

**ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ
С ОСНОВАМИ ДОКАЗАТЕЛЬНОЙ
МЕДИЦИНЫ В ПОДГОТОВКЕ
СПЕЦИАЛИСТОВ ЛЕЧЕБНОГО ПРОФИЛЯ**

Мамчиц А.П.

УО «Гомельский государственный медицинский университет», г. Гомель, Беларусь

Эпидемиологию определяют как науку, изучающую распределение в конкретных популяциях состояний здоровья и болезни, а также факторы, обуславливающие их, и применение полученных знаний для борьбы с патологическими состояниями [Джон Ласт, Эпидемиологический словарь, 1995] [1]. В 80–90-х гг. XX века сформировалась новая область знаний — клиническая эпидемиология. Главным постулат клинической эпидемиологии гласит: «Каждое клиническое решение должно базироваться на строго доказанных научных фактах». Этот постулат получил название «evidencebasedmedicine», в переводе «доказательная медицина» [3]. Современные научные исследования проводятся на основе доказательной медицины.

Доказательная медицина — это усиление традиционных навыков клинициста в диагностике, лечении, профилактике и др. областях путем систематического формулирования вопросов и применения статистических оценок вероятности и риска [4].

Возникновение и становление доказательной медицины обусловлено, прежде всего, значительным увеличением объема научной информации, внедрением новых информационных технологий, которые дают возможность получить самую оперативную информацию по заданному вопросу.

Цель данной работы — показать использование возможностей доказательной медицины при подготовке врачей лечебного профиля и совершенствовании их практической деятельности.

В практической работе врача постоянно возникают вопросы о выявлении причинно-следственных связей между внешними факторами и заболеваемостью населения, существует необходимость перевести потребности в информации в вопросы, на которые можно найти ответы, т.е. сформулировать задачу. Опытные врачи понимают, что собственно опыта недостаточно для ответа на поставленные вопросы, имеется потребность в получении дополнительной информации для их решения.

Выявление лучших обоснованных (доказательных) сведений для ответа на эти вопросы предполагает изучение медицинской литературы. Список рекомендуемых литературных источников для осуществления поиска включает в себя следующие источники: международные и национальные руководства, учитывающие принципы доказательной медицины; систематические обзоры; эпидемиологические журналы; база данных Национальной медицинской библиотеки США (Medline); Кокрановская электронная библиотека; ежегодный справочник «Доказательная медицина» (русскоязычная версия), выпускаемый 2 раза в год издательством «МедиаСфера», Международный журнал медицинской практики (издательство «МедиаСфера», переводные

публикации ведущих западных медицинских журналов с комментариями экспертов, диссертационные работы [4]).

В статьях, найденных в различных источниках, могут содержаться противоречивые данные с учетом применения разных методологий, поэтому следующий этап доказательной медицины — это умение критически оценить данные сведения на предмет достоверности и полезности для проведенных исследований.

В основе доказательной медицины лежит эпидемиологический анализ. Традиционная «иерархия доказательств» может быть представлена в следующей последовательности: систематические обзоры и мета-анализы; рандомизированные контролируемые исследования (РКИ); когортные исследования; исследования «случай-контроль»; поперечные исследования; анализ сообщений о случаях [4].

Рандомизированные контролируемые исследования являются золотым стандартом проведения эпидемиологических исследований и используются для оценки новых методов лечения, диагностики и профилактики. При их проведении сначала формируется однородная группа людей, вовлеченных в исследование, а затем они распределяются на опытную и контрольную группы. В дальнейшем сравнивают эффективность нового метода лечения или профилактики в опытной группе по сравнению с контрольной. Когортные (продольные) исследования проводятся систематически, непрерывно или через относительно короткие промежутки времени. Они делятся на ретроспективные и проспективные. В ходе проспективного наблюдения сравнивают заболеваемость в двух группах (когортах) людей, одна из которых подвергается вмешательству или воздействию какого-либо фактора, а вторая — не подвергается. В отличие от РКИ, которые редко бывают масштабными, когортные исследования могут охватывать большие группы населения. Эти исследования наиболее приемлемы, например, в эпидемиологии при изучении эффективности иммунопрофилактики, частоты развития осложнений и т.д.

Исследования типа «случай-контроль» относятся к ретроспективным исследованиям и применяются для доказательства гипотез о причинно-следственной связи между заболеваемостью и внешним воздействием. Сначала производится отбор группы пациентов с изучаемым заболеванием и группа лиц без этого заболевания (контроль). Затем ретроспективно определяют частоту воздействия изучаемого фактора в обеих группах. Если частота воздействия выше в основной группе, то соотношение вероятностей будет больше единицы, что указывает на повышенный риск заболевания. Основным вопросом, который можно решить с использованием этого метода, является вероятная причина заболевания (почему одни люди заболевают, а другие нет).

Поперечные исследования предполагают анализ данных, отобранных для исследования в определенный момент, хотя они могут касаться событий в прошлом (например, изучение амбулаторных карт с целью определения того, как часто были медицинские отводы от профилактических прививок и др.). Оценка результатов проделанной работы является заключительным этапом в рамках методологии доказательной медицины.

Таким образом, доказательная медицина позволяет врачу проанализировать полученную информацию, сопоставить данные литературных источников с результатами собственных научных исследований, выбрать наиболее оптимальное решение проблемы. Принципы доказательной медицины применимы в любой области медицинской науки и практики здравоохранения.

Литература

1. Власов, В.В. Эпидемиология: учеб. пособие для вузов / В.В. Власов // — 3- изд. Испр. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2005. — 464 с.
2. Далматов В.В., Стасенко В.Л. Тенденции развития отечественной эпидемиологии / В.В. Далматов, В.Л. Стасенко // Достижения эпидемиологии в XX веке. XXI. Взгляд в будущее: Материалы международной конференции. — Санкт-Петербург, ноябрь 2001. — С.35–37.
3. Чистенко, Г.Н. Современная эпидемиология в свете доказательной медицины / Г.Н. Чистенко, М.И. Римжа // Совершенствование осуществления государственного санитарного надзора в Республике Беларусь: материалы XI съезда гигиенистов и эпидемиологов. — Минск, 2007. — С.14–22.
4. Гринхальт, Т. Основы доказательной медицины: пер. с англ. / под ред. И.Н. Денисова, К.И. Сайткулова. — 3-е изд. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. — 288 с.

СОЦИАЛЬНАЯ ЗНАЧИМОСТЬ МЕНИНГОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ

Мамчиц Л.П., Квика М.Ф.

УО «Гомельский государственный
медицинский университет», г. Гомель, Беларусь

Менингококковая инфекция по-прежнему, остается одной из актуальных проблем здравоохранения во всем мире. Для менингококковой инфекции характерны убиквитарность, периодичность, определенное возрастное распределение, очаговость и носительство; последнее свойство не позволяет прогнозировать подъем заболеваемости [1].

Величина экономических потерь, наносимых инфекционной болезнью, является основным индикатором ее значимости. На протяжении последних 10 лет экономический ущерб от менингококковой инфекции возрастает в основном за счет затрат на стационарное лечение. Так, например, в России экономический ущерб от 1 случая менингококковой инфекции возрос в 10 раз, с 17 тыс. руб. в 1999 году до 180,3 тыс. руб. в 2010 году [2].

Менингококк является основным этиологическим фактором менингита и быстро развивающейся септицемии и представляет собой проблему общественного здравоохранения в большинстве стран. Каждый год в мире регистрируется около 500 тыс. случаев заболеваний и 25 тыс. смертельных исходов от менингококковой инфекции.

Менингококковая инфекция регистрируется на

всех континентах в виде спорадической, групповой и эпидемической заболеваемости. Уровень заболеваемости в разных странах колеблется в широких пределах — от нескольких случаев до сотен на 100 тыс. населения. Факторами, способствующими высокой заболеваемости, являются сухой климат, запыленность воздуха, плохие условия жизни, демографическая ситуация, иммунодефицитные состояния [3, 4].

Менингококки группы А, В и С вызывают большинство случаев болезни и смерти. Серогруппа А является причиной крупных эпидемий в мире. В 1980–90-х годах менингококки серогруппы С комплекса ET-37 стали причиной эпидемий в Австралии, Канаде, США, а также в некоторых европейских странах, поражая детей и подростков. В последние 20 лет эпидемии серогруппы В имели место в странах Европы, Новой Зеландии и Латинской Америки [5].

Цель работы: выявление наиболее существенных и устойчивых закономерностей в механизме развития и проявлениях эпидемического процесса менингококковой инфекции в Республике Беларусь в современных условиях.

Материалы и методы исследования: Материалом для исследования включено официальные данные учета заболеваемости менингококковой инфекцией за период 2000–2012 гг. населения Республики Беларусь, использованы для анализа методы эпидемиологической диагностики. Материалы обработаны с использованием статистического пакета компьютерной программы Microsoft Excel.

Результаты и обсуждение: в Республике Беларусь за 2000–2012 годы наблюдалась тенденция к снижению заболеваемости менингококковой инфекцией со среднегодовым темпом прироста 3,7%.

Если за 1998–2001 годы заболеваемость менингококковой инфекцией населения страны находилась на уровне 3,4–2,9 случаев на 100 тыс. населения, то за последние 5 лет (2008–2012 гг.) показатели заболеваемости снизились в 2,2–2,5 раза и составили 1,2–2,18 на 100 тыс. населения.

Среднегодовой показатель составил 2,2 на 100 тыс. населения. Минимальный уровень заболеваемости зарегистрирован в 2012 году и составил 1,2 на 100 тыс. населения, максимальный отмечен в 2000 году и достигал 3,6 на 100 тыс. населения.

Эпидемический процесс менингококковой инфекцией развивался под преимущественным влиянием комплекса постоянно действующих социальных факторов (численность населения, численность детского населения, количество детских коллективов и др.), которые и определяли неравномерность территориального распределения заболеваемости менингококковой инфекцией, структуру заболеваемости, особенности многолетней динамики.

Городские жители в 1,7 раза чаще вовлекались в эпидемический процесс. Возрастной группой риска были дети 0–3 лет, их удельный вес в общей структуре детской заболеваемости составлял от 46,2% до 76,9%.

В нашей стране возрос удельный вес менингококцемии за последние 5 лет до 76,9% (за предыдущий период 2002–2007 годы он не превышал 34,5%), что свидетельствует об утяжелении течения данной группы инфекции.