

4. Tsarik G.N., ed. *Public Health and Health Care: A Textbook for Interns, Residents, Students of Primary Cycles Retraining Specialists in the Discipline "Public Health and Health Care"* [Obshchestvennoe zdorov'e i zdravookhraneniye: uchebnik dlya internov, ordinatorov, slushateley tsiklov pervichnoy perepodgotovki spetsialistov po distsipline "Obshchestvennoe zdorov'e i zdravookhraneniye"]. Kemerovo: Praktika; 2012. (in Russian)
5. *Quality and Accreditation in Health Care Services: A Global Review*. — WHO/EIP/OSD/2003.1. Geneva: Department of Health Service Provision (OSD). World Health Organization; 2003.
6. Khabriev R.U., Vorob'ev P.A., Yur'ev A.S. The indicators of quality of care (regional level). *Problemy standartizatsii v zdravookhraneniye: Nauchno-prakticheskiy retsenziruemyy zhurnal*. 2005; 10: 54—63. (in Russian)
7. *On the Basis of Health Protection in the Russian Federation. Federal Law of 21.11.2011 no. 323-FZ* [Federal'nyy zakon "Ob osnovakh okhrany zdorov'ya grazhdan v Rossiyskoy Federatsii" ot 21.11.2011 N 323-FZ]. Sobranie zakonodatel'stva RF. 2011; no. 48, Art. 6724. (in Russian)
8. *On Approval of the State Control of Quality and Safety of Medical Practice. Decree of the Russian Federation of 12.11.2012 no. 1152* [Postanovlenie Pravitel'stva RF "Ob utverzhdenii Polozheniya o gosudarstvennom kontrole kachestva i bezopasnosti meditsinskoy deyatel'nosti" ot 12.11.2012 N 1152]. Sobranie zakonodatel'stva RF; no. 47, Art. 6501. (in Russian)
9. Nazarenko G.I., Polubentseva E.I. *Quality Management in Health Care* [Upravleniye kachestvom meditsinskoy pomoshchi]. Moscow: Meditsina; 2000. (in Russian)
10. Demidchik Yu.E., Kalinina T.V., Shchavaleva M.V., Moroz I.N., Stankevich S.I., Shvab L.V. Physician's assessment of quality of health care to the population of the Republic of Belarus. *Voprosy organizatsii i informatizatsii zdravookhraneniya*. 2010; 4: 58—63. (in Russian)
11. Gurses A.P., Carayon P., Wall M. Impact of performance obstacles on intensive care nurses' workload, perceived quality and safety of care, and quality of working life. *Health Serv Res*. 2009; 44 (2, Pt 1): 422—43.
12. Deming E. Out of the Crisis [Vykhod iz krizisa: Novaya paradigma upravleniya lyud'mi, sistemami i protsessami]. Transl. from Engl. 4-th ed. Moscow: Al'pina Publisher; 2011. (in Russian)
13. *Managing Quality of Care in a Multidisciplinary Health Facility: Methodological Recommendations no. 2002/92* [Upravleniye kachestvom meditsinskoy pomoshchi v mnogoprpfil'nom lechebno-profilakticheskom uchrezhdenii: Metodicheskie rekomendatsii N 2002/92]. Moscow: NII obshchestvennogo zdorov'ya i upravleniya zdravookhraneniem MMA im. I.M. Sechenova MZ RF; 2002. (in Russian)
14. *Measuring Hospital Performance to Improve the Quality of Care in Europe: a Need for Clarifying the Concepts and Defining the Main Dimensions: Report on WHO Workshop — EUR/03/5038066*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, World Health Organization; 2003.
15. Donabedian A. The quality of care: How can it be assessed? *J.A.M.A.* 1988; 260: 1743—8.
16. *Health Systems. Quality-assurance Management Systems: Report by the Secretariat*. — EB120/38 Add. 1 [Sistemy zdravookhraneniya. Sistemy upravleniya obespecheniem kachestva. Doklad Sekretariata. — EB120/38 Add. 1]. Vsemirnaya Organizatsiya Zdravookhraneniya. Ispolnitel'nyy komitet; 2007. (in Russian)
17. *Performance Assessment Tool for Quality Improvement in Hospitals (PATH)*. WHO Regional Office for Europe. Division of Country Health Systems; 2007.
18. Model Criteria // European Foundation for Quality Management, EFQM. URL: <http://www.efqm.org/efqm-model/model-criteria> (дата обращения: 01.06.2014).
19. State Standard ISO 9001—2011. Quality Management Systems. Requirements. Moscow: Standartinform; 2012. (in Russian)
20. Review into the quality of care and treatment provided by 14 hospital trusts in England: overview report. Professor Sir Bruce Keogh KBE // NHS URL: <http://www.nhs.uk/NHSEngland/bruce-keogh-review/Documents/outcomes/keogh-review-final-report.pdf> (дата обращения: 01.06.2014).
21. Reshetnikov A.V. Sociology of mandatory medical insurance (Part II). *Sotsiologiya meditsiny*. 2013; 1: 3—11. (in Russian)

Received 23.09.2014

© КАРНАКОВА М.В., КАЛЯГИН А.Н., 2014

УДК 614.252.1:616-002.78-07-08

Карнакова М.В., Калягин А.Н.

ОСВЕДОМЛЕННОСТЬ О ПОДАГРЕ ВРАЧЕЙ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

ГБОУ ВПО "Иркутский государственный медицинский университет" Минздрава России, 664003,
Иркутск, Россия

Для корреспонденции: Карнакова Мария Владимировна (karnmaria@yandex.ru)

Проведено анкетирование 50 участковых терапевтов и 21 ревматолога по вопросам диагностики и лечения больных подагрой. Результаты исследования подтверждают данные литературы о низкой осведомленности о подагре врачей первичного звена. Современные методы диагностики и лечения недостаточно используются врачами обеих специальностей.

Ключевые слова: подагра; терапевты; ревматологи; первичное звено здравоохранения.

Для цитирования: Социология медицины. 2014; 13 (2): 49—52.

Karnakova M.V., Kaliyagin A.N.

THE AWARENESS OF PHYSICIANS OF PRIMARY HEALTH CARE ABOUT GOUT

The Irkutsk state university, 664003, Irkutsk, Russia

The questionnaire was organized on sampling of 50 district therapists and 21 rheumatologists concerning issues of diagnostic and treatment of patients with gout. The results of study testify publication data about low awareness of physicians of primary health care about gout. The modern techniques of diagnostic and treatment are applied insufficiently by physicians of both specialties.

Key words: gout; therapists; rheumatologists; primary health care.

For citation: Sociologia meditsini. 2014; 13 (2): 49—52.

В последние десятилетия во всем мире отмечается быстрый рост заболеваемости подагрой. Изменение образа жизни и высокая распространенность факторов риска развития подагры в популяции способствуют быстрому повышению показателей общей и первичной заболеваемости в России и большинстве стран мира [1, 2].

Традиционно считается, что подагра встречается у 1—3% населения развитых стран, преимущественно у мужчин старше 45 лет, однако в современной литературе имеются сведения о снижении возраста дебюта подагры и учащении случаев развития подагры у женщин [3].

Подагра, как и многие другие ревматические болезни, часто является причиной инвалидности у людей трудоспособного возраста [4]. Важная особенность подагры — отрицательное влияние на продолжительность жизни. Это заболевание обоснованно рассматривают как фактор риска развития ранней эндотелиальной дисфункции и атеросклероза, следствием которых являются смертельные кардиоваскулярные катастрофы [5—9].

Таким образом, высокая распространенность, постоянный рост заболеваемости, ранняя инвалидизация, ухудшение качества жизни и высокий риск смерти свидетельствуют о высокой социальной значимости подагры [10] и требуют усовершенствования методов выявления, ранней диагностики и оптимизации тактики ведения больных.

Несмотря на хорошо изученные механизмы развития и особенности клинической картины заболевания, подагра диагностируется поздно. Большинство отечественных и зарубежных исследователей указывают на сроки установления правильного диагноза от 6 до 8 лет от начала заболевания [11—13]. Наиболее вероятной причиной поздней диагностики подагры являются многочисленные совершаемые врачами диагностические ошибки, частота которых, по данным разных авторов, колеблется от 30 до 68% [14]. Факты неправильной диагностики отмечали у каждого пятого больного подагрой [15]. По данным В.Г. Барсковой и соавт. [15], одна из основных причин поздней диагностики подагры — незнание общепринятых рекомендаций, диагностических и классификационных критериев заболевания. Нередко больные длительное время не направляются к ревматологу, что также приводит к повышению частоты хронических форм заболевания. Среди ошибок в ведении таких больных чаще всего встречаются назначение анальгетиков и мазей во время острого приступа подагры, применение пролонгированных форм глюкокортикоидов, что ведет к быстрой хронизации процесса, назначение аллопуринола во время приступа или, наоборот, неназначение при наличии прямых показаний [15]. На современном этапе заболевание достаточно хорошо изучено и при всех имеющихся в наличии технических возможностях современной медицинской науки нет никаких объективных причин для его поздней диагностики [15].

Многие пациенты с артритами обращаются прежде всего к участковому терапевту. Для своевременного установления диагноза требуются специальные знания и навыки, которыми врачи общей практики владеют недостаточно. Во всем мире семейные врачи с достоверно меньшей вероятностью ставят правильные и своевременные диагнозы ревматических болезней и менее эффективно с медицинской и экономической позиции управляют этими состояниями. Направление к ревматологу улучшает точность диагностики и исходы

заболевания [17]. Позднее направление к специалисту может стать причиной увеличения тяжести состояния пациента и даже привести к стойкой утрате трудоспособности.

От того, как осведомлены врачи общей практики о ранних симптомах артритов, насколько правильно они могут провести дифференциальную диагностику и направить больного к врачу-специалисту, например ревматологу, зависят в конечном счете исход заболевания и трудоспособность больного [18]. С учетом этого целью нашего исследования стала оценка знаний врачей амбулаторно-поликлинической службы о подагре.

Методика исследования

Проведено анкетирование 50 врачей — участковых терапевтов и 21 ревматолога Иркутска с целью оценки уровня знаний врачей амбулаторно-поликлинической службы о подагре. Исследование было организовано в соответствии с требованиями к такого рода исследованиям [19, 20]. Специально разработанная анонимная анкета включала вопросы о поле, возрасте, стаже работы, средней нагрузке, а также о принципах ранней диагностики, тактике лечения больных подагрой и проблемах ведения их на амбулаторно-поликлиническом этапе.

В опросе терапевтов приняли участие 49 женщин и 1 мужчина в возрасте 25—70 лет, средний возраст $46 \pm 13,1$ года (табл. 1). Средняя длительность врачебного стажа составила 20 лет (1—42 года). Смежные специальности имели 9 человек, среди смежных специальностей 7 человек — врачи общей практики, 1 специалист по гериатрии, 1 врач скорой медицинской помощи. Средняя нагрузка составила 4,8 пациента в час (4—8 человек).

В опросе ревматологов приняли участие 20 женщин и 1 мужчина, средний возраст $40 \pm 9,1$ года (25—65 лет). Средняя продолжительность врачебного стажа составила 13 лет (1—38 лет). Кроме основной, смежную специальность имеют 10 врачей: терапия — 6 человек, кардиология — 2 человека, профпатология — 1, функциональная диагностика 1. Средняя нагрузка составила 3,8 пациента в час.

Данные о результатах исследования представлены в виде абсолютных и относительных величин. Статистическую обработку данных исследования выполняли в программном пакете Primer of Biostatistics (Glanz S., 1999). Различия оценивали по критериям z и χ^2 , значимыми считали величины $p < 0,05$.

Результаты исследования

Подавляющее большинство терапевтов (94%) указывают, что к ним обращается не более одного больного подагрой в неделю, тогда как 67% ревматологов принимают от 2 до 5 больных. Возможно, это свидетельствует о большем доверии пациентов к специалисту-ревматологу, лучше осведомленному о проблемах диагностики и лечения ревматических заболеваний.

80% терапевтов отмечают, что больные подагрой чаще обращаются к ним с клиническими признаками острого подагрического артрита, тогда как больше половины ревматологов (62%) указывают, что пациенты попадают к ним на исходе артрита, часто уже проходят терапию, и большинство (67%) имеют хроническую форму болезни. Врачи первичного звена здравоохранения обычно бывают недостаточно подготовлены по дифференциальной диагностике ранних артритов, и именно на этом этапе происходит основная потеря времени [18].

Типичная клиническая картина острого артрита одного плюснефалангового сустава стопы в большинстве случаев позволяет поставить диагноз подагры. Тем не менее при атипичном течении болезни или по мере прогрессирования большое значение приобретают критерии диагноза, позволяющие врачу заподозрить и подтвердить наличие подагры. В настоящее время используют классификационные критерии Wallace (2000), одобренные ВОЗ (табл. 2). Они направлены именно на раннюю диагностику подагры [20]. Этим критерием придерживаются 62% ревматологов. Среди участковых терапевтов ими руководствуются лишь 6% опрошенных.

Стойкая гиперурикемия — облигатный фактор риска развития подагры. Ранее гиперурикемией считали уровень мочевой кислоты (МК) > 420 мкмоль/л, это точка супернасыщения сыворотки уратами, при которой начинают образовываться кристаллы МК. В рекомендациях по диагностике подагры EULAR (2006) приведена новая позиция, в соответствии с которой предлагается считать гиперурикемией уровень МК > 360 мкмоль/л (6 мг/дл). Эта позиция основана на результатах ряда исследований, показавших 4-кратное увеличение риска развития подагры у мужчин и 17-кратное — у женщин, если уровень МК > 360 мкмоль/л [21]. При заполнении нашей анкеты верное значение уровня МК указали 48% ревматологов и 24% терапевтов.

При ответе на вопрос, что является "золотым стандартом" диагностики подагры, 90% ревматологов указали выявление кристаллов моноурата натрия методом поляризационной микроскопии, также ответили 42% терапевтов (см. табл. 2). В соответствии с рекомендациями EULAR (2006) определенный диагноз подагры ставят при обнаружении кристаллов моноурата натрия в синовиальной жидкости [11, 21]. 52% терапевтов считают "золотым стандартом" выявление гиперурикемии. Хотя гиперурикемия является облигатным фактором риска развития подагры, сывороточный уровень МК не считается показателем, исключающим или подтверждающим подагру [22].

О недоступности поляризационного микроскопа в своей работе сообщили 100% опрошенных терапевтов и 86% ревматологов. К сожалению, немногие медицинские организации России имеют поляризационные микроскопы, позволяющие выявлять кристаллы уратов в синовиальной жидкости и тканях, что является важнейшим критерием диагноза подагры [1].

Бессимптомная гиперурикемия выявляется примерно у 2—5% мужчин в США, у 17% населения Франции, у 7% — Испании и у 19,3% — России [23]. По современным представлениям, бессимптомная гиперурикемия не нуждается в медикаментозном лечении, требуется лишь диета и коррекция сопутствующих заболеваний [16]. 56% терапевтов и 76% ревматологов не считают необходимой медикаментозную коррекцию гиперурикемии у лиц без подагры, 44% терапевтов считают целесообразным применение аллопуринола в данной ситуации.

Большинство терапевтов и ревматологов (90 и 96% соответственно) регулярно определяют уровень МК у пациентов, но отмечают низкую явку больных на повторный прием — не более 40% от впервые пришедших.

К сожалению, больные подагрой традиционно отличаются низкой приверженностью к лечению и скептическим отношением к терапии, особенно в межприступный период [15].

Таблица 1

Характеристика групп		
Параметр	Терапевты (n = 50)	Ревматологи (n = 21)
Соотношение мужчин : женщин	1:49	1:20
Средний возраст, годы	46±13,1	40±9,01
Средняя продолжительность трудового стажа, годы	20±12,5	13±9,02
Средняя нагрузка, число пациентов на приеме в час	4,8	3,8

92% терапевтов и 96% ревматологов предпочитают применять нестероидные противовоспалительные препараты для купирования острого подагрического артрита. Вместе с тем 56% терапевтов считают возможным назначение аллопуринола в острый период болезни, что является распространенной ошибкой в лечении подагры и ведет к увеличению тяжести артрита и негативному отношению больных к лечению аллопуринолом в дальнейшем. Среди участковых терапевтов 10% врачей не назначают больным подагрой аллопуринол, 26% считают, что прием аллопуринола можно прекратить после достижения нормоурикемии.

В соответствии с современными рекомендациями больным подагрой показан постоянный длительный прием аллопуринола [16]. Известно, что при прекращении антигиперурикемической терапии сывороточный уровень МК быстро достигает прежних значений, что способствует прогрессированию и хронизации болезни. Правильный режим приема аллопуринола представили 72% терапевтов и 100% ревматологов.

В связи с широкой распространенностью артериальной гипертензии в последние годы отмечается быстрый рост лекарственно-индуцированной подагры. Часто назначаемые при сердечно-сосудистых заболеваниях диуретики и низкие дозы ацетилсалициловой кислоты могут способствовать гиперурикемии. По современным представлениям, больным подагрой мочегонные препараты следует назначать только по жизненным показаниям [16]. О недопустимости назначения диуретиков при подагре осведомлены 86% терапевтов и 100% ревматологов.

В соответствии с действующим в настоящее время порядком оказания медицинской помощи ревматологическим больным ведение пациентов с подагрой осуществляется участковым терапевтом после консульта-

Таблица 2

Сравнение ответов врачей в группах				
Показатель	Терапевты, %	Ревматологи, %	z	p
Использование диагностических критериев Wallace	6	62	4,841	< 0,0001
Осведомлены о "золотом стандарте" диагностики подагры	42	90	3,458	< 0,0001
Верное значение уровня гиперурикемии	24	48	2,012	0,036
Правильный режим назначения аллопуринола	72	100	2,380	0,017

ции и с рекомендациями ревматолога. С этим положением согласно подавляющее большинство терапевтов (88%) и 62% ревматологов. Зарубежные и отечественные исследователи сходятся во мнении, что подагра является хорошо управляемым заболеванием и поддается эффективному контролю при соблюдении современных рекомендаций по ведению.

Заключение

Результаты исследования подтверждают данные литературы о низкой осведомленности о подагре врачей первичного звена. Несмотря на ожидаемый более высокий уровень знаний о подагре ревматологов, наши результаты свидетельствуют о недостаточном использовании современных методов диагностики и лечения врачами обеих специальностей, а иногда и о заблуждениях в вопросах тактики ведения больных, что ведет к ухудшению их состояния и хронизации болезни. Возникает необходимость мер, направленных на повышение уровня знаний врачей о классификационных критериях и современных клинических рекомендациях по ведению больных подагрой на амбулаторно-поликлиническом этапе.

ЛИТЕРАТУРА

1. Фоломеева О.М., Галушко Е.А., Эрдес Ш.Ф. Распространенность ревматических заболеваний в популяциях взрослого населения России и США. *Научно-практическая ревматология*. 2008; 4: 4—12.
2. Harrold L.R., Yood R.A., Mikuls T.R., Andrade S.E., Davis J., Fuller J. et al. Sex differences in gout epidemiology: evaluation and treatment. *Ann. Rheum. Dis.* 2006; 65: 1368—72.
3. Барскова В.Г. Диагностика подагрического артрита. *Русский медицинский журнал*. 2011; 10: 614—7.
4. Сидорова А.С. *Клиническая характеристика, факторы риска подагры у мужчин г. Иркутска*: Дис. ... канд. мед. наук. Иркутск; 2009.
5. Ильина А.Е., Варфоломеева Е.И., Волков А.В., Мач Э.С., Александрова Е.Н., Новиков А.А. и др. Соотношение толщины комплекса интима-медиа, факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний и уровня С-реактивного белка у пациентов с подагрой. *Терапевтический архив*. 2009; 10: 46—8.
6. Кушнаренко Н.Н., Говорин А.В., Кушнаренко К.Е. Состояние функции эндотелия у больных первичной подагрой. *Сибирский медицинский журнал (Иркутск)*. 2012; 2: 39—42.
7. Маркелова Е.И., Корсакова Ю.О., Барскова В.Г. Гипертрофия миокарда левого желудочка у больных подагрой. *Сибирский медицинский журнал (Иркутск)*. 2013; 1: 52—8.
8. Choi H.K., Ford E.S., Li C., Curhan G. Prevalence of the metabolic syndrome in patients with gout: the Third National Health and Nutrition Examination Survey. *Arthr. and Rheum.* 2007; 57: 109.
9. Kuo C.F., Yu K.H., See L.C., Chou I.J., Tseng W.Y., Chang H.C., et al. Elevated risk of mortality among gout patients: a comparison with the national population in Taiwan. *Joint Bone Spine*. 2011; 78 (6): 577—80.
10. Фоломеева О.М., Эрдес Ш.Ф., Насонова В.А. Ревматические заболевания у населения Российской Федерации в начале XXI века. *Терапевтический архив*. 2007; 12: 5—12.
11. Владимиров С.А., Елисеев М.С., Раденска-Лоповок С.Г., Барскова В.Г. Дифференциальная диагностика ревматоидного артрита и подагры. *Современная ревматология*. 2008; 4: 39—41.
12. Мухин Н.А. Подагра: лики болезни. *Современная ревматология*. 2007; 1: 5—9.
13. Насонова В.А., Барскова В.Г. Ранняя диагностика и лечение подагры — научно обоснованное требование улучшения трудового и жизненного прогноза больных. *Научно-практическая ревматология*. 2004; 1: 5—7.
14. Жарская Ф.С., Полковникова О.П., Кохан В.Г., Мошнина А.Г. Особенности течения подагрического артрита по данным городского ревматологического кабинета Хабаровска и эффективность школы "Подагра" *Современная ревматология*. 2010; 2: 54—7.
15. Барскова В.Г., Насонова В.А., Якунина И.А. и др. Ретроспективный анализ причин поздней диагностики подагры. *Клиническая геронтология*. 2004; 6: 13—7.
16. Барскова В.Г. Рациональные подходы к лечению подагры. *Современная ревматология*. 2008; 1: 16—8.
17. Солодухина Л.П. *Научные основы совершенствования ревматологической помощи населению на догоспитальном этапе*: Дис. ... канд. мед. наук. Курск; 2006.
18. Казанцева Н.Ю. Неуточненные артриты в практике участкового врача. *Сибирский медицинский журнал (Иркутск)*. 2008; 4: 9—11.
19. Решетников А.В. Особенности подготовки и проведения медико-социологических исследований. *Экономика здравоохранения*. 2001; 1: 38.
20. Решетников А.В., Ефименко С.А., Астафьев Л.М. *Методика проведения медико-социологических исследований*: Учебное пособие. М.; 2003.
21. Барскова В.Г., Мукагова М.В., Северинова М.А., Елисеев М.С., Чикаленкова Н.А. Диагностика подагры. *Сибирский медицинский журнал (Иркутск)*. 2012; 5: 132—5.
22. Насонов Е.Л., ред. *Ревматология. Клинические рекомендации*. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2008.
23. Атаханова Л.Э., Цурко В.В., Булеева И.М., Бойко И.Н., Железнов С.П., Иванова Т.Б. Подагра: от этиологии и патогенеза к диагностике и современной фармакотерапии. *Современная ревматология*. 2007; 1: 13—8.

Поступила 24.11.2013

REFERENCES

1. Folomeeva O.M., Galushko E.A., Erdes Sh.F. Prevalence of rheumatic diseases in adult populations of Russian Federation and USA. *Nauchno-prakticheskaya revmatologiya*. 2008; 4: 4—12. (in Russian)
2. Harrold L.R., Yood R.A., Mikuls T.R., Andrade S.E., Davis J., Fuller J. et al. Sex differences in gout epidemiology: evaluation and treatment. *Ann. Rheum. Dis.* 2006; 65: 1368—72.
3. Barskova V.G. Diagnosis of gouty arthritis. *Russkiy meditsinskiy zhurnal*. 2011; 10: 614—7. (in Russian)
4. Sidorova A.S. Clinical Characteristics, Risk Factors for Gout in Men Irkutsk: Dis. Irkutsk; 2009. (in Russian)
5. Il'ina A.E., Varfolomeeva E.I., Volkov A.V., Mach E.S., Aleksandrova E.N., Novikov A.A. et al. Relationship between the intima-media complex thickness, the risk factors of cardiovascular diseases, and the level of C-reactive protein in gouty patients. *Terapevticheskiy arkhiv*. 2009; 10: 46—8. (in Russian)
6. Kushnarenko N.N., Govorin A.V., Kushnarenko K.E. Endothelial function in patients with primary gout. *Sibirskiy meditsinskiy zhurnal (Irkutsk)*. 2012; 2: 39—42. (in Russian)
7. Markelova E.I., Korsakova Yu.O., Barskova V.G. Left ventricular hypertrophy in patients with gout. *Sibirskiy meditsinskiy zhurnal (Irkutsk)*. 2013; 1: 52—8. (in Russian)
8. Choi H.K., Ford E.S., Li C., Curhan G. Prevalence of the metabolic syndrome in patients with gout: the Third National Health and Nutrition Examination Survey. *Arthr. and Rheum.* 2007; 57: 109.
9. Kuo C.F., Yu K.H., See L.C., Chou I.J., Tseng W.Y., Chang H.C., et al. Elevated risk of mortality among gout patients: a comparison with the national population in Taiwan. *Joint Bone Spine*. 2011; 78 (6): 577—80.
10. Folomeeva O.M., Erdes Sh.F., Nasonova V.A. Rheumatic diseases in the population of the Russian Federation in the beginning of the XXI century. *Terapevticheskiy arkhiv*. 2007; 12: 5—12. (in Russian)
11. Vladimirov S.A., Eliseev M.S., Radenska-Lopovok S.G., Barskova V.G. Differential diagnosis of rheumatoid arthritis and gout. *Sovremennaya revmatologiya*. 2008; 4: 39—41. (in Russian)
12. Mukhin N.A. Gout: images of the disease. *Sovremennaya revmatologiya*. 2007; 1: 5—9. (in Russian)
13. Nasonova V.A., Barskova V.G. Early diagnostic and treatment of gout — is scientifically based requirements for improvement of labour and living prognosis of patients. *Nauchno-prakticheskaya revmatologiya*. 2004; 1: 5—7. (in Russian)
14. Zharskaya F.S., Polkovnikova O.P., Kokhan V.G., Moshnina A.G. The course of gouty arthritis according to the Khabarovsk city rheumatology room and the effectiveness of gout school. *Sovremennaya revmatologiya*. 2010; 2: 54—7. (in Russian)

15. Barskova V.G., Nasonova V.A., Yakunina I.A. et al. A retrospective analysis of the causes of late diagnosis of gout. *Klinicheskaya gerontologiya*. 2004; 6: 13—7. (in Russian)
16. Barskova V.G. Rational approaches to treating gout. *Sovremennaya revmatologiya*. 2008; 1: 16—8. (in Russian)
17. Solodukhina L.P. The Scientific Basis for Improvement Rheumatologic Care to the Population of Pre-hospital: Dis. [Nauchnye osnovy sovershenstvovaniya revmatologicheskoy pomoshchi naseleniu na dogospitalnom etape]. Kursk; 2006. (in Russian)
18. Kazantseva N.Yu. The not specified arthritides in the practice of the district doctor. *Sibirskiy meditsinskiy zhurnal (Irkutsk)*. 2008; 4: 9—11. (in Russian)
19. Reshetnikov A.V. Features of the preparation and conduct of medical and sociological research. *Ekonomika zdavookhraneniya*. 2001; 1: 38. (in Russian)
20. Reshetnikov A.V., Efimenko S.A., Astaf'ev L.M. The methodology of the Medical and Sociological Studies: Textbook. [Metodika provedeniya mediko-sotsiologicheskikh usloviy]. Moscow; 2003. (in Russian)
21. Barskova V.G., Mukagova M.V., Severinova M.A., Eliseev M.S., Chikalenkova N.A. Diagnosis of gout. *Sibirskiy meditsinskiy zhurnal (Irkutsk)*. 2012; 5: 132—5. (in Russian)
22. Nasonov E.L., ed. Rheumatology. Clinical Guidelines. [Rheumatologiya. Klinicheskie rekomendatsii]. Moscow: GEOTAR-Media; 2008. (in Russian)
23. Atakhanova L.E., Tsurko V.V., Buleeva I.M., Boyko I.N., Zheleznov S.P., Ivanova T.B. Gout: from etiology and pathogenesis to diagnosis and efficient pharmacotherapy. *Sovremennaya revmatologiya*. 2007; 1: 13—8. (in Russian)

Received 24.11.2013

© АЛЕКСЕЕВА В.М., МАШИНА М.А., 2014
УДК 614.2:618.177-08

Алексеева В.М., Машина М.А.

ИНФОРМИРОВАННОСТЬ ВРАЧЕЙ ЖЕНСКИХ КОНСУЛЬТАЦИЙ О ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЯХ

ГБОУ ВПО "Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова"
Минздрава РФ, 119991, Москва, Россия

Для корреспонденции: Машина Мария Андреевна (gynecologymaria@gmail.com)

Все акушеры-гинекологи и женских консультаций, и поликлиник в своей практике сталкиваются с пациентками, страдающими бесплодием. 25% опрошенных врачей не представляют, насколько актуальна проблема бесплодного брака. Более половины респондентов имеют очень смутное представление о том, что относится к вспомогательным репродуктивным технологиям, кроме экстракорпорального оплодотворения (ЭКО). 45% опрошенных врачей не знают показаний и противопоказаний к ЭКО, а также затрудняются перечислить все осложнения вспомогательных репродуктивных технологий.

Ключевые слова: бесплодие; репродуктивные технологии; экстракорпоральное оплодотворение; информированность врачей; показания; противопоказания.

Для цитирования: Социология медицины. 2014; 13 (2): 53—5.

Alekseyeva V.M., Mashina M.A.

THE ANALYSIS OF INFORMATION AWARENESS OF PHYSICIANS OF ANTENATAL CLINICS ABOUT AUXILIARY REPRODUCTIVE TECHNOLOGIES

The I.M. Sechenov first Moscow medical university of Minzdrav of Russia, 119991, Moscow, Russia

The obstetricians gynecologists in antenatal clinics and polyclinics encounter in their practice barrenness of female patients. The survey revealed that about 25% of respondents are not aware about extreme actuality of infertile marriage. More than half of respondents have quite vague idea about auxiliary reproductive technologies and what they are except extra-corporal fertilization. Among respondents, 45% have no knowledge about indications and contraindications for extra-corporal fertilization and find it difficult to enumerate all complications of auxiliary reproductive technologies.

Key words: barrenness; reproductive technologies; extra-corporal fertilization; information awareness of physicians; contraindications.

For citation: Sociologia meditsini. 2014; 13 (2): 53—5.

На сегодняшний день бесплодие занимает 4-е место среди приоритетных проблем репродуктивного здоровья [1]. Применение современных медицинских технологий позволяет проводить лечение бесплодных супружеских пар, у которых ранее не было шансов иметь своего ребенка. Общее число проводимых в России циклов вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ) растет [2], как и интерес среди населения к данным методикам.

С целью изучения информированность врачей акушеров-гинекологов, работающих в поликлиниках и женских консультациях в Москве, нами была разработана карта-опросник и проведено анкетирование.

В карту входили вопросы, ответы на которые помогли нам изучить мнение респондентов и их отношение к бесплодию, критериям его диагностики, длительности лечения, а также к ВРТ, в частности к экстракорпоральному оплодотворению (ЭКО). В анкетировании приняли участие 80 врачей акушеров-гинекологов с различным стажем работы ($P = 95\%$, $m = 5$).

Согласно полученным нами данным, 50% врачей-гинекологов амбулаторной практики часто сталкиваются с пациентками, страдающими бесплодием, 45% нечасто видят таких больных и лишь 5% врачей редко встречаются с данной патологией.