



Л. Ф. МИСЮК, Л. В. ЯКУБОВА, Л. В. КЕЖУН

МОТИВАЦИЯ ВРАЧЕЙ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ К НЕПРЕРЫВНОМУ МЕДИЦИНСКОМУ ОБРАЗОВАНИЮ

Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь

Цель исследования. Оценить исходный уровень знаний врачей общей практики (ВОП) в зависимости от стажа работы, наличия квалификационной категории.

Материал и методы. В анкетировании приняли участие 65 ВОП, которые были разделены на четыре группы: 1-я группа — 29 (44,6 %) человек со стажем работы по специальности 10 лет и более; 2-я группа — 36 (55,4 %) человек со стажем работы менее 10 лет; 3-я группа — 29 (44,6 %) человек с наличием квалификационной категории; 4-я группа — 36 (55,4 %) человек без квалификационной категории.

Результаты. Дана оценка исходного уровня знаний ВОП, которые проходили курсы повышения квалификации на кафедре общей врачебной практики и поликлинической терапии, по 10 вопросам разработанной на кафедре анкеты, включавшим диагностику, лечение и профилактику терапевтических заболеваний.

Выявлен недостаточный уровень знаний ВОП по актуальным вопросам терапии, с низким процентом правильных ответов по: хронической обструктивной болезни легких — 32 %; остеопорозу — 18,5 %; целевым уровням липидов — 26 %; ишемической болезни сердца — 52 %; наджелудочковой тахикардии — 44,5 %. Осведомленность ВОП по большинству предложенных вопросов не зависит от стажа работы и наличия квалификационной категории. Только знание диагностических критериев остеопении и остеопороза было выше при наличии квалификационной категории (31,0 % против 8,3 %, $p = 0,02$).

Заключение. В современном мире, чтобы быть успешным, необходимо совершенствоваться каждый день. Это значит, что врач должен не только получить образование на всю жизнь, но и продолжать обучение в течение всей жизни.

Ключевые слова: врач общей практики, анкетирование, уровень знаний, повышение квалификации.

Objective. To assess the initial level of knowledge of general practitioners (GPs), depending on work experience, the availability of a medical category and the need for professional training.

Materials and methods. 65 GPs took part in the survey and were divided into four groups: group 1 — 29 people (44.6 %) had 10 years or more work experience in the specialty; group 2 — 36 people (55.4 %) less than 10 years of experience; group 3 — 29 people (44.6 %) had qualification categories; group 4 — 36 people (55.4 %) without qualification category.

Results. The article provides an assessment of the initial level of knowledge of GPs who took advanced training courses at the department of general medical practice and outpatient therapy according to 10 questions of a questionnaire developed at the department.

An insufficient level of knowledge of GPs on current issues of therapy was revealed, with a low percentage of correct answers for: chronic obstructive pulmonary disease — 32 %; osteoporosis — 18.5 %; target lipid levels — 26 %; ischemic disease heart disease — 52 %; supraventricular tachycardia — 44.5 %. GPs' awareness of most of the proposed issues does not depend on their length of service or category. Only knowledge of diagnostic criteria for osteopenia and osteoporosis was higher in the presence of a category (31.0 % versus 8.3 %, $p = 0.02$).

Conclusion. In today's world, to achieve success, you need to improve every day. This means that a doctor should not only receive a «lifelong education» but also continue «lifelong education».

Key words: general practitioner, questionnaire, level of knowledge, advanced training.

HEALTHCARE. 2024; 12: 35—42

MOTIVATION OF GENERAL PRACTITIONERS FOR CONTINUING MEDICAL EDUCATION

L. F. Misiuk, L. V. Yakubova, L. V. Kezhun

Система здравоохранения Республики Беларусь непрерывно совершенствуется в направлении достижения высшего уровня здоровья всего населения, доступности и качества медицинской помощи. В стране уделяется большое внимание первичному звену здравоохранения, вопросам оптимизации первичной медицинской помощи, являющейся фундаментом стратегического развития здра-

воохранения. В 2020 г. обеспечено выполнение целевого показателя Государственной программы «Здоровье народа и демографическая безопасность Республики Беларусь» на 2016—2020 годы: доля врачей общей практики (ВОП) в общем количестве участковых терапевтов — 100 % [1]. Внедрение института ВОП в амбулаторно-поликлинические организации здравоохранения и работа в команде

показали свою эффективность. ВОП несут основную ответственность за организацию медицинской помощи прикрепленного населения, а качество медицинской помощи напрямую зависит от их профессионализма и уровня квалификации.

Значительное внимание уделяется кадровому обеспечению отрасли путем развития системы медицинского образования, внедрению прогрессивных форм обучения, новых организационных форм и технологий непрерывного профессионального образования. Анализ жизненных ценностей, изучение моделей профессионального поведения, лежащих в основе трудовой деятельности врача, выявление мотивирующих и демотивирующих факторов и методов мотивации к непрерывному медицинскому образованию — актуальные направления совершенствования качества медицинской помощи населению.

В Республике Беларусь созданы условия для получения качественного медицинского образования, в том числе на законодательном уровне решен вопрос необходимости непрерывного медицинского образования. Статьей 55 Трудового кодекса Республики Беларусь предусмотрено, что при организации труда работников наниматель обязан обеспечивать профессиональную подготовку, повышение квалификации, переподготовку, стажировку работников и прохождение работниками аттестации в соответствии с законодательством [2].

Успешность в профессии врача во многом зависит от личностных качеств и профессионализма человека, выбравшего медицинскую специальность. В настоящее время на первый план выходит не способность осваивать определенный набор знаний (хорошая обученность), а умение обучаться и быть способным к переобучению, а лучшим способом личностного роста является непрерывное самосовершенствование. Непрерывность образования является одним из условий получения качественного медицинского образования.

Для достижения поставленной цели нужна моральная и материальная мотивация к непрерывному образованию. Значимыми факторами мотивирования непрерывного повышения профессионального потенциала являются конкурентоспособность на рынке труда, фактор увлеченности и познавательный интерес, избегание неудач, ощущение собственной полноценности.

Главным стимулом врача к повышению своего профессионального уровня должна быть внутренняя мотивация, направленная на получение новых знаний, понимание своей миссии, своей роли в жизни людей, доверивших врачу свое здоровье.

Профессиональные факторы внутренней мотивации — необходимость подготовки отчетов и прохождения аттестации каждые 5 лет, наличие заинтересованности руководства в повышении квалификации врачей, профессиональный рост, веяние времени (например, появление новых методов исследования), стремление стать лучшим в профессии. Внутренняя мотивация может исходить из личностных побуждений — потребности в осмыслении собственного опыта и в самореализации, немаловажное значение имеют материальная заинтересованность и карьерный рост.

Тем не менее неожиданными оказались результаты социально-гигиенического исследования в Российской Федерации с участием 5090 врачей, по данным которого 72,3 % респондентов считают, что курсы повышения квалификации не нужно проходить каждые 5 лет. Более половины (54,6 %) врачей с опытом работы до 5 лет считают, что необходимо только практическое обучение (без теории), а 11,7 % врачей, имеющих стаж работы более 15 лет, считают, что курсы повышения квалификации отвлекают внимание. Проходить обучение чаще 1 раза в 5 лет хотят лишь 12,2 % опрошенных врачей. При этом большинство (66,4 %) респондентов недовольны уровнем преподавания и организацией курсов повышения квалификации [3]. Полученные результаты нацеливают на совершенствование и модернизацию курсов повышения квалификации с использованием инновационных образовательных программ и технологий. Важно также формировать у студентов, интернов, врачей мотивацию к самообразовательной работе на основании постоянно обновляемых знаний.

Медицинское образование комбинирует классические методики и новые технологии обучения. Необходимо создать условия для развития у обучающихся широкого спектра компетенций и прочно закрепленных практических навыков. В нашей стране один из главных шагов на пути решения этой задачи —

создание современной республиканской системы симуляционного обучения. И хотя золотым стандартом подготовки врачей называют обучение «у постели больного» — это не замена такой практики. В настоящее время симуляционное обучение становится обязательным компонентом профессиональной подготовки. Создание условий для отработки практических навыков позволяет развить способности быстрого принятия решений и успешного выполнения манипуляций или вмешательств, в том числе при неотложных состояниях.

Высокого уровня профессиональных знаний нельзя достичь без постоянной самостоятельной подготовки. Самообразование врача заключается в постоянном мониторинге медицинских новостей с использованием специализированных интернет-ресурсов, обмене профессиональной информацией с коллегами в интерактивной среде, участии в онлайн- и офлайн-конференциях, вебинарах, чтении новых монографий и медицинских журналов. Важный и эффективный путь повышения квалификации — приобщение врачей к научно-исследовательской работе с углубленным изучением нерешенной медицинской проблемы, соответствующей его интересам.

Цель исследования — оценить исходный уровень знаний ВОП в зависимости от стажа работы и наличия квалификационной категории.

Материал и методы

Объектом исследования являлись оценка исходного уровня знаний ВОП, проходивших курсы повышения квалификации на кафедре общей врачебной практики и поликлинической терапии УЗ «Гродненский государственный медицинский университет» по образовательной программе дополнительного образования взрослых «Профилактика, диагностика и лечение терапевтических заболеваний в амбулаторных условиях». Оценка исходного уровня знаний проводили методом анкетирования ВОП в первый день занятий на курсе. Разработана анкета с 10 вопросами, включающая вопросы по диагностике, лечению и профилактике терапевтических заболеваний. Анкета содержала 10 вопросов, за каждый правильный ответ начислялся 1 балл.

В анкетировании приняли участие 65 ВОП, которые были разделены на четыре группы:

1-я группа — 29 (44,6 %) человек со стажем работы по специальности 10 лет и более; 2-я группа — 36 (55,4 %) человек со стажем работы менее 10 лет; 3-я группа — 29 (44,6 %) человек с наличием квалификационной категории; 4-я группа — 36 (55,4 %) человек без квалификационной категории. Врачи со стажем работы 10 лет и более чаще имели врачебную категорию (89,7 % против 8,3 %, $p < 0,00001$).

Статистическую обработку данных осуществляли с помощью пакета прикладных программ Statistica 10.0. Результаты представлены в виде среднего значения и стандартного отклонения ($M \pm SD$), частота правильных ответов — в процентах. Для сравнения двух групп между собой использовали U-критерий Манна — Уитни. Сравнительный анализ величин между группами проводили с помощью t-критерия. Различия между показателями считали статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение

Результаты анкетирования исходного уровня знаний ВОП представлены в таблице.

Согласно данным таблицы уровень знаний ВОП по большинству предложенных вопросов не зависит от стажа работы и наличия квалификационной категории ($p > 0,05$). Средний балл составил: в 1-й группе — $5,4 \pm 1,8$, во 2-й группе — $5,7 \pm 1,7$ ($p > 0,05$); в 3-й группе — $5,7 \pm 1,7$, в 4-й группе — $5,4 \pm 1,7$ ($p > 0,05$). Только знание диагностических критериев остеопении и остеопороза было достоверно выше при наличии квалификационной категории (31,0 %) по сравнению с врачами без квалификационной категории (8,3 %) ($p = 0,02$).

Анализ анкетирования показал, что только каждый третий врач способен правильно интерпретировать показатель спирометрии, характеризующий степень обструкции дыхательных путей. При этом уровень знаний у ВОП по данному вопросу не зависел от стажа и наличия квалификационной категории и составил: в 1-й группе — 27,6 %, во 2-й группе — 36,1 % ($p > 0,05$); в 3-й группе — 34,5 %, в 4-й группе — 30,6 % ($p > 0,05$).

Спирометрия является основным методом подтверждения присутствия бронхиальной обструкции у пациента, определения степени тяжести обструктивных нарушений, оценки эффективности терапии хронической

Результаты анкетирования врачей общей практики

Вопрос	Правильные ответы					
	1-я группа	2-я группа	p	3-я группа	4-я группа	p
1. Показатель спирометрии, характеризующий степень обструкции дыхательных путей	8 (27,6 %)	13 (36,1 %)	0,47	10 (34,5 %)	11 (30,6 %)	0,74
2. Стандартная терапия первой линии для эрадикации <i>H. pylori</i>	23 (79,3 %)	30 (83,3 %)	0,68	24 (82,8 %)	29 (80,6 %)	0,82
3. Целевые уровни липидов для пациентов очень высокого сердечно-сосудистого риска	6 (20,7 %)	11 (30,6 %)	0,37	8 (27,6 %)	9 (25,0 %)	0,81
4. Органы-мишени артериальной гипертензии	29 (100,0 %)	36 (100,0 %)	1,0	29 (100,0 %)	36 (100,0 %)	1,0
5. Группы препаратов, увеличивающие продолжительность жизни пациентов с ишемической болезнью сердца	14 (48,3 %)	20 (55,6 %)	0,56	15 (51,7,3 %)	19 (52,8 %)	0,93
6. Показания для определения гликированного гемоглобина	15 (51,7 %)	20 (55,6 %)	0,75	16 (55,2 %)	19 (52,8 %)	0,85
7. Первая помощь при наджелудочковой тахикардии	11 (37,9 %)	18 (50,0 %)	0,33	14 (48,3 %)	15 (41,7 %)	0,59
8. Целевой уровень МНО при подготовке пациента к ЭИТ на амбулаторном этапе	17 (58,6 %)	24 (66,7 %)	0,50	19 (65,5 %)	22 (61,1 %)	0,71
9. Денситометрические диагностические критерии диагноза остеопении и осеопороза для женщин до и после менопаузы	8 (27,6 %)	4 (11,1 %)	0,09	9 (31,0 %)	3 (8,3 %)	0,02
10. Для каких заболеваний характерна механическая желтуха	25 (86,2 %)	28 (77,8 %)	0,39	26 (89,7 %)	27 (75,0 %)	0,13

Примечание: МНО — международное нормализованное отношение; ЭИТ — электроимпульсная терапия.

обструктивной болезни легких (ХОБЛ). Несмотря на то что применение спирометрии настоятельно рекомендуется практически во всех клинических руководствах, разработанных ведущими врачебными профессиональными сообществами, многие ВОП по-прежнему используют только общеклинические методы обследования пациента с предполагаемым диагнозом ХОБЛ.

К сожалению, существует низкий уровень ранней диагностики ХОБЛ. Основной причиной смерти пациентов с данным заболеванием является прогрессирование основного заболевания. Главной причиной этого является низкий уровень внедрения спирометрии среди ВОП, что обусловлено недостаточным обучением методике технически правильного выполнения спирометрического исследования и интерпретации полученных результатов, что подтверждают и результаты опроса ВОП.

Основными клинически значимыми показателями форсированной спирометрии являются форсированная жизненная емкость легких (ФЖЕЛ), объем форсированного выдоха за 1-ю секунду (ОФВ₁) и их соотношение (ОФВ₁/ФЖЕЛ) [4; 5].

Для диагностики обструктивных нарушений лучше использовать соотношение ОФВ₁/ЖЕЛ, поскольку у пациентов с обструктивными заболеваниями легких ФЖЕЛ может быть существенно меньше ЖЕЛ, измеренной при спокойном дыхании. Использовать в диагностическом алгоритме соотношение ОФВ₁/ФЖЕЛ следует лишь в случаях, когда ЖЕЛ не измерялась. Выраженность вентиляционных нарушений принято оценивать по изменению показателя ОФВ₁ [5]. Постбронходилатационный показатель (ОФВ₁/ФЖЕЛ < 0,70) подтверждает наличие персистирующего ограничения скорости воздушного потока и является ключевым диагностическим маркером ХОБЛ.

Результаты нашего исследования по вопросу ХОБЛ согласуются с результатами анкетирования врачей в Российской Федерации, полученными Р. И. Бонцевич и соавт. [6] По данным мультицентрового исследования ASCO-II (Assessment of Senior Medical Students in the Field of COPD) за 2017—2018 гг. было опрошено 234 врача терапевтического профиля (терапевты, ВОП) в восьми городах России. Авторами были выявлены недостаточное знание врачами оценки выраженности

клинической симптоматики при ХОБЛ, незнание верного определения ХОБЛ, недостаточная информированность о важности противогриппозной вакцинации. Так, о выраженности клинической симптоматики ХОБЛ свидетельствуют показатели CAT ≥ 10 , mMRC ≥ 2 балла, о чем было известно всего 18,9 % врачей (от 5 до 55 % в разных медицинских учреждениях; $p < 0,01$). Известно, что вакцинация против гриппа положительно влияет на течение ХОБЛ, в частности способствует снижению частоты ее обострений.

Таким образом, исследование ASCO показало достаточно низкий уровень теоретической подготовки врачей терапевтического профиля по ХОБЛ, и, по мнению авторов исследования, результаты опроса указывают на необходимость проведения дополнительных образовательных мероприятий по вопросам диагностики и терапии данного заболевания [6].

Недостаточный уровень знаний был также выявлен у ВОП по вопросу определения целевых уровней липидов для пациентов очень высокого сердечно-сосудистого риска (ССР) — только 26,2 % правильных ответов (от 20,7 до 30,6 %) (см. таблицу).

В новой версии рекомендаций по дислипидемиям Европейского общества кардиологов (ESC), Европейского общества по изучению атеросклероза (EAS), Российского кардиологического общества уровень ССР пациента определяет интенсивность липидснижающей терапии, позволяющей достигать индивидуального целевого показателя холестерина липопротеинов низкой плотности (ХС-ЛПНП) [7—9]. Снижение уровня ХС-ЛПНП и поддержание целевых уровней липидов предотвращает инциденты сердечно-сосудистых осложнений и инсульта [10]. Строгое выполнение практикующими врачами рекомендаций по коррекции дислипидемии является необходимым условием, которое позволит снизить заболеваемость и смертность от сердечно-сосудистых заболеваний в Республике Беларусь.

В настоящее время у пациентов очень высокого ССР определена цель достижения уровня ХС-ЛПНП менее 1,4 ммоль/л и/или 50 % и более его снижения от исходного. У пациентов высокого риска целевые показатели ХС-ЛПНП составляют менее 1,8 ммоль/л и/или 50 % и более его снижения от исходного уровня. Для пациентов умеренного и низкого

ССР целевыми уровнями ХС-ЛПНП являются показатели менее 2,6 и 3,4 ммоль/л соответственно [7—9].

Целевые уровни холестерина липопротеинов невысокой плотности (ХС-нЛПВП) (вторичная цель терапии, редко используется в реальной клинической практике): менее 2,2, 2,6 и 3,4 ммоль/л для пациентов очень высокого, высокого и умеренного риска соответственно. ХС-нЛПВП как ориентир эффективности терапии играет важную роль у лиц с уровнем триглицеридов более 4,5 ммоль/л, когда расчетным методом уровень ХС-ЛПНП получить нельзя, а возможность измерить прямым методом отсутствует.

Наличие дислипидемии является одним из значимых факторов риска развития артериальной гипертензии (АГ), а также ее осложнений [10]. Своевременная диагностика АГ и правильно подобранное лечение с учетом индивидуальных особенностей пациента, наличие коморбидной патологии, возникающих эпидемических ситуаций требуют хорошо подготовленного, грамотного в этом направлении медицинского персонала [11].

В нашем опросе фигурировал вопрос только про органы-мишени АГ, и 100%-я правильность ответов позволяет надеяться на назначение полного перечня диагностических исследований, определяющих поражение органов-мишеней при АГ. Однако, как показывают исследования, проведенные в Российской Федерации, знания врачей по вопросам АГ являются недостаточными [12]. Так, согласно результатам многоцентрового исследования RHYSTARH с участием 425 врачей терапевтического профиля из 9 городов/регионов Российской Федерации, менее половины респондентов правильно ответили на вопросы диагностики и определения АГ по значению домашнего мониторинга артериального давления (АД), определения понятия резистентной АГ, необходимости медикаментозной коррекции высокого нормального АД, выбора оптимального класса препаратов для стартовой терапии АГ без учета клинических ситуаций [12].

Также недостаточный уровень знаний показали врачи по вопросам терапии АГ. В частности, о показаниях к применению ацетилсалициловой кислоты у пациентов с АГ знают 37 % опрошенных, о превосходстве

комбинированной терапии по сравнению с наращиванием дозы исходного препарата — 34 %, о выборе оптимальной терапии к предложенным типовым клиническим ситуациям и абсолютно противопоказанных к назначению препаратах при беременности и ХОБЛ — 27 % анкетированных. Авторы исследования рассчитали, что повышение знаний у врачей на 10 % позволило бы увеличить шансы правильного назначения фармакотерапии АГ в 1,9 раза, и сообщают о необходимости проведения дополнительных образовательных программ для врачей по вопросам АГ [12; 13].

Наиболее низкий уровень знаний ВОП показали по определению денситометрических диагностических критериев диагноза остеопении и остеопороза для женщин до и после менопаузы (правильных ответов только 18,5 %), что является недостаточным и требует осведомленности в этом вопросе. Знание диагностических признаков остеопении и остеопороза было выше при наличии квалификационной категории у врачей (31,0 % против 8,3 %, $p = 0,02$).

В настоящее время остеопороз представляет одну из важнейших медико-социальных проблем ввиду его высокой распространенности и обусловленных им инвалидности, значительной смертности от осложнений. Согласно статистике Международного фонда остеопороза (IOF), 24 % пациентов с переломами шейки бедра умирают в течение 1 года после перелома, 60 % нуждаются в посторонней помощи годами, из них 33 % становятся полностью зависимыми. Повторный перелом шейки бедра происходит у одного из трех пациентов в среднем в течение 1,5 года.

Диагностика остеопороза основывается на определении минеральной плотности костной ткани с помощью рентгеновской денситометрии поясничного отдела позвоночника (L_I—L_{IV}) или проксимального отдела бедра. Диагностическим критерием остеопороза для женщин в постменопаузе и мужчин старше 50 лет является снижение Т-критерия (количество стандартных отклонений от пиковой костной массы) до $-2,5$ и ниже; от $-1,0$ до $-2,5$ — остеопения; в норме этот показатель составляет от $-1,0$ и выше. Однако при наличии в анамнезе низкотравматического перелома тела позвонка (позвонков), бедра или множественных переломов диагноз тяжелого

остеопороза ставится независимо от степени снижения минеральной плотности костной ткани [14].

Современной стратегией организации помощи пациентам с остеопорозом являются ранняя диагностика с определением высокого риска переломов и раннее назначение патогенетического лечения. Недостаточное знание врачами критериев постановки диагноза влечет за собой несвоевременное назначение терапии и профилактики, развитие тяжелых форм остеопороза, позднюю диагностику и смертность и требует проведения образовательных программ по данному вопросу.

Достаточный исходный уровень знаний ВОП показали по вопросам стандартной терапии первой линии для эрадикации *H. pylori* и заболеваний, приводящим к развитию механической желтухи (в среднем более 80 % правильных ответов), что является немаловажным аспектом в их практике.

По вопросу целевого уровня МНО при подготовке пациента к ЭИТ на амбулаторном этапе правильные ответы составили 58,6—66,7 %. Задачей ВОП является антикоагулянтная подготовка пациентов к ЭИТ, что определяет необходимость знаний целевого уровня МНО. При назначении варфарина на амбулаторном этапе в рамках профилактики тромбоэмболических событий при подготовке к ЭИТ у пациентов с фибрилляцией предсердий рекомендовано достижение целевого уровня МНО от 2,0—3,0 [15].

Исходный уровень знаний ВОП по показателям для определения гликированного гемоглобина (HbA_{1c}) в среднем составил 51,7—55,6 %. Неуклонный рост пациентов с преддиабетом и сахарным диабетом (СД) 2-го типа требует от врачей первичного звена четких знаний по критериям постановки диагноза, направленных как на раннее выявление метаболических нарушений у пациентов, так и на мониторинг терапии СД. Диагностика СД, как известно, проводится на основании факторов риска, клинических симптомов и лабораторного определения концентрации глюкозы в крови (натощак, через 2 ч после нагрузки 75 г глюкозы, случайно в любое время суток вне зависимости от времени приема пищи), HbA_{1c}. Диапазон уровня HbA_{1c} 5,7—6,5 % соответствует преддиабету; более 6,5 % — критерий постановки диагноза СД [16].

HbA1c — это интегральный показатель, отражающий уровень гликемии за 3 мес. Показаниями для его определения в общей врачебной практике является наличие у пациента клинических признаков и лабораторных критериев гипергликемии в рамках скрининга и диагностики преддиабета и диабета, также HbA1c должен мониторироваться 1 раз в год при уже поставленном диагнозе СД для контроля эффективности терапии при достижении целевых показателей HbA1c; 1 раз в 3 мес. — у пациентов с СД, не достигших его целевых значений или при изменении тактики или схемы лечения. Поэтому знание этих показаний каждым вторым ВОП является, на наш взгляд, недостаточным и требует повышения осведомленности в данном вопросе.

Ведущей причиной смерти во всем мире, в том числе в Республике Беларусь, является смертность от ишемической болезни сердца (ИБС) (53,2 %) [15]. К сожалению, знание групп препаратов, увеличивающих продолжительность жизни пациентов с ИБС, остается невысоким. Так, согласно результатам нашего исследования, от 48,3 до 55,6 % анкетированных ВОП дали правильный ответ с указанием всех групп препаратов, при этом не было разницы в правильности ответов в зависимости от стажа работы и квалификационной категории. Полученные результаты нацеливают на совершенствование и модернизацию курсов повышения квалификации с использованием инновационных образовательных программ и технологий.

Неотложные состояния на амбулаторном этапе, в частности вопрос по оказанию первой помощи при наджелудочковой тахикардии, также требуют дальнейшего повышения знаний ВОП, поскольку в среднем только 44,5 % анкетированных дали правильные ответы. Диагностика и лечение пациентов с тахикардией в амбулаторных условиях базируется на знании клинического протокола и алгоритма, рекомендаций по диагностике и лечению тахикардии и нарушений проводимости [15; 17]

Таким образом, анкетирование позволило изучить проблемы, возникающие в образовании ВОП. Выявлены проблемы в вопросах диагностики сердечно-сосудистых заболеваний (АГ, ИБС), остеопении и остеопороза, интерпретации лабораторно-инструментальных исследований (ХОБЛ, остеопороз), выбора

фармакотерапии при неотложных состояниях (наджелудочковой тахикардии и др.) на амбулаторном этапе. Уровень знаний по большинству предложенных вопросов не зависел от стажа работы и наличия квалификационной категории, за исключением вопроса по диагностическим критериям остеопении и остеопороза, при котором уровень знаний выше при наличии категории.

Результаты анкетирования еще раз подтверждают, что необходимость непрерывного медицинского образования обусловлена самой жизнью. Иногда на пути реализации непрерывного образования и самосовершенствования встают демотивирующие факторы, такие как удаленность образовательных учреждений от врача, желающего продолжать свое образование, невозможность прекратить работу на срок обучения; наличие у врача проблем с физическим здоровьем, что не позволяет ему учиться в традиционной форме. Могут быть объективные факторы, препятствующие непрерывному образованию (например, отпуск по уходу за ребенком и др.). Врач должен выбрать для своего профессионального становления те пути, которые доступны и наиболее приемлемы для него, а также соответствуют его интересам, возможностям и способностям.

Контактная информация:

Мисюк Люция Францевна — старший преподаватель кафедры общей врачебной практики и поликлинической терапии. Гродненский государственный медицинский университет. Ул. Горького, 80, 230009, г. Гродно. Сл. тел. +375 152 32-16-32.

Участие авторов:

Концепция и дизайн исследования: Л. В. Я. Сбор информации и обработка материала: Л. Ф. М., Л. В. Я., Л. В. К.

Написание текста: Л. Ф. М., Л. В. Я., Л. В. К.

Редактирование: Л. Ф. М., Л. В. Я., Л. В. К.

Конфликт интересов отсутствует.

ЛИТЕРАТУРА

1. Об утверждении Государственной программы «Здоровье народа и демографическая безопасность Республики Беларусь» на 2016—2020 годы [Электронный ресурс] : постановление Совета Министров Республики Беларусь, 14 марта 2016 г., № 200. — Режим доступа: <https://do.academy.edu.by/npa/Docum/04/Post-200.pdf>. — Дата доступа: 02.09.2024.
2. Трудовой кодекс Республики Беларусь [Электронный ресурс] : 26 июля 1999 г. № 296: с изм. и доп. от 08.07.2024 г. — Режим доступа: https://online.zakon.kz/Document/?doc_id=30414859&pos=6;-106#pos=6;-106. — Дата доступа: 02.09.2024.
3. Повышение качества медицинской помощи за счет усовершенствования системы непрерывного

медицинского образования / Н. Н. Ветшева [и др.] // Медицинское образование и профессиональное развитие. — 2017. — № 2—3 (28—29). — С. 60—68.

4. Хроническая обструктивная болезнь легких [Электронный ресурс] : клин. рекомендации Российского респираторного общества. — 2023. — Режим доступа: https://spulmo.ru/upload/kr/HOBL_2023_draft.pdf. — Дата доступа: 03.06.2024.

5. Спирометрия [Электронный ресурс] : метод. рекомендации Российского респираторного общества. — 2023. — Режим доступа: https://spulmo.ru/upload/kr/Spirometria_2023.pdf?t=1. — Дата доступа: 01.06.2024.

6. Оценка базовых знаний о хронической обструктивной болезни легких врачей терапевтического профиля. Текущие результаты проекта ASCO-II / Р. А. Бонцевич [и др.] // Врач. — 2018. — № 12. — С. 46—50.

7. 2019 ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias: lipid modification to reduce cardiovascular risk: The Task Force for the management of dyslipidaemias of the European Society of Cardiology (ESC) and European Atherosclerosis Society (EAS) // Eur. Heart J. — 2020. — Vol. 41, № 1. — P. 111—188.

8. Нарушения липидного обмена. Клинические рекомендации 2023 / М. В. Ежов [и др.] // Российский кардиологический журнал. — 2023. — Т. 28, № 5. — С. 250—297.

9. Нарушения липидного обмена [Электронный ресурс] : клинические рекомендации // Российское кардиологическое общество. Российское научное медицинское общество терапевтов. — Режим доступа: https://cardio.ru/files/content/Guidelines/minzdrav_narusheniya_lipidnogo_obmena_2023.pdf. — Дата доступа: 01.06.2024.

10. Якубова, Л. В. Эффективность применения статинов для первичной и вторичной профилактики инсульта : обзор литературы / Л. В. Якубова // Кардиология в Беларуси. — 2024. — Т. 16, № 2. — С. 222—229.

11. Якубова, Л. В. Клинические ассоциации коронавируса COVID-19 и артериальной гипертензии: патогенетические механизмы и дискуссионные вопросы применения ингибиторов ренин-

ангиотензин-альдостероновой системы / Л. В. Якубова, Л. В. Кежун, В. А. Снежицкий // Журнал ГРГМУ. — 2020. — Т. 18, № 4. — С. 349—357.

12. Медикаментозная терапия артериальной гипертензии: оценка базовых знаний врачей терапевтического профиля. Финальные результаты проекта RHYSTARH / Р. А. Бонцевич [и др.] // Системные гипертензии. — 2021. — Т. 18, № 2. — С. 80—87.

13. The successful clinical case of a severe arterial hypertension management during preconception and pregnancy / R. A. Bontsevich [et al.] // Indo Am. J. P. Sci. — 2018. — Vol. 5, № 10. — P. 10396—10400.

14. Диагностика и лечение пациентов с остеопорозом (взрослое население) [Электронный ресурс] : клин. протокол № 85. — 2022. — Режим доступа: <https://minzdrav.gov.by/ru/dlya-spetsialistov/standarty-obsledovaniya-i-lecheniya/endokrinologiya-narusheniya-obmena-veshchestv.php>. — Дата доступа: 01.06.2024.

15. Клинический протокол диагностики и лечения заболеваний, характеризующихся повышенным кровяным давлением [Электронный ресурс] : приложение 1 к постановлению Министерства здравоохранения Респ. Беларусь от 06.06.2017 № 59. — Режим доступа: https://minzdrav.gov.by/upload/dadvfiles/001077_956336_59kp_kardio.pdf. — Дата доступа: 06.06.2024.

16. Диагностика и лечение пациентов с сахарным диабетом (взрослое население) [Электронный ресурс] : клинический протокол (утв. постановлением Министерства здравоохранения Респ. Беларусь от 21.06.2021 № 85). — 2022. — Режим доступа: <https://minzdrav.gov.by/ru/dlya-spetsialistov/standarty-obsledovaniya-i-lecheniya/endokrinologiya-narusheniya-obmena-veshchestv.php>. — Дата доступа: 06.06.2024.

17. Якубова, Л. В. Лечение аритмий в контексте пандемии COVID-19 / Л. В. Якубова, В. А. Снежицкий // Кардиология в Беларуси. — 2022. — Т. 14, № 3. — С. 344—352.

Поступила 09.07.2024
Принята к печати 16.09.2024