

УДК 616.33-002.44/614.253

ОЦЕНКА НАБЛЮДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ В РЕАЛЬНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ ВРАЧОМ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА

© 2006 г. Г.В. Шавкута

Разработка схем взаимодействия врача общей практики (семейного врача) (ВОП/СВ) и узких специалистов, создание стандартов диагностики и лечения по различным нозологиям являются важным элементом интеграции ВОП/СВ в систему первичного здравоохранения и требует параллельного решения ряда важнейших вопросов [1, 2].

Цель исследования – оценить эффективность наблюдения пациентов с язвенной болезнью желудка (ЯБЖ) и 12-перстной кишки (ЯБ ДПК) в реальной клинической практике врачами, работающими в первичном звене здравоохранения, и изучить правильность выполнения ими стандартов диагностики и лечения указанных заболеваний.

Материалы и методы. Проанкетированы 53 врача, обучающиеся на 6-месячном цикле специализации по общей врачебной практике (семейной медицине). Все врачи, участвующие в анкетировании, – работники первичного звена здравоохранения сельских районов Ростовской области.

Результаты исследования. Врачам необходимо было ответить на 10 вопросов, касающихся диагностики и лечения ЯБЖ и ЯБ ДПК. Как оказалось, в 22,3 % случаев диагноз устанавливается только на основании жалоб больного и данных объективного обследования, поскольку в ряде сельских районов отсутствует возможность проведения ФГДС и пациенты получают лечение эмпирическим назначением лекарственной терапии или вынуждены обращаться в ОКБ для проведения данного обследования и лечения. Диагностика хеликобактериоза возможна только в 20,7 % случаев, при этом чаще всего используется только один метод выявления Нр – цитологический (13,2 %), морфологический (9,4 %) или уреазный тест (11,3 %).

В качестве антисекреторных препаратов наиболее часто в реальной клинической практике используются ИПП в 98,1 % или Н2-

гистаминоблокаторы – в 79,2 %. Врачи назначают стандартные дозировки омепразола в 75,5 % случаев, реже – рабепразол (5,7 %), лансопразол (2 %). При применении Н2-блокаторов предпочтение отдается ранитидину (41,5 %) и фамотидину (32,1 %). Только 6 врачей (11,3 %) знают и применяют на практике стандартные схемы антибактериальной терапии. Терапию первой линии (ИПП + кларитромицин + амоксициллин) используют 9,4 %, а терапию второй линии (ИПП + де-нол + тетрациклин + метронидазол) – 1,9 %. Врачи не ориентируются в сроках проведения антихеликобактерной терапии. Указывались сроки от 5 до 30 дней.

Выводы. Низкая оснащенность лечебных учреждений первичного звена сельского здравоохранения диагностической аппаратурой не позволяет провести комплексную диагностику ЯБЖ и ЯБ ДПК и ассоциацию заболевания с Нр, что не позволяет в 80 % случаев поставить правильно диагноз и провести комплексную терапию заболевания. В большинстве районов отсутствуют специалисты-гастроэнтерологи, что требует проведения диагностики и лечения в ОКБ или других областных лечебных учреждениях. Оказание помощи пациентам с язвенной болезнью в условиях сельских районов остается затратным и экономически невыгодным для больного, что свидетельствует о необходимости оснащения всех ЦРБ и УБ оборудованием для максимального приближения качественной медицинской помощи к пациентам и улучшения подготовки кадров по вопросам диагностики и лечения пациентов с ЯБЖ и ЯБ ДПК.

Литература

1. Рациональная фармакотерапия заболеваний органов пищеварения: Руководство для практикующих врачей / Под общей ред. В.Т. Ивашкина. М., 2003.

2. *Маев И.В., Самсонов А.А.* Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки: различные подходы к современной консервативной терапии // Consilium medicum. 2004. Vol. 6. № 2.