

ВЛИЯНИЕ КРАТКОСРОЧНОГО ОБУЧЕНИЯ СЕМЕЙНЫХ ВРАЧЕЙ НА ВЕДЕНИЕ ОСТРЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ НА СЕЛЬСКОМ УРОВНЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КЫРГЫЗСТАНА

К.Н. Джумабаева – аспирант,
К.Д. Абдуллин – канд. мед. наук, доцент,
Н.Н. Бримкулов – профессор

In our study effect of intervention on management of acute upper airway respiratory infections (AURI) by family doctors was assessed. Intervention was short-term training on PAL strategy. Training of family doctors was effective and led to improvement and optimization of management of AURI.

Острые респираторные заболевания (ОРЗ), составляя большую часть болезней органов дыхания, характеризуются значительной распространенностью и наносят немалый экономический ущерб, увеличивая расходы на медико-санитарную помощь и обуславливая снижение производительности труда [8]. Ежегодно как в развитых, так и развивающихся странах у детей в сельской местности отмечается по пять–восемь случаев ОРЗ [3]. При этом врачи первичного уровня часто назначают большое количество ненужных лабораторных и инструментальных исследований и лекарственных средств, особенно антибиотиков [4–7, 9, 10]. Это происходит, несмотря на существующие в настоящее время различные международные рекомендации по ведению больных ОРЗ, особенно вирусной этиологии, предусматривающие минимальный перечень обследований и лечения [2, 6, 9].

В Кыргызстане на основе стратегии ВОЗ PAL (Practical Approach to Lung Health) разработано и внедрено клиническое руководство для стандартизации и улучшения качества ведения болезней органов дыхания (БОД) на первичном уровне здравоохранения. ОРЗ входит в число пяти наиболее актуальных и рас-

пространенных БОД, рассматриваемых в данном клиническом руководстве [1, 9].

Целью данного исследования была оценка влияния краткосрочного обучения врачей пилотных центров семейной медицины (ЦСМ) сельского здравоохранения стратегии PAL на диагностику и фармакотерапию острых респираторных заболеваний верхних дыхательных путей (ОРЗ ВДП), а также на стоимость выписанных лекарственных средств (ЛС).

Материалы и методы. Методом случайной выборки были выбраны 38 семейных врачей Джалал-Абадской области (Токтогульский район), которые представляли группу вмешательства, и 34 врача из Ошской области (Кара-Суйский район), которые вошли в контрольную группу. Обе области относятся к регионам с одинаковым уровнем экономического и социального развития.

В течение пяти дней регистрировали пациентов старше пяти лет с респираторными симптомами, обратившихся за медицинской помощью в ЦСМ. Все данные, включая назначения, направления, госпитализацию и т.д., заносили в регистрационные карты. Из всех обратившихся с респираторными заболеваниями были выделены пациенты с ОРЗ ВДП. Паци-

ентов с диагнозами предположительно бактериальной этиологии (стрептококковый тонзиллит и т.д.) исключили из исследования.

После сбора исходной информации врачей ЦСМ из группы вмешательства в течение пяти дней обучали ведению пациентов с БОД по стратегии ВОЗ PAL. Врачи слушали лекций по основным БОД, участвовали в практических занятиях и семинарах. Кроме того, им был выдан комплект минимально необходимого оборудования и “Руководство по ведению больных БОД” Кыргызско-Финской программы по легочному здоровью.

Через месяц информацию о ведении пациентов с БОД собрали повторно. ЦСМ Кара-Суйского района Ошской области ограничили от всех видов вмешательств, касающихся БОД.

Через два года с момента начала исследования в ЦСМ двух областей, участвующих в исследовании, провели сбор данных о ведении больных БОД, чтобы определить уровень качества знаний врачей и сохранение эффекта вмешательства.

Статистический анализ проводился с помощью программы Statistica 6. Данные приведены в виде процентного соотношения от общего числа пациентов в группе или в виде средней величины с 95%-ным доверительным интервалом (ДИ). Для сравнения категориальных данных использовали непараметрический тест 2Х2. Статистически значимыми считались различия при $p < 0,05$. Чтобы определить влияние вмешательства на показатели ведения пациентов, использовали логистическую регрессию (данные представлены в виде отношения шансов (ОШ) с 95%-м доверительным интервалом).

Результаты. Из общего количества пациентов (1172 человек), обратившихся к врачам

до их обучения, у 35,7% наблюдались типичные респираторные симптомы. Через месяц после обучения врачей респираторные симптомы отмечались у 31% из обратившихся, через два года – у 36,2%.

В группе контроля было 37,2% пациентов, обратившихся по поводу респираторных заболеваний. Среди обратившихся исходно пациентов с БОД у 60,1% отмечались симптомы ОРЗ ВДП. Через месяц после обучения врачей их число составило 53,8%, через два года – 59,6%; в группе контроля – 44,1%.

Средний возраст обратившихся с ОРЗ ВДП составил 23,1 года (95% ДИ 22,0;24,1). Более 50% пациентов с ОРЗ ВДП составили дети от пяти до 15 лет. Обратившимся по поводу ОРЗ наиболее часто ставили диагноз ОРВИ, включая грипп (в среднем 61,5% случаев). Следующими по числу случаев были фарингиты (в среднем 15%) и тонзиллиты (в среднем 10%), синуситы (5,6%), ларингиты (4,1%), трахеиты (3,8%).

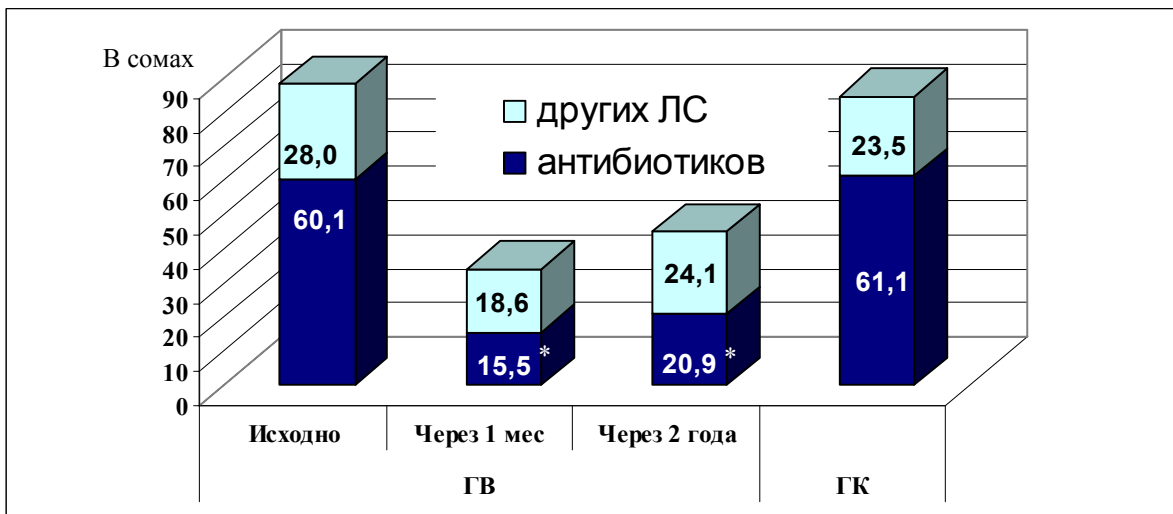
Как видно из таблицы, обучение врачей способствовало снижению направлений на общий анализ крови и на рентген-исследование органов грудной клетки (ОГК) (ОШ 0,10, 95%ДИ 0,22-4,30). Через два года количество направлений на общий анализ крови снизилось почти в 2,5 раза (ОШ 0,39; 95%ДИ 0,35-1,54), на рентген-исследование ОГК не было ни одного направления. Показатели в контрольной группе соответствовали таковым в исходном исследовании в группе вмешательства.

Во всех группах в среднем 95,6% пациентов получали назначения лекарственных средств (92–98,7%). Антибиотики в исходном исследо-

Влияние обучения врачей на диагностику пациентов с ОРЗ ВДП на первичном уровне здравоохранения, в %

	Группа вмешательства			Группа контроля
	Исходно	Через 1 мес.	Через 2 года	
Направления	22,7	11,3*	8,6*	26,8
Консультации узких специалистов	6,75	1,69*	1,97*	5,68
Рентген-исследование ОГК	5,16	0,56*	0,00*	3,14
Общий анализ крови	13,9	7,9*	5,9*	18,5

Примечание: * – различия статистически значимы по сравнению с исходными показателями.



Влияние вмешательства на стоимость ЛС (в сомах), выписанных больным с ОРЗ ВДП на первичном уровне здравоохранения.

Примечание: * – различия статистически значимы в сравнение с исходными показателями; ГВ – группа вмешательства; ГК – группа контроля.

вании были выписаны 48% больных, причем 22 пациента получали по два антибиотика. После обучения процент выписанных антибиотиков значительно снизился (до 16,9%), незначительно увеличившись через два года (21,7%).

Врачи из контрольной группы выписывали антибиотики 54% пациентов, пятеро больных получали комбинированное лечение антибиотиками. Анализ назначений выявил, что после обучения назначение ампициллина снизилось почти в три раза (ОШ 0,02, 95% ДИ 1,99–5,98), изменений в назначении амоксициллина не было. Котримаксазол, назначавшийся в исходном исследовании очень часто (15,5%) перестали назначать вообще. Из симптоматических лекарственных средств (ЛС) наиболее часто назначали антипиретики с незначительными вариациями в исследованиях (в среднем 78,7%). Назначение витаминов (4% – исходно; 0,7% – через два года; в группе контроля – 6% пациентов) и муколитиков/отхаркивающих ЛС значительно уменьшилось (с 41% до 21,5% через месяц и до 31% – через два года). После обучения отмечено увеличение назначения ЛС местного действия (22,6% – исходно, 49,2% – через месяц и 47,4% – через два года; в ГК – 27%).

Как показано на рисунке, лекарственные препараты для лечения одного больного с ОРЗ ВДП исходно обошлись в 88,1 сомов (95% ДИ 76,3–99,8). После обучения затраты на антибиотики значительно снизились ($p < 0,001$), что повлекло за собой снижение в 2,58 раза общей стоимости лекарственных средств через месяц. Через года общая стоимость немного возросла, но оказалось ниже исходной почти в два раза. Стоимость лекарственных средств в группе контроля была аналогичной таковой в исходном исследовании в группе вмешательства.

Как и предполагалось, основную часть пациентов с респираторными симптомами составили больные ОРЗ. До обучения ведение пациентов на первичном уровне регионально-го здравоохранения как на этапе диагностики, так и лечения, было не вполне адекватным. Излишнее назначение ненужных рутинных и лабораторных методов обследования, таких, как общий анализ крови, рентгенологическое исследование органов грудной клетки влечет за собой необоснованную потерю времени и врача и лабораторий. После вмешательства значительно снизилось число направлений на рутинные исследования (ОАК, рентген-исследование ОГК) и консультацию узких специа-

листов, что привело к значительной экономии и снижению нагрузки на лабораторию.

Поскольку большинство инфекционных заболеваний верхних дыхательных путей имеют вирусную природу, потенциальный благоприятный эффект от назначения антибиотиков представляется весьма небольшим [3]. Как и предполагалось, семейные врачи при выборе лекарственных препаратов до начала обучения не руководствовались современной медицинской информацией, что негативно сказывалось на затратах, в первую очередь на лекарственные средства, и не задумывались о возможности увеличения резистентности микроорганизмов к антибиотикам. Через месяц после обучения назначение антибиотиков значительно уменьшилось, но по истечении двух лет несколько повысилось, что свидетельствует о необходимости постоянного подкрепления знаний [8].

В данном исследовании показана эффективность обучения семейных врачей. У врачей, прошедших обучение, уменьшается количество необоснованных методов исследования (ОАК, рентген-исследование ОГ), снижается количество назначений антибиотиков и других непоказанных препаратов. Однако через два года знания и навыки врачей из группы вмешательства ослабевали, что говорит о необходимости повторения обучения.

Литература

1. *Бримкулов Н.Н.* Пульмонология в Кыргызстане: проблемы и перспективы. // Вестник Ассоциации пульмологов Центральной Азии. – 2005. – № 8. – С. 8–17.
2. Грипп // Информационный бюллетень ВОЗ. – №211. <http://www.who.int/entity/mediacentre/factsheets/ru> (10.03.2003).
3. *Таточенко В.К.* Лечение острых респираторных заболеваний у детей // Лечащий врач. – 2005. – № 7. – С. 50–55.
4. *Arroll B, Kenealy T.* Antibiotics for the common cold and acute purulent rhinitis // The Cochrane Library. – 2005. – Issue 2.
5. *Douglas R.M., Chalker E.B., Treacy B.* Vitamin C for preventing and treating the common cold // The Cochrane Library. – 2005. – Issue 2.
6. *Fahey T., Stocks N., Thomas T.* Systematic review of the treatment of upper respiratory tract infection // Arch Dis Child. – 1998. – № 79. – P. 225–230.
7. *Fisher T., Fisher S., Kochen M. Michael and Hummers-Pradier E.* Influence of patient symptoms and physical findings on general practitioners' treatment of respiratory tract infections: a direct observation study // BMC Family Practice. – 2005. – № 1. – P. 6.
8. Integrated management of the sick child // Bulletin of the World Health Organization. – 1995. – V. 73(6). – P. 40–735.
9. *Knoja T.A., Al-Mohammad K.K., Aziz K.M.S.* Setting the scene for an ARI control programme: Is it worthwhile in Saudi Arabia // Eastern Mediterranean Health Journal. – 1999. – V. 5(1). – P. 111–117.
10. *Lam T.P., Lam K.F.* Management of upper respiratory tract infection by family doctors // Int. J. Clin Pract. – 2001. – Jul-Aug. – V. 55(6). – P. 60–358.