврология: национальное руководство / Под ред. Е.И. Гусева, А.Н. Коновалова, А.Б. Гехт. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. — 688 с. [Nevrologiya: natsional'noe rukovodstvo. Ed by E.I. Guseva, A.N. Kononov, A.B. Gekht. Moscow: GEOTAR-Media; 2014. 688 p. (In Russ).]

2. Скоромец А.А., Щербук Ю.А., Алиев К.Т., и др. Догоспитальная помощь больным с мозговыми инсультами в Санкт-Петербурге. Материалы Всероссийской науч.-практ. конференции «Сосудистые заболевания нервной системы». — СПб., 2011. — С. 5–18. [Skoromets AA, Shcherbuk YA, Aliev KT, et al. Dogospital'naya pomoshch' bol'nym s mozgovymi insul'tami v Sankt-Peterburge. Materialy Vserossiyskoy nauch.-prakt. konferentsii "Sosudistye zabolevaniya nervnoy sistemy". (conference proceedings). — Saint Petersburg; 2011:5-18. (In Russ).]

3. Кандыба Д.В. Профилактика инсульта: учебное пособие. — СПб.: Издательство СЗГМУ им. И.И. Мечникова, 2013. — 84 с. [Kandyba DV. Profilaktika insul'ta. Saint Petersburg: Izdatel'stvo SZGMU im. I.I. Mechnikova; 2013. 84 p. (In Russ).]

4. Кандыба Д.В. Ошибки в амбулаторной неврологической практике. Часть II // Российский семейный врач. — 2015. — Т. 19. — № 1. — С. 13–20. [Kandyba DV. Mistakes in outpatient neurological practice. Part II. Russian family doctor. 2015;19(1):13-20. (In Russ).] doi: 10.17816/RFD2015113-20.

5. Guidelines for Management of Ischaemic Stroke and Transient Ischaemic Attack. The European Stroke Organization (ESO), 2008. 120 p. <http://www.eso-stroke.org>.
6. Стандарт скорой медицинской помощи при инсульте. Утвержден приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20.12.2012 № 1282н. 4 с. <http://www.rosminzdrav.ru/documents>. [Standart skoroy meditsinskoy pomoshchi pri insul'te. Utverzhden prikazom Ministerstva zdravookhraneniya Rossiyskoy Federatsii ot 20.12.2012 No 1282n. 4 p. (In Russ).]
7. Стандарт специализированной медицинской помощи при инфаркте мозга. Утвержден приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29.12.2012 № 1740н. — 14 с. <http://www.rosminzdrav.ru/documents>. [Standart spetsializirovannoy meditsinskoy pomoshchi pri infarkte mozga. Utverzhden prikazom Ministerstva zdravookhraneniya Rossiyskoy Federatsii ot 29.12.2012 No1740n. — 14 p. (In Russ).]
8. Стандарт специализированной медицинской помощи при внутримозговом кровоизлиянии (консервативное лечение). Утвержден приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29.12.2012 № 1692н. 18 с. <http://www.rosminzdrav.ru/documents>. [Standart spetsializirovannoy meditsinskoy pomoshchi pri vnutrimozgovom krovoizliyanii (konservativnoe lechenie). Utverzhden prikazom Ministerstva zdravookhraneniya Rossiyskoy Federatsii ot 29.12.2012 No 1692n. 18 p. (In Russ).]
9. Goldstein LB, Bushnell ChD, Adams RJ, et al. Guidelines for the Primary Prevention of Stroke: A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association. American Stroke Association. *Stroke*. 2011;42(2):517-584. doi: 10.1161/str.0b013e3181fcb238.

Информация об авторе

Дмитрий Викторович Кандыба — д-р мед. наук, профессор кафедры семейной медицины ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова» Минздрава России. E-mail: kandiba_d@mail.ru

Information about the authors

Dmitriy V. Kandyba — DSc, professor of the Department of Family Medicine of North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov. E-mail: kandiba_d@mail.ru

ВОПРОСЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПСИХОЛОГИИ

Л.Н. Дегтярева, О.А. Немышева

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

ISSUES OF MEDICAL PSYCHOLOGY

L.N. Degtyareva, O.A. Nemyshева

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

© Л.Н. Дегтярева, О.А. Немышева, 2016 г.

В лекции представлены сведения о возрастных особенностях развития личности, этапах формирования семьи и о взаимоотношениях врача с пациентами.

Ключевые слова: медицинская психология, типы личности, отношения «врач — пациент».

The lecture provides information about the age features of personality development, stages of the family formation and physician's relationships with patients.

Keywords: medical psychology, personality types, the relationship "doctor - patient".

Семейный врач общается с пациентом как с человеком, имеющим свою историю — социальную и генетическую, поэтому ему необходимы знания о психологических особенностях формирования и развития личности на разных этапах жизни. Представления о возрасте у человека связаны с понятиями условной *возрастной шкалы*, самосознания и самооценки личности, жизненного опыта и приобретенных знаний, взаимоотношений (адаптации) в социальной среде. Большое значение имеют уклад и взаимоотношения в семье, распределение ролей и обязанностей, навыки общения и социального поведения, приобретенные в раннем возрасте.

На разных этапах жизненного пути в характер человека привносятся все новые и новые «факторы влияния». Это могут быть взаимоотношения с другими людьми, адаптация в коллективе, выполнение требований преподавателей и т. д. В последующем все более четко определяются собственные интересы и формируются система жизненных ценностей, которая и будет определять самооценку личности, и взаимоотношения с внешним миром.

1. Краткая характеристика основных типов личности

На протяжении всей истории человечества предпринимались многочисленные попытки определить *типы человеческих личностей*,

или профилей. В основу таких классификаций входили комбинации личностных черт, объединенных либо по биологическим признакам, либо особенностями индивидуального психического развития, приводящего к выделению ведущих компонентов психической организации.

Личность человека сложна и уникальна. Мы всегда можем отличить одного человека от другого, но в то же время между несколькими людьми всегда можно найти общие черты. Во все времена ученые изучали эти различия и сходства, старались объединить людей в определенные группы, классифицировать поведение. Со времен Гипократа прошло уже много веков, но до сих пор не заканчиваются регулярные исследования типов поведения человека и множатся классификации личностей. Проблемами типологии личности занимались такие ученые, как Юнг, Айзенк, Фромм, Кречмер, Шелдон, Лазурский, Павлов, Кант, Декарт, Фрейд и многие другие исследователи. Можно вспомнить античные классификации, выделяющие сангвиников, флегматиков, холериков и меланхоликов. Кречмер и Шелдон пытались связать характер человека с его физической конституцией, а И.П. Павлов разделял человечество по принципу доминирования I или II сигнальной системы и т. д. Сотни психологических тестов, используемых с различными целями в настоящее время, создают бесконечное

разнообразие возможностей для выделения личностных типов.

Личность определяется как складывающаяся в течение всей жизни человека психологическая система, которая обуславливает стереотипы индивидуальных отношений к действительности и самому себе (*самооценка*), намерения, цели и возможности активного поведения человека в среде (*деятельность*), форму и характер поведения, а также доминирующий способ переживаний происходящего в жизни [1–4].

Человек проделывает долгий путь развития от осознания ребенком своего «я» — через осознание своего места среди других и принятие социальных норм — к периоду профессионального развития, гармоничного совершенствования.

Можно выделить четыре основных этапа в развитии человека: пренатальный, детство, отрочество и зрелость. На каждом этапе формируется совокупность внутренних свойств, намечающих возможность реализации стратегии поведения в будущем. Условно из процессов формирования нужно выделить физическое, половое, когнитивное и нравственное, личностное и социальное развитие человека. Все эти элементы формируются в неразрывной связи друг с другом. Физическое формирование человека проходит в процессе развития физических, сенсорных и двигательных функций организма. Интеллектуальное (когнитивное, умственное) развитие личности происходит в процессе постепенного накопления знаний. Под влиянием эмоций (страх, гнев, радость, отвращение и т. д.) идет закрепление процессов практического мышления, выделение «я», понимание своей способности к анализу окружающего мира. Одновременно совершается формирование нравственных ценностей, имеющих мужскую и женскую ориентацию. Слияние различных психических качеств, их стабилизация и устойчивость и создает тот сплав человеческих особенностей, который рассматривается как личность [3–5].

Как дань древней истории вопроса и как хорошую ссылку ко многим произведениям художественной литературы приведем описание личностных темпераментов, выделенных Гиппократом.

Сангвиник — характеризуется высокой активностью, энергичностью, живостью движений и богатством выразительных движений, мимики. Общителен, легко меняет одно занятие на другое. В проблемных ситуациях реагирует адекватно и конструктивно. Обычно хорошо обучается. При неблагоприятных условиях и отсутствии воспитания у сангвиника могут

развиться поспешность, поверхностность, легкомыслие в поступках, невнимательность.

Флегматик — тип темперамента, характеризующийся спокойствием и ровным настроением. Обычно флегматик медлителен и рассудителен. Мимика и движения невыразительны, медлительны. Долго «раскачивается» перед работой или принятием решения, но последователен и терпелив.

Холерик — активный, энергичный, быстрый, резкий, порывистый, безудержный. Обычно склонен к быстрым сменам настроения, вспыльчивый, подвержен эмоциональным срывам, иногда агрессивен.

Меланхолик — его характеризует низкий уровень психологической активности, замедленность движений, сдержанность речи и быстрая утомляемость. Меланхолика отличают высокая эмоциональная активность, глубина и устойчивость эмоций при слабых внешних проявлениях. Может быть раним и замкнут.

Но в жизни чаще всего приходится встречаться не с «чистыми» психологическими типами, а со всевозможными комбинациями проявления темперамента и характера.

Человеческая психика пребывает в постоянном взаимодействии с внешним и внутренним миром человека. Естественное следствие многообразия проявлений психической активности человека — стремление найти ту комбинацию черт, которую можно было бы считать «нормальной». Вероятно, к подобным определениям следует подходить весьма осторожно, поскольку, как, казалось бы, позитивные, так и негативные черты легко могут перетекать в свою противоположность в зависимости от того, с какими качествами они сочетаются, в какой жизненной ситуации они проявляются. Можно привести замечательное определение Ж. Годфруа: «...человеческая природа, скорее всего, соответствует той „психической зоне“, в которой пребывает около 70 % всех людей, и которая располагается между полюсом психической уравновешенности и полюсом патологии. „Нормальным человеком“ можно считать всякого, кто уживается со всеми своими недостатками, заботясь о том, чтобы они не мешали окружающим. Чье поведение не всегда „адаптивно“, но приемлемо для других, кто, хоть и с грехом пополам, но удовлетворяет свои потребности, не превращая свои проблемы в „боль человечества“. Кто умеет использовать меры психологической защиты для преодоления тревоги или депрессии» [6]. К «нормативным» (но не уравновешенным) относятся и те из нас, кто обладает необычной развитостью отдельных личностных качеств. Такие люди рассматриваются как «акцентуированные личности». Однако более оправданно оце-

нивать подобные особенности не как личностные, а как характерологические.

Акцентуация характера — чрезмерная выраженность отдельных черт характера и их сочетаний, представляющая крайние варианты нормы, граничащие с психопатиями. Акцентуация характера отличается от психопатии отсутствием триады признаков, свойственных психопатиям: стабильности характера во времени, тотальности его проявлений во всех ситуациях, социальной дезадаптации. Для акцентуации характера характерна уязвимость личности по отношению к определенным психотравмирующим воздействиям, направленным к «слабому месту» данного типа характера, при этом к другим воздействиям будет сохраняться устойчивость.

Как и другие психологические феномены, акцентуации характера имеют весьма разнообразную динамику, зависящую во многом от жизненных обстоятельств, развития интеллекта и эмоциональности, образования и профессиональной деятельности.

В зависимости от степени выраженности различают явные и скрытые (латентные) акцентуации характера. Оформляясь к подростковому возрасту, большинство акцентуаций, как правило, со временем сглаживается, компенсируется.

Семейный врач уже при первой беседе обращает внимание на особенности поведения пациента, его характерологические черты. В дальнейшем, при знакомстве с историей его развития и семьей, возникает возможность определения, имеются ли акцентуации или расстройства личности.

Основные типы акцентуации характера [5, 7, 8].

Циклоидный — чередование фаз хорошего и плохого настроения с различным периодом.

Гипертимный — постоянно приподнятое настроение, повышенная психическая активность с жадой деятельности и тенденцией разбрасываться, не доводя дело до конца.

Лабильный — резкая смена настроения в зависимости от ситуации.

Астенический — быстрая утомляемость, раздражительность, склонность к депрессии и ипохондрии.

Сенситивный — повышенная впечатлительность, боязливость, обостренное чувство собственной неполноценности.

Психастенический — высокая тревожность, мнительность, нерешительность, склонность к самоанализу, постоянным сомнениям и рассуждениям на волнующие темы.

Шизоидный — отгороженность, замкнутость, интроверсия, эмоциональная холодность, проявляющаяся в отсутствии сопереживания, трудностях установления эмоциональных кон-

тактов, недостатке интуиции в процессе общения.

Эпилептоидный — склонность к злобно-то-скливому настроению с накапливающейся агрессией, проявляющейся приступами ярости и гнева (иногда с элементами жестокости), конфликтностью, вязкостью мышления, скрупулезной педантичностью.

Застраивающий (паранойяльный) — повышенная подозрительность и болезненная обидчивость, стойкость отрицательных аффектов, стремление к доминированию, неприятие мнения других и, как следствие, высокая конфликтность.

Демонстративный (истероидный) — выраженная тенденция к вытеснению неприятных для субъекта фактов и событий, к лживости, фантазированию и притворству, используемых для привлечения к себе внимания. Часто сопровождается авантюризмом, тщеславием, склонностью к ипохондрическим реакциям и «бегству в болезнь», если чувствуют неудовлетворенность в признании.

Дистимный — преобладание пониженного настроения, склонность к депрессии, сосредоточенность на мрачных и печальных сторонах жизни.

Неустойчивый — склонность легко поддаваться влиянию окружающих, постоянный поиск новых впечатлений, компаний, умение легко устанавливать контакты, носящие поверхностный характер.

Конформный — чрезмерная подчиненность и зависимость от мнения других, недостаток критичности и инициативности, склонность к консерватизму.

В жизни и медицинской практике «чистые» акцентуации и личностные типы встречаются редко, тем не менее далее приводятся краткие характеристики типов личности, знание которых будет полезно для выработки стратегии общения в паре «врач — пациент» [1, 3, 9].

Демонстративная личность (истерическая)

Лица с подобными особенностями характеризуются непредсказуемостью своих реакций. Они склонны к демонстративности, яркости эмоций и театрализованной манерности. Такие реакции кажутся спонтанными и продиктованными преимущественно чувствами. Чувствительные, мягкие, нередко полные очарования, они могут иметь развитую интуицию и воображение, обладать солидным творческим потенциалом. Воспринимаются другими как люди, привлекательные по поведению, стилю общения и одежды. Часть из них кажутся способными к сопереживанию и готовности прийти на помощь, хотя в дальнейшем выясняется, что их «хватает» лишь для деклараций и заверений,

а не для организации постоянной поддержки других. Их готовность — это «игра на публику».

Развитые черты демонстративного характера создают многочисленные трудности при разрешении медицинских проблем. Высокая степень внушаемости делает таких пациентов весьма чувствительными к любым неосторожным суждениям врача, избранной тактике лечения. Высока «готовность» проявлять побочные реакции на медикаменты (нередко по типу аллергии, но без характерных для нее лабораторных признаков) или извращенную реакцию на исследовательские и хирургические манипуляции. Симптомы болезни могут быть представлены таким образом, что врач оказывается не в состоянии понять их происхождение в связи с вычурностью и необычностью демонстрируемых признаков.

Демонстративное (истерическое) расстройство личности (истероидная психопатия) характеризуется постоянным нарушением межличностных отношений в связи с развитой эгоцентричностью; желанием быть признанным и использованием манипулятивного поведения для удовлетворения своих потребностей. Средствами достижения цели служат: театрализованно преувеличенное выражение эмоций, неадекватная обольстительность во внешнем виде и поведении, лживость и аггравация признаков соматических «заболеваний». Следует заметить, что с истерично-демонстративной личностью практически невозможно «договориться» и выработать постоянную тактику поведения. Во время беседы желательно тщательно продумывать ключевые фразы и избегать личных оценок.

Обсессивно-компульсивная личность

Личности, склонные к навязчивым мыслям и стереотипным действиям. Люди с подобными особенностями поведения, как правило, «полезные продуктивные» граждане. Они точны, организованны, склонны к рассудочным действиям и логичному поведению. Наибольшего успеха они добиваются в тех видах деятельности, которые требуют упорядоченного и последовательного мышления. Обсессивно-компульсивная личность (ОКЛ) обладают способностью к жесткому самоконтролю, особенно при выражении гнева. Не склонны к ярким проявлениям чувств и демонстративным эмоциональным реакциям. Характеризуются склонностью к абстрактному мышлению, а также к рационализации при объяснении мотивов своих поступков. Их внутренняя организованность и четкость имеет и яркое внешнее выражение. Они выглядят чопорными, сдержанными и несколько напряженными. Одеты аккуратно, «каждый волосок прически на своем месте», а одежда —

безукоризненно выглажена и чиста. В детстве ОКЛ выделяются примерным поведением; импульсивность и непредсказуемость для них почти исключена. Женщины с ОКЛ содержат свой дом без пылинки и пятнышка, где для каждой вещи предназначено свое место. Пациенты с ОКЛ, как правило, очень сложны для лечения, поскольку они не переносят состояния беспомощности и зависимости от других. Часто они воспринимают усилия врача как стремление навязать им свою волю. Подавляющий стиль общения врача такие пациенты легко ассоциируют с авторитарными родителями, столь досаждавшими им в детстве. Поэтому успеха легче добиться, привлекая больных к участию в планировании и организации их собственного лечения. Интеллигентность, правдивость и совесть пациентов с ОКЛ дает надежду на достижение согласия при условии тщательного и понятного объяснения причин болезни, результатов проведенных исследований и обсуждения механизмов воздействия на патологический процесс.

Параноидальная личность

Проявляется прежде всего своим главным свойством — подозрительностью. Сомневаясь в порядочности других, они стремятся постоянно выдерживать дистанцию общения. Будучи особенно чувствительными к любым замечаниям и критике в свой адрес, они кажутся людьми, буквально изнывающими от переживаний своей неполноценности и никчемности, испытывая постоянный страх вмешательства других в свою жизнь (покушения на права личности, присвоение их творческих достижений или собственности), они пребывают в состоянии напряженной бдительности, которая может легко перерасти в злобу и агрессивные действия. Они стремятся не выделяться одеждой и содержат себя в порядке, сохраняя фасад вежливости и любезности. Темные очки, надвинутая на лоб шляпа, поднятый воротник и высоко повязанный шарф служат инструментами ограждения себя от других. Характерологические особенности параноидной личности позволяют понять часто выражаемое пациентами подобного типа недоверие к врачам, готовность к жалобам и неприятию рекомендованных лечебных режимов. Врачебная тактика базируется на спокойном, выдержанном поведении, основанном на объективных фактах, значение которых может быть представлено больному. Не следует вступать в споры относительно суждений, высказываемых пациентом.

Зависимая личность

Нарастающее чувство зависимости, психологической потребности в руководстве, под-

держке и внимании со стороны других лиц — нормальная приспособительная реакция на заболевание или чувство беспомощности, связанное с другими причинами (социальные лишения, физическое недоразвитие и др.). Среди лиц с признаками «зависимого поведения» можно встретить и тех, кто, казалось бы, не имеет каких-либо соматических причин для поиска поддержки у окружающих (соматически они могут быть совершенно здоровыми, а иногда и иметь атлетическое телосложение). В структуре поведения таких людей доминирует стремление к поиску расширяющих контактов с теми, кто чем-либо мог бы удовлетворить потребность в признании, внимании и ласке. У семейного врача такие пациенты появляются с множеством жалоб, часто неопределенных и нередко связанных с внешними признаками депрессии. Они готовы согласиться с любыми планами обследования, медикаментозного лечения, а также рекомендуемого режима и часто демонстрируют быстрый и «благодарный» ответ на проводимые мероприятия. Однако основной мотив поведения определяет непрерывное возрастание запросов и требований относительно внимания, встреч, времени контакта с пациентом. Вскоре для врача открывается тот факт, что они становятся ненасытными, а их потребности оказываются неутолимыми. В анамнезе у таких пациентов есть свидетельства депривации в детстве (оральный период развития, когда доминировала возможность удовлетворения при сосании, насыщении). Возможным подтверждением этой гипотезы является то, что и во взрослом состоянии они могут проявлять поведенческие черты, которые концентрируются вокруг «оральных потребностей». Они часто имеют избыточную массу тела, склонны употреблять многочисленные пилюли и нередко — курить. Ведение таких пациентов должно сочетать готовность дать им эмоциональную поддержку с установлением жестких лимитов на частоту контактов и время визитов. Консервативное медикаментозное лечение должно проводиться минимумом реально необходимых средств. В периоды кризисов и личностной декомпенсации допустимо некоторое временное расширение объема помощи.

Тревожная личность

Тревога — ощущение внутреннего напряжения и беспокойства, психического дискомфорта, возникающее в результате переживания смутной опасности, катастрофы в непредвиденном будущем (тревога, получившая наполнение конкретным содержанием, становится страхом). Часто она бывает окрашена в оттенки греховности, предчувствия физиче-

ского ущерба. Подобное состояние — следствие внутреннего рассогласования планов, надежд, устремлений, привычного образа мыслей и чувств с реальностью. Для тревожной личности характерно наличие постоянной готовности к тревожным реакциям, иногда — хроническому состоянию тревожности. Чувствительные к мнению других, они испытывают чувство несовершенства и неполноценности и потому легко приходят в состояние смятения и замешательства. В ряде случаев, в ситуации стресса, это состояние перерастает в панический страх. Физическое ощущение тревоги связывается с различными расстройствами деятельности внутренних органов, характерных, главным образом, для симпатoadреналовой активации. К ним относятся изменение частоты дыхания и сердечных сокращений, артериального давления, гастроинтестинальные расстройства, головная боль, ощущение недостаточности дыхания (кислородного голода), может возникать гипервентиляция. Следствием возникающего при этом дыхательного алкалоза могут стать головокружение, дурнота, слабость, дрожание и парестезии. Нарушаются целесообразная деятельность, мыслительные процессы и сон. В происхождении подобных состояний повинно, вероятнее всего, сочетание генетического предрасположения (особенности обмена симпатических аминов) и условий воспитания, которые вызывали ранние детские страхи или ситуации, связанные с необходимостью контроля сексуальных или агрессивных чувств и действий. Ведение подобных пациентов предполагает необходимость их успокоения. Объяснения сущности наблюдаемых расстройств, а также демонстрацией элементарных приемов подавления гипервентиляции и напряженности (тренировка релаксации). Направление к психиатру может стать необходимым в случаях тяжелой, продолжительной тревоги, которую не удастся преодолеть релаксационными техниками.

Описание личностных типов, которые реже встречаются, можно продолжить следующим списком. **Шизоидные личности** характеризуются эмоциональной холодностью, отчужденностью, склонностью к самоанализу, **циклоидные** — спонтанной сменой аффективного фона, избыточной эмоциональной возбудимостью, **импульсивные** — выраженной тенденцией к конфликтному поведению, вспышками гнева или насилия, капризами.

В течение всей жизни человека изменяются уже сложившиеся привычки, приобретается опыт и отшлифовываются грани характера. Семейный врач может наблюдать динамику развития личности от зачатия до глубокой старости, конечно, в пределах своих возможностей,

поэтому необходимо знать об изменениях личности на протяжении жизни.

2. Возрастные особенности развития личности

Жизнь человека — это тот путь, который он проходит от рождения до смерти. Судьба зависит от бесконечно разнообразных и кажущихся случайными факторов. Биография имеет социально-историческую обусловленность, так как общественные процессы, протекающие в современном мире, могут во многом определить события личной жизни. Семья (родительская, а затем и собственная), школа, студенческий и рабочий коллектив, общественные организации — все они представляют частные среды, сменяющие друг друга на определенных этапах жизни человека. Жизненный путь каждого — это вереница событий, отмеченных личным участием, восприятием, оценкой и реакцией. Реакция человека — это и определенное поведение в конкретной ситуации и переживание случившегося. События жизни — это не только изменения обстановки или новые формы отношений окружающих, это и нарушения в реализации жизненных планов и программ. Ответная реакция и степень перестройки личности под влиянием внешних событий зависит от активности личности. Так, психотравмирующие обстоятельства, патогенные события жизни проявляются лишь в соответствии со значимым отношением к ним личности.

Воздействия, переживаемые человеком в течение жизни, различаются по интенсивности, их влияние зависит еще и от жизненного периода, в котором находится личность.

Стресс — широкое понятие, характеризующее состояние активации и напряжения организма, вызванное жизненной стимуляцией (неожиданное событие, угроза его возникновения, перемена обстановки, жизненного стереотипа и т. п.). Стресс — неотъемлемая часть жизни, инструмент тренировки и повышения приспособительных возможностей организма и личности. Его позитивное или негативное значение рассматривается с точки зрения возможности переносить подобные состояния, увеличивая или снижая способности к активной деятельности. На основе проживания стрессов формируется многогранный опыт личности.

Конфликт — результат одновременного действия двух или нескольких мотивов поведения, которые могут быть «полярно» противоположны и не разрешимы (тогда они определяются как невротические) или разрешимы в определенных условиях. Конфликт формируется во внутреннем мире человека, нередко как способность чувствовать себя виновным за определен-

ные импульсы, которые могут оцениваться как неприемлемые.

Кризис — это состояние, которое возникает при угрозе удовлетворения фундаментальных потребностей («быть или не быть»). Это состояние, характеризующее не только человека, но и человеческие сообщества (от семьи — до большой группы). Кризис возникает при невозможности или неспособности преодолеть экстремальное воздействие стрессов. По мнению американского психолога Э. Эриксона [10], человек на протяжении жизни переживает восемь психосоциальных кризисов, специфических для каждого возраста, благоприятный или неблагоприятный исход которых определяет возможность последующего развития личности.

Первый кризис человек переживает на первом году жизни. Он связан с тем, удовлетворяются или нет его основные физиологические потребности. В первом случае у ребенка развивается чувство глубокого доверия к окружающему миру, а во втором, наоборот, недоверие, а иногда и враждебность. В развитых странах распространенность психических нарушений среди детей младшего и старшего возраста составляет 12 : 100, а среди подростков — 15–16 : 100. Чаще всего встречаются нарушения поведения, несколько реже — тревожные расстройства и депрессия. (Тревожные расстройства и депрессия часто остаются нераспознанными, поскольку многие врачи даже не подозревают, что они возможны у детей). Особенности личности и поведения грудных детей нередко сохраняются и во взрослом состоянии.

Многие исследователи подчеркивают, что основополагающим для дальнейшего развития ребенка является именно первый период его жизни, когда он начинает познавать окружающий мир [4, 5, 7, 11]. Характерными нарушениями поведения в раннем возрасте можно назвать вспышки гнева, нарушения сна, детские аффективно-респираторные судороги, отсутствие аппетита. *Вспышки гнева* чаще всего наблюдаются в 1–2 года. Основной предрасполагающий фактор — усталость. Спокойный до того ребенок пинает окружающих ногами, пронзительно кричит, бьется головой о стену, швыряет игрушки. Чтобы понять причины этого поведения, нужно подробно расспросить родителей: вспышками гнева ребенок чаще всего демонстрирует свое недовольство чем-либо. Родителям необходимо объяснить, что вспышки гнева у детей встречаются довольно часто. Обязательно стоит подчеркнуть, что вспышки гнева рассчитаны на зрителей и могут стать постоянными, если родители каждый раз будут успокаивать ребенка и давать ему требуемое. Рекомендуются во время вспышек гнева оставлять

ребенка одного в комнате (но не закрывать его) и по возможности избегать ситуаций, вызывающих вспышки гнева, а если это невозможно, заранее отвлечь ребенка, например занять его игрой.

Аффективно-респираторные судороги наблюдаются у детей от полугода до 6 лет, чаще всего в возрасте 2–3 лет. Они могут возникать во время вспышек гнева, а также в ответ на боль или испуг (даже незначительные). Во время приступа ребенок «заходится» в плаче, после чего наступает задержка дыхания на вдохе, появляется бледность, затем цианоз. При длительных задержках дыхания ребенок теряет сознание, возникают кратковременные судороги. Приступы длятся 10–60 секунд. В первую очередь успокаивают родителей, объясняют им, что приступы со временем проходят самостоятельно. Подчеркивают, что это не эпилепсия и что приступы не ведут к задержке умственного развития ребенка. Объясняют необходимость правильно воспитывать ребенка и избегать ситуаций, провоцирующих такие приступы.

Нарушения сна. Большинство детей до полугода очень часто просыпаются, а некоторые вообще не спят ночью. В возрасте до 2 лет просыпаются ночью по меньшей мере один раз примерно 30 % детей. Более чем у половины детей до 4 лет наблюдаются более или менее выраженные нарушения засыпания. Сновидения и, соответственно, ночные кошмары появляются на втором году жизни, когда ребенок начинает говорить. Родителям необходимо понять, что ребенок нуждается в ласке и заботе. Но нельзя поддаваться искушению забрать ребенка с собой в постель, бежать к нему среди ночи, а не то он снова и снова будет этого требовать. Если родители все же встали, они должны успокоить ребенка и сразу же уложить его в кроватку. При нарушениях сна необходимо соблюдать распорядок дня, выполнять перед сном одни и те же действия (например, искупаться, выпить молоко, переодеться в пижаму, почистить зубы). Помогают заснуть тихая музыка, слабый свет, мягкая игрушка, которую ребенок берет с собой в кроватку. Хотя медикаментозного лечения обычно не требуется, иногда бывает полезно назначить на короткое время препарат, обладающий седативным и снотворным действием.

Отсутствие аппетита. Иногда от родителей можно услышать, что их ребенок ничего не ест. В этих случаях выясняют характер питания ребенка, измеряют его рост и массу тела, оценивают физическое развитие, сравнивают полученные результаты с возрастными нормами. Чаще всего оказывается, что развитие ребенка соответствует возрасту, а переживания

родителей обусловлены неправильным представлением о том, сколько ребенок должен съесть.

Второй кризис связан с первым опытом обучения, особенно с приучением ребенка к чистоплотности. Если родители понимают ребенка и помогают контролировать ему естественные отправления, ребенок получает опыт автономии. Напротив, слишком строгий или слишком непоследовательный внешний контроль приводит к развитию у ребенка стыда или сомнений, связанных главным образом со страхом потерять контроль над собственным организмом.

Третий кризис соответствует дошкольному возрасту (4–6 лет). В этом возрасте происходит самоутверждение ребенка. Планы, которые он постоянно строит и которые ему позволяют осуществить, способствуют развитию у него чувства инициативы. Наоборот, переживание повторных неудач и безответственности могут привести его к покорности и чувству вины. В этом возрасте часто можно встретить нарушения поведения у детей, на которые родители и бабушки с дедушками могут не обращать внимания, относя к разряду «особенностей взросления или характера». Однако следует быть внимательными, чтобы не пропустить более тяжелую патологию. Поведенческие расстройства — это самые частые психические нарушения у детей, их распространенность — 3–5 на 100 детей. Для поведенческих расстройств характерны: вызывающее поведение и постоянное непослушание; чрезмерная драчливость и хулиганство; отсутствие раскаяния за содеянное; жестокость и агрессивность. От родителей можно услышать жалобы на подверженность дурным влияниям, трудности в общении, позднее — неуспеваемость в школе (в 50 % случаев). Еще один фактор — нарушение внимания с гиперактивностью (в 30 % случаев). Предрасполагающими факторами, приводящими к развитию поведенческих расстройств, являются недостаток заботы о ребенке, холодные отношения между родителями. Социально неблагополучная семья, жестокое обращение в семье, асоциальное поведение окружения тоже негативно влияют на формирование расстройств поведения.

При коррекции расстройств поведения у детей в первую очередь надо постараться создать в семье обстановку тепла и заботы друг о друге. Для разрешения внутрисемейного конфликта проводят семейную психотерапию. Организуют свободное время ребенка, создают благоприятные условия для развития его интересов. Полезны занятия спортом, посещение кружков. Все это повышает самооценку ребенка, ставит перед ним цели, к которым он хочет

стремиться. В сложных случаях используют программы коррекции поведения.

Примерно в этом же возрасте (3–6 лет) или ранее можно столкнуться с проблемами поведения ребенка, которые связаны с рождением младших детей в семье. Соперничество между детьми обычно возникает, когда в семье рождается еще один ребенок. Старший брат или сестра, особенно 1–2 лет, нередко ревнует своих родителей к новорожденному. Ревность может проявляться попытками причинить боль, толкнуть, ткнуть пальцем, ущипнуть. Ревнующий ребенок ищет материнского внимания, заботы и любви, которые принадлежат ему по праву. Родители должны стараться уделять детям одинаковое внимание, пробуждать в старшем ребенке желание общаться с новорожденным и заботиться о нем. Полезно начинать это еще до рождения младшего ребенка. Возможно провести с ревнующим (а лучше с еще не осознавшим факта появления «конкурента» в семье) ребенком примерно такой разговор: «Ты у нас такой хороший/хорошая, и мы тебя так любим, что для того, чтобы тебе было хорошо и интересно, мы решили „подарить“ тебе братика/сестричку, чтобы ты его/ее так же любил, как мы тебя». Такой нехитрый обмен мотивационными решениями помогает ребенку поучаствовать в радости ожидания рождения нового члена семьи — и его появление будет восприниматься не как наказание, а как награда.

Четвертый кризис происходит в школьном возрасте. В школе ребенок учится работать, готовясь к выполнению будущих задач. В зависимости от царящей в школе атмосферы и принятых методов воспитания у ребенка развивается вкус к работе или же, напротив, чувство неполноценности, как в отношении реализации своих возможностей, так и в плане собственного статуса среди товарищей. В этот период встречаются следующие психологические проблемы: заикание, тики, дислексия, реже — детский аутизм.

Заикание нередко сочетается с различными тиками, но обычно не связано с органическим поражением ЦНС. Заикание чаще встречается у мальчиков, начинается обычно в возрасте до 6 лет, особенно распространено среди школьников. Наиболее тяжело переносят свое заболевание подростки — в этом возрасте заикание часто вызывает тревожность, приводит к застенчивости. Прогноз благоприятный: в 80 % случаев к 18–19 годам заикание проходит. Хотя заикание в большинстве случаев излечивается самостоятельно, все же рекомендуется направить ребенка к логопеду. *Тики* — это быстрые, непроизвольные, координированные, стереотипные движения, не имеющие какой-либо

цели. В большинстве случаев наблюдаются тики, вовлекающие лицевые мышцы, например морщивание, похрюкивание, покашливание, свист. Тики обычно исчезают самостоятельно в течение года. При *дислексии* ребенок, имеющий нормальный коэффициент интеллекта, с трудом читает и пишет, так как не способен различать буквы, имеющие сходные, но по-разному ориентированные элементы, например «К» и «Х». Как правило, дислексия обнаруживается, когда ребенок начинает учиться в школе. У таких детей отмечается низкая успеваемость. При дислексии эффективны специальные обучающие программы.

Детский аутизм. Детский аутизм впервые был описан Л. Каннером в 1943 г. Заболевание развивается в возрасте 3 лет. Распространенность — 4 : 10000 детей. Мальчики страдают детским аутизмом в 4 раза чаще, чем девочки. У 80 % больных имеется умственная отсталость. Диагностика детского аутизма достаточно трудна. Начало болезни обычно проявляется в 1–2 года. Оцениваются следующие признаки: отсутствие навыков общения (по крайней мере два признака из перечисленных) — неспособность различать людей (не видят и не понимают разницы «свой» — «чужой»); безразличие к утешению; отсутствие подражания; неучастие в ролевых играх; нежелание общаться с людьми (ребенок избегает смотреть в глаза собеседнику). Нарушения развития речи (по крайней мере один признак из перечисленных): отсутствие лепета, игровой жестикуляции, мимики, речи; нарушения невербального общения; нарушения строя или содержания речи; неумение начать и поддержать беседу. Нарушение двигательной активности, неразвитое воображение (по крайней мере один признак из перечисленных): стереотипные движения; ритуалы; сильная реакция на отклонение от привычного образа жизни; отсутствие фантазии в играх. Нарушения поведения: вспышки гнева; гиперактивность; агрессивное поведение; отсутствие чувства опасности. Диагностика детского аутизма особенно трудна у детей до 2 лет. Грудной ребенок при аутизме часто кричит и не успокаивается, когда его берут на руки, и перед этим не принимает позы готовности; на руках сопротивляется или, напротив, замирает; противится любому изменению распорядка дня; кажется глухим, не реагирует на прикосновения — не подражает взрослым; мало спит. При подозрении на детский аутизм показана консультация детского психиатра. Чем раньше начато лечение, тем выше вероятность успеха. Предложено много методов лечения детского аутизма, наиболее эффективный из них — поведенческая психотерапия. Важную роль играют обучение и занятия с логопедом. Лекар-

ственные средства (транквилизаторы, антидепрессанты, противосудорожные средства) применяют только для лечения сопутствующих заболеваний [5, 11].

Пятый кризис переживают подростки обоего пола в поисках «идеалов поведения» (усвоение образцов поведения других людей, значимых для подростка) и самоопределения во «взрослом мире». Этот процесс предполагает объединение прошлого опыта подростка, его потенциальных возможностей и выбора, который он должен сделать. При патологическом развитии идентификации личности может произойти путаница ролей, которые подросток играет или будет играть в последующем. Кризис периода взросления — перестройка внутренних переживаний, которая коренится в изменении отношения подростка к окружающей среде. В этом критическом периоде на протяжении короткого времени (несколько лет, один год) сосредоточены резкие и капитальные сдвиги в личности подростка. За короткий срок изменяются основные черты личности. Ребенок становится подростком с началом полового созревания. Длительность подросткового периода различна, но обычно он продолжается с 12 до 18 лет. В этот период ребенок, превращающийся во взрослого, борется между стремлением к независимости и невозможностью обойтись без взрослых. Подростки, безусловно, требуют от врача особого внимания, и он должен не только лечить их, но и предвидеть их трудности, вместе с родителями участвовать в их воспитании. Нужно помнить, что, хотя подростки неохотно принимают помощь взрослых, в глубине души они очень ценят заботу о себе. Подростковый период — это один из ключевых этапов формирования личности, поэтому этому периоду стоит уделить более пристальное внимание.

Периоды развития подростка. Подростковый период (11–14 лет) характеризуется началом полового созревания и связанными с ним психическими изменениями. Средний подростковый период (от 14 до 17 лет) — это период становления независимости. Девочки проходят этот период значительно быстрее, чем мальчики. Мальчики быстро догоняют девочек по физическому и психическому развитию. Появляется интерес к противоположному полу. Организуются группы сверстников, которые предпочитают носить одинаковую одежду, употреблять одни и те же выражения, слушать одинаковую музыку. В этот же период большинство подростков начинает половую жизнь. Обычно это происходит в 16 лет (в одном и том же возрасте у юношей и девушек). Интересы подростка быстро меняются. Отличительная особенность поведения в этот период — стрем-

ление к эксперименту и риску. Поздний подростковый период (от 17 до 19 лет) — это период обретения уверенности в себе: отношения с родителями становятся спокойными, а цели более реалистичными.

Основные особенности психологии подростка — становление самосознания, эгоизм и недоверчивость. Для подростков характерны пристальный интерес к своей внешности (фигура, масса тела, рост, состояние кожи и т. д.), сильное переживание неудач в общении с лицами противоположного пола, низкая самооценка. Они требуют уважения к своему внутреннему миру и всегда ревностно охраняют его от постороннего вмешательства. Для полноценного развития подростку необходимы: свобода передвижения, уважение к его тайнам, безопасность (спокойная обстановка в семье), одобрение сверстников, ощущение, что рядом есть кто-то, на кого можно положиться, кумиры, ощущение себя мужчиной или женщиной.

Еще одна особенность кроется в стремительности темпа происходящих изменений в психике и поведении. Все события немного напоминают «революцию внутри одного подростка». Особенность кризиса в том, что его границы, отделяющие начало и конец кризиса от предшествующих и последующих возрастов, неотчетливы. Удастся отметить обострение кризиса, когда он достигает апогея, обычно в середине своего развития. В это время обнаруживаются трудности воспитания, ухудшается успеваемость, ослабевает интерес к школьным занятиям, падает общая работоспособность. Развитие сопровождается более или менее острыми конфликтами с окружающими. Выраженность этих проявлений различна, вариаций протекания кризиса много [5, 7, 8, 11, 12]. Осложнения и бурное протекание процесса развития в период взросления наблюдается у 20 % подростков. Формы кризиса у подростков различны. Это может быть *кризис идентичности*, который выражается в чувстве неполноценности, депрессивном настроении и суицидных намерениях; *кризис в форме деперсонализации и дереализации*, для которой характерны тревога, чувство отчуждения, беспокойство; *кризис, проявляющийся переживаниями своего физического недостатка*, — *дисморфомания* (болезненные мысли о своем телесном дефекте). Может возникнуть *кризис в форме нарушения пищевого поведения* — нервная *анорексия*, проявляющаяся в сознательном, чрезвычайно стойком и целеустремленном желании похудеть, нередко достижении выраженной кахексии с возможным смертельным исходом. Реже встречается нервная *булимия*, которая характеризуется приступами переедания и чрезмерной озабоченностью контролем

массы тела, что приводит к принятию крайних мер для коррекции возможной полноты.

Кризис в форме метафизической интоксикации или болезненного мудрствования характеризуется однообразным философствованием на отвлеченные темы. Постоянные размышления, рассуждения, письменное отражение их в дневниках, записках и посланиях ярко эмоционально окрашены.

Кризис в форме суицидного поведения — это мысли о нежелании жить, намерения и действия, предпринимаемые с целью покончить с собой, и завершённые попытки самоубийства. Обычно суициды и попытки их совершить взаимосвязаны с другим отклоняющимся поведением: побегами, правонарушениями, алкоголизацией, конфликтами с родителями, сексуальными эксцессами и т. д. Однако, работая с подростками, никогда не следует забывать о реальности развития у них депрессии и о риске самоубийства. Самоубийство — вторая по частоте причина смерти в этой возрастной группе. Суицидные попытки бывают чаще у девушек (в 8–20 раз чаще), а самоубийства, напротив, у юношей (в 4 раза чаще).

Заподозрить депрессию следует при наличии следующих признаков: нарушения сна, изменение аппетита, потеря интереса к друзьям, учебе, семье, ощущение собственной никчемности, резкое снижение успеваемости, плаксивость и эмоциональная лабильность, психосоматические нарушения, интерес к вопросам смерти, суицидные попытки. Не нужно бояться задавать вопросы о самоубийстве: показано, что такого рода разговоры не провоцируют самоубийство, а, напротив, дают подростку возможность выговориться, заново осмыслить сложившуюся ситуацию. Факторы риска суицидных поступков у подростков — это уже совершавшиеся или отмечавшиеся ранее суицидные намерения или попытки, неспособность самостоятельно справиться с трудностями, отсутствие поддержки в семье, конфликт между родителями, раздельное проживание родителей, психические нарушения, алкоголизм, наркомания в семье, суицидные попытки или самоубийства в семье, жестокое обращение с детьми, мужской пол, одиночество. Усугубляют положение психические нарушения: *большая депрессия*, психозы, алкоголизм, наркомания, психопатии. Часто наблюдается саморазрушительное поведение. Иногда роковую роль может сыграть *доступность оружия и ядов*.

Выявленный высокий риск самоубийства должен заставить врача активно действовать. Непосредственной причиной самоубийства может стать смерть близкого человека (или годовщина смерти), развод родителей, ссора с друзьями или болезнь. Несмотря на то что

врач общей практики может с успехом лечить больных депрессией, во всех случаях **показана консультация психиатра**.

Кризис в формате асоциального поведения. В пубертатном возрасте подросток, стремясь к самостоятельности, пытается освободиться от семейных уз. Отделяясь от семьи, подросток присоединяется к различным группам. Интересами таких групп могут быть увлечения азартными играми, культ силы, экстремальные виды спорта и т. д. Демонстрируя свою «необычность», они могут нарушать социальные нормы. Часть из них проявляет склонность к противоправным поступкам. Отсутствие надзора за поведением подростка, семейная и педагогическая запущенность способствуют как асоциальности, так и противоправному поведению подростка. Однако не следует забывать, что совершенно естественно, что подростки и их родители нередко расходятся во мнениях. Подростки часто восстают против обычаев и авторитетов. Склонность к бунтарству обычно исчезает только к 18 годам. Проявления бунтарства могут включать осуждение родителей, сомнение в их правоте, привычку грубо обрывать членов семьи и даже друзей, необычные и даже вызывающие одежда и причёска, курение и употребление алкоголя, хвастовство и позерство, бурные любовные увлечения. Тем не менее нужно отличать естественное для подростков бунтарство от психических нарушений. К таким признакам *психических нарушений у подростков* относятся: отказ посещать школу, вандализм и воровство, наркомания, беспорядочная половая жизнь, нервная анорексия и нервная булимия, депрессия (нужно помнить, что она может привести к самоубийству).

В подростковом периоде конфликты с родителями неизбежны, особенно когда подростку 13–16 лет. Родителям постоянно приходится балансировать между сохранением опеки над ребенком и уважением его свободы. В этой ситуации важно напомнить встревоженным членам семьи, в которой бунтует подросток, несколько важных правил внутрисемейного поведения. Итак, очень важно не осуждать подростка и относиться к нему с уважением, не быть назойливым. Больше слушать, научиться и уметь чувствовать то, о чем подросток стесняется говорить. Быть гибким, но последовательным, уметь вовремя прийти на помощь. Установить основные правила поведения (например, не пить крепкие спиртные напитки, не употреблять нецензурные слова), давать подростку советы по питанию и уходу за кожей, не задавать неуместных вопросов, касающихся половой жизни подростка.

Течение и прогноз кризиса в подростковом возрасте зависят от того, какие механизмы лег-

ли в основу нервно-психических и психосоматических нарушений, а также насколько имеющаяся симптоматика дезадаптировала подростка. В 30–40 % случаев кризис завершается нормализацией психики и поведения. В других случаях кризис может смениться неврозом, психосоматическим расстройством, личностными нарушениями, алкоголизацией, наркотизацией или психозом (шизофренией). *Случаи, требующие обязательной консультации специалиста: подозрение на жестокое обращение с ребенком или подростком, подозрение на органический характер выявленных нарушений.*

Шестой кризис свойствен молодым взрослым людям. Он связан с поиском близости с любимым человеком, вместе с которым ему предстоит совершать цикл «работа — рождение детей — отдых», чтобы обеспечить своим детям надлежащее развитие.

Седьмой кризис переживается человеком в сорокалетнем возрасте. Он характеризуется развитием чувства сохранения рода, выражающего главного образом в «интересе к следующему поколению и его воспитанию». Этот период отличается высокой продуктивностью и созидательностью в самых различных областях. Если, напротив, эволюция супружеской жизни идет иным путем, она может застыть в состоянии псевдоблизости, что обрекает супругов на существование лишь для самих себя с риском оскудевания межличностных отношений. В зрелом возрасте человек проходит через серьезные испытания, связанные с изменением приоритетов и ценностных ориентаций. Происходит переориентация личностных ориентиров, если в молодости это были сила, храбрость, красота, в зрелом возрасте на первый план выходят мудрость и доброта. В межличностных отношениях доминирующими становятся социальные связи. При дезадаптивной организации личности можно наблюдать разнообразие патологических реакций: от тревожно-депрессивных настроений как признаков низкой самооценки до серьезных психосоматических заболеваний с развернутыми «флагами» маскирующих синдромов.

Восьмой кризис переживается во время старения. Он знаменует собой завершение предшествующего жизненного пути, а оно зависит от того, как путь был пройден. Прошедшая жизнь воспринимается как единое целое, в котором уже ничего нельзя изменить. Если человек не может свести свои прошлые поступки в единое целое, он завершает свою жизнь в страхе перед смертью и в отчаянии от невозможности начать жизнь заново. Способность перенести тяготы инволюционных изменений зависит от преодоления жесткой привязанности к профессиональной роли как определяющему фактору са-

мооценки (кем Я стал). У зрелой и гармонично развитой личности формируется оценка «Я» на основе понимания значимости реальных жизненных свершений (что Я сделал). Осознание естественности ухудшения здоровья и старения позволяет выработать необходимое равнодушие и спокойствие по отношению к признакам недомогания и дает возможность без ужаса принять мысль о смерти.

Чаще всего подчеркивают, что в старости происходит изменение индивидуальных особенностей личности и характера, но эти изменения носят при нормальном старении количественный, а не качественный характер. Еще одна большая психологическая проблема старого человека — одиночество. Многие люди старшего возраста, особенно овдовевшие, живут одни. При этом происходит значительная ломка ранее сложившегося стереотипа жизни, поведения, общения. Они, как правило, оказываются оторванными от семей детей или отвергнуты ими, резко ограничиваются социальные связи (уход на пенсию, отсутствие хобби, потеря друзей, сослуживцев, привычного занятия и т. п.). Многие старики выбирают одиночество самостоятельно, при наличии детей и родственников. В основе желания старика иметь «свой угол» и даже свою семью лежат стремления сохранить свой привычный мир, отстоять себя как личность [13–15].

Нельзя обойти вопрос об отношении к смерти. Логичным является отсутствие мыслей о смерти у молодежи и наличие их у стариков, но это не должен быть страх смерти. Возникающий интерес к обсуждению возраста, подготовка денег на похороны, вещей для погребения — это естественный психологический процесс. У старых людей снижены самочувствие, самоощущение, самооценка, усиливается чувство умаления собственной значимости, полезности, появляется неуверенность в себе, в своих силах и возможностях. Преобладают пониженное настроение, особенно в связи с болезненностью, потерей близких, одиночеством. Нередко возникает раздражительность по пустякам. Они становятся эгоистичными и эгоцентричными, большими интравертами, внешние интересы сужаются из-за трудностей общения, невозможности посещения знакомых, активного участия в общественной жизни, в связи с этим интерес может переключиться только на свое физическое состояние, возникает ипохондрическая мнительность, настороженность. Неуверенность в себе и в завтрашнем дне делает стариков более мелочными, придирчивыми, иногда скупыми, мелочно расчетливыми, педантичными, малоинициативными.

Известно, что в старости ослабляется способность к концентрации внимания, суживает-

ся его объем, оно становится ригидным и вместе с тем быстро истощается. Снижается скорость усвоения и воспроизведения новой информации. Но не следует забывать, что огромный интеллектуальный опыт и многообразие навыков позволяют эффективно использовать их для решения многих задач и ситуаций, в чем и сказывается мудрость стариков. Патологическая старость — это неуклонное поступательное асинхронное, асимметричное развитие органических изменений личности и характера, утрата интеллектуально-мнестических и эмоциональных проявлений психики, вплоть до слабоумия.

3. Основы представления о семье, ее функциях, развитии и влиянии на личность

Семья — один из важнейших атрибутов общества, ключевая форма организации личного быта, основанная на супружеском союзе и родственных связях [17–19].

Со времен родовой организации человеческого общества закрепление постоянных отношений между членами семьи приобретало различные формы, обрастало правилами, предписывалось конфессиональными догмами и т. д. Для чего человеку нужна семья? Исторически чаще всего возникали следующие аргументы: для выживания потомства, для расширения социальных возможностей, для развития и формирования своеобразного «клея» в отношениях родов, во имя объединения собственности, для получения контрибуции, для подкрепления военных гарантий. Можно согласиться с тем, что и сейчас некоторые из этих аргументов сохраняют актуальность. А для чего необходима семья в наше время? Ответом на этот вопрос задаются многие социологи и психологи — и многие говорят об изменениях и кризисе института семьи. Причин для этого называют множество — от нивелирования гендерных различий в социальном статусе до сексуальной революции конца прошлого века [19].

Как любая сложная система, семья на протяжении своего существования проходит многие этапы развития. Семья не статичное образование, ее развитие отражается в фазах ее жизненного цикла. Начинается формирование с периода ухаживания и брака, после чего в большинстве случаев семья расширяется за счет растущих детей, затем сокращается, когда дети покидают дом, чтобы вступить в самостоятельную жизнь [17, 19].

На всех стадиях жизненного цикла у каждой семьи есть психологические и медицинские проблемы. Зная особенности каждой стадии, врач может заранее подготовиться к их решению.

Первый этап — встреча будущих супругов, их эмоциональное притяжение друг к другу, *вступление в брак и жизнь молодой супружеской пары без детей*. В этот период происходит формирование отношений внутри брака, регулируются отношения, касающиеся будущей беременности, желания стать родителями. Выстраиваются отношения с другими родственниками. Происходит взаимное приспособление характеров, вырабатываются внутренние правила поведения, распределяются роли и обязанности в семье. Супруги не только приспособляются друг к другу, но и решают для себя вопросы о сохранении или изменении традиций родительских семей, выстраивании новых отношений с другими родственниками.

Важную роль на начальном этапе формирования семьи играет еще и ее территориальное размещение. Современные социологические исследования выделяют несколько типов семей по этому признаку. Семьи, размещающиеся на новой территории (неолокальные); семьи, где жена приходит в семью мужа (патрилокальные); семьи, где муж приходит в семью жены (парилокальные); семьи, где отец не живет в семье, поэтому семья состоит из взрослых женщин с маленькими детьми (матрифокальные); семьи, где маленькие дети живут со своими матерями, но по достижении зрелости уходят жить в дом брата матери (авункулокальные); семьи, в которых нет строгой привязки к порождающей семье (амбилокальные); семьи, где муж и жена остаются жить в семьях своих родителей (натолокальные). Сейчас в развитых странах приветствуется неолокальное размещение семей, однако в современной России оно, скорее, амбилокальное. В зависимости от территориальной самостоятельности, скорее всего, и начнет формироваться модель распределения ролей в молодой семье. Степень взаимовлияния и, что иногда гораздо существеннее, взаимозависимость, как материальная, так и психологическая, будет играть важную роль при принятии практически любых решений [18].

Еще один важный аспект формирования молодой семьи, влияние которого будет продолжаться и далее, это профессиональная карьера супругов. Как будут развиваться семейные взаимоотношения при стремительном карьерном успехе одного из супругов; а если оба весьма успешны, но карьерные интересы противостоят друг другу; а если потребуются перемена места жительства? Конечно, заранее нельзя предусмотреть развитие всех вариантов, но приобретать навыки долгосрочного семейного совместного планирования нужно.

Хорошо, если на каждом этапе развития семьи супруги прорабатывают так называемые «золотые» и «худшие» сценарии. Рождение се-

мы, включающее этапы ухаживания и заключения брака, — это время формирования личных жизненных целей каждого из партнеров, оценка прошедшего этапа жизни и планирование будущего: учебы, карьеры, материального обеспечения, культурного и духовного совершенствования. На этой стадии возникают не только личные, но и общие эмоциональные проблемы: формируются новые дружеские связи, расширяются и завязываются новые родственные отношения. Рождается и формируется стиль и образ жизни семьи. Роль семейного врача на этом этапе очень важна. От него в немалой степени зависит, будет ли эта семья здоровой, или у супругов возникнет риск развития хронических заболеваний. Высока роль информирования, обучения членов семьи на этом этапе. Необходимо проконсультировать их по вопросам здорового образа жизни, дать основы рационального питания и здоровой физической активности, обучить партнеров гигиене половой жизни, безопасности половых отношений. Если супруги не были привиты против гепатита, им нужно предложить вакцинацию. Особое внимание нужно уделить вопросам планирования семьи. Упомянем также и о другом риске, часто возникающем в молодом возрасте, это агрессивное поведение, хранение оружия, опасный стиль вождения автомобиля или других транспортных средств. Врач должен получить информацию об употреблении алкоголя и курении членов семьи, чтобы мотивировать молодых супругов к изменению поведения, если это необходимо.

Следующий этап развития — *это появление в семье первого ребенка*. В начале этого периода семью охватывает суеверие ожидания — планирование, предвкушение, подготовка и т. д. Это — если ребенок желанен, а если нет? С этого момента могут начаться конфликты из-за изменения ролей и сфер интересов, попытки манипуляций, в последующем все это скажется на положении ребенка. И вот малыш появляется на свет: поздравления, подарки, радость, цветы; а за ними — кормление, пеленки, купание, вздутие животика, срыгивание, крик по ночам, подгузники и, как следствие, усталость, упреки, выяснение отношений. Или не так? Все это может случиться как раз в семье, не подготовленной к этому этапу, или в семье, где нет поддержки между разными поколениями и супругами, или в неполной семье и т. п. Трудности этого периода могут быть преодолены путем обучения и помощи в перераспределении новых обязанностей. Общесемейными задачами этого этапа становится адаптация к появлению ребенка, забота о правильном его развитии, удовлетворение потребностей и ребенка и родителей. Здесь потребуются новое распределе-

ние ролей, координация усилий, помощь старших родственников, согласование потребностей всех членов семьи. На этапе рождения первенца, а затем и других детей, когда в семье появляются новые члены системы, основными социальными и психологическими проблемами становятся приспособление семейного пространства к ребенку, решение финансовых, домашних воспитательных задач, улаживание отношений с бабушками и дедушками. Основные медицинские проблемы — это проблемы, связанные с ребенком. К ним относятся прежде всего грудное вскармливание и питание ребенка. Немаловажны воспитание у детей привычки быть физически активными, предупреждение детского травматизма, вакцинация. В некоторых семьях возникает сложная проблема насилия над детьми, решение которой требует привлечения психологов, а иногда — психиатров и юристов. Не следует забывать и о взрослых членах семьи. В это время актуальны такие темы для бесед, как предупреждение незапланированной беременности, контрацепция, гигиена половых отношений. Супруги приближаются к возрасту начала хронических инфекционных заболеваний, поэтому следует еще раз напомнить им о правилах рационального питания, физической активности, о вреде курения и злоупотребления алкоголем.

Ребенок подрастает, и семья переходит на следующий этап развития — в это время ребенок вступает в свои *первые социальные контакты* (после 2,5 года) — поступление в ясли или детский сад, а в семье вновь происходит пересмотр обязанностей и ролей. Кто будет отводить и приводить ребенка в детский сад? Будет ли работать или продолжать учебу мама? Кто будет оставлять работу для ухода за болеющим ребенком? А может быть, планируется появление младших детей? Все перечисленные вопросы иногда кажутся простыми, пока мы не сталкиваемся с реальностью. И вновь — семья спланируется и начинает договариваться, формируются новые связи и корректируются обязанности — семья развивается дальше. Очень важно на этом отрезке семейного пути восстановить гармоничные отношения и равновесие в ролях. Помощь старших членов семьи — бабушек и дедушек — снимает часть нагрузки с родителей и помогает как в сплочении внутрисемейных связей, так и в формировании личности ребенка. Маленький человек учится общаться с разными взрослыми, привыкая принимать интересы родителей. Придание ребенку статуса единственно определяющего интересы семьи крайне нежелательно. Развиваться должны все члены семьи, излишняя концентрация на интересах чада может впоследствии привести к формированию акцентуации личности.

Далее наступает период, когда *дети идут в школу*. Начинается обучение ребенка и родителей. Формируются новые контакты, происходит приспособление к новому режиму и новым нагрузкам (часто весьма существенным). Появляются и начинают претворяться в жизнь далекоидущие планы, касающиеся последующего образования, профессии, дополнительных знаний и навыков. Это опять потребует пересмотра ритма жизни семьи, перераспределения обязанностей, новых материальных затрат. Потребуется помощь, если до этого этапа ее не было, старшего поколения. И вновь вопросы, как сложатся отношения между разными поколениями, вынужденными очень тесно общаться. Может быть, наоборот, самим бабушкам и дедушкам потребуются помощь и поддержка. Знание механизмов развития, предвидение и предупреждение возможных проблем убережет семью на этом этапе.

На следующем этапе семейного развития подходит время возрастных кризисов у членов семьи — *дети вступают в проблемный подростковый возраст*, родители приближаются к времени кризиса середины жизни, пожилые родители выходят окончательно на пенсию. При этом от забот повседневных, связанных с функционированием семьи, тоже невозможно отказаться. Такой семье очень нужна поддержка. Она может быть разнообразной, важно, чтобы возникающие кризисные ситуации разрешались при участии всех членов семьи. Этот этап может «принести» в семью большой «букет» психосоматических проблем со здоровьем.

Когда дети вступают в подростковый период, родители сталкиваются с новыми психологическими проблемами. Это в первую очередь растущая независимость детей, изменение отношения к родителям. В то же время родители-супруги вступают в период смены жизненных ценностей. На первое место выходят карьерные устремления, потребность в повышении на службе, а, следовательно, необходимость больше времени и усилий отдавать работе. Однако на этом этапе у «первых», или старших, родителей начинается период зависимости от детей, связанный с ухудшением здоровья. Возможно, потребуется объединение семей, и это может привести к возникновению новых сложных проблем.

Подросткам в этот период необходимо консультирование по питанию, так как в подростковом возрасте меняются потребности в питательных веществах, а с другой стороны, изменяются вкусовые и пищевые пристрастия и привычки. У девочек-подростков могут возникать нарушения пищевого поведения, вплоть до нервной анорексии и булимии. Мальчики нуждаются в изменении принципов питания,

если они увлекаются занятиями спортом, наращивают мышечную массу. В это время нередки ошибки в питании, связанные с недостаточной информированностью подростков. Подростковый период характеризуется попытками «пробовать» курение, алкоголь, наркотики. Вред этих привычек следует разъяснять подросткам. На это же время приходится начало половой жизни. Актуальны беседы и консультирование подростков по вопросам гигиены половых отношений, предупреждения нежелательной беременности, обучение правилам контрацепции. Предупреждение травматизма, связанного с повышенной агрессивностью, правила обращения с оружием, транспортными средствами, использование защитных приспособлений во время занятий спортом — все это темы для бесед с подростками. Еще несколько важных медицинских проблем подросткового возраста, требующих своевременной оценки и вмешательства семейного врача, — это депрессии, суицидные попытки.

Следующий, весьма значимый этап жизни семьи — это *разделение поколений*. Дети, обретая самостоятельность, начинают выходить из-под опеки и влияния родителей, приобретают опыт взрослых взаимоотношений, начинают планировать самостоятельную жизнь. Иногда этот этап начинается с поступления ребенка на учебу в другом городе или стране. Иногда — сразу, с планирования новой молодой семьи и/или появления внуков. А вот иногда и вовсе «не спешит» начинаться, если родители прикладывают усилия к удержанию детей возле себя. Часто это происходит в неполных семьях. Взрослые используют различные манипуляции, подкрепленные психосоматическими проблемами, решение которых может представлять весьма трудную задачу для врача.

Взрослые члены семьи в этом периоде могут страдать от прогрессирования хронических заболеваний, таких, как артериальная гипертензия, сахарный диабет, ожирение, ишемическая болезнь сердца, хроническая обструктивная болезнь легких. Поэтому для них актуальными остаются консультации по питанию, принципам здоровой физической активности, отвыканию от вредных привычек. Сексуальная активность, сохраняющаяся у супругов, требует внимания к вопросам контрацепции и предупреждения заболеваний, передающихся половым путем. Семья вступает в фазу, когда пожилые старшие родители требуют все большего внимания и ухода. Супругов необходимо проинформировать об особенностях здоровья пожилых и проблемах, связанных с развитием деменции, ослаблением интеллекта и памяти, научить их, как предупредить последствия и предупредить причины падений. Члены семьи должны приго-

товиться к возможным утратам, длительному уходу за тяжелобольными родителями.

Очередной важный этап развития семьи, если он не совпал с предыдущим, это *выход на пенсию* одного или обоих супругов. Перемена деятельности, сокращение контактов, низкая социальная защищенность могут привести к развитию таких серьезных нарушений, как депрессия. Для пожилой пары важно сохранение взаимной поддержки, хорошие связи с детьми и внуками, грамотно организованная помощь и уход. Задача семейного врача в этот период — первичная и, чаще, вторичная профилактика и лечение хронических инфекционных заболеваний, предупреждение полипрагмазии, принятие решения по поводу заместительной гормональной терапии, химиопрофилактики. Необходимо поддерживать на должном уровне физическую активность и сохранять принципы здорового питания, учитывая возрастные особенности.

К сожалению, после смерти одного из супругов семья тоже перестает существовать. Остается одинокий пожилой человек, забота о котором должна лежать на детях и внуках. Будет решаться вопрос о дальнейшем проживании: самостоятельно или совместно с младшим поколением. Если пожилой член семьи будет жить отдельно, как будет организована материальная поддержка и другая помощь? Часто с пожилыми людьми трудно ужиться, но оставлять их без помощи недопустимо еще и из-за проблем со здоровьем. К ним относятся ограничение подвижности, падения, депрессии, деменции, хронические заболевания, в том числе онкологические, полипрагмазия. Актуальными темами для обучения и бесед остаются вопросы питания, физической активности, а также использование протезов и приспособлений. В некоторых семьях медицинские работники могут столкнуться с насилием над пожилыми.

На протяжении всех этапов развития семьи можно встретить кризисные ситуации. Их принято разделять на «острые», как правило связанные с непредсказуемыми или непредотвратимыми ситуациями — смерть, арест, внезапная тяжелая болезнь, измена. И хронические, повторяющиеся — бытовые проблемы, проблемы, связанные с работой, разобщение интересов на различных этапах жизни, проблемы с жильем. Другая группа трудностей в семейной жизни совпадает с переходом семьи на новый этап развития и/или с возрастными кризисами у отдельных членов семьи. Соответственно, чем больше совпадений во времени, тем больше накал страстей. Нам следует помнить, что в период кризисов возможны развитие разнообразных психосоматических нару-

шений у всех членов семьи, крайние проявления личностных особенностей [17, 19].

На всех этапах жизненного цикла семьи существуют свои особенности, свои проблемы. Помощь семейного врача в их решении и предупреждении важна для пациентов, потому что именно медицинским работникам более всего доверяют люди, получая информацию о здоровье. Поведение человека и отношение к здоровью формируется в семье. В этом процессе роль и влияние врача очень значительны.

В наше время все чаще жизненный цикл семьи завершается расторжением брака. В течение года после развода уровень жизни у женщин падает, а у мужчин — повышается. Разводы оказывают негативное действие на детей (сильнее на девочек) и бабушек с дедушками.

Как следует из исследований, проведенных в 80-е г., возможность воспринимать и переживать случившиеся события имеется у детей уже в раннем возрасте (до 3 лет). При патологических переживаниях выявляется задержка развития, возрастная регрессия, возникают проблемы с кормлением, сном, туалетом. У дошкольников (3–5 лет) развиваются страхи, энурез, возможны ночные кошмары, непослушание, агрессивное поведение. Школьники младших классов (6–8 лет) особенно остро переживают семейную катастрофу как значимую потерю, на которую реагируют снижением настроения, чувством стыда, ненужности, отвергнутости, что может проявляться непроизвольным мочеиспусканием, нарушениями сна. Дети старших возрастных групп способны оценить случившееся как «проблемы родителей», хотя и требуют объяснений, пытаются определить свое отношение к покинувшему семью родителю, испытывают чувство враждебности.

Выделяют пять основных компонентов семейного функционирования.

Адаптивность — способность использовать внутрисемейные или внешние ресурсы для разрешения проблем, возникающих в семейном кризисе.

Партнерство — способность к разделению между членами семьи различных обязанностей либо принятие совместных решений по важным для семьи проблемам.

Перспективность — готовность к постоянному сотрудничеству при решении вопросов, связанных как с ростом и развитием отдельных членов семьи, так и с повышением статуса семьи.

Привязанность, преданность друг другу и общим семейным проблемам определяется по свидетельствам заботы, помощи, любви, существующим в семье.

Реальность взаимодействия, оцениваемая по тому времени, объему усилий или материальной поддержки, которые готовы обеспечить друг другу все члены семейства.

Количество психологических тестов используемых для оценки качества семейного функционирования велико. Они ориентированы на анализ супружеской удовлетворенности, согласованности действий, мыслей и оценочных суждений. Определяются также прочность внутренних связей, привычные способы разрешения возникающих проблем и, наконец, анализируются индивидуальные проявления любви и взаимопонимания. Оцениваются и ресурсы, которые могут быть мобилизованы членами семьи для преодоления кризисных процессов. Среди таких резервов особое значение имеют развитие социальных связей (друзья, общие интересы в деле, клубы и другие общественные группы). Важны чувства групповой гордости и солидарности; экономическая стабильность и обеспеченность; уровень образования и культуры, традиции общения и жизненный стиль; доступность медицинской помощи; религиозность и искренность веры, общность конфессий. Надежность и развитость ресурсного потенциала в семье обеспечивает возможность благоприятного преодоления кризиса [19].

4. Взаимоотношения врача и пациента

По сравнению со многими доверительными беседами в обычной жизни взаимодействие пациента с врачом имеет вполне четкие цели. Пациент и врач — это два индивида с различными взглядами, но цель их встречи заключается в том, чтобы за короткое время прийти к общему пониманию того, в какой помощи нуждается пациент и выработать единое мнение о том, как справиться с проблемами наилучшим образом [20, 21].

В беседу вовлечены два человека — как сделать общение продуктивным и приятным?

Можно использовать приемы «активного слушания»: мимику, жесты, включать в диалог слова, одобряющие и поддерживающие активный рассказ пациента. Держать диалог — эмоциональная поддержка в некоторых ситуациях может стать более значимой, чем информационная составляющая врачебной консультации, однако не следует полностью погружаться в поток эмоций, иначе трудно будет избежать эмоционального выгорания. Вопросы, приводящие пациентов к врачу, очень разнообразны, одни из них очевидны, иные — замаскированы, а некоторые и вовсе не осознаваемы самими пациентами. Во всех этих ситуациях комфортность и эффективность общения будут зависеть от нескольких составляющих — сти-

ля общения в паре, соответствия информации, полученной пациентом, его ожиданиям и от вовлеченности пациента в процесс принятия решения. Необходимо упомянуть и о таком понятии, как скорость беседы. Разные люди говорят и думают с различной «скоростью», процесс восприятия и переработки информации зависит от множества конституциональных и генетических факторов, но еще важную роль играет возраст, чем старше мы становимся, тем больше времени нам требуется для восприятия и переработки новой информации. Именно поэтому для общения с пожилыми пациентами потребуется более сдержанный темп речи, повторение отдельных фраз, хорошо бы написать советы. В практике мы все часто пишем советы и назначения на небольших листочках, утешая себя надеждой, что уж именно это пациент обязательно сделает. Но мы часто торопимся, забывая написать — кому, когда и кто записал рекомендации, а без этих важных данных наша бумага останется просто бумажкой с перечислением какой-то информации, никому не адресованной. Можно посоветовать для постоянных пациентов, часто обращающихся по поводу длительно существующих проблем, вести блокноты-дневники, в которых (вместо бумажек) можно вносить текущие рекомендации.

Модели общения в паре врач — пациент могут быть различными, выбор может быть продиктован как спонтанно сложившейся ситуацией (так часто ведут себя молодые врачи, пытаясь включиться в поведение пациента), так и стать результатом осознанного построения беседы. Наименее эмпатийной и, следовательно, самой «малозатратной» является *информационная модель* общения. Предполагается, что относительно беспристрастный врач, анализируя имеющиеся данные, предоставляет пациенту информацию о значении тех или иных результатов обследований. Такая модель действительно применима для некоторых видов консультаций — чаще всего это короткие собеседования с «очень узкими специалистами» по результатам сложных исследований.

Чаще мы встречаемся с *интерпретационной моделью* общения, когда после беседы с пациентом и проведения обследования врач побуждает пациента к действиям или отказу от таковых, рекомендует лечение и объясняет (иногда) свои действия. Такая модель уже более открыта, кажется, что она направлена на помощь пациенту, но это не совсем так. При таком общении часто ускользают вопросы, которые пациент не успел или постеснялся задать, не учитывается скрытая мотивация обращения пациента к врачу, остаются без об-

суждения сомнения и возможности пациента следовать рекомендациям.

Другая модель, в которой врач выступает в роли опекуна и «нянюшки», названа *патерналистской*. Многие врачи и пациенты достаточно долго придерживаются этой модели, но, как и в случае с интерпретационной моделью, в таких взаимоотношениях мало учитываются и мнение, и желания пациента. В то же время от пациента уходит ответственность за ситуацию — раз врач взял на себя опеку, он и отвечает за развитие событий. Противоположной моделью может стать позиция «пациент всегда прав», которая провозглашается в некоторых коммерческих центрах. В таком общении тоже скрыты подводные камни — от излишнего почитания поведению пациентов до вынужденного следования за многочисленными пожеланиями сложных и «современных», но ненужных обследований.

Совещательная модель общения основана на взаимном доверии и согласии врача и пациента. Во время беседы важно обратить внимание на отношение пациента к проблеме, с которой он обратился, выяснить его ожидания от общения с врачом. Возможности, опасения и надежды пациента следует учитывать и принимать решения по обследованию и назначению лечения.

Общение в паре врач — пациент всегда происходит на нескольких уровнях сразу. Это вербальный уровень, где важную роль играют интонация, тембр голоса, скорость речи, медицинский жаргон, частота обращения по имени. Невербальное общение — мы осознанно или подсознательно улавливаем язык жестов, мимики, спонтанные реакции тела и конечностей на значимую информацию. Немаловажную роль в таком общении имеет и предыдущий опыт. Человеческая память охотно выстраивает ассоциативные ряды для облегчения затрат на адаптацию в каждой конкретной ситуации. Поэтому чем больший опыт у нас за спиной, тем охотнее мы используем уже проверенные «модели».

И тем сильнее оказывается внутреннее разногласие, когда «понятный» человек начинает вести себя не так, как мы предполагали.

Особенностью медицинского общения всегда является личная направленность интересов беседы. Человек, обращающийся к врачу, предполагает, что врач заинтересован в решении его проблем, а для врача одной из задач консультации становится не только уточнение чисто биомедицинских данных, но и анализ личности пациента. А именно того, как пациент воспринимает и относится к своему недугу, факторам риска, необходимости что-то менять в поведении; какие факторы его поведения можно отнести к личностным особенностям, а что уже является психологической защитой. Защищаться можно действием и бездействием, отрицанием и пересмотром мотивации, защит много, но какой бы ни была защита, ее корни чаще всего в страхе, неуверенности и усталости.

Иногда действительно трудно смириться с тем, что пациенты не следуют рекомендациям, легкомысленно, как нам кажется, относятся к рассказам о факторах риска и профилактике. Но за каждым решением наших пациентов кроются особенности их жизни, их окружения, их сознания. Следует запастись мудростью и терпением, чтобы продолжать практику и следовать хорошему совету норвежца Е. Хендерсона: «Когда вы говорите с пациентом, вам следует услышать, во-первых, что он хочет сказать, во-вторых, что он не хочет сказать, в-третьих, что он не может сказать».

Каждый раз, работая индивидуально с пациентом, мы имеем дело с другим миром, другой «планетой». У каждого есть своя история, свой дом, свой мир, своя семья, свои представления о мире и о себе. Все проявления и влияния этого мира тесно переплетены в человеке, на его планете существуют его собственные законы, праздники и табу, верования и заблуждения. И этот мир нам необходимо понять и принять, научиться взаимодействовать с ним, помогать и любить.

Литература

1. Психотерапевтическая энциклопедия / под ред. проф. Б.Д. Карвасарского. — СПб.: ПИТЕР, 1999. — 752 с. [Psikhoterapevticheskaya entsiklopediya. Ed by prof. B.D. Karvasarskogo. Saint Petersburg: PITER; 1999. 752 p. (In Russ).]
2. Губачев Ю.М., Макиенко В.В. Психосоциальные проблемы семейной медицины. — СПб., 1998. — С. 6–21. [Gubachev YM, Makienko VV. Psikhosotsial'nye problemy semeynoy meditsiny. Saint Petersburg; 1998:6-21. (In Russ).]
3. Юнг К. Аналитическая психология: перевод с немецкого. — М.: Медицина, 1994. — 468 с. [Yung K. Analiticheskaya psikhologiya. Moscow: Meditsina; 1994. 468 p. (In Russ).]

4. Фрейд З. О клиническом психоанализе. Избранные сочинения. — М.: Медицина, 1992. — 288 с. [Freyd Z. O klinicheskom psikhoanalize. Izbrannye sochineniya. Moscow: Meditsina; 1992. 288 p. (In Russ).]
5. Гарбузов В.И. Концепция инстинктов и психосоматическая патология (наднозологическая диагностика и терапия психосоматических заболеваний и неврозов). — СПб.: СОТИС, 1999. — 320 с. [Garbuzov VI. Kontseptsiya instinktov i psikhosomaticheskaya patologiya (nadnozologicheskaya diagnostika i terapiya psikhosomaticheskikh zabolevaniy i nevrozov). Saint Petersburg: SOTIS; 1999. 320 p. (In Russ).]
6. Годфруа Ж. Что такое психология. — М.: Мир, 1992. — Том 1. — 280 с. [Godfrua Zh. Chto takoe psikhologiya. Moscow: Mir; 1992;1:280. (In Russ).]
7. Личко А.Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков. — Л.: Медицина, 1983. — 256 с. [Lichko AE. Psikhopatii i aktsentuatsii kharaktera u podrostkov. Leningrad: Meditsina; 1983. 256 p. (In Russ).]
8. Леонгард К. Акцентуированные личности. — Киев, 1981. — 214 с. [Leongard K. Aktsentuirovannye lichnosti. Kiev; 1981. 214 p. (In Russ).]
9. Люшер М. Сигналы личности: ролевые игры и их мотивы / пер. с англ. А. Алперина. — Воронеж: НПО МОДЭК, 1993. — 160 с. [Lyusher M. Signaly lichnosti: rolevye igry i ikh motivy / translated by A. Alperin. Voronezh: NPO MODEK; 1993. 160 p. (In Russ).]
10. Erikson M, Rossi E, Rossi S. Personality and psychotypes. NY.; 1989. 354 p.
11. Мерта Дж. Справочник врача общей практики. — М., 1998. — С. 720–734. [Merta D. Spravochnik vracha obshchey praktiki. Moscow; 1998:720-734. (In Russ).]
12. Подростковая медицина. Руководство / под ред. проф. Л.И. Левиной. — СПб.: Спецлит, 1999. — С. 538–566. [Podrostkovaya meditsina. Rukovodstvo / pod red. prof. L.I. Levinoy. Saint Petersburg: Spetslit; 1999:538-566. (In Russ).]
13. Галкин Р.А., Котельников Г.П., и др. Пожилой пациент. — Самара, 1999. — 544 с. [Galkin RA, Kotel'nikov GP, et al. Pozhiloy patsient. Samara; 1999. 544 p. (In Russ).]
14. Гнездилов А.В. Путь на Голгофу: Очерки работы психотерапевта в онкологической клинике и хосписе. — СПб.: Клинт, 1995. — 136 с. [Gnezdilov AV. Put' na Golgofu: Ocherki raboty psikhoterapevta v onkologicheskoy klinike i khospise. Saint Petersburg: Klint; 1995. 136 p. (In Russ).]
16. Rakel RE. (Ed.) Textbook of family practice (7th edition). Philadelphia, London, Toronto: W.B. Saunders Company; 2001. 1968 p.
17. Николс М., Шварц Р. Семейная терапия. Концепции и методы / пер. с англ. О.Очкур, А.Шишко. — М.: Эксмо, 2004. — 960 с. [Nikols M, Shvarts R. Semeynaya terapiya. Kontseptsii i metody / translated by O. Ochkur, A. Shishko. Moscow: Eksmo; 2004. 960 p. (In Russ).]
18. Профилактика в общей врачебной практике / под ред. Проф. О.Ю. Кузнецовой, И.С. Глазунова. — СПб.: Издательский дом СПбМАПО, 2004. — 288 с. [Profilaktika v obshchey vrangebnoy praktike / Ed by Prof. O.Yu. Kuznetsovoy, I.S. Glazunova. Saint Petersburg: Izdatel'skiy dom SPbMAPO; 2004. 288 p. (In Russ).]
19. Эйдемиллер Э.Г., Добряков И.В., Никольская И.М. Семейный диагноз и семейная психотерапия. Учебное пособие для врачей и психологов. — СПб.: Речь, 2003. — 336 с. [Eydemiller EG, Dobryakov IV, Nikol'skaya IM. Semeynyy diagnost i semeynaya psikhoterapiya. Uchebnoe posobie dlya vrachev i psikhologov. Saint Petersburg: Rech'; 2003. 336 p. (In Russ).]
20. Гец Л., Вестин С. Руководство для преподавателей и врачей общей практики / перевод с норвежского под ред. проф. О.Ю. Кузнецовой. — СПб.: СПбМАПО, 2005. — 352 с. [Gets L, Vestin S. Rukovodstvo dlya prepodavateley i vrachev obshchey praktiki / translated and ed by prof. O.Yu. Kuznetsovoy. Saint Petersburg: SPbMAPO; 2005. 352 p. (In Russ).]
21. Общая врачебная практика: национальное руководство : В 2 т. /под ред. акад. РАМН И.Н. Денисова, проф. О.М. Лесняк. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. — Т. 1. — 976 с. [Obshchaya vrangebnaya praktika: natsional'noe rukovodstvo / Ed by akad. RAMN I.N. Denisova, prof. O.M. Lesnyak. Moscow: GEOTAR-Media; 2013. Vol. 1. 976 p. (In Russ).]

22. Водопьянова Н.Е., Старченкова Е.С. Синдром выгорания: диагностика и профилактика. — СПб.: Питер, 2005. — 336 с. [Vodop'yanova NE, Starchenkova ES. Sindrom vygoraniya: diagnostika i profilaktika. Saint Petersburg: Piter; 2005. 336 p. (In Russ).]

23. Купер К., Дэйв Ф., О'Драйсколл М. Организационный стресс: теории, исследования и практическое применение. — Харьков, 2007. — 334 с. [Kuper K, Deyv F, O'Drayskoll M. Organizatsionnyy stress: teorii, issledovaniya i prakticheskoe primeneniye. Khar'kov; 2007. 334 p. (In Russ).]

Информация об авторе

Людмила Николаевна Дегтярева — канд. мед. наук, доцент кафедры семейной медицины ФГБОУ ВО «СЗГМУ им. И.И. Мечникова» Минздрава России. E-mail: ludmila.degtyareva@szgmu.ru.

Ольга Александровна Немышева — ассистент кафедры семейной медицины ФГБОУ ВО «СЗГМУ им. И.И. Мечникова» Минздрава России. E-mail: kuratorksm@szgmu.ru.

Information about the authors

Ludmila N. Degtyareva — PhD, associate professor of the Department of Family Medicine of North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov. E-mail: ludmila.degtyareva@szgmu.ru.

Olga A. Nemysheva — assistant professor of the Department of Family Medicine of North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov. E-mail: kuratorksm@szgmu.ru.

ОБСЛЕДОВАНИЕ ПАЦИЕНТА С ТАХИКАРДИЕЙ В ОБЩЕЙ ВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИКЕ

Т.А. Дубикайтис

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

EXAMINATION OF THE PATIENT WITH TACHYCARDIA IN GENERAL PRACTICE

T.A. Dubikaytis

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

© Т. А. Дубикайтис, 2016 г.

В статье изложены современные представления о подходах к обследованию пациентов с тахикардией в амбулаторной практике; представлены схемы сбора анамнеза и осмотра пациентов с тахикардией; обсуждается план обследования при обмороках; описаны редкие наследственные и врожденные варианты тахикардий; представлены возможности инструментальной диагностики нарушений ритма сердца.

Ключевые слова: тахикардия, тахикардия, диагностика, общая врачебная практика.

Current approaches for examination of the patients presented with tachycardia in GP practice are considered. The detailed plan for disease history and physical examination of tachycardia patients are presented. The scheme of diagnostic approaches for syncope management is discussed. The genetic and inherited arrhythmogenic diseases are described. The capabilities of different instrumental methods for tachyarrhythmia detection are considered.

Keywords: tachycardia, tachyarrhythmia, diagnosis, general practice.

Введение

Тахикардия — состояние, при котором частота сердечных сокращений (ЧСС) превышает 100 импульсов в 1 минуту. Данное определение справедливо для взрослых, так как у детей первых лет жизни ЧСС находится в диапазоне от 110 до 150 импульсов в 1 мин [1]. Учащение ритма сердца может быть физиологическим ответом на какие-либо изменения в организме или проявлением развития нарушений ритма сердца. В статье представлены подходы к диагностике при ведении пациента с тахикардией, в основе которой лежат нарушения ритма.

Тахикардия может приводить к неблагоприятным исходам по следующим причинам: внезапный обморок, ведущий к травме, а если профессия пациента связана с управлением сложными техническими средствами — к более серьезным последствиям. Некоторые виды тахикардий (мономорфные и полиморфные желудочковые тахикардии, включая тахикардии с удлинённым и нормальным интервалом QT, а также двунаправленные желудочковые тахикардии, фибрилляция предсердий на фоне син-

дрома Вольфа — Паркинсона — Уайта) могут трансформироваться в фибрилляцию желудочков и привести к внезапной остановке сердца.

В ряде случаев тахикардия приводит к нестабильному состоянию, что при отсутствии лечения способствует развитию инфаркта миокарда или шока. Многие антиаритмические препараты имеют серьезные побочные эффекты; со временем даже при бессимптомном течении тахикардия может привести к формированию кардиомиопатии и тяжелой хронической сердечной недостаточности. Аритмии влияют на качество жизни пациентов: вызывают чувство беспокойства как в момент возникновения аритмии, так и в момент ожидания очередного приступа, требуют оказания скорой помощи, а нередко и стационарного лечения.

Эпидемиология

Распространенность фибрилляции предсердий составляет 0,4–1 % в общей популяции и 9 % среди людей 80 лет и старше.

Частота новых случаев развития трепетания предсердий — 88 на 100 тыс. человек в год [1].

Трепетание предсердий встречается в 2,5 раза чаще других пароксизмальных суправентрикулярных тахикардий [1]. Распространенность остальных суправентрикулярных тахикардий — 2,29 случая на 1000 человек [1].

Если не учитывать фибрилляцию и трепетание предсердий, пароксизмальные суправентрикулярные тахикардии в основном представлены АВ-узловыми тахикардиями (60 % случаев) и реципрокными АВ-тахикардиями (30 %), на долю предсердных тахикардий приходится 10 % [1].

Частота новых случаев неустойчивой пароксизмальной желудочковой тахикардии (3 и более желудочковых комплекса подряд длительно не более 30 с) составляет 4 на 100 человек [2], а новых случаев фатальной желудочковой тахикардии (ЖТ) — 54 на 100 000 в общей популяции [3].

Подходы к диагностике

При обращении пациента с симптомами, характерными для тахикардии, необходимо выяснить, является ли тахикардия причиной ухудшения самочувствия, побудившей пациента обратиться к врачу, или тахикардия вторична и имеется основное заболевание, — причина симптомов и одновременно причина увеличения ЧСС. Все причины тахикардии можно условно подразделить на 4 варианта:

- следствие нарушений ритма (первичная тахикардия);
- результат активизации компенсаторных механизмов;
- маркер некоторых заболеваний;
- следствие влияния некоторых лекарственных или отравляющих веществ, а также компонентов пищи. Эти варианты могут сочетаться, что надо учитывать.

При формировании плана ведения такого пациента необходимо принимать во внимание следующее обстоятельство: если тахикардия развивается вследствие острого кровотечения, сердечной недостаточности, артериальной гипотензии, гиповолемии или физической нагрузки (список неисчерпывающий!), учащение ритма является компенсаторным механизмом, подавление которого может привести к декомпенсации и резкому ухудшению состояния пациента. Следовательно, препараты, уменьшающие частоту сердечного ритма, не назначают. Далее представлен список наиболее распространенных причин развития тахикардии.

1. Нарушения ритма сердца: желудочковые и наджелудочковые тахикардии (первичная тахикардия).

2. Ряд заболеваний: тиреотоксикоз и другие гормональные отклонения, анемия, тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА), ишемическая

болезнь сердца (ИБС), застойная сердечная недостаточность, заболевания легких в период острого течения.

3. Ряд состояний: физические нагрузки, беременность, тревога, гипотензия, гиповолемия, шок, гипогликемия, преходящая ишемия миокарда (включая безболевые формы), лихорадка и инфекционные заболевания, воспалительные процессы (если пациент принимает глюкокортикостероиды, воспалительный процесс может иметь стертую клиническую картину и проявляться исключительно тахикардией), реакция на болевые ощущения.

4. Воздействие ряда веществ: атропин, катехоламины, тиреоидные гормоны, алкоголь, никотин, кофеин, энергетические напитки и прочие стимулянты, симпатомиметики (эфедрин), бета-адреномиметики (сальбутамол), биологически активные добавки, включая средства, приготовленные на основе трав.

Этот список убедительно демонстрирует разнообразие фоновых состояний при тахикардии и необходимость привлечения соответствующих специалистов как терапевтического, так и хирургического профиля в качестве консультантов.

При тахикардиях лечение должно быть направлено непосредственно на нормализацию частоты ритма сердца, и в этом случае тахикардию называют первичной, подразумевая, что именно нарушение ритма является причиной развития симптоматики; в остальных случаях требуется устранение причин, вызвавших увеличение ЧСС, тогда тахикардию рассматривают как вторичную.

Первое, что поможет сориентироваться, — данные ЭКГ. Синусовое происхождение тахисистолии свидетельствует о ее вторичном характере (за очень редким исключением: постуральная ортостатическая тахикардия, неадекватная синусовая тахикардия; синусовая узловая реципрокная тахикардия), а наличие тахикардии — о том, что тахикардия первична. Этого мало для формирования окончательного плана обследования, но на первом этапе достаточно.

Первичная тахикардия довольно часто также требует коррекции ряда фоновых отклонений, которые вовлечены в механизм развития тахикардии. Список этих причин более узок, и их обнаружение и устранение требуется, чтобы избежать рецидива тахикардии после нормализации ЧСС, в то время как лечение в первую очередь должно быть направлено именно на устранение самих нарушений ритма сердца.

К состояниям, усугубляющим нарушения ритма и гемодинамики, актуальным для оказания неотложной помощи относятся:

- гиповолемия;
- гипогликемия;
- гипоксия;
- гипотермия;
- ацидоз;
- интоксикация;
- тампонада сердца;
- гипо- и гиперкалиемия.

Поиск причин тахикардии должен быть сфокусирован. Отсутствие плана обследования пациента с жалобами на **сердцебиения** затягивает процесс обследования и приводит к назначению слишком большого количества консультаций [4]. Сердцебиение — очень частая жалоба при обращении к врачу общей практики, доля таких пациентов составляет 16 %. У пациентов, обращающихся к кардиологу, это вторая по частоте жалоба после боли в груди. Поэтому назначение всеобъемлющего детального обследования всем пациентам может оказаться неоправданно дорогим [4]. В связи с этим следует тщательно оценить и клинические данные, имеющие отношение к тахикардии, и данные, которые могут иметь отношение к основному заболеванию, если тахикардия скорее вторична, для того чтобы разработать индивидуальный план обследования.

Однако трудность в определении происхождения тахикардии (первичная или вторичная) заключается в том, что в большинстве случаев пациенты обращаются к врачу в межприступный период и тогда регистрация стандартной ЭКГ в состоянии покоя не даст необходимой информации. При отсутствии у пациента зарегистрированных ранее, например врачами неотложной помощи, ЭКГ, понадобится обследование, направленное на исключение пароксизмальных нарушений ритма сердца. В некоторых случаях причина **сердцебиений** остается невыясненной даже после тщательного обследования с использованием современных методов длительного мониторингирования ЭКГ (таких пациентов около 16 %), в ряде случаев будет обнаружено несколько причин развития **сердцебиений** [4].

Симптомы тахиаритмии

Субъективные ощущения, характерные для тахикардии, можно условно разделить на три группы: проявления самой тахикардии, нестабильного состояния (при декомпенсации) и психогенного характера.

Проявления тахикардии. Обычно люди не ощущают работу собственного сердца. Но при чрезмерных физических нагрузках, сильном эмоциональном стрессе или при тахиаритмии зачастую возникает дискомфортное ощущение усиленного и/или частого сердцебиения. При этом ритм может быть синусовым, а может

иметь иное происхождение. При развитии эпизода тахиаритмии пациенты не всегда чувствуют начало и окончание эпизода, наличие симптомов может зависеть от частоты ритма в момент развития пароксизма; чем выше ЧСС, тем больше вероятность, что пароксизм будет ощущаться. Экстрасистолию пациенты могут описывать как паузы в работе сердца [5], перебои или нерегулярность ритма. В некоторых случаях на фоне пароксизма тахикардии появляется полиурия. Однако не все пациенты испытывают эти ощущения, и даже угрожающие жизни нарушения ритма могут начинаться и протекать без характерных проявлений. В некоторых случаях симптоматика появляется только после развития декомпенсации и возникновения признаков нестабильного состояния или специфического для конкретного нарушения ритма осложнения, в частности нарушения мозгового кровообращения при фибрилляции предсердий.

Проявления дестабилизации состояния вследствие тахиаритмии. Увеличение частоты ритма сердца — избыточная нагрузка на сердечно-сосудистую систему, и это не может проходить незаметно, если длится достаточно долго. Как скоро появятся признаки дестабилизации состояния, зависит от ряда обстоятельств: в первую очередь от характера нарушений ритма. Высокая частота ритма, существенное увеличение ширины желудочкового комплекса, несогласованная работа предсердий и желудочков, длительность эпизодов тахикардии способствуют более быстрому развитию декомпенсации. Кроме того, наличие сопутствующих заболеваний сердечно-сосудистой системы и некоторые варианты экстракардиальной патологии также важны. Пациенты с сердечной недостаточностью, ИБС, кардиомиопатиями и пороками сердца раньше начнут отмечать симптомы нестабильного состояния. Декомпенсация не всегда развивается остро, у некоторых пациентов наджелудочковая тахикардия, персистирующая в течение нескольких недель и месяцев, постепенно приводит к формированию тахикардической кардиомиопатии с прогрессирующим развитием сердечной недостаточности, хирургическое устранение субстрата аритмии обычно приводит к восстановлению систолической функции левого желудочка.

Одним из проявлений нестабильного состояния являются нарушения сознания. Обморочные и предобморочные состояния требуют тщательного и детального обследования пациентов с характерными жалобами, более подробно информация о синкопальных и пресинкопальных состояниях представлена в конце статьи. Нестабильное состояние может также

проявляться признаками шока, декомпенсацией сердечной недостаточности и развитием ишемии миокарда.

Шок проявляется бледностью кожных покровов, наличием холодного липкого пота на фоне активации симпатической нервной системы, а также нарушением сознания и снижением систолического АД ниже 90 мм рт. ст. Нестабильность состояния при развитии сердечной недостаточности может проявляться хрипами в легких, повышением центрального венозного давления, увеличением размеров печени. Ишемия миокарда, как правило, проявляется болями в груди, однако в некоторых случаях при бессимптомном течении эпизод ишемии можно диагностировать только по данным инструментального обследования, в частности ЭКГ.

Пациенты с признаками декомпенсации должны быть обследованы в ограниченные сроки или госпитализированы в плановом или экстренном порядке в зависимости от выраженности симптоматики и остроты ее проявлений.

Психогенная симптоматика. Довольно часто пароксизмальные аритмии, в частности суправентрикулярная, сопровождаются симптомами, характерными для панических атак и тревожных состояний. Это может быть связано с активацией симпатической нервной системы в ответ на изменения параметров гемодинамики, а также чувством страха, которое возникает при развитии аритмии. Если пациенты в описании жалоб ставят психогенные симптомы на первое место, диагноз суправентрикулярной тахикардии, возможно, не будет установлен, особенно если при осмотре тахикардии нет.

По данным исследований, у 54 % пациентов лечащие врачи сочли психогенные симптомы суправентрикулярной тахикардии проявлением панических атак, тревожных состояний и стресса [6]. По результатам другого исследования, две трети пациентов с верифицированной суправентрикулярной тахикардией изначально наблюдались с диагнозом «паническая атака», при этом катетерная абляция субстрата аритмии оказалась эффективной в лечении этих «психосоматических отклонений» в большинстве случаев [4].

Несмотря на то что тахикардии и психические расстройства не взаимоисключающие отклонения, при отсутствии у пациента в анамнезе психических заболеваний скорее следует думать о тахикардии как первопрочине психогенных симптомов. Лечить тахикардию у пациента с психическими отклонениями надо по схеме лечения нарушений ритма. В некоторых ситуациях требуется использование специальных шкал для скрининга психических отклонений или привлечение психиатров, а также психотерапевтов.

Неспецифические симптомы. У пациентов с тахикардией могут развиваться симптомы неспецифического характера, свойственные также и другим заболеваниям. К неспецифическим симптомам можно отнести слабость, утомляемость, недомогание, снижение толерантности к физическим нагрузкам.

При отсутствии показаний к неотложному лечению, требующему срочной госпитализации, следует подробно собрать анамнез (пример детального сбора анамнеза при ведении пациента с тахикардией представлен на схеме 1), затем необходимо провести осмотр (схема 2) и назначить обследование [1, 7, 8].

1. Жалобы на усиленное или учащенное сердцебиение/нерегулярность сердечных сокращений; головокружение, обморок, одышку, боли в грудной клетке; снижение толерантности к физическим нагрузкам.
2. Факторы, провоцирующие аритмию (физическое/эмоциональное перенапряжение; прием алкоголя; недостаток сна; влияние кофеина; кокаина; прием пищи; сон; отдых после длительного переутомления).
3. Выраженность симптомов, вызванных фибрилляцией предсердий (если она является причиной тахикардии), в том числе сопутствующих, по шкале EHRA (Европейская ассоциация сердечного ритма) для определения тактики лечения:
1 — симптомов нет; 2 — легкие симптомы — нормальная повседневная активность не нарушена;
3 — выраженные симптомы — нормальная повседневная активность затруднена; 4 — инвалидизирующие симптомы — нормальная повседневная активность невозможна.
4. Приступы часто/редко; длительные или нет/как проходят — эффект от антиаритмической терапии.
5. Заболевания, предрасполагающие к развитию аритмии: артериальная гипертензия; ИБС; хроническая сердечная недостаточность; перикардит; миокардит; патология клапанов сердца; врожденный порок сердца; тромбоэмболия легочной артерии; синдром WPW; операции на сердце; ХОБЛ; синдром обструктивного ночного апноэ; легочная гипертензия; гипо-/гипертиреоз; прием симпатомиметиков/метилксантинов; электролитные нарушения (гипокалиемия/гипомагниемия); каналопатии; кардиомиопатии; употребление алкогольных напитков.
6. Наследственность: аритмии/внезапная смерть.

Схема 1. Подробная схема сбора анамнеза у пациента с нарушениями ритма [7, 8].

1. *Оценка регулярности пульса.* Раздельный подсчет пульса и ЧСС (в течение 60 с) с определением дефицита пульса.
 2. *Выявление сопутствующей патологии сердца* (АГ; ХСН; ИБС; ОКС; КМП; миокардит), легких и центральной нервной системы в соответствии с рекомендациями.
 3. *Общий осмотр:* кожа горячая с повышенной влажностью при тиреотоксикозе, бледная одутловатая при гипотиреозе; цианоз: центральный теплый вследствие гипоксии, периферический при застойной сердечной недостаточности; отеки при сердечной недостаточности/тромбозе глубоких вен/микседеме. Ритм галопа при аускультации, перкуторные признаки увеличения правого и/или левого желудочков можно обнаружить при сердечной недостаточности. При желудочковой тахикардии с АВ-диссоциацией изменения громкости I тона из-за выраженных колебаний в объеме наполнения желудочков, зависящих от наличия или отсутствия сокращения предсердий перед сокращением желудочков, может быть объективным признаком ЖТ.
 4. *Лихорадка/тремор конечностей/АГ* — гиперadrenergическое состояние (при синдроме отмены алкоголя/наркотических средств, при инфекционных заболеваниях).
 5. *Признаки тиреотоксикоза:* тахикардия, тремор, узловое или диффузное увеличение щитовидной железы, гиперактивность, оживленные рефлексy (у пожилых больных ФП может быть единственным клиническим признаком тиреотоксикоза).
- Сокращения: АГ — артериальная гипертензия, КМП —кардиомиопатия, ОКС — острый коронарный синдром; ХСН — хроническая сердечная недостаточность.

Схема 2. План осмотра пациента с тахикардией [1, 7, 8].

Рекомендуемый, но неисчерпывающий перечень лабораторных исследований при обследовании пациентов с тахикардией

Обязательно следует выполнить общий анализ крови. Лейкоцитоз можно обнаружить при инфекционных и воспалительных заболеваниях, анемию обычно выявляют при кровопотерях. Также следует исключить электролитные отклонения, для этого определяют уровень калия, кальция и магния в плазме крови. К обязательным лабораторным исследованиям относят определение содержания глюкозы, тиреотропного гормона, креатинина, мочевины в плазме крови и проведение тропонинового теста [1, 7].

В некоторых случаях назначают более подробное определение отклонений, связанных с фоновым/основным заболеванием, приемом лекарственных препаратов, развитием осложнений. В частности, оценку функции печени проводят при приеме гепатотоксичных препаратов, кал на скрытую кровь назначают при приеме антикоагулянтов и анемии, уровень дигоксина в плазме крови определяют для исключения гликозидной интоксикации. Токсикологические исследования выполняют для определения в крови уровня веществ, обладающих стимулирующим эффектом, в частности: кокаин, трициклические антидепрессанты и пр. Соотношение мочевины/креатинин определяют, чтобы установить факт наличия гиповолемии [1].

Инструментальное обследование

Электрокардиограмма в 12 отведениях в состоянии покоя. Для диагностики следует выполнить оценку ритма сердца, определить наличие гипертрофических изменений, признаков синдрома Вольфа — Паркинсона — Уайта, на-

рушений внутрижелудочковой проводимости, перенесенного инфаркта, преходящей ишемии, электролитных нарушений, каналопатий и некоторых кардиомиопатий. Если ЭКГ зарегистрирована в период наличия симптомов, следует оценить связь симптомов и нарушений ритма.

При наблюдении пациентов, принимающих препараты для контроля ритма или ЧСС, с целью своевременного определения развития побочных эффектов требуется измерение продолжительности интервалов *PQ*, *QT* и ширины *QRS*; оценка признаков критического угнетения функции синусового узла и атриовентрикулярного проведения.

Мониторирование ЭКГ

Мониторирование ЭКГ по Холтеру (холтеровское мониторирование) в течение 24, 48 или 72 ч проводят для верификации пароксизмальных нарушений ритма при отсутствии аритмии в момент регистрации стандартной ЭКГ, а также для оценки связи между симптомами и развитием нарушений ритма.

Кроме того, мониторирование по Холтеру проводят для определения противопоказаний к назначению препаратов, а также для мониторинга при приеме лекарственных средств с целью контроля ритма или ЧСС. Это делается не только для оценки эффективности терапии, но и для исключения развития угрожающих жизни осложнений лечения, так как сама антиаритмическая терапия может обладать проаритмическим эффектом.

Для этого определяют наличие клинически значимых пауз до 2 с и более; частоту ритма в состоянии покоя и при физической нагрузке; оценивают наличие расширения желудочкового

комплекса; нарушение АВ-проведения, увеличение интервала QT, появление других, иногда более опасных тахиаритмий, в частности желудочковой тахикардии.

Одним из недостатков холтеровского мониторинга считают низкую вероятность верифицировать диагноз при редких пароксизмах. В действительности этот метод информативен только в случаях, когда пароксизмы возникают ежедневно или даже несколько раз в сутки. При более редких эпизодах обследование проводят с помощью носимых регистраторов событий. При использовании такого прибора пациент инициирует сохранение в памяти отрезка ЭКГ в момент развития симптомов, остальные записи не сохраняются, это позволяет провести более длительное мониторирование.

Альтернативным вариантом является использование имплантируемых петлевых регистраторов — это приборы, которые автоматически распознают и сохраняют в памяти только те эпизоды электрокардиографической записи, которые имеют соответствующие изменения и не заполняют память неизменными участками, что позволяет мониторировать ЭКГ длительное время в ожидании пароксизма.

Если пароксизмы развиваются редко и сопровождаются гемодинамической нестабильностью с синкопальными состояниями, это исключает физическую возможность для пациента инициировать сохранение соответствующего отрезка ЭКГ. В этом случае имплантируемый петлевой регистратор является наиболее подходящим вариантом, так как сам сохраняет участки записи с характерными для аритмий изменениями.

При наличии у пациента имплантированных электрокардиостимуляторов (ЭКС) или имплантируемых кардиовертеров-дефибрилляторов (ИКД) информация может быть считана с них [1].

Эхокардиография

Не следует выполнять это исследование у всех пациентов с жалобами на **сердцебиения**. ЭхоКГ обязательно проводят **всем** пациентам с верифицированными тахиаритмиями, а также при наличии обморочных состояний или жалоб, характерных для нестабильного состояния. При тахикардии с широкими комплексами неизвестного происхождения, документированной устойчивой наджелудочковой аритмии (фибрилляция и трепетание предсердий, СВТ) или при анамнестических указаниях, а также объективных данных за структурные заболевания сердца очень важно выполнить ЭхоКГ в ограниченные сроки [1].

ЭхоКГ не является единственным методом верификации структурных заболеваний сердца, в ряде случаев понадобится использование дорогостоящих методов диагностики, в частности

магнитно-резонансной томографии для исключения инфильтративных кардиомиопатий, но скорее всего эти методы обследования будут назначать специалисты.

Проба с физической нагрузкой

В первую очередь показана пациентам, у которых аритмия развивается на фоне физической нагрузки, чтобы получить запись ЭКГ с нарушением ритма. Кроме того, это исследование назначают пациентам с признаками или факторами риска ИБС, если отсутствуют противопоказания, для верификации диагноза ИБС.

У пациентов с синдромом WPW пробу с нагрузкой используют для стратификации риска. Пробу с нагрузкой также проводят у молодых и активных пациентов с фибрилляцией предсердий для оценки эффективности контроля ЧСС и при ведении пациентов с постоянной формой суправентрикулярной тахикардии после абляции.

Электрофизиологическое исследование

Электрофизиологическое исследование (ЭФИ) проводят для определения механизма аритмии при планировании лечения, для уточнения происхождения аритмии, если остается неясным, желудочковая тахикардия у пациента или суправентрикулярная тахикардия, а также для хирургического устранения субстрата аритмии с помощью радиочастотной абляции или криоабляции.

В диагностических целях исследование проводят:

- для обследования пациентов с тахикардией при наличии на ЭКГ широких желудочковых комплексов неизвестного происхождения;
- при обследовании пациентов с синдромом WPW для определения наличия, характеристик и расположения добавочных проводящих путей;
- при обследовании пациентов с WPW для стратификации риска;
- для обследования пациентов с симптомами пароксизмальных тахикардий, существенно снижающих качество жизни при отсутствии на ЭКГ данных за наличие аритмий, полученных в ходе обследования при использовании менее точных методик (холтеровское мониторирование, регистраторы);
- для обследования пациентов с ОИМ в анамнезе при наличии симптоматики, характерной для ЖТ;
- ЭФИ проводят для дифференциального диагноза синусовой тахикардии и предсердной у пациентов с ДКМП.

Консультации специалистов

Для верификации диагноза показана консультация кардиолога с последующим ре-

шением вопроса о целесообразности привлечения аритмолога. Консультация аритмолога необходима преимущественно для оценки показаний к хирургическому лечению аритмии, а также для проведения ЭФИ. В ряде случаев для лечения пациентов с ВПС, некоторых кардиомиопатий или ИБС понадобится консультация кардиохирурга. При необходимости восстановления сердечного ритма требуется привлечение врачей-реаниматологов или врачей неотложной помощи. Для оценки генеза обморочных состояний и дифференциального диагноза с другими причинами транзиторных нарушений сознания, а также для оценки наличия неврологических осложнений показана консультация невролога. Для верификации сопутствующих заболеваний легких, а также эндокринной системы потребуются привлечение пульмонолога и эндокринолога соответственно.

Особенности диагностики наследственных первичных аритмических синдромов (каналопатий)

В нашей статье представлены принципы диагностики каналопатий, принятые в международной практике, опубликованные в 2013 г. [9].

Каналопатии — редкие наследственные и врожденные отклонения, приводящие к развитию аритмий, обусловленные мутациями в генах, кодирующих дефектный протеин в структуре ионных каналов, ответственных за транзит калия и/или натрия или кальция [9, 10]. Клинический диагноз преимущественно базируется на данных ЭКГ. Некоторые из каналопатий ранее называли идиопатической фибрилляцией желудочков. Этот диагноз используют до сих пор для обозначения аритмий, механизм которых пока не изучен [10].

Первичный аритмический синдром следует подозревать при ведении пациентов, принадлежащих к группам с высокой вероятностью наличия этого состояния [9]:

- лица, выжившие после внезапной остановки сердца в молодом возрасте (до 40 лет), при отсутствии у них заболеваний сердца с верифицированным диагнозом, несмотря на тщательное обследование;
- члены семей пациентов, умерших внезапно в молодом возрасте при отсутствии данных за наличие заболеваний сердца по данным аутопсии;
- пациенты и члены их семей с клиническими проявлениями каналопатий (то есть диагноз каналопатии предполагается или установлен);
- молодые пациенты с синкопальными состояниями неясного генеза (вазовагальный обморок исключен).

К проявлениям каналопатий принято относить желудочковые аритмии и эпизоды потери

сознания; при этом в процессе обследования синкопальные состояния неаритмогенного происхождения должны быть исключены.

Эпизодом аритмии при ведении пациента с каналопатией принято считать пароксизм устойчивой или неустойчивой (длительность пароксизма менее 30 с) спонтанной желудочковой тахикардии, или обмороки неясного генеза, или эпизод фибрилляции желудочков с последующим восстановлением ритма на фоне успешной реанимации.

Существует понятие «пациент со скрытыми мутациями». Это лица, у которых нет фенотипических признаков каналопатий, включая симптоматику, однако результаты генетического исследования положительны, а у кровных родственников имеются клинические проявления каналопатий.

В нашей статье представлены следующие варианты каналопатий: синдром удлиненного интервала QT, синдром Бругада, катехоламин-зависимая полиморфная желудочковая тахикардия, синдром укороченного интервала QT, синдром ранней реполяризации, прогрессирующее замедление внутрижелудочковой проводимости, идиопатическая фибрилляция желудочков.

Синдром удлиненного интервала QT. Распространенность этого врожденного состояния составляет 1 случай на 2000 практически здоровых новорожденных. Диагностика строится на данных ЭКГ, клинических проявлениях и семейном анамнезе, для постановки диагноза используют специальные шкалы. Кроме того, в международной практике используют генетическое тестирование. О синдроме удлиненного QT можно говорить, если на ЭКГ имеется увеличение длительности интервала до 500 мс при повторном обследовании, но только в случаях, когда вторичная причина увеличения продолжительности интервала QT исключена, даже если при использовании специальных шкал диагноз не подтвержден.

Под вторичными причинами подразумевают электролитные отклонения, которые могут развиваться вследствие диареи, рвоты, метаболических отклонений, плохо сбалансированной диеты или потери массы тела, приема некоторых лекарственных препаратов, представленных на сайте <https://www.crediblemeds.org/new-drug-list/>.

Если увеличение длительности интервала QT достигает 480 мс, но не превышает 499 мс, а в анамнезе у пациента есть обмороки неясного генеза, диагноз также высоковероятен даже при отсутствии характерных мутаций.

Синдром Бругада. Распространенность этого нарушения составляет 0,5–1 случай на 1000, синдром в 8–10 раз чаще встречается у мужчин, чем у женщин. При всех 12 генотипиче-

ских вариантах синдрома Бругада отмечают или замедление тока натрия/кальция внутрь клетки или усиление тока калия из клетки. Клинически заболевание проявляется характерной для желудочковой тахикардии симптоматикой (внезапная сердечная смерть, обмороки, агональное дыхание ночью, сердцебиения, боль в груди) во время отдыха или во время ночного сна, при развитии лихорадки, а также состояний, сопровождающихся повышением тонуса парасимпатической нервной системы. Довольно редко провоцирующим фактором является двигательная активность.

Синдром Бругада диагностируют у пациентов с элевацией сегмента *ST* первого морфологического типа, превышающей или равной 2 мм в отведениях *V1* и/или *V2* при расположении электродов во II, или в III, или в IV межреберьях. Первый тип морфологии характеризуется куполообразным подъемом сегмента *ST* и наличием отрицательного зубца *T*.

Изменения проявляются спонтанно или вследствие провокационных лекарственных проб с внутривенным введением некоторых антиаритмических препаратов I класса, блокирующих натриевые каналы (аймалин, флекаинид, прокаинамид).

Синдром Бругада диагностируют также у пациентов со вторым и третьим типом подъема сегмента *ST* в отведениях *V1* и/или *V2*, в случаях когда провокационные лекарственные пробы с антиаритмическими препаратами первого класса позволяют зарегистрировать морфологическую трансформацию в первый тип.

Второй морфологический тип на ЭКГ проявляется седловидной формой сегмента *ST*, который переходит в положительный или бифазный зубец *T*.

Третий морфологический тип характеризуется формированием выпуклого или седловидного сегмента *ST*, но эти изменения менее четко выражены и элевация сегмента *ST* не достигает 1 мм [11].

Пациентам с синдромом Бругада не следует назначать препараты, которые могут усилить проявления этой каналопатии и спровоцировать ЖТ. Информация о препаратах представлена на сайте <http://www.brugadadrugs.org/>.

Катехоламинзависимая полиморфная желудочковая тахикардия (КПЖТ). Распространенность заболевания составляет 1 на 10 000 населения. Первый эпизод обычно регистрируют на первой или второй декаде жизни, обычно прослеживается причинно-следственная связь с физическим или эмоциональным напряжением. Диагноз можно пропустить, если эпизод аритмии сопровождается судорожными сокращениями мышц, в результате чего устанавли-

вают неврологический диагноз.

В целом КПЖТ диагностируют у пациентов с эпизодами двунаправленной или полиморфной ЖЭ/ЖТ на фоне физической нагрузки или других провоцирующих факторов, сопровождающихся повышенным содержанием катехоламинов в плазме крови, при условии отсутствия других причин для развития нарушений ритма или при наличии характерных мутаций, а также семейного анамнеза. Альтернативные причины исключаются с учетом возраста.

Обычно на фоне проб с физической нагрузкой исходно регистрируют несколько редкий ритм сердца, затем по мере увеличения нагрузки нарастает частота сердечных сокращений, появляются желудочковые экстрасистолы, сначала мономорфные, затем полиморфные, после чего развивается эпизод двунаправленной или полиморфной желудочковой тахикардии.

Синдром укороченного интервала QT. Это очень редкое состояние. Его диагностируют при укорочении интервала *QT* до 330 мс. Синдром можно диагностировать и при более длительном интервале, если скорректированный *QT* менее 360 мс, но только при наличии других признаков заболевания. К ним относят характерные для синдрома генетические мутации, внезапную смерть у близких родственников в молодом возрасте (до 40 лет) по данным семейного анамнеза, эпизоды ЖТ/ФЖ после успешной реанимации.

Синдром ранней реполяризации (СРР) характеризуется приподнятым относительно изолинии расположением точки перехода желудочкового комплекса в сегмент *ST* (точка *J*). При этом регистрируется подъем самого сегмента *ST* не менее чем в двух соседних отведениях [9]. Традиционно наличие таких изменений на ЭКГ в прекардиальных отведениях считали вариантом нормы [9].

Поводом для пересмотра такого представления послужили данные исследования случай — контроль, в ходе которого была установлена взаимосвязь между развитием идиопатической фибрилляции желудочков и наличием признаков синдрома ранней реполяризации (при наличии изменений в отведениях II, III, *aVF* и/или *V₅₋₆*) [9]. Распространенность таких отклонений в популяции составляет 1–13 % [9]. В основном эпизоды желудочковых аритмий у этих пациентов развиваются в ночное время или во время отдыха [12].

Важно отметить, что в настоящее время синдром ранней реполяризации недостаточно изучен. Генетические детерминанты этих отклонений не определены в достаточной мере. По всей вероятности, генетическая предрасположенность синдрома имеет полигенный харак-

тер [13]. Убедительных данных о наследовании синдрома членами семей пациентов с синдромом не получено. Изменения на ЭКГ — явление очень распространенное, а вот абсолютный риск внезапной смерти очень низок. Так, вероятность развития эпизода идиопатической фибрилляции желудочков в популяции молодых людей в возрасте до 45 лет составляет 3 на 100 000; а в группе лиц с признаками синдрома ранней реполяризации — 11 на 100 000, то есть он относительно выше, почти в четыре раза [12]. И все же абсолютная разница (абсолютный риск выше на 8 человек из 100 000) не так велика, чтобы считать всех людей с характерными изменениями на ЭКГ группой высокого риска внезапной сердечной смерти. Складывается впечатление, что лица с признаками синдрома ранней реполяризации на ЭКГ не составляют однородной группы: у кого-то эти изменения действительно вариант нормы, и таких людей большинство; у кого-то — это маркер потенциально угрожающих жизни отклонений. Надежных методов, позволяющих однозначно разграничить эти подгруппы, не создано, а субстрат различий изучен не в полной мере.

Принято считать, что о принадлежности к подгруппе высокого риска однозначно свидетельствует только семейный анамнез, а также собственный анамнез идиопатической желудочковой тахикардии, внезапной сердечной смерти и аритмогенных синкопальных состояний [12].

Имеются данные, что подъем точки *J* более чем на 0,2 mV, горизонтальную и косонисходящую формы приподнятого сегмента *ST* особенно в нижних отведениях можно рассматривать как признаки повышенного риска [9], но эти данные все же не позволяют определить однозначно группу риска для лечения и наблюдения и предотвращения развития у пациента его первого эпизода угрожающей жизни аритмии.

Согласно текущим европейским клиническим рекомендациям по наследственным аритмогенным заболеваниям, СРР диагностируют у пациентов, переживших внезапную сердечную смерть на фоне ФЖ или полиморфной ЖТ невыясненного генеза, при наличии признаков ранней реполяризации на ЭКГ в отведениях II, III, aVF и/или V_{5-6} [9]. Наличие электрокардиографических признаков СРР рекомендуется рассматривать как феномен СРР [9].

Вместе с тем есть мнение, что следует с большим вниманием относиться к профилактике развития ИБС у пациентов с признаками СРР на ЭКГ, учитывая относительно повышенный риск внезапной сердечной смерти [12]. Возможно, синдром ранней реполяризации является маркером повышенной уязвимости мио-

карда к воздействию факторов, провоцирующих аритмию.

Прогрессирующее замедление внутрижелудочковой проводимости. Его диагностируют при появлении необъяснимых быстро формирующихся нарушений проводимости у лиц, не достигших 50-летнего возраста и не имеющих анатомических изменений сердца и скелетных миопатий. Наличие синдрома в семейном анамнезе говорит о том, что диагноз высоко вероятен [9]. На определенных этапах прогрессирования заболевания у пациентов развиваются пароксизмы желудочковой тахикардии, но синкопальные состояния могут быть связаны не только с развитием тахикардии, но и с формированием блокады сердца.

Идиопатическая фибрилляция желудочков. Диагноз устанавливают у пациентов, переживших остановку сердца на фоне фибрилляции желудочков, если исключена патология сердца и легких, а также доказано отсутствие метаболических нарушений и влияния токсических веществ. Генетическое тестирование при идиопатической фибрилляции желудочков целесообразно, когда имеется подозрение на генетическое заболевание на основании клинических проявлений болезни у пациента или его родственников.

Скрининг на многочисленные генетические заболевания при идиопатической фибрилляции желудочков не показан, если нет клинических данных за наследственные аритмические заболевания. Рекомендуются обследовать членов семьи первой степени родства (родители, дети, братья, сестры), регистрация ЭКГ в 12 отведениях и проведение пробы с нагрузкой, а также ЭхоКГ.

Особенности первичных тахикардий синусового происхождения

Неадекватная синусовая тахикардия (НСТ). Это редкий вариант непароксизмальной предсердной тахикардии. Точных данных по распространенности нет, но известно, что чаще тахикардия развивается у молодых женщин [14] и у лиц медицинской профессии. Предположительно причиной аритмии является дисрегуляция автономной нервной системы, или гиперреактивность самого синусового узла. Характерно неадекватное физиологическим потребностям ускорение работы синусового узла в ответ на физические нагрузки или эмоциональное напряжение. Это ускорение не имеет внезапного характера, нет пароксизмов как таковых, синусовый узел постоянно работает быстрее, чем в норме. По мнению ряда авторов, ключевой характеристикой неадекватной синусовой тахикардии является наличие симптоматики (замечная слабость, недомогание, головокружения,

неприятное ощущение ускоренного сердцебиения, иногда боль в груди, одышка, пресинкопальные состояния и симптомы, характерные для панических атак) [5, 6]. Но неадекватная синусовая тахикардия может протекать и бессимптомно [1].

Частота синусового ритма в покое при неадекватной синусовой тахикардии достигает 100 импульсов в 1 мин. Среднесуточные значения ЧСС по данным холтеровского мониторирования соответствуют 90 импульсам в 1 мин [6].

НСТ необходимо отличать от других видов тахикардии с зубцом *P* синусовой морфологии. Причины вторичной тахикардии должны быть исключены. В некоторых, редких случаях НСТ может привести к тахикардитической кардиомиопатии [14].

Постуральная ортостатическая синусовая тахикардия (ПОТС). Симптомы развиваются в вертикальном положении пациента при отсутствии ортостатической гипотонии. При этом ЧСС повышается более чем на 30 импульсов в 1 мин или превышает частоту 120 импульсов в минуту в первые 10 минут после перехода в вертикальное положение.

Синусовая узловая реципрокная тахикардия (СУРТ). Это фокальная пароксизмальная предсердная тахикардия, возникающая по механизму реентри в области синусового узла, источником является сам узел и перинодальная зона синусового узла [1]. Частота ритма составляет 100–150 импульсов в минуту. В отличие от обычной синусовой тахикардии СУРТ возникает и прекращается внезапно [1].

Особенности обследования пациентов с синкопальными состояниями

Согласно рекомендациям Европейской ассоциации сердечного ритма (EHRA) от 2009 г., к синкопальным состояниям (обморокам) следует относить эпизоды транзиторной потери сознания только в случаях, когда они вызваны кратковременной гипоперфузией всего головного мозга [15].

Нарушения сознания на фоне других причин, например повреждения мозга вследствие травмы или эпилептического припадка, не рекомендуется рассматривать как обморок. В литературе транзиторную потерю сознания и синкопальное состояние иногда используют как взаимозаменяемые термины, что вносит неточности в определение [15].

Синкопальные состояния характеризуются внезапным возникновением, короткой продолжительностью (секунды) и спонтанным полным восстановлением функций центральной нервной системы без поведенческих отклонений и дезориентации, хотя в некоторых случа-

ях, чаще у пожилых людей, может появиться ретроградная амнезия. Некоторые пациенты ощущают чувство усталости. Иногда синкопальные состояния длятся несколько минут, тогда требуется более детальный дифференциальный диагноз с другими причинами нарушений сознания [15].

К пресинкопальным (предобморочным) состояниям относят симптомы, обычно предшествующие развитию обморока: головокружение, тошнота, потливость, слабость, нарушения зрения. Такая симптоматика развивается у некоторых пациентов в продромальный период перед обморочным состоянием [15].

Пресинкопальное состояние отличается от продромального периода тем, что в первом случае эпизод потери сознания не происходит, а во втором — продромальный период заканчивается обмороком. Синкопальные состояния необходимо дифференцировать с транзиторной потерей сознания неврологического, эндокринного, интоксикационного и психического генеза, а также с транзиторным нарушением мозгового кровообращения при тромбозе вертебрально-базиллярной артерии и псевдообмороками (каталепсия, психогенные псевдообморочные состояния) [15]. Необходимо привлечение соответствующих специалистов.

По механизму различают рефлекторные обмороки (в частности, вазовагальные, ситуационные и синдром каротидного синуса); обмороки вследствие ортостатической гипотензии; сердечно-сосудистые (брадиаритмии, тахикардии, включая аритмии, индуцированные приемом лекарственных веществ и заболеванием сердца с нарушением его насосной функции) [15]. Экстракардиальные причины также могут лежать в основе развития синкопальных состояний, к ним относят тромбоз легочной артерии, расслаивающую аневризму аорты и легочную гипертензию [15].

При тахикардиях обмороки, как правило, развиваются по кардиоваскулярному механизму и обусловлены снижением объема крови, выбрасываемой в систолу из желудочков. Однако при наджелудочковых тахикардиях синкопальные состояния могут также иметь и вазовагальный механизм (реакция на эмоциональный стресс, страх, ортостатический стресс) [15].

Обычно резкое снижение АД происходит в начале развития гемодинамически значимых тахикардий, в это время может произойти обморок. Через несколько секунд снижение сердечного выброса компенсируется повышением общего периферического сопротивления кровеносного русла и сознание восстанавливается. При угрожающих жизни тахикардиях этого может не произойти, а тахикардия может трансформироваться в ФЖ.

Другим вариантом развития обморочного состояния может быть длительная пауза (несколько секунд) в момент прекращения тахикардии, в таком случае необходимо исключать синдром слабости синусового узла.

Обмороки сопряжены с утратой мышечного тонуса и риском падения и последующей травматизацией при исходно вертикальном или сидячем положении. Существенные повреждения, такие как переломы и дорожно-транспортные происшествия, возникают в 6 % случаев, незначительные (ссадины и гематомы) — в 29 %, а у пожилых людей — в 43 % случаев среди госпитализированных пациентов [15]. Повторные обмороки приводят к пере-

ломам и повреждению мягких тканей у 12 % пациентов [15].

Заключение

Таким образом, пациенты с тахикардией — разнородная группа лиц с разнообразными прогностическими характеристиками. У некоторых пациентов это состояние не сопряжено с неблагоприятным прогнозом, у некоторых представляет непосредственную угрозу для жизни, которая может завершиться остановкой сердца буквально во время осмотра. Грамотный подход к анализу жалоб и анамнестических данных является ключевым моментом в формировании индивидуального плана обследования.

Литература

1. Shadman R, Rho R. BMJ Best Practice Assessment of Tachycardia BMJ Publishing Group Ltd. 2015. 36 p. <http://bestpractice.bmj.com/best-practice/monograph-pdf/830.pdf>.
2. Kusumoto F. BMJ Best Practice Non-sustained ventricular tachycardias BMJ Publishing Group Ltd. 2015. 40 p. <http://bestpractice.bmj.com/best-practice/monograph-pdf/831.pdf>.
3. Iwai S. BMJ Best Practice Sustained ventricular tachycardias BMJ Publishing Group Ltd. 2016. 53 p. <http://bestpractice.bmj.com/best-practice/monograph-pdf/537.pdf>.
4. Raviele A, Giada F, Bergfeldt L, et al. Management of patients with palpitations: A position paper from the European Heart Rhythm Association. *Europace*. 2011;13(7):920-934. doi:10.1093/europace/eur130.
5. Blomström-Lundqvist C, Scheinman MM, Aliot EM, et al. ACC/AHA/ESC guidelines for the management of patients with supraventricular arrhythmias. *J Am Coll Cardiol*. 2003;42(8):1493-1531. doi:10.1016/j.jacc.2003.08.013.
6. Page RL, Joglar JA, Caldwell MA, et al. 2015 ACC/AHA/HRS Guideline for the Management of Adult Patients With Supraventricular Tachycardia. *Circulation*. 2015;64(21):e136-e221. doi: 10.1161/CIR.0000000000000311.
7. Сулимов В.А., Голицын С.П., Панченко Е.П., и др. Рекомендации РКО, ВНОА, АССХ. Диагностика и лечение фибрилляции предсердий, 2012. http://www.scardio.ru/content/Guidelines/FP_rkj_13.pdf [Sulimov VA, Golitsyn SP, Panchenko EP. Rekomendacii VNOK, VNOA, ASSCH Diagnostika i lechenie fibrillacii predserdiy, 2012. (In Russ).]
8. January CT, Wann LS, Alpert JS, et al. 2014 AHA/ACC/HRS guideline for the management of patients with atrial fibrillation: A report of the American college of Cardiology/American heart association task force on practice guidelines and the heart rhythm society. *J Am Coll Cardiol*. 2014;64(21):e1-e76. doi: 10.1016/j.jacc.2014.03.022.
9. Priori SG, Wilde AA, Horie M, et al. Executive summary: HRS/EHRA/APHRS expert consensus statement on the diagnosis and management of patients with inherited primary arrhythmia syndromes. *J Arrhythmia*. 2014;30(1):29-47. doi: 10.1016/j.joa.2013.08.001.
10. Maron BJ, Towbin JA, Thiene G, et al. Contemporary definitions and classification of the cardiomyopathies: An American Heart Association Scientific Statement from the Council on Clinical Cardiology, Heart Failure and Transplantation Committee; Quality of Care and Outcomes Research and Functio. *Circulation*. 2006;113(14):1807-1816. doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.106.174287.
11. Benito B, Brugada R, Brugada J, et al. Brugada Syndrome. *Prog Cardiovasc Dis*. 2008;51(1):1-22. doi: 10.1016/j.pcad.2008.05.002.
12. Obeyesekere MN, Klein GJ, Nattel S, et al. A clinical approach to early repolarization. *Circulation*. 2013;127(15):1620-1629. doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.112.143149.
13. Priori SG, Blomström-Lundqvist C, Mazzanti A. 2015 ESC Guidelines for the management of patients with ventricular arrhythmias and the prevention of sudden cardiac death. *Eur Heart J*. 2015;36(9):746-837. doi: 10.1093/europace/eul108.

Literature review

14. Olshansky B, Sullivan RM. Inappropriate sinus tachycardia. *J Am Coll Cardiol.* 2013;61(8):793-801. doi: 10.1016/j.jacc.2012.07.074.
15. Moya A, Sutton R, Ammirati F, et al. Guidelines for the diagnosis and management of syncope (version 2009). *Eur Heart J.* 2009;30(21):2631-2671. doi: 10.1093/eurheartj/ehp298.

Информация об авторе

Татьяна Александровна Дубикайтис — канд. мед. наук, доцент кафедры семейной медицины ФГБОУ ВО «СЗГМУ им. И.И. Мечникова» Минздрава России. E-mail: tatyana.dubikaitis@szgmu.ru.

Information about the author

Tatiana A. Dubikaitis — PhD, associate professor of the Department of Family Medicine of North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov. E-mail: tatyana.dubikaitis@szgmu.ru.

ИНВАЛИД ПО ЗРЕНИЮ В ОФИСЕ СЕМЕЙНОГО ВРАЧАИ.А. Божков¹, О.С. Молчанова², М.А. Севастьянов², А.М. Сарана³, А.А. Божков⁴¹ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия;²СПб ГБУ «Центр медико-социальной реабилитации инвалидов по зрению», Санкт-Петербург, Россия;³СПб ГБУЗ «Городская больница № 40», Санкт-Петербург, Россия;⁴СПб ГБПОУ «Фельдшерский колледж», Санкт-Петербург, Россия**VISUALLY IMPAIRED IN THE OFFICE OF GENERAL PRACTITIONERS**I.A. Bozhkov¹, O.S. Molchanova², M.A. Sevastyanov², A.M. Sarana³, A.A.Bozhkov⁴¹ Pavlov First Saint Petersburg State Medical University, St Petersburg, Russia,²Center of medical and social rehabilitation of visually impaired persons, St Petersburg, Russia,³City Hospital No 40, St Petersburg, Russia,⁴ Feldsher College, St Petersburg, Russia

© Коллектив авторов, 2016 г.

В статье описаны деонтологические принципы, используемые при общении с инвалидами по зрению, даны характеристики основных технических средств, применяемых в процессе медико-социальной реабилитации инвалидов по зрению, представлены результаты изучения потребностей инвалидов по зрению в различных вспомогательных устройствах.

Ключевые слова: инвалиды по зрению, деонтология, медико-социальная помощь, технические средства реабилитации.

Article describes the basic ethical principles used when communicating with visually impaired people, gives characteristics of the main technical tools used in the process of medico-social rehabilitation of the visually impaired, and presents the results of a study of the needs of the visually impaired in the provision of various assistive devices.

Keywords: invalids on sight, deontology, health and social assistance, technical equipments of rehabilitation.

Слепота и слабовидение не относятся к пространственным инвалидизирующим дефектам. Например, в Санкт-Петербурге проживает около 10 тыс. инвалидов по зрению, что составляет менее 0,2 % всего населения и менее 2 % инвалидов от общего числа инвалидов, проживающих на территории мегаполиса. Принято считать, что главную роль в ведении и лечении таких пациентов должен играть врач-офтальмолог, хотя возможности офтальмологического пособия у большей части инвалидов по зрению II и особенно I группы полностью исчерпаны. Это определяет ведущую роль врача общей практики при организации оказания медико-социальной помощи указанной группе пациентов.

Принципы диспансерного наблюдения и лечения соматических заболеваний, имеющих у инвалидов по зрению, не имеют существенных отличий от принципов диспансерного наблюдения и лечения лиц, не имеющих патологии зрительного анализатора. Однако это особо уязвимая группа граждан, общение с которыми требует

соблюдения определенных деонтологических принципов. Кроме того, у инвалидов по зрению существуют особые потребности во вспомогательных средствах, связанные со структурой имеющегося инвалидизирующего дефекта.

Общение с незрячим или слабовидящим пациентом строится, исходя из общепринятых норм и законов отношений между людьми. При разговоре наиболее корректным будет обращение непосредственно к пациенту, а не к его сопровождающему. В разговоре с незрячим пациентом вполне уместно использование категорий, основанных на визуальных впечатлениях. По возможности следует избегать выражений: «пощупайте», «я вас отведу», лучше использовать выражения: «давайте посмотрим», «я схожу с вами» [1].

Незрячий человек строит свои отношения с окружающими, руководствуясь в основном речевыми средствами общения (слова, фразы, интонация, тон голоса). Невербальные средства общения (мимика, жесты, телодвижения, поза) используются чаще всего вне контекста, поэтому

не стоит акцентировать внимание на несоответствии предмета разговора с мимикой или жестами слепого. Встречая незрячего или слабовидящего пациента в кабинете, врач первым здоровается с посетителем и называет себя. Зрячим людям в присутствии незрячих не стоит вести беседу только с помощью мимики и жестов, так как, заметив (почувствовав) это, незрячий человек чувствует себя исключенным из общения.

Успешность коммуникации во многом зависит от правильной организации окружающего пространства. Для этого врачу или медсестре общей практики, работающим с незрячим или слабовидящим пациентом, следует описать особенности помещения, в котором он находится или через которое он проходит. Также важную роль играет соблюдение правил техники безопасности (устранение препятствий на пути следования пациента, в том числе полуоткрытых наружу дверей).

Пациент с ослабленным зрением нуждается в озвучивании актуальной для него визуальной информации. Речь идет не только о документах, озвучивать нужно надписи на дверях кабинетов, изменения в режиме работы учреждения и, с согласия незрячего человека, личную корреспонденцию. Чтец — это «глаза» незрячего человека, поэтому прочитывать необходимо все от заголовка и даты до комментариев к документу. Во время чтения не следует давать пояснений к тексту или как-то его комментировать и интерпретировать.

В непредвиденных ситуациях и за пределами знакомого пространства незрячему пациенту необходима помощь. Если зрячий человек хочет помочь незрячему или слабовидящему, не следует без предупреждения хватать его за плечо или за руку, разворачивать корпус в сторону, а также пытаться руководить его движением на расстоянии. Также при оказании помощи незрячему пациенту не следует касаться трости или просить убрать ее, так как трость информирует инвалида об изменениях окружающей обстановки. При сопровождении дайте инвалиду взять вас за руку чуть выше локтя и двигайтесь на пол шага впереди него. Когда вы предлагаете незрячему человеку сесть, не усаживайте его, а направьте руку на спинку стула или подлокотник.

Помощь будет более эффективной, если помогающий человек предварительно осведомится о ее необходимости и, только получив подтверждение, приступит к ее оказанию. При знакомстве незрячего пациента с каким-либо предметом не следует с силой водить его рукой по поверхности предмета, лучше направить руку незрячего в направлении предмета и позволить ему самостоятельно изучить предмет [1].

В любом случае при общении с незрячими в процессе оказания медицинской помощи необходимо проявлять выдержку и терпение,

в полной мере учитывая их индивидуальные особенности и особенности, обусловленные характером инвалидности.

Инвалидам, как особой социальной категории граждан, государство гарантирует проведение реабилитационных мероприятий, получение технических средств и услуг, предусмотренных федеральным перечнем, утвержденным распоряжением Правительства Российской Федерации от 30.12.2005 № 2347-р (далее — Федеральный перечень) [2].

В этом документе перечислены 18 видов технических средств реабилитации, предоставляемых инвалидам в безвозмездное пользование. В частности, инвалиды по зрению имеют право на бесплатное получение таких технических средств реабилитации (ТСР), как трость опорная (белая) и тактильная, специальные средства для чтения говорящих книг, для оптической коррекции слабовидения (специальное устройство для чтения «говорящих книг» на флэш-картах), электронный ручной видеоувеличитель, электронный стационарный видеоувеличитель, лупа, лупа с подсветкой, тонометр и термометр с речевым выходом, глазной протез (пластмассовый и стеклянный), собака-проводник (для инвалидов I группы) [3].

Обеспечение инвалидов техническими средствами реабилитации осуществляется в соответствии с индивидуальной программой реабилитации (абилитации) (ИПРА) инвалида, которая формируется с учетом рекомендаций медицинской организации. При подготовке соответствующих рекомендаций врач общей практики должен учитывать, что в ИПРА могут быть внесены любые ТСР, а не только те, которые могут быть предоставлены инвалидам бесплатно [4]. Решение об обеспечении инвалидов техническими средствами реабилитации принимается при наличии медицинских показаний и отсутствии противопоказаний. Медицинские показания и противопоказания устанавливаются на основании перечня показаний и противопоказаний для обеспечения инвалидов техническими средствами реабилитации, утвержденного приказом Министерства труда и социальной защиты № 998н от 09.12.2014 [5].

Однако вспомогательные средства, предоставляемые инвалидам в соответствии с Федеральным перечнем, не всегда могут в полной мере обеспечить необходимый уровень компенсации утраченных функций и необходимый уровень активности и участия инвалида по зрению в жизни общества [6].

С августа по декабрь 2015 года специалистами СПб ГБУ «Центр реабилитации инвалидов по зрению» было проведено анкетирование инвалидов по зрению для выявления потребностей в тех или иных социальных услугах, а также

для анализа ситуации с обеспечением техническими средствами реабилитации и нуждаемостью в них. Было опрошено 210 инвалидов по зрению — 81 мужчина и 129 женщин (38,57 и 61,43 % соответственно), из них 100 человек трудоспособного возраста (47,62 %), в том числе инвалидов I группы 47 чел. (47 %), II группы — 46 чел. (46 %), III группы — 7 чел. (7 %); нетрудоспособного возраста — 110 человек (52,38 %), в том числе инвалидов I группы 39 чел. (35,45 %), II группы — 68 чел. (61,82 %), III группы — 3 чел. (2,73 %).

По данным анкетирования выявлено, что доля лиц, обеспеченных техническими средствами, предоставляемыми за счет средств федерального бюджета, достаточно высока: тактильные трости есть у 70 % опрошенных, устройства для чтения «говорящих книг» у 53,33 %, тонометры и термометры с речевым выходом у 39,52 и 36,19 % соответственно, устройства для оптической коррекции слабовидения у 38,57 %. Собаки-проводники есть у 0,95 % опрошенных, что связано со спецификой предоставления данного вида ТСР.

Основным техническим средством реабилитации по-прежнему остается тактильная трость, которая не только позволяет ориентироваться в пространстве, но и «обозначает» незрячего как члена социума, нуждающегося в дополнительной помощи и поддержке. Устройства для чтения говорящих книг дают возможность инвалиду не только читать заранее записанные издания, но и самостоятельно записывать ту или иную звуковую информацию для последующего воспроизведения (материалы лекций, собраний, совещаний, рекомендации врачей и т. д.). Тонометры и термометры с речевым выходом позволяют инвалидам по зрению контролировать состояние своего здоровья, не прибегая к помощи других лиц. Различные устройства для коррекции слабовидения дают пациентам с остаточным зрением возможность знакомиться с визуальной информацией.

Реальные потребности инвалидов по зрению в ТСР не исчерпываются Федеральным перечнем. По данным анкетирования инвалиды нуждаются в таких средствах, как глюкометр с речевым выходом (17,14 %), часы-будильник с речевым выходом (68,10 %), наручные часы-будильник с вибрационной индикацией (21,43 %), калькулятор с речевым выходом (5,71 %), мини-ноутбук/планшет для пользования инвалидом по зрению (31,43 %), мобильный телефон для пользования инвалидом по зрению (71,90 %) и программа речевого доступа (25,71 %).

Распространенность сахарного диабета среди инвалидов по зрению выше, чем в популяции, поскольку диабетическая ангиопатия сетчатки является одной из причин утраты зрительных функций. Использование глюкометра с речевым

выходом позволяет инвалиду по зрению самостоятельно контролировать уровень глюкозы и корректировать дозу препаратов инсулина. Различные виды часов дают инвалиду по зрению возможность лучше ориентироваться во времени. Необходимо отметить, что в настоящее время существует много современных сенсорных устройств (смартфон, планшет и т. д.), используемых инвалидами по зрению. Данные устройства разработаны с учетом требований «универсального дизайна», что обеспечивает возможность их использования не только обычными гражданами, но и инвалидами с различными нарушениями структур и функций. Эти устройства имеют функцию экранного доступа, встроенную в операционную систему, что позволяет пользоваться ими без контроля зрительного анализатора. Дополнительные программные приложения позволяют их использовать для распознавания номиналов купюр, определения цвета предметов, создания электронных меток, увеличивать текст и т. д.

В результате анкетирования было установлено, что такие высокотехнологичные средства реабилитации, как мобильный телефон и компьютер (ноутбук, нетбук, планшет), инвалиды по зрению вынуждены приобретать самостоятельно (22,86 и 34,29 % соответственно уже приобрели данные средства, а 31,71 и 19,41 % такого оборудования не имеют, но в нем нуждаются).

Критерием эффективности медико-социальной помощи инвалидам по зрению является повышение их социальной активности и вовлеченности в различные процессы общественной жизни [7]. Однако это зависит не только от рационального подбора технических средств реабилитации, но и от обучения инвалидов методике их использования. Так, обеспечение приборами и бумагой для письма по Брайлю утрачивает смысл без изучения одноименного рельефно-точечного шрифта. Обеспечение сенсорными мобильными устройствами (смартфон, планшет) или персональным компьютером не должно осуществляться без предварительного обучения навыкам пользования данными изделиями.

Учитывая, что использование индивидуальных вспомогательных средств обеспечивает для инвалидов по зрению условия «доступной среды», создание которой необходимо для соблюдения принятых Российской Федерацией международных обязательств по реализации Конвенции о правах инвалидов, необходимо расширение перечней предоставляемых инвалидам по зрению вспомогательных средств. В то же время требуется совершенствовать систему подбора необходимых изделий, дополняя ее не только медицинскими, но и социальными показаниями с учетом требований по повышению активности инвалидов и расширению их участия во всех сферах жизни.

Литература

1. Кибинь Е.А., Заболотская Е.В., Ломакина Ю.М., и др. Особенности социальной реабилитации инвалидов по зрению в условиях социально-реабилитационных, социально-оздоровительных и реабилитационных центров: Методическое пособие / Под ред. М.А. Севастьянова. — СПб.: Человек, 2015. — 50 с. [Kibin' EA, Zabolotskaya EV, Lomakina YM, et al. Osobennosti sotsial'noy reabilitatsii invalidov po zreniyu v usloviyakh sotsial'no-reabilitatsionnykh, sotsial'no-ozdorovitel'nykh i reabilitatsionnykh tsentrov. Ed by M.A. Sevast'yanova. Saint Petersburg: Chelovek; 2015. 50 p. (In Russ).]
2. Божков И.А., Севастьянов М.А. Технические средства реабилитации: теория и практика назначения и подбора в медицинской организации // Российский семейный врач. — 2013. — Т. 17. — № 1. — С. 23–27. [Bozhkov IA, Sevastianov MA. Assistive rehabilitation devices: theory and practice of selection and prescription in medical organizations. *Russian family doctor*. 2013;17(1):23-27. (In Russ).]
3. Распоряжение Правительства РФ от 30.12.2005 № 2347-р «О федеральном перечне реабилитационных мероприятий, технических средств реабилитации и услуг, предоставляемых инвалиду». [Rasporyazhenie Pravitel'stva RF ot 30.12.2005 No 2347-r "O federal'nom perechne reabilitatsionnykh meropriyatiy, tekhnicheskikh sredstv reabilitatsii i uslug, predostavlyaemykh invalidu". (In Russ).]
4. Федеральный закон от 24.11.1995 № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации». [Federal'nyy zakon ot 24.11.1995 № 181-FZ "O sotsial'noy zashchite invalidov v Rossiyskoy Federatsii". (In Russ).]
5. Приказ Минтруда России от 09.12.2014 № 998н «Об утверждении перечня показаний и противопоказаний для обеспечения инвалидов техническими средствами реабилитации». [Prikaz Mintruda Rossii ot 09.12.2014 No 998n "Ob utverzhdenii perechnya pokazaniy i protivopokazaniy dlya obespecheniya invalidov tekhnicheskimi sredstvami reabilitatsii". (In Russ).]
6. Божков И.А., Дикаев С.У., Максимов А.В. Севастьянов М.А. Анализ возможностей совершенствования правового регулирования действующего порядка обеспечения инвалидов техническими средствами реабилитации в связи с подписанием и ратификацией Российской Федерацией Международной конвенции о правах инвалидов // Юридическая мысль. — 2013. — № 1(75). — С. 59–64. [Bozhkov IA, Dikaev SU, Maksimov AV, Sevastyanov MA. Analysis of possibilities to improve the legal regulation of the technical means of rehabilitation of Federation to the International Convention on the rights of persons with disabilities disabled persons in connection with the signature and ratification by the Russian. *Yuridicheskaya mysl'*. 2013;1(75):59-64. (In Russ).]
7. Коробов М.В. Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья: основные положения: учебно-методическое пособие. — СПб: СПбИУВЭК, 2011. — 35 с. [Korobov MV. Mezhdunarodnaya klassifikatsiya funktsionirovaniya, ogranicheniy zhiznedeyatel'nosti i zdorov'ya: osnovnye polozheniya. Saint Petersburg: SPbIUVEK; 2011. 35 p. (In Russ).]

Информация об авторах

Игорь Александрович Божков — д-р мед. наук, профессор кафедры общей врачебной практики (семейной медицины) ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» Минздрава России, председатель правления АНОО ДПО «Центр программ и проектов в области развития здравоохранения». E-mail: first@amk-russia.ru.

Михаил Александрович Севастьянов — директор СПб ГБУ «Центр медико-социальной реабилитации инвалидов по зрению». E-mail: mike.seva1972@yandex.ru.

Ольга Сергеевна Молчанова — специалист по реабилитации инвалидов СПб ГБУ «Центр медико-социальной реабилитации инвалидов по зрению». E-mail: mikeshinoda19931@yandex.ru.

Андрей Михайлович Сарана — заместитель главного врача СПб ГБУЗ «Городская больница № 40», доцент кафедры последипломного медицинского образования медицинского факультета СПбГУ. E-mail: asarana@mail.ru.

Божков Александр Александрович — преподаватель СПб ГБПОУ «Фельдшерский колледж». E-mail: bozhkovsxxi@rambler.ru

Information about the authors

Igor A. Bozhkov — DSc, professor of the Department of General Practice (Family Medicine) of Pavlov First Saint Petersburg State Medical University, the Chairman of the Board of Center of Programmes and Projects in the health development. E-mail: first@amk-russia.ru.

Mikhail A. Sevastyanov — director of the Center of medical and social rehabilitation of visually impaired persons. E-mail: mike.seva1972@yandex.ru.

Olga S. Molchanova — specialist in rehabilitation of the Center of medical and social rehabilitation of visually impaired persons. E-mail: mikeshinoda19931@yandex.ru.

Andrey M. Sarana — deputy chief physician of the City Hospital No 40. E-mail: asarana@mail.ru.

Alexander A. Bozhkov — assistant professor of Feldsher College. E-mail: bozhkovsxxi@rambler.ru.

КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ АКТИВНОЙ ЭПШТЕЙНА — БАРР ВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ С СИНДРОМОМ МИКРОПСИИ

В.А. Неверов, Н.И. Кузнецов

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

THE CLINICAL COURSE OF CHRONIC ACTIVE EPSTEIN-BARR VIRUS INFECTION IS ASSOCIATED WITH A MICROPSIA SYNDROME

V.A. Neverov, N.I. Kuznetsov

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

© В.А. Неверов, Н.И. Кузнецов, 2016 г.

Хроническая активная Эпштейна — Барр вирусная (ЭБВ) инфекция не является редким заболеванием и может встречаться в практике семейного врача. Только полное клиническое обследование с использованием современных методов, включая лайн-блот, полимеразную цепную реакцию в реальном времени, позволяет установить правильный диагноз у пациентов с подозрением на хроническую активную ЭБВ-инфекцию.

Ключевые слова: хроническая активная ЭБВ-инфекция, микропсия.

Chronic active EBV infection is not a rare form of the disease and can occur in the practice of the family doctor. Only a complete clinical examination using modern methods, including Line Blot, polymerase chain reaction in real time, allows you to establish the correct diagnosis in patients with suspected chronic active EBV-infection.

Keywords: chronic active EBV infection, micropsia.

По данным исследований, 80–90 % населения земного шара инфицировано вирусом Эпштейна — Барр (ВЭБ). Первичная инфекция чаще возникает в детском или юношеском возрасте. Механизмами заражения являются аспирационный, перкутанный и вертикальный (от матери — плоду). После заражения ВЭБ репликация вируса в организме человека и формирование иммунного ответа могут протекать бессимптомно либо в виде острой респираторной вирусной инфекции. У некоторых пациентов, особенно в подростковом и юношеском возрасте, может развиваться картина инфекционного мононуклеоза. Вариантами исхода острого инфекционного процесса могут быть выздоровление (с латентным присутствием вирусного генома в В-лимфоцитах памяти); персистирующая форма инфекции, при которой, как правило, отсутствуют клинические симптомы заболевания, но обнаруживается по-

стоянное присутствие вируса в эпителии носоглотки и слюне; различные варианты хронической активной ЭБВ-инфекции (от хронического инфекционного мононуклеоза до генерализованной активной ЭБВ-инфекции с поражением центральной нервной системы, миокарда, почек, развитием гемофагоцитарного синдрома и др.) [1–3].

С длительным течением хронической активной ЭБВ-инфекции и, возможно, персистирующей формы этой инфекции связано развитие не только клиники вторичного иммунодефицита (в том числе синдрома хронической усталости) [4], но и лимфопролиферативных и онкологических процессов: лимфом, назофарингеальной карциномы, лейкоплакии языка и слизистых ротовой полости, рака желудка и колоректального рака; а также аутоиммунных заболеваний (системная красная волчанка, ревматоидный артрит, синдром Шегрена, васкулит) [5–7].

В последние годы пристальное внимание ученых привлекает проблема хронической активной ЭБВ-инфекции в связи с ее не только медицинской, но и социальной значимостью [1–3].

Полиморфная клиника этой формы инфекции включает симптомы, часто встречающиеся при других заболеваниях с непрерывно рецидивирующим течением, что затрудняет диагностику и определение тактики ведения больного.

Наиболее часто при хронической активной ЭБВ-инфекции наблюдаются длительный субфебрилитет, слабость и снижение работоспособности, боли в горле, лимфаденопатия, гепатоспленомегалия, печеночная дисфункция, неврологические нарушения. Среди последних встречается редкий, но яркий по субъективным ощущениям синдром Алисы в Стране чудес (Alice in Wonderland syndrome, AIWS), известный также как синдром Тодда [8–10]. При этом синдроме у больных наблюдаются микропсия или макропсия, пелопсия или телеопсия и другие расстройства визуальной перцепции.

Приводим пример клинического случая хронической активной ЭБВ-инфекции, сопровождавшийся AIWS, который был верифицирован с помощью современных иммунохимических и молекулярно-биологических методов исследования.

Больная Л., 28 лет, в октябре 2014 г. обратилась в поликлиническое отделение СПб ГБУЗ «Клиническая инфекционная больница им. С.П. Боткина» с жалобами на длительный субфебрилитет (более 2 лет), быструю утомляемость, общую и мышечную слабость, постоянное ощущение «простуженности» — боли и першение в горле, заложенность носа, а также увеличение шейных и подмышечных лимфатических узлов. В последние 3 недели больная отмечала возникновение приступов головной боли, сопровождающейся зрительно уменьшением размера окружающих ее предметов. При этом возникали затруднения при ходьбе: пол (или тротуар) как бы «плавился под ногами», то есть имело место нарушение дистанционного восприятия (пелопсия/телеопсия). Из анамнеза известно, что 10 лет назад перенесла инфекционный мононуклеоз, когда в начале болезни также наблюдался кратковременный период микропсии. Началу данного заболевания предшествовал длительный дистресс. Обследование у окулиста, проведенное незадолго до обращения в поликлиническое отделение КИБ им. С.П. Боткина, патологии органов зрения не выявило. Черепно-мозговых травм, психических заболеваний, заболеваний нервной системы, мигрени у больной не наблюдалось.

При объективном исследовании выявлены хронический ринофаринготонзиллит с гиперемией и выраженной зернистостью мягкого неба

и грубой зернистостью слизистой ротоглотки вследствие гиперплазии лимфоидных фолликулов, двусторонняя шейная (в том числе позадикивательных мышц) и аксиллярная лимфаденопатия среднего типа (диаметр лимфатических узлов в пределах 1–2 см), умеренная гепатоспленомегалия. Температура тела в момент обследования — 37,6 °С. Клинический анализ крови: лейкоциты — $6,5 \times 10^9/\text{л}$, эритроциты — $4,2 \times 10^{12}/\text{л}$, Hb — 121 г/л, тромбоциты — $255 \times 10^9/\text{л}$; палочкоядерные — 1 %, сегментоядерные — 46 %, моноциты — 4 %, лимфоциты — 45 %; СОЭ — 2 мм/ч. В биохимическом анализе крови, выполненном за 1 неделю до обращения, отмечалось умеренное повышение активности аланинаминотрансферазы и аспаратаминотрансферазы до 114 и 65 Ед/л соответственно, активности гамма-глутамилтранспептидазы — до 50 Ед/л и щелочной фосфатазы до 120 Ед/л, нормальное содержание общего билирубина — 14,6 мкмоль/л. Результаты исследования на маркеры вирусных гепатитов (IgM anti-HAV, HBsAg, anti-HBc-total, anti-HCV) были отрицательны.

Все данные позволяли исключить хронические гепатиты В и С и предположить наличие у больной хронической активной ЭБВ-инфекции. Менее вероятным являлось предположение о реактивации других герпесвирусных инфекций: цитомегаловируса, вирусов герпеса человека 6-го или 7-го типа. Клинический анализ крови не свидетельствовал и в пользу генерализованной бактериальной инфекции.

Лабораторное дообследование методом полимеразной цепной реакции (ПЦР) в реальном времени (RT-PCR-EBV — real-time polymerase chain reaction Epstein-Barr Virus) выявило в анализе крови 600 копий ДНК/ 10^5 клеток крови, в анализе слюны — 10^6 копий ДНК/мл слюны; в анализе крови в лайн-блоте на ЭБВ — ранний антиген D (EA-D) (+++), вирусные капсидные антигены VCAg_{p125} — (+++), VCA_{p19} — (++), VCA_{p22} — (+), нуклеарный (ядерный) антиген EBNA-1 — (++).

Таким образом, был установлен клинический диагноз: хроническая активная ЭБВ-инфекция, протекающая в форме хронического ринофаринготонзиллита с длительным субфебрилитетом, шейной и аксиллярной лимфаденопатией, гепатоспленомегалией и синдромом микропсии (и пелопсии/телеопсии), то есть AIWS.

Назначенная терапия включала фамцикло-вир 1500 мг/сут и инозин пранобекс 3000 мг/сут внутрь в течение 30 дней, а также интерферон альфа-2b человеческий рекомбинантный подкожно по 2,0 млн МЕ через день в течение 2,5 мес. На фоне терапии был купирован синдром микропсии, нормализовались температура тела и размеры печени и селезенки, лик-

видированы признаки ринофаринготонзиллита и лимфаденопатии, нормализовались биохимические показатели. Исследование методом ПЦР в реальном времени не выявило присутствия генома вируса в крови, а в слюне было выявлено незначительное присутствие вируса на уровне порога определения — 400 копий ДНК/мл слюны.

Таким образом, хроническая активная ЭБВ-инфекция, которой больная страдала более двух последних лет, с помощью противовирусной терапии была переведена в форму латентной ЭБВ-инфекции. Обследование пациентки через 3 мес., 6 мес. и 1 год после окончания лечения подтвердило наличие латентной формы инфекции.

Заключение

Стабильно высокие показатели инфицированности населения ВЭБ и нередкое развитие хронической активной ЭБВ-инфекции позволяют предположить, что эта сложная в диагностике и лечении форма инфекции может встречаться в практике семейного врача. Приведенный клинический пример демонстрирует необходимость применения современных методов обследования, включая лайн-блот и ПЦР-диагностику. Это дает возможность при подозрении на хроническую активную ЭБВ-инфекцию вовремя ее верифицировать и избежать тяжелых последствий, которые могут возникать при отсутствии своевременного лечения.

Литература

1. Малашенкова И.К., Дидковский Н.А., Сарсания Ж.Ш., и др. Клинические формы хронической Эпштейна — Барр вирусной инфекции: вопросы диагностики и лечения // Лечащий врач. — 2003. — № 9. — С. 32–38. [Malashenkova IK, Didkovskii NA, Sarsania GSH, et al. Klinicheskie formi hronicheskoi Epstein-Barr virusnoy infektsii: voprosi diagnostiki i lecheniya. *The Practitioner*. 2003;(9):32-38. (In Russ).]
2. Cohen JI, Jaffe ES, Dale JK, et al. Characterization and treatment of chronic active Epstein-Barr virus disease: a 28-year experience in the United States (PDF). *Blood*. 2011;117(22):5835-5849. doi:10.1182/blood-2010-11-316745.
3. Sonke GS, Ludwig I, van Oosten H, et al. Poor outcomes of chronic active Epstein-Barr virus infection and hemophagocytic lymphohistiocytosis in non-Japanese adult patients. *Clin Infect Dis*. 2008;47(1):105-108.
4. Katz BZ, Shiraishi Y, Mears CJ, et al. Chronic fatigue syndrome after infectious mononucleosis in adolescents. *Pediatrics*. 2009; Jul124(1):189-193.
5. Cohen JI, Kimura H, Nakamura S, Ko Y-H, Jaffe ES. Epstein-Barr virus-associated lymphoproliferative disease in non-immunocompromised hosts: a status report and summary of an international meeting, 8–9 September 2008. *Ann Oncol*. 2009 September; 20(9):1472-1482. doi: 10.1093/annonc/mdp064.
6. De-Thé G. Nasopharyngeal Carcinoma. *Viral Infections of Humans: Epidemiology and Control*. New York: Plenum; 1997. P. 935-967. doi: 10.1007/978-1-4899-0036-4_31.
7. Park S, Ko YH. Epstein-Barr virus-associated T/natural killer-cell lymphoproliferative disorders. *J Dermatol*. 2014 Jan;41(1):29-39. doi: 10.1111/1346-8138.12322.
8. Todd J. The syndrome of Alice in Wonderland. *Canadian Medical Association Journal*. 1955;73(9):701-704.
9. Cinbis M, Aysun S. Alice in Wonderland syndrome as an initial manifestation of Epstein-Barr virus infection. *Br J Ophthalmol*. 1992;76(5):316. doi:10.1136/bjo.76.5.316. doi: 10.1136/bjo.76.5.316.
10. Lahat E, Berkovitch B. Abnormal visual evoked potentials in children with “Alice in Wonderland” syndrome due to infectious mononucleosis. *Journal of Child Neurology*. 1999;14(11):732–735. doi:10.1177/088307389901401109.

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.

Николай Ильич Кузнецов — д-р мед. наук, профессор кафедры инфекционных болезней ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России. E-mail: meri-kuz@mail.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.

Nikolay I. Kuznetsov — DSc, professor of the Department of Infection Diseases of North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov. E-mail: meri-kuz@mail.ru.

ПРОГРАММА ПО ОБМЕНУ МЕДИЦИНСКИХ СТУДЕНТОВ И СОТРУДНИЧЕСТВО С МЕДИЦИНСКИМ УНИВЕРСИТЕТОМ «ПРОФЕССОР ДОКТОР ПАРАСКЕВ СТОЯНОВ (ВАРНА)»

Г.В. Киселева, Ф. Ислам

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

MEDICAL STUDENT EXCHANGE PROGRAM AND COOPERATION WITH MEDICAL UNIVERSITY – VARNA “PROF. DR. PARASKEV STOYANOV”

G.V. Kiseleva, F. Islam

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

© Г.В.Киселева, Ф. Ислам, 2016 г.

Статья содержит описание медицинского университета «Профессор доктор Параскев Стоянов» (Варна, Болгария), информацию о результатах стажировки студентов пятого курса данного университета на базе центра и кафедры семейной медицины Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова.

Ключевые слова: стажировка иностранных студентов, медицинское образование, обмен опытом.

Article contains description of Medical University - Varna “Prof. Dr. Paraskev Stoyanov“, and information regarding training of fifth-year students of this university at Centre and Department of Family Medicine of North Western State Medical University named after I.I.Mechnikov

Keywords: training of foreign students, medical education, exchange of experience.

Северо-Западный государственный медицинский университет (СЗГМУ) им. И.И. Мечникова активно участвует в программах академической мобильности, которые включают обмен группами студентов из разных стран. На протяжении многих лет мы плодотворно сотрудничаем с ведущими высшими учебными заведениями многих стран. 2016 год не стал исключением. В рамках программы обмена студентами медицинских вузов кафедрой семейной медицины была организована стажировка на базе центра семейной медицины СЗГМУ И.И. Мечникова для студентов пятого курса медицинского университета «Профессор доктор Параскев Стоянов» (Варна, Болгария).

Кафедра семейной медицины имеет большой опыт международного сотрудничества с университетами США, Великобритании, Бельгии, Израиля, Финляндии, Норвегии. Так как в последние годы одним из направлений образовательной деятельности кафедры стала подготовка студентов 6-го курса лечебного факультета, участие в программах обмена студентами для нас стало одним из важных разделов международной работы. Со-

трудничество с европейскими университетами способствует реализации принципов, которые описаны в Болонской декларации, провозглашающей важность создания единого интеллектуального и культурного потенциала в Европе [1]. Сотрудники кафедры имеют богатый опыт в подготовке программ по обмену студентами, разработке индивидуальных планов их обучения и оценке знаний иностранных студентов. Программа стажировки планируется заранее. Совместно с руководством университетов обсуждаются детали научных проектов, определяется, какие задачи предстоит решить в ходе их реализации. Сотрудничество университетов разных стран дает студентам прекрасную возможность расширить границы своих научных изысканий и почерпнуть уникальный опыт общения с зарубежными коллегами и пациентами [2]. Немаловажная роль отводится знакомству с российской культурой, достопримечательностями Санкт-Петербурга, что позволяет иностранным студентам лучше узнать нашу страну и оценить ее вклад в культуру мирового сообщества. Преподаватели обеспечивают не только комфортное

и безопасное пребывание для стажеров в рамках проекта, но и возможность посетить театральные премьеры, выставки в музеях, концерты звезд оперной сцены и балета.

Знакомство с болгарскими студентами позволило в свою очередь ближе познакомиться с системой высшего образования этой страны. В Болгарии существуют как государственные вузы, так и коммерческие учебные заведения. В некоторых вузах существует возможность одновременного получения двух дипломов, осуществляемая благодаря партнерской программе среди высших учебных заведений страны и отдельных университетов Евросоюза.

Медицинский университет «Профессор доктор Параскев Стоянов» (Варна, Болгария) является основным учебным, научным и лечебным центром не только в Северо-Восточной Болгарии, но и в Черноморском регионе. Основные задачи университета: обеспечение на мировом уровне высшего образования, дополнительного профессионального образования, а также признание учреждения на международном уровне в области научных исследований и подготовки кадров для системы здравоохранения.

Руководство университета заботится об обеспечении, поддержке и улучшении качества деятельности по трем основным направлениям своей работы — образовательной, исследовательской и управленческой. На базе университета создана Центральная комиссия управления качеством. Ее основной задачей является мониторинг, координирование и помощь деятельности университета, направленной на управление качеством.

Обучение в медицинском университете длится 6 лет. В программу обучения студентов входят лекции, занятия в лабораторных классах, практические занятия, которые включают совместные с преподавателями консультации пациентов, а также участие в процессе оказания медицинской помощи на разных этапах.

Преподавательский состав университета стимулирует будущих врачей к индивидуальной практике в соответствии с их интересами и профессиональными планами на будущее. Возможность участия студентов в программах стажировок за рубежом, в частности в России, способствует расширению их кругозора и позволяет познакомиться с особенностями национальных систем здравоохранения [3].

Основной целью данной стажировки студентов из Болгарии было ознакомление с работой врача общей практики и освоение практических навыков в амбулаторных условиях на базе Центра семейной медицины СЗГМУ им. И.И. Мечникова.

История центра семейной медицины Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова (создан в 2011 г.

путем объединения Санкт-Петербургской медицинской академии последиplomного образования и Санкт-Петербургской государственной медицинской академии им. И.И. Мечникова) началась в 1995 г., когда СПбМАПО был получен грант совместно с университетом штата Айовы (США) от Американского агентства по развитию и обмену, что позволило оснастить Центр в соответствии с международными стандартами, а также подготовить семейных врачей на базе одного из лучших американских университетов. Руководством академии было принято решение о создании новой кафедры семейной медицины, коллектив которой по сей день работает в тесном контакте с Центром семейной медицины. Результатом этого плодотворного сотрудничества стали более 300 врачей, прошедших подготовку в клинической ординатуре по семейной медицине, и тысячи специалистов, которые были подготовлены с момента основания кафедры на различных циклах общего и тематического усовершенствования [4].

Врачи общей практики способны оказывать на амбулаторном уровне всеобъемлющую медицинскую помощь и решать до 80 % проблем, с которыми к ним обратился пациент. Врач данной специальности не просто лечит пациентов, но и вникает в их психологические проблемы, несет ответственность за проводимые лечебные и профилактические мероприятия. Именно профилактика играет решающую роль в предотвращении развития серьезных хронических неинфекционных заболеваний. Наблюдая старших членов семьи, врач имеет возможность предотвратить или снизить риск развития заболевания у подрастающего поколения.

Обучение студентов медицинского университета «Профессор доктор Параскев Стоянов» в центре семейной медицины под руководством врачей общей практики включало следующие виды деятельности:

- ознакомление с российской системой здравоохранения, особенностями этики и деонтологии;
- отработку практических навыков физического обследования пациентов, в том числе с неврологическими, респираторными заболеваниями, патологией сердечно-сосудистой, эндокринной, желудочно-кишечными, офтальмологическими и ЛОР-заболеваниями;
- выполнение ряда лабораторных исследований в амбулаторной практике, таких как экспресс-анализ мочи, электрокардиография, тест на беременность, измерение остроты зрения, внутриглазного давления, в том числе бесконтактным методом, исследование функции внешнего дыхания методом спирометрии, ознакомление с проведением УЗИ-диагностики;



На фото — студенты из Болгарии с врачом Центра семейной медицины СЗГМУ им. И.И. Мечникова Г.В. Киселевой и ординатором кафедры семейной медицины СЗГМУ им. И.И. Мечникова Ф. Исламом

- участие в плановых обучающих занятиях с преподавателем и отработку практических навыков на манекенах;

- наблюдение и участие в таких процедурах, как удаление шовного материала, обработка и перевязка послеоперационных ран, забор гинекологических мазков на флору и цитологию.

Во время стажировки в центре семейной медицины студенты из Болгарии познакомились со всеми звеньями работы команды врача общей практики, а также с работой службы неотложной медицинской помощи и социальными службами помощи гражданам. По окончании обучения было проведено финальное собеседование, по результатам которого выявлено успешное освоение всех разделов заявленной программы стажировки, а также получение прочных теоретических знаний и практических навыков в области общей врачебной практики.

Заключение

На кафедре семейной медицины СЗГМУ им. И.И. Мечникова имеется уникальная возможность стажировки и обучения как практикующих врачей, так и студентов из отечественных и зарубежных вузов, так как кафедра располагает собственной амбулаторной

клинической базой — центром семейной медицины, который оснащен всем необходимым оборудованием и расположен в том же здании. Для теоретических занятий есть оборудованные классы, а также набор манекенов и фантомов для отработки практических навыков. Работа совместно с врачами общей практики на амбулаторном приеме пациентов дает возможность практического применения полученных знаний. Врачи нашего центра свободно владеют английским языком, что значительно облегчает процесс обучения. Традиционно российская школа подготовки врачей ориентирована на изучение этиологии, патогенеза, клиники и лечения широкого круга заболеваний [5]. Преподаватели кафедры расширили границы образовательных программ, включив в них основы психологии общения, научно доказательную профилактику хронических неинфекционных заболеваний, овладение навыками спирометрии, вопросы паллиативной медицины, практической гериатрии, включая комплексную гериатрическую оценку. Все это способствует повышению интереса к подготовке кадров не только для первичного звена здравоохранения, но и для широкого круга врачей других специальностей.

Литература

1. The Bologna Declaration of 19 June 1999. http://www.ehea.info/Uploads/Declarations/BOLOGNA_DECLARATION1.pdf (последнее посещение сайта 10.09.2016).
2. Уильхемсен У., Марштейнтредет А., Букия Е. Особенности медицинского обучения в Норвегии // Российский семейный врач. — 2015. — Т. 19. — № 4. — С. 24–26. [Wilhelmsen U, Marsteintredet A, Bu-kiya E. Features of medical education in Norway. *Russian Family Doctor*. 2015;19(4):24-26. (In Russ).]
3. Medical University of Varna. <http://mu-varna.bg/EN>. (последнее посещение сайта 04.09.2016).
4. Кузнецова О.Ю., Зеленуха Д.Н. Как сделать подготовку студентов медицинских вузов более эффективной. Впечатления о поездке в университет Айовы (США) // Российский семейный врач. —

2013. — Т. 17. — № 2. — С. 48–52. [Kuznetsova OY, Zelenukha DN. How to make the training of students of medical colleges more effective. impressions about the visit to the university of iowa (USA). *Russian Family Doctor*. 2013;17(2):48-52. (In Russ).]

5. Шабров А.В., Доценко М.С. Стартовая подготовка будущих врачей общей практики на додипломном уровне как возможный путь улучшения качества последипломного обучения // Российский семейный врач. — 2009. — Т. 13. — № 4. — С. 8–10. [Shabrov AV, Dotsenko MS. Startovaya podgotovka budushchikh vrachey obshchey praktiki na dodiplomnom urovne kak vozmozhnyy put' uluchsheniya kachestva poslediplomnogo obucheniya. *Russian Family Doctor*. 2009;13(4):8-10. (In Russ).]

Информация об авторах

Галина Валерьевна Киселева — врач общей практики Центра семейной медицины ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова» Минздрава России. E-mail: Galina.Kiseleva@szgmu.ru.

Фахимул Ислам — ординатор кафедры семейной медицины ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова» Минздрава России. E-mail: drfahim74@gmail.com.

Information about the authors

Galina V. Kiseleva — general practitioner of the Center of Family Medicine of North-Western State Medical University named after Mechnikov. E-mail: Galina.Kiseleva@szgmu.ru.

Fahimul Islam — resident of the Department of Family Medicine of North-Western State Medical University named after Mechnikov. E-mail: drfahim74@gmail.com.

Для заметок
