

Таблица 1. Степень обсеменения СОЖ НР и частота обострений хронического гастрита в зависимости от времени года

Сезон года	Степень обсеменения СОЖ НР в %		Частота обострений ХГ в %
	высокая	средняя и низкая	
1. Осень	71,84±0,45	28,16±0,45	32,52±0,46
2. Зима	69,06±0,46	30,94±0,46	21,27±0,43
3. Весна	84,51±0,36	15,49±0,36	28,85±0,43
4. Лето	65,42±0,48	34,58±0,48	17,36±0,39
	t*>2,58 p**1-2<0,01	t>2,58 p1-2<0,01	t>2,58 p1-2<0,01
	t>2,58 p1-3<0,01	t>2,58 p1-3<0,01	t>2,58 p1-3<0,01
	t<1,96 0,1>p1-4>0,05	t<1,96 0,1>p1-4>0,05	t>2,58 p1-4<0,01
	p2-3<0,01	t>2,58 p2-3<0,01	t>2,58 p2-3<0,01
	t>2,58 p3-4<0,01	t>2,58 p3-4<0,01	t>2,58 p3-4>0,01

*t – t-критерий Стьюдента, **p – уровень достоверности

Таблица 2. Тяжесть обострения хронического гастрита в разные сезоны года

Сезон года	Случаи, %	Тяжесть обострения хронического гастрита в%		
		тяжелое	средней тяжести	легкое
1. Осень	30,17±0,46	5,23±0,20	55,68±0,49	39,09±0,49
2. Зима	25,31±0,43	4,12±0,20	51,88±0,50	44,0±0,50
3. Весна	24,78±0,43	6,73±0,25	64,54±0,48	28,73±0,45
4. Лето	19,74 ±0,40	3,02±0,17	35,9±0,48	61,1±0,49
		t>2,58 p1-2<0,01	t>2,58 p1-2<0,01	t>2,58 p1-2<0,01
		t>2,58 p1-3<0,01	t>2,58 p1-3<0,01	t>2,58 p1-3<0,01
		t>2,58 p2-3<0,01	t>2,58 p2-3<0,01	t>2,58 p2-3<0,01
		t>2,58 p2-4<0,01	t>2,58 p2-4<0,01	t>2,58 p2-4<0,01
		t>2,58 p3-4<0,01	t>2,58 p3-4<0,01	t>2,58 p3-4<0,01

ЛИТЕРАТУРА

1. Абдулхаков Р.А. Распространенность *Helicobacter pylori* //Казанский медицинский журнал. – 2002. – Т.83, № 5. – С. 365-367.
2. Валенкевич Л.Н., Яхонтова О.И. Болезни органов пищеварения. Рук-во по гастроэнтерологии для врачей.- СПб.: Изд-во ДЕАН, 2006-656 с.
3. Васильев Ю.В. Хронический гастрит. Consilium medicum, Прилож. Выпуск № 3-2002, С. 6-10.
4. Канарейцева Т.Д., Чернуцкая С.П., Гервасиева В.Б. и др. Морфоиммунологические критерии диагностики гастрита, ассоциированного с *Helicobacter pylori* //Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. – 2010. - № 2. – С. 22-26.
5. Лазебник Л.Б., Васильев Ю.В., Щербаков П.Л. и др., *HELICOBACTER PYLORI*: распространенность, диагностика, лечение //Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. – 2010. - № 2. – С. 3-7.
6. Маев И.В., Вьючнова Е.С., Лебедева Е.Г. и др. *Helicobacter Pylori*: эпидемиология, диагностика, основы эрадикационной терапии. Учебно-методическое пособие. /Под ред. проф.И.В. Маева. - М.: ВУНМИЦ МЗ РФ, 2000. – 60 с.

УДК 616. 3 + 615. 015

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА КОМПЛАЕНСА У ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ ГАСТРИТОМ, ХРОНИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ И ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ, НАХОДЯЩИХСЯ НА ЛЕЧЕНИИ У ВРАЧА ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ И УЧАСТКОВОГО ТЕРАПЕВТА

Т. Е. Афанасенкова, Т. Н. Янковая

ГОУ ВПО СГМА Росздрава, кафедра общей врачебной практики (семейной медицины) с курсом поликлинической терапии

Резюме

В данной работе проведен анализ общего комплаенса и его факторов в работе семейного врача и врача терапевта-участкового при ведении больных с гастроэнтерологической патологией. Получено, что общий показатель приверженности к лечению у пациентов, находящихся под наблюдением врача общей практики, достоверно выше, чем у пациентов, лечившихся у участкового терапевта. Повышение комплаенса у пациентов семейного врача происходит за счет медико-социальной адаптированности, медико-социальной информированности, медико-социальной коммуникабельности, доверия к терапевтической стратегии лечащего врача и результативности проводимой или ранее проведенной терапии. Более высокий показатель приверженности

к лечению у пациентов семейного врача по сравнению с участковым врачом-терапевтом свидетельствует о хороших перспективах данной специальности в нашей стране.

Ключевые слова: комплаенс, врач общей практики, участковый терапевт.

COMPARATIVE ASSESSMENT OF COMPLIANCE IN PATIENTS WITH GASTRITIS, CHRONIC HEPATITIS AND LIVER CIRRHOSIS IN CONDITION OF TREATMENT WITH DOCTOR OF GENERAL PRACTICE AND DISTRICT THERAPEUTIST

T. E. Afanasenkova, T. N. Yankovaya

Summary

In the given work the analysis of the adherence to treatment and his factors in work of the family doctor and the therapeutic at conducting patients with gastroenterology a pathology. It is received, that the general parameter of adherence to treatment at patients taking place under supervision of the doctor of the general practice authentically is higher, than at patients treated at the therapeutic. Increase adherence to treatment at patients of the family doctor occurs due to medical-social adaptedness, medical -social knowledge, medical -social skill to communicate, trust to therapeutic strategy of the attending physician and productivity spent or before the carried out therapy. Higher parameter of adherence to treatment at patients of the family doctor in comparison with the local doctor the therapist, testifies to good prospects of the given speciality in our country.

Keywords: adherence to treatment, the doctor of the general practice, therapeutic.

Сравнительно недавно в Российской Федерации введена новая специальность – врач общей практики (семейный врач), в отношении которой высказывается много неоднозначных мнений. Одни считают, что в России данная профессия не нужна и не следует тратить дополнительно денежные ресурсы на ее внедрение. Другие считают, что в условиях реформирования здравоохранения врач общей практики (семейный врач) в ближайшем будущем будет ключевой фигурой в первичном здравоохранении.

Одной из основных задач здравоохранения на сегодняшний день является профилактическое направление, которое в свою очередь будет способствовать повышению продолжительности жизни населения. Для того чтобы победить болезнь, необходимо не только знание и умение врача, но и готовность пациента к сотрудничеству с медицинскими работниками, т.е. приверженность к лечению или комплаенс, что является одной из наиболее актуальных практических задач.

Учитывая, что патология органов пищеварения занимает третье место в общей структуре заболеваемости населения, на ее примере мы решили проследить результаты выполнения рекомендаций участкового терапевта и врача общей практики в отношении лечения и профилактики хронического гастрита, хронического гепатита и цирроза печени.

Цель исследования: интерпретация общего показателя комплаенса и его факторов у пациентов, страдающих хроническим эрозивным гастритом, хроническим гепатитом и циррозом печени, находящихся под наблюдением у участкового терапевта и врача общей практики.

Материалы и методы

Нами обследованы 130 пациентов, страдающих гастроэнтерологической патологией и получавших амбулаторное лечение в поликлиниках г. Смоленска. Из них 95 женщин и 35 мужчин. Средний возраст исследуемой группы составил $43,8 \pm 2,8$ лет. У участкового терапевта и врача общей практики (семейного врача) наблюдалось по 65 человек. Хронический эрозивный гастрит (ХЭГ) регистрировался у 70 пациентов, хронический гепатит (ХГ) у 45, хронический цирроз (ЦП) у 15 человек. Диагноз подтверждался на основании характерных жалоб больных, анамнестических данных, физических, лабораторных, вирусологических тестов, инструментальных методов исследования.

Приверженность к лечению (комплаенс) определяли по методу С.В. Давыдова (2000, 2001), суть которого состоит в вычислении его интегрального показателя и основных составляющих факторов [1]. Выделены 9 основных факторов комплаенса (ФК): 1) финансовая готовность оплачивать лечение; 2) медико-социальная адаптированность индивидуума; 3) медико-социальная информированность; 4) отсутствие приверженности к лечению нетрадиционными способами;

5) медико-социальная коммуникабельность; 6) удовлетворенность режимом назначенной терапии; 7) отсутствие склонности к медико-социальной изоляции; 8) доверие к терапевтической стратегии лечащего врача; 9) результативность проводимой или ранее проведенной терапии. Каждый из 9 вопросов содержит формулировку, раскрывающую особенности влияния рассматриваемого фактора, а также по 5 вариантов ответов с присвоенным каждому из них определенным числовым значением баллов в диапазоне от -2 до $+2$, характеризующим выраженность силы влияния данного фактора на приверженность к лечению. В ходе тестирования опрашиваемый имеет право в каждом вопросе выбрать только один вариант ответа. Далее необходимо суммировать числовые значения тех 9 альтернатив, которые были выбраны респондентом в качестве вариантов ответа.

Результаты

Результаты исследования общего значения комплаенса и его основных факторов у амбулаторных пациентов с гастроэнтерологической патологией представлены в табл. 1.

В ходе обследования выявлено, что значение общего комплаенса достоверно выше у пациентов, лечившихся у врача общей практики, чем у пациентов, наблюдавшихся участковым терапевтом ($P < 0,05$).

Таблица 1. Факторы комплаенса у пациентов с гастроэнтерологической патологией, находящихся под наблюдением врача общей практики и участкового терапевта

Факторы комплаенса	Врач общей практики	Участковый врач-терапевт	P
	абс. значение	абс. значение	
Общий комплаенс	$8,24 \pm 1,13$	$6,02 \pm 1,05$	$P < 0,05$
1	$1,23 \pm 0,26$	$1,21 \pm 0,27$	$P > 0,05$
2	$1,87 \pm 0,29$	$0,89 \pm 0,12$	$P < 0,05$
3	$2,54 \pm 0,32$	$0,85 \pm 0,31$	$P < 0,001$
4	$0,43 \pm 0,28$	$0,50 \pm 0,33$	$P > 0,05$
5	$1,97 \pm 0,07$	$1,45 \pm 0,09$	$P < 0,05$
6	$1,19 \pm 0,23$	$0,99 \pm 0,29$	$P > 0,05$
7	$1,36 \pm 0,29$	$1,76 \pm 0,30$	$P > 0,05$
8	$1,41 \pm 0,36$	$0,48 \pm 0,24$	$P < 0,05$
9	$1,18 \pm 0,31$	$0,81 \pm 0,26$	$P < 0,05$

Достоверное ($P < 0,05$) увеличение интегрального показателя комплаенса больных, находящихся на лечении у семейного врача, произошло за счет следующих его факторов: медико-социальной адаптированности (возможность выполнять все назначения лечащего врача: поход в поликлинику, посещение специалистов, соблюдение режима, диеты и т. п.); медико-социальной информированности (наличие информации о всех назначенных им лекарственных средствах: показания, противопоказания, побочные действия и т.п.); медико-социальной коммуникабельности (хороший контакт с врачом: желание откровенно поговорить с доктором, возможность врача выслушать больного, дать немедицинский совет); доверия к терапевтической стратегии лечащего врача и результативности проводимой или ранее проведенной терапии.

При сравнении остальных факторов, влияющих на приверженность к лечению, достоверной разницы в полученных результатах выявлено не было.

Выводы

Таким образом, можно сделать вывод, что качество работы врача общей практики (семейного врача) выше, чем участкового врача-терапевта.

За последние годы в отношениях врача и пациента многое изменилось, они стали более доверительными. Этому в немалой степени способствует открытие в нашем городе офисов врачей общей практики. Профилактическое образование населения для семейного врача не пустой звук. По существу он становится доктором, знающим слабое звено здоровья каждого члена семьи. Поэтому его советам доверяют, к ним прислушиваются.

ЛИТЕРАТУРА

1. Галявич А.С., Давыдов С.В. Качество жизни и приверженность к лечению больных гипертонической болезнью // Казанский медицинский журнал. – 2001. – Т. 82, № 3. – С. 198-202.

УДК: 616.345:616.33-002.44

ОСОБЕННОСТИ МИКРОБИОЦЕНОЗА ТОЛСТОЙ КИШКИ У БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ

С. В. Волк

ГОУ ВПО СГМА Росздрава, кафедра пропедевтики внутренних болезней

Резюме

Состояние микробиоценоза толстой кишки существенно влияет на все стороны жизнедеятельности организма человека. Дисбиоз толстой кишки не зависит от локализации язвенного дефекта, является составной частью клинического течения острой фазы язвенной болезни и характеризуется преимущественно 2-й и 3-й степенью нарушения толстокишечной микрофлоры.

Ключевые слова: язвенная болезнь, толстая кишка, кишечный микробиоценоз, дисбиоз толстой кишки.

THE FEATURES OF THE LARGE INTESTINE MICROBIOCOENOSIS IN PATIENTS WITH PEPTIC ULCER DISEASE

S. V. Volk

Summary

Large intestine microbiocoenosis status considerably affects all aspects of human organism vital functions. Large intestine dysbiosis doesn't depend on ulcerative defect localization, it is a component of clinical course of peptic ulcer disease acute phase and characterized mainly by large intestine microflora disturbances of II and III degree.

Keywords: peptic ulcer disease, large intestine, intestinal microbiocoenosis, large intestine dysbiosis

Кишечный микробиоценоз оказывает существенное влияние на все стороны жизнедеятельности организма человека: детоксикация эндогенных и экзогенных метаболитов; обеспечение колонизационной резистентности (защита от патогенных микроорганизмов); продукция биологически активных соединений (витаминов, гормонов, летучих жирных кислот); участие в печеночно-кишечной рециркуляции желчных кислот, в метаболизме углеводов, белков, липидов, холестерина и других соединений.

Изменения состояния кишечного микробиоценоза могут возникать при воздействии на организм человека достаточно широкого круга факторов: стрессовых ситуаций; заболеваний внутренних органов, прежде всего органов желудочно-кишечного тракта; погрешности в питании; острых инфекционных заболеваний желудочно-кишечного тракта; снижения иммунного статуса различного генеза; ионизирующего излучения.

Термин «дисбактериоз» был введен А. Nissle в 1916 году для обозначения любых изменений в микрофлоре, наступающих под влиянием различных факторов. В настоящее время этот термин означает, с одной стороны, количественные или

качественные изменения нормальной микрофлоры, нарушение ее антагонистических функций и других биологических свойств, с другой стороны – размножение различных условно-патогенных энтеробактерий, которые при нормальном биоценозе отсутствуют или составляют незначительную часть общей микрофлоры.

В понятие дисбактериоза включены нарушения микробиоценозов различных биотопов человеческого организма, выражающиеся в изменении инфраструктурного соотношения анаэробы/аэробы, в популяционных изменениях численности и состава микробных видов биотопов, в том числе появлении нехарактерных для данного биотопа видов, в изменении их метаболической активности, являющиеся причиной и механизмом развития многих патологических состояний. На сегодняшний день можно считать доказанным, что кишечный микробиоценоз оказывает существенное, а в ряде случаев и решающее влияние на все стороны жизнедеятельности организма человека.

В толстой кишке у здорового человека количество микроорганизмов составляет 10^{11} – 10^{12} КОЕ/г фекалий.