

ОПЫТ ВОЕННЫХ ИНФЕКЦИОНИСТОВ ПО РАЗРАБОТКЕ И ВНЕДРЕНИЮ СТАНДАРТОВ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Ю.П. Финогеев, Ю.А. Винакмен, В.Ф. Крумгольц, С.М. Захаренко
Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург

Experience of military infectionists on working out and introduction of standards of diagnostics and treatment of infectious diseases

Yu.P. Finogeev, Yu.A. Vinakmen, V.F. Krumgolts, S.M. Zakharenko
Military Medical Academy by S.M. Kirov, Saint-Petersburg

Резюме. Ни одно государство не в состоянии выделять неограниченные финансовые ресурсы для медицинского обеспечения населения. В условиях ограничения финансовых возможностей, достаточной стабильной и прогнозируемой численности медицинского персонала, известной оснащенности медицинских учреждений и численности населения перед государством стоит важнейшая задача обеспечения оказания оптимального объема диагностических и лечебных услуг максимальному числу граждан своей страны. Поиск наилучшего баланса между самыми современными возможностями медицины и реально необходимым уровнем оказания медицинских услуг активно ведется в нашей стране в течение последних десятилетий. Определенный вклад в разработку стандартов диагностики и лечения инфекционных больных внесен военными инфекционистами.

Ключевые слова: стандарты диагностики, стандарты лечения, военная медицина, инфекционные болезни.

Abstract. Any state not in a condition to allocate unlimited financial resources for medical maintenance of the population. In the conditions of restriction of financial possibilities, to enough stable and predicted number of the medical personnel, known equipment of medical institutions and population before the state there is the major problem of maintenance of rendering of optimum volume of diagnostic and medical services to the maximum number of citizens of the country. Search of the best balance between the advanced possibilities of medicine and really necessary level of rendering of medical services is actively conducted in our country during a placenta of decades. The certain contribution to working out of standards of diagnostics and treatment of infectious patients is brought by military infectionists.

Key words: standards of diagnostics, standards of treatment, military medicine, infectious diseases.

Пациенты имеют право на получение качественной медицинской помощи, которая характеризуется стандартами высокого технического уровня и человеческими взаимоотношениями между пациентом и производителями медицинской помощи.

Принципы защиты прав пациентов в Европе

В широком смысле слова «стандарт» применительно к медицине — образец (модель), принимаемый за исходное для сопоставления с ними других подобных объектов, но в другом качестве, т.е. сопоставление состояния больного и здорового организма человека. С другой стороны, «стандарт» как нормативный документ устанавливает комплекс норм, требований, правил к действию врача и вообще медицинского персонала в процессе работы.

Применение стандарта способствует улучшению качества работы, уменьшению количества диагностических ошибок, особенно на догоспиталь-

ном этапе в процессе эвакуации инфекционного больного. Кроме того, на заключительном этапе оказания медицинской помощи стандартизация должна привести к улучшению прогноза и исхода инфекционного заболевания.

По мнению М.А. Пальцева и соавт. (2006), диагноз — один из важнейших объектов стандартизации в здравоохранении, а стандартизация — основа управления качеством медицинских услуг. Без внедрения в практику унифицированного стандарта по формулировке и оформлению диагнозов (как и другой учетно-отчетной медицинской до-

кументации) невозможны объективная сертификация, аккредитация и лицензирование специалистов и медицинских организаций [1].

Термином «диагностика» обычно обозначают весь процесс обследования, наблюдения и рассуждений для выявления болезни и определения состояния больного. Научная доктрина диагностики представляет собой изучение структурно-функциональных особенностей человека в связи и во взаимодействии его с окружающей средой [2].

Наименьших финансовых затрат требует стандартизация обследования больного непосредственно врачом в рамках обычного клинического осмотра, основанного на расспросе больного, осмотре, пальпации и аускультации. И именно на стандартизацию этой области работы клинициста и могут быть направлены основные усилия, как требующие минимальных финансовых затрат, так и являющиеся наиболее унифицированными в деятельности врача. В качестве примера возможности стандартизации и алгоритмирования действий инфекционистов и специалистов других специальностей, вынужденно занимающихся первичной диагностикой и оказанием помощи инфекционным больным, воспользуемся опытом работы военных инфекционистов в период военной кампании 1979–1989 гг. в Демократической Республике Афганистан (ДРА) [3].

Сергей Петрович Боткин на новом методологическом уровне внедрил в практику тезис М.Я. Мудрова, призывавшего лечить не болезнь, а больного человека: «Индивидуализация каждого случая... составляет задачу клинической медицины и вместе с тем самое твёрдое основание лечения, направленного не против болезни, а против страдания больного» [4]. Вместе с тем, существует ряд ситуаций, при которых складывающиеся условия существенно ограничивают врача, прежде всего во временных ресурсах как для сбора, так и для анализа информации, когда на основании минимального набора данных необходимо принимать оперативные решения, обеспечивающие максимально благоприятный исход заболевания. Такие алгоритмированные или стандартизированные действия эффективны при проведении ранней клинической диагностики инфекционных заболеваний, выявлении факторов риска развития критических состояний и развивающихся осложнениях, а также при сортировке пациентов на этапах медицинской эвакуации и динамическом наблюдении за больными.

Опыт военных инфекционистов во время войны в ДРА показал, что для улучшения ранней диагностики инфекционных заболеваний на догоспитальном этапе могут применяться алгоритмы выявления инфекционных больных не только собственно инфекционистами, но и даже не медицинскими

специалистами (командирами подразделений и самими военнослужащими). Большинство встречающихся у военнослужащих заболеваний имеют ряд общих (озноб, жар, общая слабость, головная боль, нарушения сна и аппетита, повышение температуры тела) и местных (поражение респираторного тракта — насморк, кашель, боль в горле при глотании, кашель; желудочно-кишечного тракта — боль в животе, тошнота, рвота, понос) проявлений, которые отличают их от неинфекционных. Обучение командиров, санитарных инструкторов, фельдшеров основам этих знаний позволило в значительной мере сократить время от начала инфекционного заболевания до выявления такого больного. Так, если в 1982–1983 гг. 85–90% инфекционных больных поступали в лечебные учреждения на 4–12-е сутки от начала заболевания, то в 1984–1988 гг. до 60–70% больных даже в условиях боевых действий госпитализировались своевременно, что способствовало уменьшению числа больных с тяжелой формой инфекционного процесса в 3–7 раз.

С другой стороны, для врачей всех специальностей были разработаны диагностические таблицы (фактически стандарты), которые на основании изучения и анализа клинической симптоматики начального периода инфекционного заболевания позволяли своевременно установить вероятную причину заболевания (диагноз), выявить развивающиеся осложнения и критические состояния. Использование таких таблиц врачами медицинских пунктов полка (МПП) способствовало уменьшению числа диагностических ошибок в 2–3 раза за период с 1985 по 1987 гг.: при тифо-паратифозных заболеваниях — с 33,5% до 15,7%, дифтерии — с 55% до 19%, амёбиазе — с 89% до 29%.

Третьим элементом стандартизации практических действий врачей была разработка и внедрение в практику комплексных типовых схем неотложной помощи в войсковых частях при наиболее часто встречающихся синдромах критических состояний (дегидратационный синдром, инфекционно-токсический шок, инфекционно-токсическая энцефалопатия) и больным в тяжёлом состоянии при наиболее актуальных инфекциях — малярии, холере, менингококковой инфекции, дифтерии. Полученные результаты имеют большое практическое значение, так как инфекционные болезни у советских военнослужащих в Республике Афганистан занимали ведущее место (45,2–67,8%) в общей структуре санитарных потерь, а удельный вес трудопотерь от инфекционных заболеваний достигал 88% из числа личного состава ограниченного контингента Советских войск в Республике Афганистан.

Четвертым компонентом являлась медицинская сортировка больных при поступлении в лечебные учреждения и в профильные отделения.

Выделение шести потоков инфекционных больных (нуждающиеся в реанимационном лечении, больные брюшным тифом, больные вирусным гепатитом, больные острыми кишечными инфекциями, больные капельными инфекциями, больные малярией) позволяло сократить сроки оказания неотложной помощи и реанимационных мероприятий, оптимизировать формирование потоков больных в специализированные лечебные отделения, минимизировать необходимые материальные и человеческие ресурсы.

На основании анализа клинического течения основных нозологических форм, характерных для условий жаркого климата, были выявлены критерии прогноза возникновения осложнений и критических состояний, позволявшие своевременно назначать превентивные терапевтические мероприятия и предупреждать неблагоприятные исходы.

В профильных отделениях также осуществлялось распределение больных по принципу пропускной системы. Отдельно размещались больные в период разгара заболевания (т.е. наиболее эпидемиологически опасные), затем по мере выздоровления они переводились в палаты для реконвалесцентов. В зависимости от нозологической формы заболевания выделялись подгруппы пациентов, например, при брюшном тифе формировали 5 типов палат: интенсивного наблюдения; для больных, нуждающихся в соблюдении постельного режима (до 10 суток нормальной температуры тела); для больных с сочетанием брюшного тифа и вирусного гепатита; для реконвалесцентов и для бактериовыделителей.

Единая система обследования инфекционных больных позволила сократить сроки установки окончательного диагноза до 2–3 дней. В результате число пациентов, у которых диагноз был установлен позже 3-го дня, в 1987 г. по сравнению с начальным периодом кампании уменьшилось в 2,3–3,5 раза.

Залогом успешного внедрения и практической эффективности такого подхода к стандартизации клинического мышления врача была единая система образования всех военных специалистов, в основе ее первая в России кафедра инфекционных болезней Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова; система единоначалия — от главного инфекциониста Министерства обороны в структуре Главного военно-медицинского управления до инфекционистов госпиталей и врачей отдельных частей, и единый научно-методический комплекс, представленный руководящими документами, обязательными для исполнения всеми медицинскими специалистами Вооруженных сил.

Не секрет, что у военных врачей существуют регулярно обновляемые «Указания по диагностике, лечению и профилактике» актуальных инфек-

ционных заболеваний (ангины; гриппа и других острых респираторных заболеваний; дизентерии и других острых кишечных инфекций; холеры; брюшного тифа; малярии; менингококковой инфекции, гельминтозов и пр.), утвержденные начальником Главного военно-медицинского управления МО РФ и обязательные к исполнению в рамках военно-медицинской службы. По ряду направлений данные документы по сравнению с гражданским здравоохранением предъявляют более жесткие требования к объему и составу необходимых действий врача.

К определённой стандартизации в действиях будущего врача приучают уже со студенческой скамьи. Мы даже не замечаем, что строго выполняем определённые указания, инструкции, положения при диагностике и лечении. Например, обязательные посевы крови на жидкие питательные среды при подозрении на тифо-паратифозное заболевание, исследование слизи и гноя с небных миндалин на наличие коринебактерий дифтерии у больных с острым тонзиллитом и т.п. Это уже и есть стандартные действия врача с соблюдением строгих указаний и положений. По нашему мнению, это — элементы стандарта в сфере действия, т.е. элементы отраслевого стандарта. При выписке инфекционных больных в периоде реконвалесценции или после посещения кабинета инфекционных заболеваний (КИЗ) реконвалесценту выдают на руки памятку со стандартизированными рекомендациями.

Развитие и совершенствование лабораторных методов и инструментальных средств диагностики существенно опережает развитие клинической составляющей в диагностическом комплексе. Для накопления индивидуального клинического опыта врачу нужны годы и, в некоторых случаях редких заболеваний, — десятилетия, обобщение клинического опыта разных врачебных групп возможно в течение года и даже нескольких месяцев, как это происходило при выявлении таких заболеваний как тяжелый острый респираторный синдром (ТОРС, SARS), птичий и свиной грипп. Относительно медленно накапливается опыт лечения новых заболеваний. В то же время получение и анализ результатов лабораторных тестов могут быть существенно ускорены и гораздо легче стандартизованы благодаря, прежде всего, «материальности» самих процедур и наличию общепринятых критериев оценки результатов.

«Молодое» поколение врачей все больше склонно при постановке диагноза ориентироваться не на данные клинических методов диагностики, а на лабораторные и инструментальные показатели. Однако возможности проведения в условиях практического здравоохранения специфической диагностики (выделение возбудителя или обнаружение его генома, серо-, иммуно- и аллергические

тесты) ограничены по экономическим соображениям. В этой связи проблемы стандартизации в здравоохранении России в современных условиях выдвигают очень важную задачу — создание экономически оптимальных и эффективных алгоритмов диагностического обследования больных при различных клинических ситуациях, работа с которыми необходима для распознавания инфекционных заболеваний [5].

По мнению В.В. Малеева и соавт. (2003) [6], при острой необходимости внедрения стандартов диагностики и лечения, в частности инфекционных болезней, считается необходимым соблюдение следующих принципиальных условий:

- разработка и действие — на региональном уровне в зависимости от конкретной устойчивой эпидемиологической ситуации с закладкой в бюджет территории выверенных расходов;
- предназначение — для врачей «пара»-инфекционных специальностей (терапевты, хирурги, службы СМП, МЧС и пр.);
- область применения — первичная диагностика и неотложные лечебные мероприятия;
- срок действия — лимитированный.

Авторы данной статьи ни в коем случае не отрицают положения, что клиническое мышление врача, которому мы до настоящего времени стараемся обучить студентов/курсантов, является основой нашей многолетней клинической школы. Важно и то, что внедрение стандартов диагностики и лечения должно проводиться с учётом реалий материально-технического и юридического обеспечения здравоохранения всех регионов.

Выступая на VII Российском съезде инфекционистов в Нижнем Новгороде в 2006 г., В.Ф. Кузнецов [7] обратил внимание специалистов на то, что документ (стандарты/протоколы) должен иметь рекомендательный характер с чёткой и конкретной привязкой к материальным возможностям региона для 100% обеспечения всего спектра исследований и медикаментозного лечения каждому пациенту (в противном случае следует быть готовым к юридической ответственности). Документ должен быть предназначен для врачей общей практики и семейных врачей, службы скорой помощи и т.п.

Практическое существование работоспособных стандартов и протоколов диагностики и лечения инфекционных больных считается возможным при соблюдении следующих положений [5]:

1. Необходимость ревизии инфекционной заболеваемости.
2. Разработка на основе эпидемиологической ситуации на конкретной территории.
3. Юридическая ответственность исполнителей разработки регламентирующих документов через договорные механизмы.

4. Усиление контроля главных специалистов федеральных округов по данному направлению.

5. Приоритетной должна быть работа по составлению клиничко-диагностических рекомендаций по наиболее актуальным вопросам инфекционной патологии.

Вместе с тем, Федеральный закон «О техническом регулировании» 2003 г. устанавливает, что все стандарты в здравоохранении могут применяться только на добровольной основе. Таким образом, можно полагать, что очередная обязательная многолетняя акция регламентирования клинического мышления и диагностического поиска не имеет под собой достаточных юридических оснований для введения стандартов как отраслевых законов. В то же время работа инфекционной службы сегодня зачастую определяется документами 10 — 20-летней давности.

Означает ли все выше изложенное, что в системе военного здравоохранения ликвидирован индивидуальный подход к каждому пациенту? Безусловно, нет. Основоположник современной инфектологии Сергей Петрович Боткин разработал научно обоснованный метод решения диагностической задачи на основании анализа всех полученных о больном сведений, проведенного выбора ведущих признаков болезни, дифференциального диагноза и установления окончательного диагноза, который включает основное заболевание, его осложнения, сопутствующие болезни, функциональную характеристику органов и систем. По существу, это уже не диагноз болезни, а диагноз больного. Естественно, со времени основания кафедры и клиники заразных болезней с курсом бактериологии в Медико-хирургической академии С.С. Боткиным инфекционисты всегда придерживались принципов индивидуального подхода к диагностике и лечению больных.

По сути, стандарт позволяет специалисту «мыслить блоками» для ускорения принятия решения как в типичных, так, сколь это и не парадоксально, — и в нетипичных ситуациях, оставляя бóльший бюджет времени для принятия последующих «индивидуализирующих» решений. Т.е. стандарт в определенной степени достаточно удобен как молодому специалисту, не имеющему достаточного опыта, так и квалифицированному врачу, особенно в случае массового поступления больных. Авторы уверены, что стандарты в инфектологии помогут в практической работе прежде всего врачам общей практики и семейным врачам.

Таким образом, стандартизация клинического мышления, диагностические и лечебные стандарты с организацией медицинской помощи инфекционным больным при массовом их поступлении в условиях локальных войн, во время лечения смешанных инфекций и т.п. уже себя оправдали в практике военных инфекционистов.

Определённые типовые схемы обследования и лечения инфекционных больных целесообразно иметь в приёмном отделении стационаров, в медицинских пунктах частей, судовым врачам во время длительных переходов морем и т.д.

Подобные стандарты/протоколы должны составляться только на основании большого опыта диагностики и лечения инфекционных больных, а также с учётом экономических и научно-практических возможностей. Стандартизация клинического мышления, диагностические и лечебные стандарты инфекционных болезней необходимо периодически пересматривать в зависимости от эпидобстановки, экологических изменений, а также в зависимости от региона и географического расположения эпидочага инфекции.

Литература

1. Пальцев, М.А. Правила формулировки диагноза. Часть 1. Общие положения / М.А. Пальцев [и др.]. — М.: Росздравнадзор, ММА им. И.М. Сеченова, МГМСУ, НИИ морфологии человека РАМН, 2006. — С. 79.
2. Василенко, В.Х. Введение в клинику внутренних болезней / В.Х. Василенко. — М.: Медицина, 1985. — 256 с.
3. Опыт оказания медицинской помощи инфекционным больным ограниченного контингента Советский войск в Республике Афганистан // Труды Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова. — Т. 233. — 1993. — 204 с.
4. Гайдар, Б.В. Сергей Петрович Боткин / Б.В. Гайдар [и др.] // Материалы юбилейной российской научной конференции с международным участием, посвящённой 175-летию со дня рождения С.П. Боткина. — СПб.: Человек и здоровье, 2007. — С. 3–9.
5. Богомолов, Б.П. Современные проблемы диагностики инфекционных болезней / Б.П. Богомолов // Материалы VI Российского съезда врачей-инфекционистов. — СПб.: ВМедА, 2003. — С. 41–42.
6. Малеев, В.В. «Стандартизация» клинического мышления / В.В. Малеев, В.Ф. Кузнецов, Н.Ю. Набокова // Материалы VI Российского съезда врачей-инфекционистов. — СПб.: ВМедА, 2003. — С. 227–228.
7. Кузнецов, В.Ф. Вновь о стандартах/протоколах в клинической практике / В.Ф. Кузнецов [и др.] // Новые технологии в диагностике и лечении инфекционных болезней: тезисы докл. VII Российского съезда инфекционистов. — Н. Новгород, 2006. — С. 20.

Авторский коллектив:

Финогеев Юрий Петрович — к.м.н., ассистент кафедры инфекционных болезней Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова; тел.: 8(812)292-34-33;

Винакмен Юрий Арнольдович — ассистент кафедры инфекционных болезней Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова; тел.: 8(812)292-34-33;

Крумгольц Вячеслав Францискович — к.м.н., ассистент кафедры инфекционных болезней Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова; тел.: 8(812)329-71-65; e-mail: KWf@list.ru;

Захаренко С.М. — к.м.н., заместитель начальника кафедры инфекционных болезней Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова; тел.: 8(812)292-33-57; e-mail: zsm1@mail.ru.