

**Медико-экономическая эффективность ведения больных  
бронхиальной астмой на амбулаторном этапе  
с использованием клинического протокола.**

*Бровченко В.И., Галкин Р.А., Осипов Ю.А., Федосеева Л.С*

Самарский Государственный Медицинский Университет

Управление Здравоохранения Администрации г.Самары

Муниципальное Медицинское Учреждение Городская поликлиника №15

Партнерство: Самара/Ставрополь – Айова

Несмотря на очевидные достижения в пульмонологии за последние два десятилетия, бронхиальная астма (БА) по-прежнему остается одним из самых распространенных, тяжелых и прогностически неблагоприятных заболеваний. Эпидемиологические исследования, проведенные в Западной Европе в 90-е годы, свидетельствуют, что в общей популяции бронхиальная астма встречается более чем в 5% (Anderson H.R. et al., 1994).

В России страдающих бронхиальной астмой более 7 млн. человек и, похоже, наблюдается отчетливый рост заболеваемости (Чучалин А.Г., 1994, 1999, 2000; Федосеев Г.Б., 1996, 1998, Кузнецов С.И. с соавт., 1997).

Анализ экологической обстановки в районе обслуживания поликлиники (Зайцева С.А., 1999) показывает, что уровень загрязнённости окружающей среды высок. Эпидемиологические исследования, проведенные в Самаре и Самарской области (Кузнецов С.И. с соавт., 1997., Павлов В.В, 1999) показали, что до 4,5% населения страдает бронхиальной астмой. В то же время её диагностика в общелечебной сети продолжает оставаться на низком уровне из-за недостаточной организации пульмонологической помощи. У трех из пяти пациентов бронхиальная астма диагностируется на поздних стадиях заболевания.

Сложившаяся ситуация явилась основанием для открытия в 1996 году на базе ГП № 15 пульмонологического кабинета с целью внедрения в работу формулярной системы по стратегии и тактике лечения больных бронхиальной астмой (А.Г. Чучалин, 1994,1998), каждый раздел которой основан на применении принципов доказательной медицины.

Процесс внедрения в практику потребовал определенных управленческих решений: создания новых структурных подразделений, анализа текущей ситуации и прогнозирования с использованием метода компьютерного математического моделирования, внедрения технологических стандартов и создания формуляра, координации взаимодействия между различными структурами, мотивации сотрудников для решения поставленных задач, контроля всех этапов оказания медицинской помощи.

Проведение реэкспертизы диагнозов больных с различной бронхо-легочной патологией, использование скрининг методов среди отдельных групп населения (подростки, женщины фертильного возраста, беременные), особенно имеющих факторы риска, анализ счетов за вызовы скорой помощи и госпитализацию с целью выявления больных страдающих бронхиальной астмой, но до этого момента не обращавшихся в поликлинику, улучшило диагностику БА. За период с 1996 года по 2001 год количество наблюдаемых больных выросло со 196(0,34%) до 1002(1,7%) человек. Кардинально изменилось распределение больных по степеням тяжести. Так,

если в 1996 году больные с легкой формой астмы составляли 2%, со средней степенью тяжести—47% и тяжелой—51%, то в 1999 году эти цифры составили: 46%, 42% и 12% соответственно.

Особое внимание в работе было уделено внедрению международных рекомендаций по лечению данной патологии. Неоспоримым фактом является то, что адекватная базисная противовоспалительная терапия способствует контролю над состоянием больного.

В 1995 году тактика медикаментозного лечения больных бронхиальной астмой сводилась к назначению В<sub>2</sub>-агонистов, ксантиновых производных и системных кортикостероидов. Контроль над симптомами достигался только у 12% больных, уровень госпитализации составлял 29,0%.

В настоящее время из 1002 пациентов, наблюдающихся в поликлинике, 48,2% получают ингаляционные кортикостероиды; 6,1% - системные кортикостероиды; 41,7% - препараты кромогликата и недокромила натрия (больные с легким течением заболевания). Около 4,5% эпизодически используют В<sub>2</sub>-агонисты короткого действия (пациенты с интермиттирующей формой болезни). Это позволяет контролировать состояние у 90% больных, а уровень госпитализации снизился до 3,4%.

Результатом постоянного фармако-экономического анализа является внедрение в практику менее дорогостоящих, но не уступающих по качеству оказания медицинской помощи и позволяющих контролировать течение заболевания препаратов. Так, если в 1998 году в 78,8% случаев для проведения базисной терапии использовался бекламетазон, то в 2001 его доля составила только 29,9%. Однако, значительно выросло число больных, получающих препараты будесонида – 54,2%(204 человека), в основном за счет использования отечественного препарата бенакорт. Курсовая стоимость использования данного препарата значительно ниже, чем у импортных аналогов, но, тем не менее, наметившаяся тенденция к снижению количества вызовов «Скорой помощи» и госпитализаций в 1997 году, сохраняется и в 1998, и в 1999, и в 2001 годах.

За указанный период число вызовов «Скорой помощи» уменьшилось с 820 до 170 в год, а количество госпитализаций сократилось до 38 вместо 139 в 1996 году, что составляет 3,4%.

Финансовые затраты на вызовы «Скорой помощи» в 2001г., по сравнению с 1996г., сократились в 4,9 раза, а на госпитализацию – в 5,8 раза.

Произошло перераспределение финансовых средств с уровня оказания неотложной помощи и госпитализации на амбулаторно-поликлинический этап и на приобретение лекарственных средств. В 1996 году в структуре «прямых расходов» - госпитализация и вызовы скорой помощи составляли 41%, амбулаторно-поликлиническая помощь – 29,0%, лекарственное обеспечение - 30%. В 2001 году затраты на госпитализацию и неотложную помощь сократились до 3,2%, на амбулаторную помощь и медикаментозное обеспечение возросли соответственно до 32,9% и 63,9%. Это позволило значительно увеличить объём оказания поликлинической помощи. Сегодня все 1002 человека, находящиеся под наблюдением в поликлинике, получают бесплатные медикаменты. Широко используется небулайзерная терапия, как для купирования приступа, так и для планового лечения больных с тяжелым течением бронхиальной астмы. С целью коррекции дыхательной недостаточности назначается курсовая и длительная кислородотерапия с использованием концентраторов кислорода типа «Зефир», проводится спелеоклиматическое лечение, гирудотерапия, ЛФК.

Одним из новых подходов к ведению больных БА является их обучение в «Астма-школе», которая была открыта в поликлинике в 1996 году. Цель обучения: обеспечение пациентов информацией о заболевании, о принципах медикаментозной терапии, о

важности мониторинга собственного состояния с использованием индивидуальных пикфлоуметров и приемам оказания самопомощи при ухудшении самочувствия. За 4 года 746 человек прошли обучение в школе, что является также существенным вкладом в медико-экономическую эффективность оказания помощи больным БА на амбулаторном этапе.

В Самаре в 1999 году на базе ММУ ГП № 15 был открыт городской амбулаторный «Астма-центр» с целью совершенствования специализированной помощи больным бронхиальной астмой, внедрения в практику современных методов лечения и диагностики на амбулаторном этапе, оказания врачам общей практики организационно– методической помощи.

Финансовые трудности системы здравоохранения настоятельно требуют оптимизации использования имеющихся ресурсов.

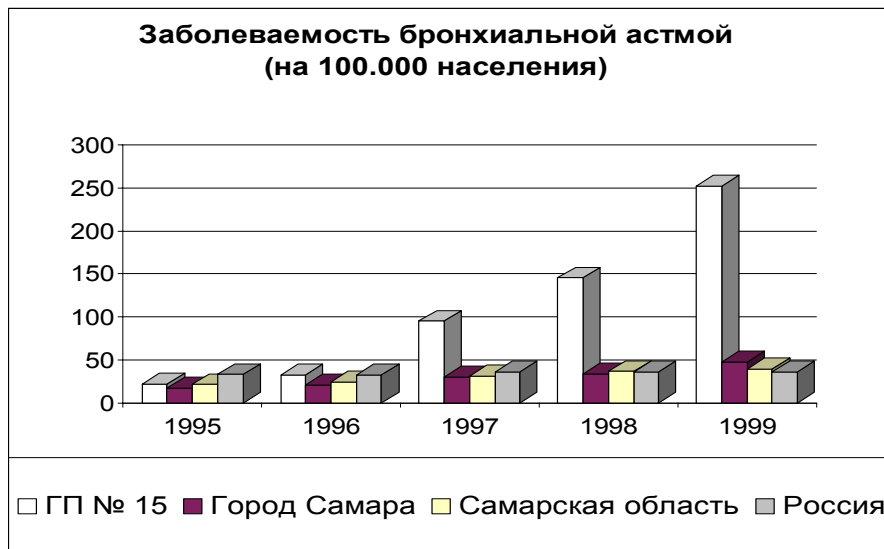
Изучение эффективности медикаментозной терапии больных на амбулаторном этапе, тщательный фармако-экономический анализ, наличие компьютерной базы данных, позволили нам создать собственный формуляр лекарственных средств для данной патологии. Рассчитана годовая потребность различных групп препаратов, используемых при лечении бронхиальной астмы и позволяющих контролировать состояние больных в 90% случаев.

Внедрение формуляра лекарственных средств в лечение больных БА с учетом принципов «ступенчатого подхода» привело к снижению финансовых затрат на приобретение медикаментов по сравнению с прогнозом 1996 года почти в 2 раза. Это достигнуто за счет контролируемого подхода к терапии и внедрения в работу пульмонологического кабинета метода фармако–экономического моделирования.

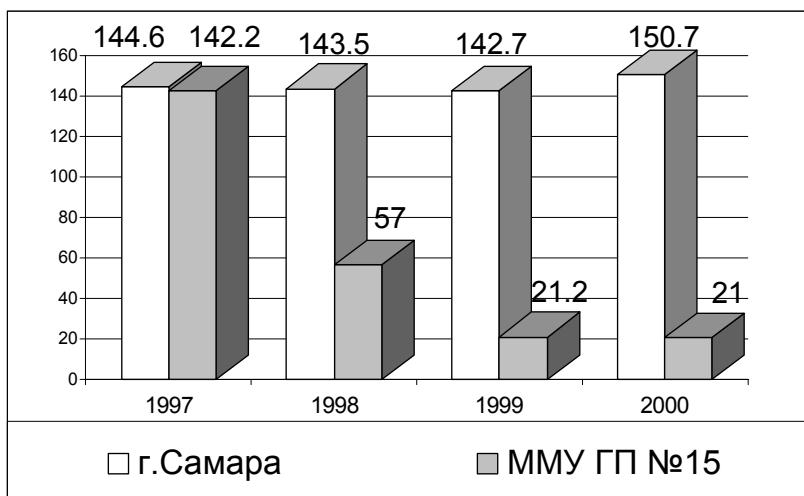
Проведенный анализ показывает, что использование на амбулаторном этапе терапевтических методов, основанных на принципах доказательной медицины, позволяет не только контролировать состояние пациентов, но и оптимизировать финансовые затраты.

Результаты изучения качества жизни больных бронхиальной астмой, находящихся на диспансерном учете в ММУ ГП № 15 (99 человек), свидетельствуют о более высоком его уровне по сравнению с пациентами из других ЛПУ города (50 человек). Их качество жизни приближается к таковому у 52 здоровых людей контрольной группы (отличие статистически значимо:  $p > 0,05$ ) по следующим критериям русской версии SF-36: боль, общее здоровье, жизнеспособность, роль эмоциональных проблем в ограничении жизнедеятельности, психическое здоровье, сравнение самочувствия с предыдущим годом.

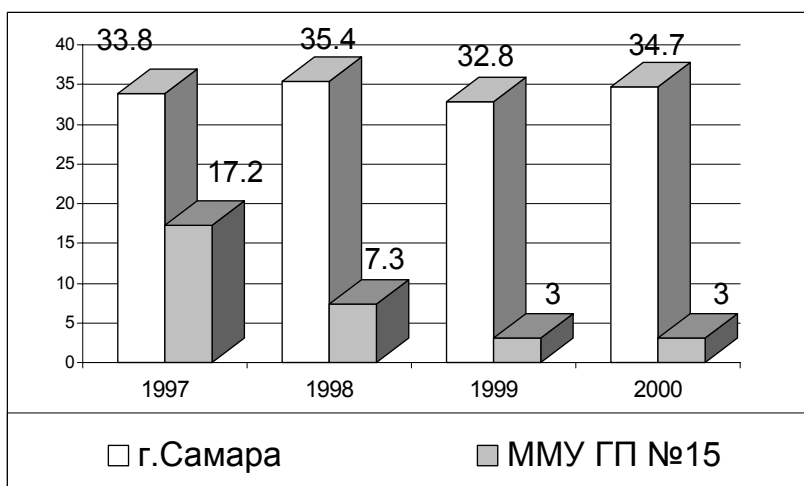
Таким образом, применение комплекса современных, апробированных терапевтических методов, использование общеобразовательных школ, как для медицинских работников, так и для пациентов, тщательный фармако-экономический анализ позволяет перевести лечение больных страдающих бронхиальной астмой на амбулаторно-поликлинический этап с улучшением качества оказания медицинской помощи и значительной экономией финансовых средств.



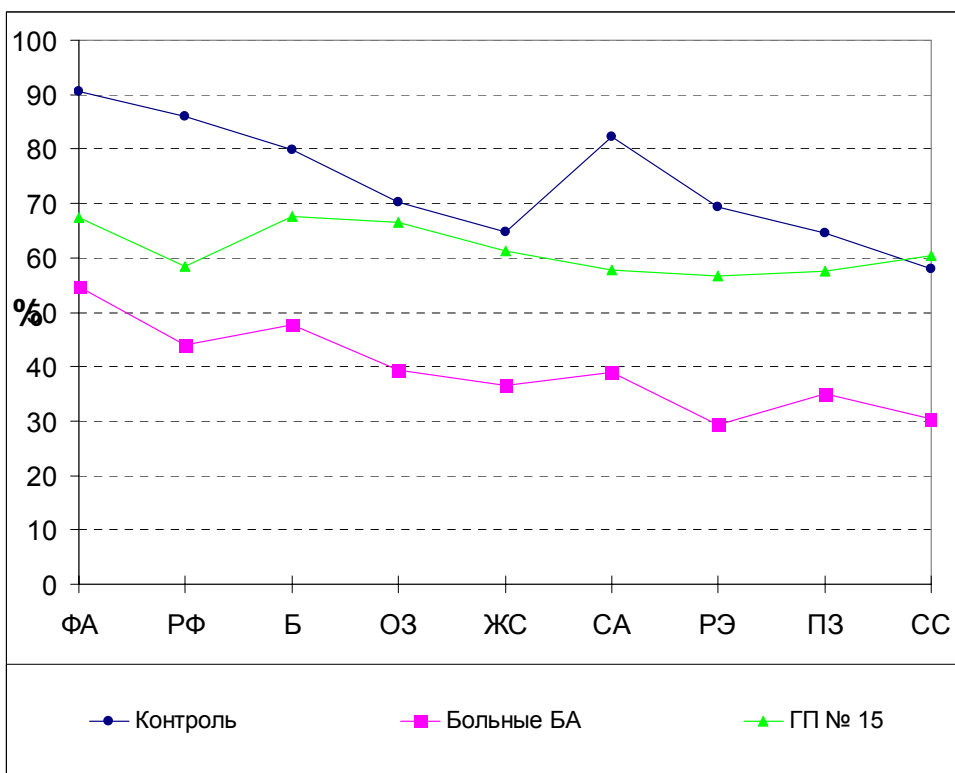
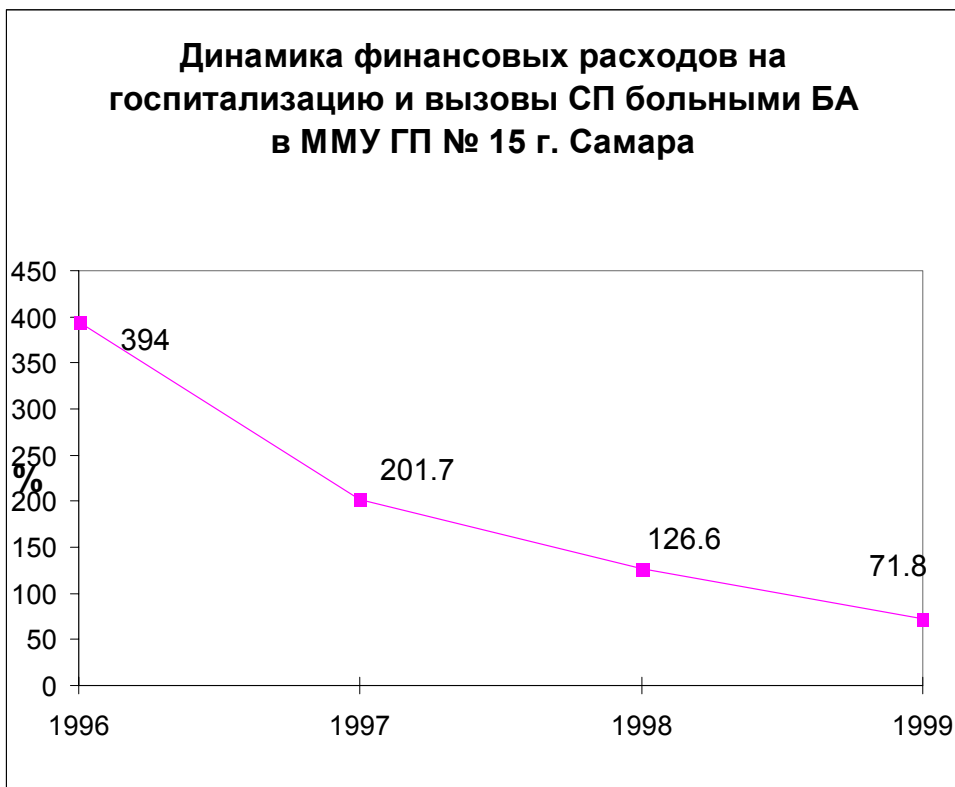
**Сравнительные данные показателей госпитализации и вызовов  
скорой помощи в ММУ ГП № 15 и в г. Самара**

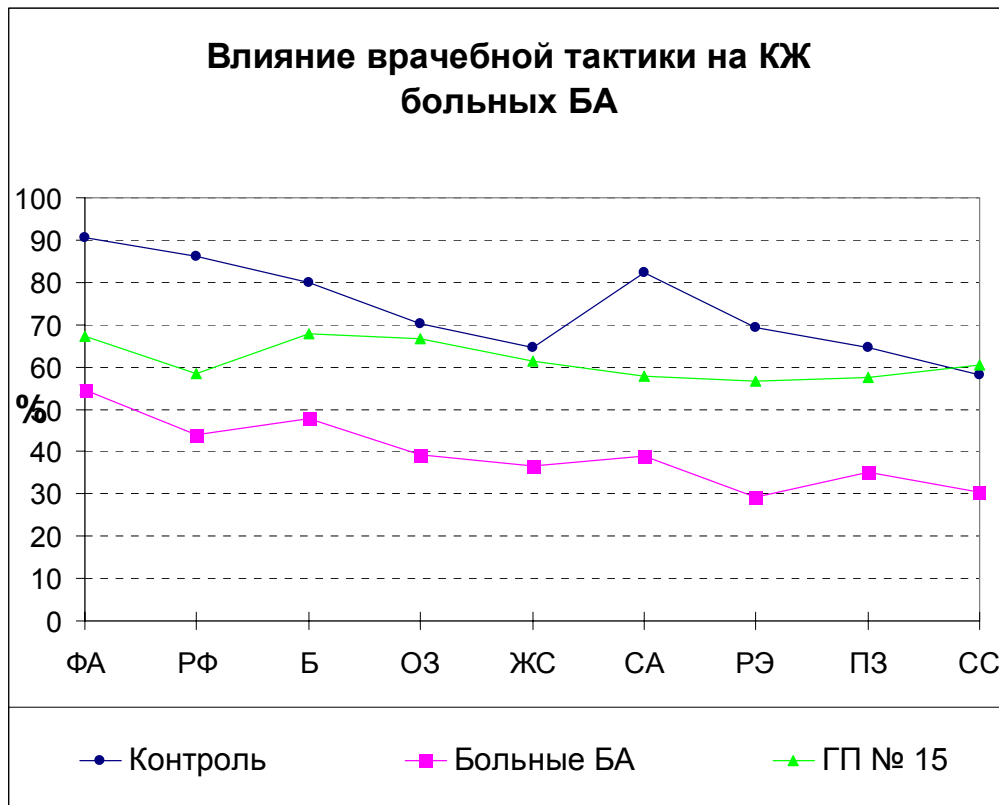


**Показатели вызовов скорой помощи**



**Показатели госпитализации**



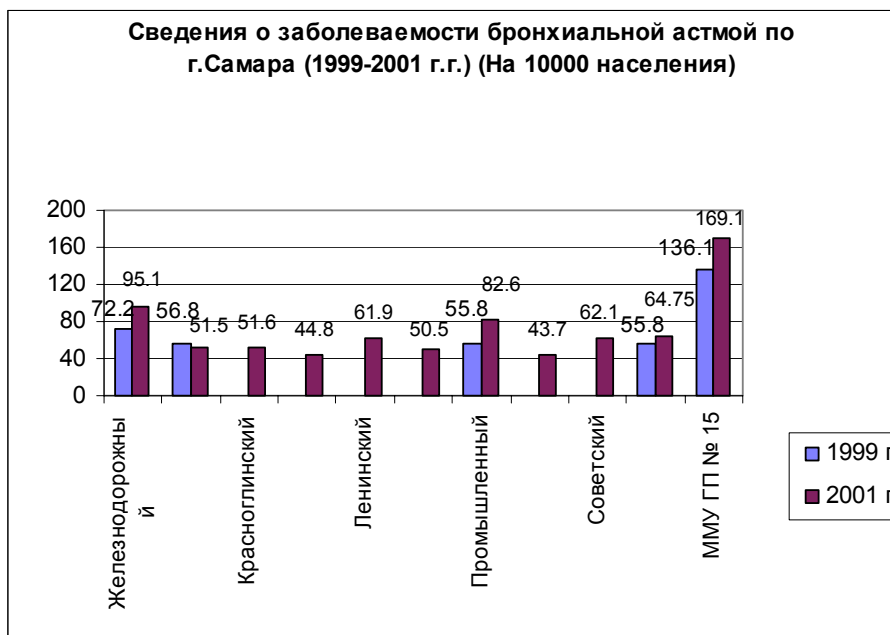


**Организационно-штатная структура  
 пульмонологической службы районов г. Самара  
 2002 год**

| район           | кадры пульмонологов      | астма-школа |
|-----------------|--------------------------|-------------|
| Железнодорожный | 1                        | 1           |
| Кировский       | -                        | -           |
| Красноглинский  | ВОП                      | 1           |
| Куйбышевский    | 1                        | -           |
| Ленинский       | -                        | -           |
| Октябрьский     | пульмонологич. стационар | -           |
| Промышленный    | пол-ка 6, 1, 15, МСЧ-14  | 4           |
| Самарский       | -                        | -           |
| Советский       | 1 + 1 детский            | 1           |

Пульмонологический центр - МСЧ № 12 Октябрьского района.

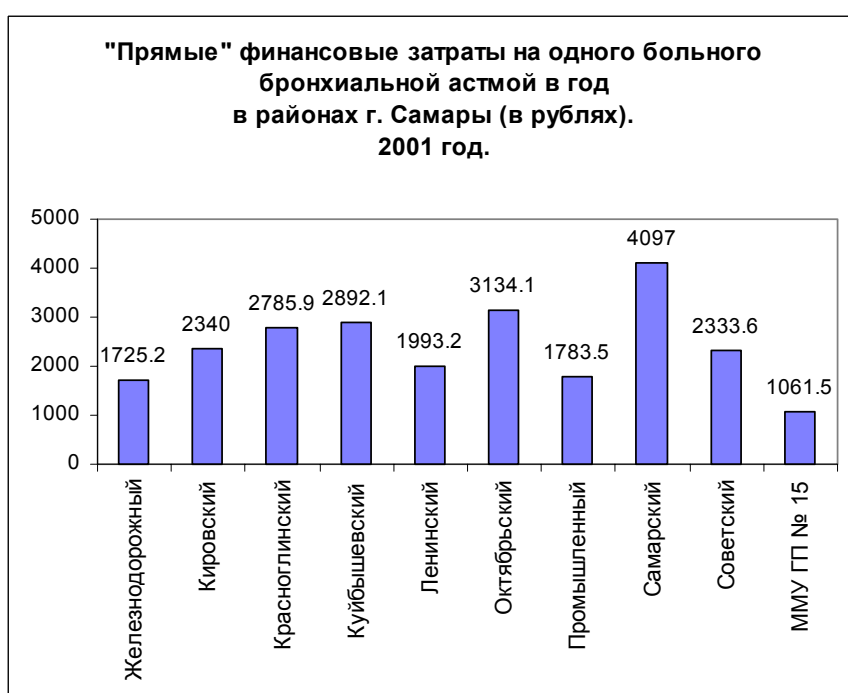
Центры реабилитации инвалидов: санаторий "Самарский"  
 профилакторий "Ивушка"



До обучения 14,405р.

После обучения 8,607р.





**Структура ингаляционных кортикостероидов,  
используемых для лечения больных  
бронхиальной астмой в районах г. Самары  
(в рублях на 1 больного в год)**

| <b>район</b>    | <i>альдецин</i> | <i>бекотид</i> | <i>беклоджет</i> | <i>флексотид</i> | <i>ингакорт</i> | <i>бекакорт</i> |
|-----------------|-----------------|----------------|------------------|------------------|-----------------|-----------------|
| Железнодорожный | 47.6            | 81.7           | 14.2             | 20.8             | 88              | 0.65            |
| Кировский       | 16.8            | 104.4          | 1.3              | 84.2             | 88              | 1.8             |
| Красноглинский  | 11.6            | 30.1           | -                | 143.5            | 232.4           | 25.4            |
| Куйбышевский    | 12.3            | 31.2           | -                | 120              | 27              | 29.4            |
| Ленинский       | 14.3            | 50.5           | -                | 83.2             | 131.1           | -               |
| Октябрьский     | 24.3            | 47.7           | -                | 155.6            | 45.7            | -               |
| Промышленный    | 24.8            | 130.9          | 19.6             | 55.9             | 87.8            | 48.4            |
| Самарский       | 24.6            | 38.9           | -                | 172.1            | 168.9           | -               |
| Советский       | 23.7            | 118            | -                | 76.1             | 71.8            | 77.3            |
| ММУ ГП № 15     | 15.2            | 122            | 35.2             | 16.2             | 56.2            | 102.8           |

## **Роль Центров Учебных Ресурсов в пропаганде и распространении принципов доказательной медицины.**

**Чернышева Татьяна,** врач акушер-гинеколог  
Щучанская центральная районная больница, Курганская область  
Партнерство: Курган/Щучье – Аплтон

Одним из основных и обязательных заданий для информационных координаторов является создание обзоров стандартов клинической практики в своем лечебном учреждении.

Идея сама по себе прекрасная, так как ее реализация - это реальная помощь врачу в освоении основ клинической эпидемиологии и применению принципов доказательной медицины на практике.

Проблема очень актуальная, т.к., с одной стороны научно обоснованная медицина – необходимая реальность, а с другой - эта область медицинских знаний продолжает оставаться для большинства врачей незнакомой, а и следовательно непонятной, применение которой до сих пор у нас не является обязательной в силу ряда причин .

Именно создание обзоров стандартов клинической практики на базе Центров учебных ресурсов может послужить двигателем, способным изменить сознание хотя бы части российских практикующих врачей в области принятия решений относительно применения тех или иных методик обследования, диагностики и лечения.

Информационные координаторы или их помощники в лечебных учреждениях должны являться проводниками знаний в области клинической эпидемиологии, инициаторами по отбору и поиску медицинских статей для подготовки обзоров стандартов клинической практики.

Все Центры на сегодняшний день оснащены компьютерами, АМСЗ оплачивает выход в Интернет, платную медицинскую базу данных Medline ( Ovid), доступ более чем к 30 онлайн-журналам, мы имеем подписку на Международный журнал Медицинской Практики, ежеквартально обновляемую базу данных библиотеки Кокрейна на CD.

На примере работы нашего Центра я попытаюсь рассказать, как мы в своей районной больнице решаем проблему внедрения принципов НОП в повседневную практику врача.

Наша работа складывалась из следующих этапов:

- Создание инициативной группы
- Анализ существующих рекомендаций и предпосылки
- Выбор темы
- Создание рабочей группы
- Поиск материала и его отбор
- Результаты и выводы
- Экспертиза качества проделанной работы

### ***Создание инициативной группы***

Для более успешной работы мы создали инициативную группу, в которую вошли заместитель главного врача по лечебной работе – Ольга Суркова, хирург со стажем работы 23 года, зам главного врача по детству и родовспоможению – Татьяна Земзюлина, врач педиатр первой квалификационной категории со стажем работы 23

года, Николай Григорьевич Маланьин - зав. х/о, хирург высшей квалификационной категории стаж работы 36 лет, Светлана Лазарева –терапевт, имеющая первую квалификационную категорию, стаж работы 12 лет, Ольга Суворова – акушер-гинеколог, зав. ак.-гин. отделением, имеющая первую квалификационную категорию и стаж работы 18 лет, а также зав детским отделением – Надежда Порватова , врач первой категории со стажем работы 23 года. Кроме того, при необходимости к работе инициативной группы привлекались заведующие клинической и бактериологической лабораториями.

### ***Анализ существующих рекомендаций***

Инициативная группа на первом этапе своей работы проанализировала имеющиеся в больнице методические руководства и стандарты, которыми пользуются врачи и пришла к выводу, что большая их часть давно устарела, т.к. эти рекомендации и стандарты давно не обновлялись и созданы, как правило, без учета местных особенностей. Тем самым было официально одобрено начало надзора и изменениями стандартов клинической практики.

### ***Предпосылки.***

Мы долго не могли остановиться на какой-то одной теме, т.к. сказывалось отсутствие опыта, незнание предмета, страх перед новой и не очень понятной работой. Акушеры-гинекологи предложили рассмотреть стандартную практику оценки окрашенных влагалищных мазков

Т.к. результаты полученных анализов не соответствовали клиническим проявлениям заболевания в очень значительном количестве случаев. При анализе историй болезни, обращали на себя внимание многочисленные случаи осложнений, возникшие на фоне благополучных анализов мазков. Окраска мазков производилась метиленовым синим, не проводилась идентификация микрофлоры. Вопрос о качестве выполняемых анализов напрашивался сам собой, а красить любые мазки (будь это анализы хирургического профиля, терапевтического или гинекологические) по Грамму наша лаборатория отказывалась несмотря на все приводимые аргументы. Это побудило обратиться за поиском информации в Интернет. Был найден очень интересный материал по инфекциям влагалища, на основании которого можно было приготовить не один обзор. Мы решили остановиться на бактериальном вагинозе. Публикации последних лет, с одной стороны, свидетельствуют об устойчивой тенденции к росту числа больных с инфекциями влагалища. А с другой стороны, совершенствование микробиологической техники привело к пересмотру представлений об участии условно-патогенных микроорганизмов в патологии человека вообще и при вагинальной инфекции в частности. Бактериальный вагиноз, как заболевание вызванное условно-патогенной флорой, сравнительно недавно выделился в отдельную нозологическую единицу в России и в нашей больнице не существовало практики диагностики БВ и схемы лечения. Между тем, это заболевание вовремя недиагностированное и непролеченное может явиться причиной серьезных послеабортных, послеродовых и послеоперационных гнойно-воспалительных осложнений органов малого таза, а также вызвать преждевременные роды и рождение детей с низкой массой тела. Для более эффективной работы акушер-гинекологи нуждались в современных и недорогих, но качественных методах диагностики БВ. Именно по перечисленным выше причинам тема предстоящего обзора была одобрена.

Тему для второго обзора предложила Светлана Лазарева – зав. т.о. «Выбор антибактериальной терапии при лечении внебольничных пневмоний легкой и средней степени тяжести.» Главным ее аргументом в пользу этой темы явились данные анализа годового отчета и ряда историй болезни. Оказалось, что в терапевтический стационар

госпитализируется с участка значительное число больных с пневмониями легкой и средней степени тяжести, которые не нуждались в стационарном лечении, но в то же самое время перед госпитализацией получали длительное неэффективное лечение на амбулаторном этапе, результатом которого явилось значительное количество запущенных случаев. При анализе последних выявлена неправильная тактика участкового врача. Во всех этих случаях больным назначались парентерально антибиотики группы полусинтетических пенициллинов: ампициллин, оксациллин, ампиокс до четырех раз в сутки и гентамицин дважды в сутки. Назначение этих препаратов производилось без учета чувствительности микрофлоры бронхиального дерева, а частоту назначения именно гентамицина и канамицина участковые врачи объясняли якобы удобством введения – два раза в сутки. Таблетированные препараты новых поколений назначались очень редко, а макролиды не применялись вообще участковыми врачами. Поэтому целью второго обзора явился поиск таких антибактериальных средств, которые были бы эффективны при лечении внебольничной пневмонии на амбулаторном этапе и могли бы применяться перорально.

### ***Создание рабочей группы***

Для работы над обзорами в обоих случаях создавались рабочие группы, в которые входили заведующие отделениями, по профилю которых создавались обзоры, старшие сестры этих отделений. Возглавлял работу информационный координатор. Акушеры-гинекологи свою работу начали с детального анализа текущей практики лечения, диагностики и осложнений инфекций влагалища. Собранные данные по роддому за 2000 год говорят о том, что значительное число осложнений родов связаны с инфекциями влагалища.

Подобный анализ текущей практики был проделан и в терапевтическом отделении относительно внебольничных пневмоний.

Нами были проанализированы истории больных терапевтического отделения, пролеченных по поводу внебольничных пневмоний. Выделены те больные, которые получали лечение на амбулаторном этапе и какими именно препаратами. Из этой группы больных особое внимание обращалось на случаи затяжного течения заболевания. Всего за прошедший год было зарегистрировано 73 случая внебольничных пневмоний, из них 47 (64%) были направлены в стационар. Из 47 больных, направленных в стационар 30% до этого получали лечение амбулаторно, которое было длительным и оказалось неэффективным. Врачами поликлиники этим больным назначались антибиотики группы полусинтетических пенициллинов – ампициллин, оксациллин, ампиокс кратностью 4 раза в сутки, а также гентамицин и канамицин 2 раза в сутки.

При работе над обзорами мы старались держать инициативную группу в курсе событий. Информационный координатор Татьяна Чернышева, врач Светлана Лазарева подготовили ряд выступлений для инициативной группы и для врачебной конференции о том как продвигается работа, итоги работы также были доложены ими на врачебной конференции.

### ***Поиск материала и его отбор***

При поиске материала для первого обзора основным источником информации послужили для рабочей группы база медицинских данных Medline(Ovid), CD библиотеки Кокрейна, англоязычный сайт Free Medical Journal, где можно найти полные тексты статей. Очень полезным оказался сайт Consilium Medicum, онлайн-версия РМЖ, а также сайт Межрегиональной ассоциации по клинической микробиологии и антимикробной химиотерапии (МАКМАХ), которые заслуживают

самого пристального внимания практического врача по объему и качеству, публикуемой на них информации в соответствии с принципами научно доказательной медицины. В качестве базового материала на русском языке мы помимо статей А.С. Анкирской из вышеуказанных источников использовали клинические лекции Е.Ф. Кира «Терминология и классификация бактериальных инфекционных заболеваний женских половых органов» опубликованные в журнале Вестник Российской Ассоциации Акушеров – Гинекологов за 1998 год.

В Medline мы также отобрали обзорные статьи по инфекциям влагалища и сравнительной оценке методов диагностики.

Ко всем найденным материалам предъявлялись строгие требования: все изложенные в статьях выводы и результаты исследований должны были соответствовать принципам научно доказательной медицины. Отбирались данные рандомизированных контролируемых испытаний, обязательно в сравнении с «золотым стандартом».

Так как это была новая для нас работа, то мы не боялись обращаться за помощью. Огромную поддержку и практическую помощь оказала Ирина Ибрагимова. Возникшие трудности с переводом помогала разрешить Елена Фролова. В Medline нам удалось найти рефераты очень нужных статей, а вот полные тексты оказались недоступны, тогда мы обратились к партнерам. Доктор Элмер Монтгомери. Врач общей практики из Эпплтона любезно согласился помочь нам и выслал ксерокопии журнальных статей. Эти статьи мы впоследствии перевели и они оченьгодились нам при создании таблиц для микроскопической оценки грам-окрашенных мазков. К сожалению, ко времени окончания обзора у нас не было подобных материалов на русском языке, и только, в дальнейшем мы нашли замечательную статью АС Анкирской по качественной и количественной оценке микрофлоры грам-окрашенных мазков.

По второму обзору применялась та же система поиска, т.е. Вначале мы искали обзорный, ознакомительный материал по пневмониям на русском языке, определяли состояние проблемы на сегодняшний день. Опять же очень нам помогли Consilium Medicum и сайт Межрегиональной ассоциации по клинической микробиологии и антимикробной химиотерапии (МАКМАХ), РМЖ. А вот поиску в Medline (Ovid), мы в данном случае предпочли поиск в PubMed, в рубрике Clinical Queries где сама процедура поиска упрощена. Использовали и CD Cochrane.

### ***Результаты и выводы***

Результатом проделанной работы для обзора по диагностике инфекций влагалища явились следующие выводы:

1). Необходимо изменить подход к диагностике инфекций влагалища вообще и к диагностике БВ в частности, как к заболеваниям влекущим за собой серьезные осложнения. Для практической работы в наших условиях мы остановились на двух методах:

- 1). скрининг диагностика – метод Amsell,
- 2). Микроскопическая оценка влагалищных мазков, окрашенных по Грамму. Оба метода дешевы, надежны и высокоэффективны. Внедрение их в практику позволит нам улучшить диагностику инфекций влагалища.

Основными выводами второго обзора по выбору антибактериальной терапии внебольничных пневмоний явились следующие:

- 1). Внедрение использования антибиотиков новой генерации макролидов и хинолонов на амбулаторном этапе должно способствовать уменьшению сроков лечения внебольничной пневмонии, сокращению количества больных, направляемых для

стационарного лечения. 2).Изменить стандарт обследования больных с внебольничными пневмониями в ЦРБ . Необходимо в обязательном порядке назначать бактериоскопическое обследование мокроты.

3). Выбор антибиотиков должен проводиться с учетом микрофлоры.

4). Антибактериальные препараты, на оказывающие действия на пневмококк, являющийся наиболее частым возбудителем пневмонии, не должны применяться при лечении внебольничной пневмонии

#### Внедрение нового стандарта в практику врача

Изменение текущей практики, использование выводов и результатов – это, пожалуй, один из самых важных этапов работы.

Его в свою очередь можно подразделить еще на несколько очень важных шагов:

1.Довести данные обзора до всех врачей ( у нас небольшой коллектив и работа всех тесно взаимосвязана независимо от специальности ), с обязательным подробнейшим освещением проблемы. Так переходя на окраску мазков по Грамму, и новую оценку результатов бактериологических анализов, мы внесли изменения в работу хирургической службы, терапии и педиатрии

2.Подробный разбор обзора в группе врачей, которые непосредственно будут заниматься внедрением новой методики. Врачам после обсуждения были розданы печатные материалы, которые впоследствии могут понадобиться в работе. При обсуждении мы также составили для себя «мини-инструкцию» по этапам диагностики и лечения.

3.Обеспечение материально-технической базы. Очень большой и ответственный этап, где необходима поддержка и помощь администрации. На примере первого обзора расскажу как это происходило. Для успешного применения на практике новой методики нам было необходимо заручиться поддержкой администрации, так как при всем благожелательном отношении в больнице к нашей работе имелись серьезные препятствия для использования результатов на практике. Необходимо было убедить заведующих клинической и бактериологической лабораториями в необходимости заняться внедрением новой методики. Им были предоставлены все имеющиеся у нас материалы по БВ для изучения. Людмила Дмитриевна Брускова – заведующая бактериологической лабораторией очень заинтересовалась нашей проблемой и с удовольствием согласилась участвовать в освоении новой методики. На медсовете в присутствии главного врача мы еще раз обсудили проблему внедрения новой методики, определили материально- технические затраты, последовательные этапы работы. Был выделен лаборант для работы с мазками ( окраска по Грамму и оценка ), его обучение взяла на себя Людмила Дмитриевна Брускова, выделены средства и приобретены лакмусовая бумага и пероксид калия ( КОН ), мы разработали новую форму бланков для записи результатов анализов, удовлетворяющих нашим требованиям. Оценка грамм-окрашенных мазков требует дальнейшего совершенствования. Однако это дело времени: прослеживается отчетливая тенденция в улучшении качества оценки грамм-окрашенных препаратов. Мы проводим консультации с заведующей областной клинической лабораторией, получаем от нее ценные советы, хотя она не всегда согласна с нашей точкой зрения. Для нее мы также приготовили в печатном виде все имеющиеся у нас материалы по диагностике инфекций влагалища . Большой и нерешенной проблемой остается отсутствие достаточного количества микроскопов для женской консультации ( осуществление оценки влажных мазков – важный этап, т.к. без отсутствия микроскопов мы не используем все критерии Амсея для диагностики Бактериального вагиноза в амбулаторных условиях, а приобретение микроскопов

больнице пока не по карману). Еще одним важной проблемой до самого последнего времени было отсутствие атласов по микробиологической диагностике. Правда мы делали в свое время заказ на приобретение в счет оборудования LRC CD по лабораторной и микробиологической диагностике, но в тот момент в продаже такие материалы отсутствовали. Буквально на днях мы получили два прекрасных атласа по микробиологии, один из которых на CD. Огромное спасибо Ирине Карневале и Ирине Шумиловой за то что они помогли нам с приобретением этих бесценных для нас руководств. Потребность в учебных пособиях была для нас так велика, что нас не смущает даже то, что они на английском языке.

С 21 февраля этого года мы полностью перешли на окраску всех мазков по Грамму, всего выполнено 1500 мазков.

### *Экспертиза качества*

И последний этап работы – экспертиза качества, есть ли польза, экономический эффект от проделанной работы, используются ли данные обзоры на практике. В полном смысле слова мы пока не можем проводить экспертизу по внедрению новых для нас методик. Пока только думаем над показателями, по которым стоит оценивать нашу работу.

Наибольшие результаты достигнуты, пожалуй по второму обзору. Мы решили проводить оценку по законченному случаю, с проведением подробного анализа амбулаторных карт и историй болезни. За четыре месяца текущего года выявлено и пролечено всего 24 случая внебольничных пневмоний, из них 19 – амбулаторно. Из 19 амбулаторных больных госпитализированы 4 человека в связи с тяжестью заболевания. А пять, из числа всех, поступили в экстренном порядке со скорой помощи. В основном из деревень, с ФАП-ов. Это говорит о том, что необходимо провести образовательную работу с фельдшерами.

Что касается первого обзора, то основное внимание мы сейчас уделяем качеству оценки грамм-окрашенных мазков, считаем, что это для нас основное, ну и, конечно, методам лечения. Контроль амбулаторных карт и историй болезни пока не проводился. Так как до нынешнего года мы не выставляли диагноза «Бактериальный вагиноз», то и сравнивать нам нечего. По данным годового отчета, скорее всего, будем смотреть процент снижения или повышения гнойно-воспалительных осложнений и их связь с инфекциями влагалища. Есть и другая причина, по которой наша оценка эффективности внедрения данных обзора по диагностике инфекций влагалища не может быть реальной. В условиях ЦРБ мы не проводим диагностику ИППП, а значительная часть больных по материальным соображениям не в состоянии сделать это в областных КВД. Поэтому мы не всегда можем документально подтвердить свой диагноз.

## Внедрение эффективных протоколов лечения на догоспитальном этапе

**Костылев В.В., Иващук В.В.**

Учебно-тренировочный центр по неотложным состояниям г. Владивосток  
Партнерство: Владивосток – Ричмонд

«Клиническое мышление versus доказательной медицины» - выбор, с которым рано или поздно приходится сталкиваться каждому врачу. Клиническое мышление это миф, навязанный старой медицинской школой, за которым скрывается «врачебная интуиция», ограниченный собственный опыт и обрывочные сведения, почерпнутые в различных источниках. В неотложной медицине даже секунды промедления, ради развития «философской» клинической мысли могут стоить пациенту жизни. Мифы и заблуждения передаются из уст в уста в кулуарных беседах.

Многие врачи тратят годы исканий для выработки своих собственных протоколов лечения. Согласно проведенному нами анонимному опросу медперсонала при выборе методов лечения врачи руководствуются следующими источниками (расположены в порядке их значимости):

1. собственный опыт;
2. опыт коллег;
3. медицинские конференции;
4. медицинские журналы;
5. личные беседы с представителями фармацевтических компаний.

Врачи больше всего доверяют своему опыту и опыту коллег. Однако, не следует забывать, что при таком подходе очевидно влияние таких факторов, как субъективность мышления, малое число наблюдений, отсутствие контрольной группы. На другие три источника информации существенное влияние оказывает агрессивная реклама препаратов торговыми представителями.

Таким образом, единственной альтернативой является следование протоколам лечения, основанным на принципах доказательной медицины. На базе Владивостокского УТЦ принята практика использования рекомендаций Американской ассоциации сердца, Американской травматологической ассоциации, Американской ассоциации педиатров и т.д. Предпочтение отдается американскому опыту, поскольку смертность пострадавших от несчастных случаев в США в 6 раз меньше, чем в Европе.

Эффективность протоколов проверена в крупных травматологических центрах. В этом процессе существенную роль играет центр информационных ресурсов. В УТЦ реализована схема «Запрос-Поиск-Перевод-Адаптация-Внедрение». Врач составляет запрос информационному координатору с формулировкой проблемы (Запрос).

Информационный координатор составляет конспект, с использованием доступных источников (Поиск). Затем информация переводится на русский язык (Перевод). Коллективно решается вопрос о согласовании протокола с российскими условиями (Адаптация). Протокол внедряется в практику и учебный процесс (Внедрение). Данная схема позволяет значительно сократить время от поиска информации до ее внедрения в практику.

При использовании данной схемы внедрены протоколы базовой СЛР и продвинутой СЛР, которые размещены на сайте центра [www.emsvlad.ru](http://www.emsvlad.ru) Инициатива АМСЗ по созданию центров ресурсов обучения позволила поднять уровень образованности сотрудников нашего учреждения до международного.

## **Внедрение научно-обоснованных стандартов клинической практики для улучшения качества медицинской помощи в сфере охраны материнства и детства**

*Асланов Батырбек*, ассистент кафедры  
Кафедра эпидемиологии СПбГМА им. Мечникова, г. Санкт-Петербург  
Партнерство: Санкт-Петербург – Бостон

Охрана здоровья в материнстве и детстве, в том числе профилактика внутрибольничных инфекций, является одним из приоритетных направлений развития здравоохранения во всем мире.

Наибольший риск развития инфекционных осложнений имеют женщины, родоразрешенные путем Кесарева сечения, новорожденные, находящиеся на лечении в отделениях реанимации и новорожденные, имеющие факторы инфекции, вызванной стрептококками группы В (СГВ, GBS).

Наша деятельность по внедрению инфекционного контроля в стационарах и научно-обоснованных стандартов клинической практики позволила показать значимость данных проблем и провести мероприятия по улучшению качества медицинской помощи: в результате работы удалось существенно повысить частоту применения антибиотикопрофилактики при операции Кесарева сечения и у рожениц, имеющих факторы риска развития GBS-инфекции у ребенка, повысить качество обработки рук при выполнении медицинских манипуляций, снизить частоту внутрибольничных инфекций в отделениях реанимации новорожденных.

Работа проводилась в одном из детских стационаров г. Санкт-Петербурга. В качестве стандартов клинической практики, эффективность которых подлежала оценке, были периоперационная антибиотикопрофилактика и адекватная обработка рук медицинского персонала. В исследовании можно выделить три направления.

1. Улучшение качества медицинской помощи родильницам, родоразрешенным путем операции Кесарева сечения. Работа в этом направлении заключалась в следующем:

- выявление реальной частоты инфекций;
- оценка настоящей практики использования антибиотиков;
- разработка протокола антибиотикопрофилактики;
- внедрение согласованной схемы антибиотикопрофилактики;
- оценка экономического эффекта.

2. Улучшение качества медицинской помощи новорожденным, находящимся на лечении в отделениях реанимации. Данное направление работы включало:

- изучение проявлений и механизма развития эпидемического процесса ВБИ в отделениях реанимации новорожденных в современных условиях;
- изучение факторов риска возникновения и развития ВБИ новорожденных в отделениях реанимации в современных условиях;
- эпидемиологическая оценка современных технологий лечения, диагностики и ухода за пациентами отделений реанимации новорожденных;

- разработка приемов улучшения качества медицинской помощи, направленных на снижение внутрибольничной заболеваемости в отделениях реанимации новорожденных;
- разработка системы эпидемиологического наблюдения за ВБИ новорожденных в отделениях реанимации новорожденных;
- оценка эффективности разработанной системы эпидемиологического надзора.

3. Улучшение качества медицинской помощи новорожденным, имеющим факторы инфекции, вызванной стрептококками группы В. В этой части исследования проводилось:

- выявление частоты носительства СГВ у рожениц;
- оценка наличия факторов риска инфекций, вызванных стрептококками группы В у рожениц, и существующей практики использования антибиотикопрофилактики в дородовом периоде при присутствии данных факторов;
- разработка протокола антибиотикопрофилактики.

На одном из этапов исследования была проведена оценка существующей системы обработки рук персоналом при выполнении различных медицинских манипуляций и предложен рациональный и эффективный алгоритм.

#### **Основные результаты:**

- До введения протокола только 44% пациентов получали периоперационную антибиотикопрофилактику при операции Кесарева сечения, тогда как после введения протокола 92%. До введения протокола в качестве периоперационной профилактики 21% пациентов получили цефтриаксон, 25% - карбенициллин, 25% - амоксициллин, 17% - цефазолин. После введения протокола 90% пациентов получили цефазолин, 10% - метронидазол. Стоимость одного курса периоперационной антибиотикопрофилактики снизилась в два раза. Чрезмерное использование антибиотиков в послеоперационном периоде также уменьшилось. Частота многодозовых режимов уменьшилась от 98% до 62%. До вмешательства, в среднем на 1 прооперированную женщину приходилось 8.7 DDD (количество Установленных Суточных Доз). После введения протокола, в среднем в послеоперационном периоде на 1 пациентку приходилось 6 DDD, при этом DDD стоимость снизилась втрое.
- Было проведено наблюдение за 1199 манипуляциями, требующими обработки рук. Частота обработки рук антисептиком до обеспечения антисептиком для обработки рук составила 15%, после мероприятий по улучшению качества – 40%. Частота внутрибольничной колонизации *K. pneumoniae* снизилась с 21,5/1000 пациенто-дней до 3,2/1000 пациенто-дней. Средняя стоимость применяемых антибиотиков и шприцев для их введения на 1 пациента снизилась в 2,4 раза.
- Частота колонизации стрептококками группы В новорожденных составляла 13,3%, рожениц – 20%. Так как родильные дома и женские консультации Санкт-Петербурга не имеют собственных бактериологических лабораторий, целесообразно проводить антибиотикопрофилактику, основанную на факторах риска. Целью этой части работы явилось определение количества родильниц, нуждающихся в антибиотикопрофилактике (имеющих факторы риска) в физиологическом родильном доме. Нами были отслежены 140 последовательных родов. Факторы риска имели 50 рожениц (35,7%): один из факторов риска имели 38 (27,1%) и 2 фактора риска – 12 (8,6%). Антибиотикопрофилактику получили 3 (6% от имеющих факторы риска). Таким образом, в дальнейшем требуется разработка и внедрение протокола

антибиотикопрофилактики для предупреждения инфекций, вызванных СГВ у новорожденных и родильниц.

## **Инфекционный контроль в обеспечении качества лечебно-диагностического процесса в многопрофильном стационаре.**

*Вардосанидзе С.Л.*, главный врач, засл. врач РФ

*Пучкина Н.Е., Восканян Ю.Э.*

Ставропольская краевая клиническая больница

Партнерство: Самара/Ставрополь – Айова

Частота внутрибольничного инфицирования является важным маркером качества лечебно-диагностического процесса. К сожалению, в отечественных учреждениях дефекты регистрации данного осложнения часто не позволяют судить о реальной ситуации. В то время, как в зарубежных клиниках частота внутрибольничной инфекции составляет от 50 до 100 случаев на 1000 пролеченных больных, в России данный показатель равняется в среднем 9-10. Вместе с тем, косвенно указывают на высокую частоту госпитальной инфекции большая продолжительность лечения, высокая частота длительных госпитализаций, цифры больничной и периоперационной летальности (А.Thompson et al., 1985; A.D.Goldmann,1986; Н.С.Прямухина и соавт., 1994; В.Г.Дьяченко, 1996).

Целью проведенного исследования было улучшение случаев регистрации внутрибольничного инфицирования, разработка и внедрение мероприятий, позволяющих уменьшить реальную частоту данного осложнения.

Прежде всего согласно определению центра по контролю заболеваемости (Атланта, США, 1988) были разработаны четкие клинические и бактериологические критерии внутрибольничного инфицирования, использование которых позволило определять реальную частоту госпитальной инфекции в профильных отделениях. Регистрируемая реальная частота внутрибольничной инфекции при этом оказалась равной 6,4%. Дальнейший анализ показал, что высокая частота внутрибольничной инфекции была связана со значительной перегрузкой бактериологической лаборатории из-за необходимости проведения плановых санитарно-бактериологических исследований, отсутствием организованной системы профилактики и лечения внутрибольничной инфекции, структурными дефектами хирургических отделений (наличие общехирургических больных в отделении сосудистой хирургии, расположение на одном этаже отделения гнойной хирургии и отделения сосудистой хирургии, необходимость присутствия на операциях обучающихся из медицинской академии и медицинского колледжа, выполнение чистых, условно-чистых, загрязненных и грязных экстренных хирургических вмешательств в одной экстренной операционной). Для снижения частоты внутрибольничного инфицирования и уменьшения летальности при этом были предприняты следующие меры:

1. Введена должность врача – госпитального эпидемиолога (которого к текущему моменту не было в штатном расписании ни одной из больниц Северного Кавказа). Врачу госпитальному эпидемиологу выделены помощники: врач-бактериолог и четыре операционные медицинские сестры хирургических отделений. Сформированная таким образом группа инфекционного контроля прошла двухнедельную стажировку на базе госпиталей штата Айова (США).

2. На основе имеющихся критериев диагностики разработаны «карты больного внутрибольничной инфекцией», совокупность которых в последующем составила специальный архив случаев госпитального инфицирования, анализ которых послужил основой для дальнейших научных исследований.

3. Учитывая нецелесообразность плановых санитарно-бактериологических исследований в отделениях (за исключением исследований инструментов и материалов на стерильность) в плане профилактики внутрибольничного инфицирования по согласованию с краевым центром Госсанэпиднадзора в краевой клинической больнице отменены подобные мероприятия. В результате освободившихся мощностей удалось увеличить число проводимых необходимых бактериологических исследований отделяемого пациентов (при подозрении на госпитальную инфекцию) в 2-14 раз в зависимости от профиля отделения.

4. В связи с отсутствием внутри больницы системы экспресс диагностики внутрибольничной инфекции и определения чувствительности к антибактериальным препаратам администрацией учреждения был заключен договор с лабораторией клинической фармакологии Ставропольской государственной медицинской академии для выполнения подобных исследований, а также организован цикл лекций заведующего этой лабораторией.

5. Произведена реорганизация хирургической службы. При этом сокращены общехирургические койки отделения сосудистой хирургии и придан ему статус самостоятельной службы. На другом этаже организовано отделение гнойной хирургической инфекции. Чистые торакальные и общехирургические больные сконцентрированы во вновь образованном отделении торакоабдоминальной хирургии, размещенном на одном этаже с центром сосудистой хирургии. Организовано круглосуточное дежурство двух экстренных операционных: для чистых и условно-чистых вмешательств (чистая операционная) и для загрязненных и грязных операций (гнойная операционная).

6. С целью уменьшения риска развития внутрибольничного инфицирования, связанного с нахождением обучающихся в операционной проведено совместное совещание администрации учреждения представителей хирургических кафедр медицинской академии и медицинского колледжа и их руководителей. В результате были разработаны нормы и правила нахождения в операционной обучающегося персонала (количество обучающихся из расчета не более 1 студента на 2 кв. м операционной, форма одежды такая же как и оперирующих и др). В циклы практических занятий введены правила поведения в операционной и перевязочной.

7. Для ранней диагностики, профилактики и лечения внутрибольничных инфекций была разработана специальная программа, исполнение которой стало обязательным для всего персонала учреждения. Основные пункты программы включали:

- a) При появлении лихорадки у больного через 3 суток пребывания в стационаре - проведение диагностики на предмет внутрибольничного инфицирования;*
- b) Использование курса ультракороткой или короткой внутривенной антибиотикопрофилактики во время выполнения любого хирургического вмешательства;*
- c) Обязательное выполнение посева раневого отделяемого, крови и физиологических выделений при малейшем подозрении на развитие внутрибольничного инфицирования с последующим определением чувствительности к антибактериальным препаратам;*
- d) Как можно раннее начало антибактериальной терапии с учетом выявленной чувствительности, а при ее отсутствии - препаратами широкого спектра или с учетом наиболее часто высеваемой микрофлоры в профильном отделении;*

е) Ежемесячный анализ характера высеваемой микрофлоры от больных и персонала, поиск взаимосвязей, определение дрейфа микроорганизмов, выявление грубых дефектов в соблюдении надлежащей эпидемиологической обстановки, их анализ и наказание виновных.

Анализ результатов эффективности программы инфекционного контроля показал достоверное снижение частоты внутрибольничного инфицирования (см. табл.).

*Таблица*

*Результаты работы службы инфекционного контроля по профилактике развития внутрибольничных инфекций (ВБИ)*

| <b>Группа больных</b> | <b>Частота ВБИ %<br/>(95% ДИ)</b> | <b>САР %<br/>(95% ДИ)</b> | <b>ЧБНЛ<br/>(95% ДИ)</b> |
|-----------------------|-----------------------------------|---------------------------|--------------------------|
| Контрольная (n=701)   | 6,4<br>(4,7-8,5)                  | 5,2<br>(3,2-7,2)          | 19,2<br>(13,9 -31,2)     |
| Основная (n=689)      | 1,2<br>(0,5-2,3)                  |                           |                          |

Примечание: ВБИ – внутрибольничная инфекция; САР – снижение абсолютного риска; ЧБНЛ - число больных, у которых необходимо применить данную программу профилактики с целью предотвращения одного случая внутрибольничной инфекции.

В масштабах учреждения при количестве оперированных за год в среднем – 8721 (в течение 1994-2000 гг.) ЧБНЛ, равное 19,2 означает, что можно предупредить случаи внутрибольничной инфекции в среднем у 454 больных. Экономический эффект от внедрения программы, например в 1997 г. можно посчитать следующим образом. Если в среднем развитие внутрибольничной инфекции увеличивает длительность стационарного лечения на 7,3 койко-дня, то при стоимости койко-дня 262 рубля экономический эффект от внедрения программы составляет  $7,3 \times 454 \times 262 = 868320$  рублей в год. Необходимо оговорить, что данная оценка является весьма заниженной, поскольку стоимость койко-дня больного с внутрибольничной инфекцией намного выше средней стоимости 1 дня пребывания в стационаре среднестатистического больного. Частота летальных исходов в группе больных с внутрибольничной инфекцией, где применена программа инфекционного контроля, была равна 12,5% (против 20% у больных первой группы) хотя достоверных различий из-за небольшого числа пациентов по этому показателю нами не получено.

Таким образом, введение службы инфекционного контроля, позволяющей реально регистрировать подавляющее число случаев госпитального инфицирования, сопровождается достоверным снижением частоты внутрибольничной инфекции как в отделениях терапевтического профиля, так и после хирургических вмешательств. Это несомненно приводит к достоверному увеличению общего числа положительных исходов и снижению стоимости лечения в рамках модели обеспечения качества лечебно-диагностического процесса.

## Научно-обоснованная медицинская практика: что дальше?

*Дубиков Александр*, зав. ревматологическим отделением, к.м.н.  
Городская клиническая больница №2, г. Владивосток  
Партнерство: Владивосток – Ричмонд

Научно-обоснованная медицинская практика стала эталоном врачебной деятельности, внедряемым повсеместно. Вместе с тем, все большее вовлечение пациента в принятие решений относительно лечебно-диагностического процесса требует новых шагов. Таким шагом должен стать научно-обоснованный выбор пациентом предлагаемых альтернатив в лечении и диагностике, определяемый как возможность узнать все положительные и отрицательные стороны предполагаемых действий в отношении больного. При этом больному отводится ключевая роль в процессе принятия решений.

Научно-обоснованный подход пациента к выбору методов лечения и диагностики потребует достоверной информационной базы, ориентированной на пациента с точки зрения эффективности. К сожалению, имеющиеся информационные ресурсы ориентированы, прежде всего на врачей и медицинских сестер.

Ограниченность консультативного процесса во времени и финансах делает необходимым доступ к подобной информации для пациентов до, во время и после общения с врачом.

Необходимо создание модулей, которые явились бы основой для принятия решений пациентом и содержали в себе такие основные элементы как определение заболевания или состояния, возможные действия и альтернативы, положительные и отрицательные последствия каждого из возможных направлений действий. Такие модули должны дополнить систематические обзоры и другие ключевые достижения современных медицинских информационных технологий.

## **Проблемы скрининга медицинских статей в клинической практике ВОП (врача общей практики).**

**Якимович Марина**, информационный координатор

Центр доказательной медицины, Московская медицинская академия  
им.И.М.Сеченова

Партнерство: Ассоциация университетских программ по управлению  
здоровьем

Использование результатов наиболее достоверных с научной точки зрения исследований для решения задач клинической практики составляет суть медицины, основанной на доказательствах. Эта концепция, предложенная в 1990 г. группой канадских ученых, получила широкое распространение во многих странах. Медицинская практика, основанная на доказательствах, предусматривает при оказании медицинской помощи конкретному пациенту использование не только данных обследования больного и анализа клинической ситуации, но и опыта, накопленного в мировой клинической практике.

Спектр ситуаций, с которыми сталкивается врач общей практики, достаточно широк и требует от него знаний по многим медицинским дисциплинам и специальностям. В связи с этим использование доказательной медицины в общей врачебной практике приобретает особое значение.

Почему о медицинской практике, основанной на доказательствах, как о наиболее перспективном направлении в медицине заговорили только в последние 10-15 лет - ведь врачи всегда обращались к медицинской литературе?! Дело в том, что ежемесячно в мире публикуется около 50 тыс. медицинских статей, а всего в настоящее время насчитывается более 40 млн. работ по медицинской тематике. Знакомиться с таким объемом информации не может ни один общепрактикующий врач. К тому же зачастую результаты клинических исследований противоречивы, и нужны определенные знания и умения, чтобы критически оценить и проанализировать материал. Методы доказательной медицины позволяют врачу, стремящемуся быть в курсе последних достижений медицины, оперативно найти по доступным источникам нужную информацию и применить ее в своей практической работе.

Процесс использования методов доказательной медицины в общей врачебной практике на уровне клинического случая включает 5 этапов:

- 1) умение правильно оценить ситуацию, сформулировать клиническую задачу и определить ее тип (профилактика, прогноз, терапия, диагностика и т.д.);
- 2) эффективно осуществить поиск имеющихся доказательств, которые позволят ответить на поставленный вопрос;
- 3) критически оценить доказательства (достоверность результатов, их эффективность, клиническая польза);
- 4) применить полученные выводы в медицинской практике, осуществляя экспертизу и учитывая индивидуальный подход к пациентам;
- 5) оценить полученные результаты, провести анализ осуществленных этапных действий и принять решение по их дальнейшему использованию в практике.

Остановимся поподробнее на втором этапе.

Сегодня поиск медицинской информации не может быть ограничен только печатными источниками (монографии, статьи, справочники и т. д.). Всем им присущ "эффект запаздывания" (перспективные методы внедряются в практику не ранее чем через 5-10 лет после доказательства их эффективности). С появлением новых информационных технологий (электронных медицинских баз данных, электронных версий журналов, мультимедийных обучающих программ и библиотек на лазерных дисках и в Интернет) возможности врача общей практики значительно расширились.

Таким образом, в век информации, перед врачом встают вопросы: Как найти медицинскую литературу по теме? Как читать? Как не потерять найденное? Как использовать найденное? При ответе на данные вопросы необходимо отметить, что старые способы поиска информации, такие как - справочники на полке, обсуждение клинических вопросов с коллегами и т.д. - «не работают». Сейчас клиницистам необходимо взять на вооружение новые принципы поиска информации, такие как:

- поиск современной информации
- исчерпывающий поиск
- экономный поиск по времени.

Сотрудниками Центра доказательной медицины (ММА им.И.М.Сеченова) был проведен поиск медицинских статей по проблеме скрининга повышенного артериального давления на уровне первичной медико-санитарной помощи в России.

К сожалению, проведение литературного поиска по международным стандартам на данный момент в России провести не представляется возможным по причине отсутствия единых электронных медицинских баз данных публикуемых статей. Поэтому нами был разработан приемлемый алгоритм ручного поиска статей с целью не упустить из виду наиболее значимые исследования по интересующей нас теме.

Во-первых, из каталога подписных изданий были выбраны все печатные медицинские периодические издания. Экспертам проекта было предложено выделить из списка журналы, по которым, на их взгляд, было необходимо проводить поиск статей. По результатам анкетирования в список было включено 15 наименований.

#### **Список утвержденных к поиску журналов, начиная с 1990 г. по настоящее время**

1. Кардиология
2. Клиническая медицина
3. Клиническая фармакология и терапия
4. Российский кардиологический журнал
5. Терапевтический архив
6. Артериальная гипертензия
7. Вестник РАМН
8. Здоровоохранение РФ
9. Международный медицинский журнал медицинской практики
10. Архив патологии
11. Российский семейный врач
12. Вестник новых медицинских технологий
13. Врач

14. Проблемы социальной медицины и истории медицины
15. Проблемы стандартизации в здравоохранении

Во-вторых, были разработаны критерии проведения ручного поиска:

1. ручному поиску подвергался каждый выпуск журнала, включенного в список, начиная с 1990 г.
2. поиск статей проводился по следующим ключевым словам:
  - артериальная гипертензия, артериальная гипертония,
  - гипертоническая болезнь,
  - повышенное артериальное давление,
  - скрининг,
  - первичная медико-социальная помощь,
  - профилактика
  - факторы риска ССЗ
3. каждая отобранная статья копировалась в 2-х экземплярах и кодировалась, на статье обязательно ставились ссылки на год, номер выпуска и название журнала, если таковые отсутствовали в оригинал-макете.

Необходимо отметить, что отсутствие электронных медицинских баз значительно затрудняет проведение подобного сбора информации и делает его иногда невозможным. На наш взгляд, это прежде всего связано с экономической ситуацией в стране и в системе здравоохранения в частности. Некоторые попавшие в список журналы не выписываются медицинскими библиотеками, включая Государственную центральную медицинскую библиотеку (ГЦНМБ), что значительно увеличило временные, а иногда и финансовые затраты на поиск.

По завершении этапа поиска нами было накоплено 915 статей. Все статьи в виде полных реферативных ссылок, включая абстракты и ключевые слова, были внесены в электронную базу данных (на русском языке) ProCite (версия 4.0).

Ниже мы приводим статистику по числу статей отобранных из каждого журнала:

| №   | Источник                                       | Количество статей | Процент |
|-----|--|-------------------|---------|
| 1.  | Кардиология                                    | 294               | 32,13%  |
| 2.  | Терапевтический архив                          | 235               | 25,68%  |
| 3.  | Клиническая медицина                           | 108               | 11,8%   |
| 4.  | Российский кардиологический журнал             | 66                | 7,21%   |
| 5.  | Артериальная гипертензия                       | 50                | 5,46%   |
| 6.  | Клиническая фармакология и медицина            | 45                | 4,91%   |
| 7.  | Врач   | 23                | 2,51%   |
| 8.  | Профилактика заболеваний и укрепление здоровья | 15                | 1,63%   |
| 9.  | Практикующий врач                              | 11                | 1,2%    |
| 10. | Международный журнал медицинской практики      | 11                | 1,2%    |
| 11. | Архив патологии                                | 10                | 1,09%   |
| 12. | Здравоохранение РФ                             | 10                | 1,09%   |

|     |   |     |       |
|-----|---|-----|-------|
| 13. | Форум «Кардиология-2000»                          | 10  | 1,09% |
| 14. | Вестник РАМН                                      | 8   | 0,87% |
| 15. | Российский семейный врач                          | 7   | 0,77% |
| 16. | Вестник новых медицинских технологий              | 3   | 0,32% |
| 17. | Качество медицинской помощи                       | 3   | 0,33% |
| 18. | Международные медицинские обзоры                  | 3   | 0,33% |
| 19. | Medical Market                                    | 1   | 0,1%  |
| 20. | Проблемы социальной гигиены и истории<br>медицины | 1   | 0,1%  |
| 21. | Международный Медицинский журнал                  | 1   | 0,1%  |
|     | Итого:  | 915 | 100%  |

При этом, только 29 оригинальных исследования касались непосредственно скрининга артериальной гипертензии на уровне ПМСП. Из этих статей всего 6 отвечали методологическим критериям и представлены в виде формализованных рефератов. Что касается скрининга АГ на уровне ПМСП, то, несмотря на то, что нами обнаружены некоторые исследования по этому вопросу, лучшие из них в основном проведены на организованных коллективах промышленных предприятий, либо представлены когортными исследованиями, которые не вполне отражают ситуацию на популяционном уровне. Все это демонстрирует недостаток научных доказательств в поставленном вопросе на сегодняшний день в России.

На основе вышесказанного, мы можем сделать вывод о необходимости развития электронных русскоязычных баз данных, медицинских библиотек, настаивая на опубликовании рандомизированных клинических статей и обзоров.

Таким образом, только объединение индивидуального опыта общепрактикующего врача с результатами лучших научных исследований по оценке эффективности медицинской практики позволит добиваться большего успеха и рациональнее использовать ограниченные ресурсы здравоохранения.