

Актуальные проблемы теоретической и клинической МЕДИЦИНЫ

№3 (3), 2013

Главный редактор

Алиев М.А., академик НАН РК, д.м.н., профессор

Заместитель главного редактора

Джайнакбаев Н.Т., д.м.н., профессор

Редакционная коллегия

Абисатов Х.А., проф.
Абсатаров Э.А., проф.
Долматова И.А., проф.
Жангобылов А.К., проф.
Жантелиева Л.А., д.м.н.
Манишарипова А.Т., д.м.н.
Митковская О.А., проф.
Нурмагамбетов Т.С., генерал
Рахимов К.Д., проф.
Сулейменова Р.Н., проф.
Шокарева Г.В., проф.

Редакционный совет

Алчинбаев М.К., проф, РК
Баймаханов Б.Б. проф.
Батакова Д.С., проф. РК
Ботабекова Т.К., проф, РК
Беркинбаев С.Ф., проф, РК
Ведждет ОЗ, Турция
Локишин В.Н., проф, РК
Маринкин И.О., проф, Россия
Муминов Т.А., проф., РК
Николенко В.Н., проф., Россия
Попков В.М., проф. Россия
Ситников В.П., Проф., Россия
Тухвотшин Р.Р., проф, Киргизия

Адрес редакции

г. Алматы, 050004, ул. Турекулова, 71
Казахстанско-Российский медицинский университет
Тел. (327) 250 83 72

«Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»
Собственник - НУО «Казахстанско-Российский медицинский университет»

Свидетельство о регистрации - №12178-ж от 29.12.2011 г.

Тип. «Идан», ул. Уссурийская, 118

Тираж 300 экз.

Журнал выпускается 1 раз в 3 мес.

Содержание

Организация здравоохранения

Передвижные мобильные комплексы и разработка для них руководства по биозащите от особо опасных инфекций. ¹Джайнакбаев Н.Т., ¹Маншарипова А.Т., ²Дерябин П.Н., ¹Ким З.Г., ²Некрасова Л.Е., ¹Шокарева Г.В., ¹Ахмад Насир, ²Атчабар Б.Б., ⁴Werner Gielsdorf, ⁴Березин В.Е., ³Савинова Н.В. (3)

Оптимизация последипломной подготовки врача общей практики-семейного по вопросам паллиативной и хосписной помощи населению в Украине. Ю. И. Губский, А. В. Царенко (5)

Некоторые проблемы становления паллиативной и хосписной помощи (обзор научной литературы). Децик О. З., Кольцова Н. И., Золотарева Ж. Н. (10)

Анализ структуры затрат на медикаментозную терапию пациентов старших возрастных групп в терапевтическом отделении. Чайковская В.В., Зозуля В.В. (15)

Обоснование разработки Концепции формирования офтальмологической профилактической службы (ОПС). Нагорная А. М., Слабкий Г.А., Черемухина О.Н. (19)

Функциональный возраст и работоспособность человека в зависимости от вида труда и образа жизни. А. А. Поляков, Е.С. Томаревская (21)

Анализ качества лекарственной терапии острой внебольничной пневмонии у детей. В.В. Горачук (23)

Темп функционального старения и фактическая работоспособность у людей пенсионного возраста. Томаревская Е.С. (26)

Восстановительное лечение в санаториях Украины: основные направления развития. Н.А.Хаджинова (31)

Гендерные особенности заболеваемости и распространенности болезней среди взрослого населения Украины в 2008-2012 гг. Чепелевская Л. А.* Крапивина А.А.** (33)

Патофизиология

Возможности моделирования программированной клеточной гибели. Маншарипова А.Т.¹, Мухамедиев Р.И.², Мухамедиева Е.Л.³, Лекеров Е.М.⁴, Ким З.Г.¹, Шокарева Г.В.¹, Ашимова Н.¹ (37)

Современные представления об этиопатогенетических механизмах развития остеоартроза. Садырова Ж.А., Азимбекова Г.Б. (39)

Кардиология

Хроническая ревматическая болезнь сердца: этиопатогенез и лечение. Литературный обзор. Садырова Ж.А. (42)

Значение магнитокардиографических признаков фрагментации деполяризации желудочков в выявлении повреждения миокарда. Сосницкая Т.В., Стаднюк Л.А., Сосницкий В.Н. (45)

Клиническая фармакология

Симптоматическая терапия Фенибутом в комплексном лечении больных с артериальной гипертензией. Приходько В.Ю., Микропуло И.Р., Кононенко Е.А., Морева Д.Ю., Гоголь О.В., Кашковский Д.О. (50)

Влияние S-метопролола на состояние микроциркуляции у пациентов пожилого возраста с сочетанной сосудистой патологией. Л.А. Павленко, Ю.Г. Маньо (55)

Оценка качества фармакотерапии артериальной гипертензии у пациентов медицинских учреждений Украины (на примере Тернопольской области). А.В. Степаненко, В.Е. Блихар (60)

Разное

Значение медико-социальных факторов в предупреждении наследственной слепоты и слабовидения. Е. М. Савина (64)

Передвижные мобильные комплексы и разработка для них руководства по биозащите от особо опасных инфекций

¹Джайнакбаев Н.Т., ¹Манишарипова А.Т., ²Дерябин П.Н., ¹Ким З.Г., ²Некрасова Л.Е., ¹Шокарева Г.В.,
¹Ахмад Насир, ²Амчабар Б.Б., ⁴Werner Gielsdorf, ⁴Березин В.Е., ³Савинова Н.В.

¹КРМУ
²КНЦКЗИ
³МНЦ
⁴DEVCO

Одной из важнейших задач модернизации здравоохранения Республики Казахстан является доступность качественной медицинской помощи. Для достижения этой цели в стране разработана программа модернизации здравоохранения, предусматривающая капитальный ремонт медицинских объектов, их оснащение современным медицинским оборудованием и информатизация. Однако даже эти меры не могут обеспечить доступную и качественную медицинскую помощь населению на всей территории республики. Объективными причинами является:

- наличие в стране удаленных и труднодоступных районов, в том числе вахтовых рабочих поселений;
- недостаточная укомплектованность сельских и районных медицинских учреждений высококвалифицированными специалистами;
- отсутствие медицинских пунктов на многих предприятиях детских образовательных учреждений;
- нежелание сельского населения, особенно пожилого, обращаться за медицинской помощью в районные / областные медицинские учреждения.

Выходом явилось использование передвижных медицинских комплексов (далее – ПМК) различной специализации, начиная от передвижных фельдшерско-акушерских пунктов и заканчивая мобильными комплексами компьютерной и магнитно-резонансной томографии. Такой подход позволил вместо термина «доступность» использовать термин «доставка или приближение» медицинской помощи до населения.

Помимо этого, ПМК могли бы использоваться в структуре медицины катастроф, в качестве трассовых медицинских пунктов, сортировочных пунктов и мобильных госпиталей в чрезвычайных ситуациях, выполняя и в этом случае свою основную цель – «доставка медицинской помощи для населения». Тем более что основной медицинской задачей ПМК в этих условиях являлось бы оказание первичной медицинской помощи и стабилизация состояния пострадавших перед их транспортировкой в стационарные медицинские учреждения.

Целью работы

является разработка руководства по биорискам по особо опасным инфекциям для ПМК.

Целесообразность ПМК в условиях Казахстана

не вызывает сомнения. Однако и здесь имеется ряд

проблемных вопросов, связанных в первую очередь, с необходимостью стандартизации оказания медицинской помощи, в том числе:

- высокий уровень квалификации специалистов;
- высокая пропускная способность;
- безопасная деятельность для персонала, населения и экологии;
- эффективность.

В этих условиях, для руководителя медицинской организации, планирующего выставление ПМК, самым главным вопросом, становится вопрос об эффективности ПМК, в том числе:

- хранение ПМК с соблюдением температурного режима;
- наличие технического персонала (водитель с соответствующей категорией, инженер по медицинскому оборудованию);
- организация выездной медицинской бригады из высококвалифицированных специалистов;
- обеспечение ПМК расходными материалами, начиная от ГСМ и заканчивая специфичными медицинскими средствами;
- наличие автономного источника энергоснабжения, соответствующего полной мощности всех потребителей.

Вторым по величине финансовых затрат, но первым по важности имеющихся целей, является вопрос о безопасности ПМК для работающего персонала, населения и внешней среды, т.е. способность ПМК обеспечивать:

- наличие и исполнение программ профилактики инфекций и инфекционного контроля (далее – ПИИК) в борьбе против инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи (далее – ИСМП) в различных условиях, причем на постоянной основе и с благоприятным показателем соотношения затрат и пользы;
- наличие механизмов, обеспечивающих координацию деятельности ПМК с медицинскими учреждениями на обслуживаемых территориях.

Исполнение этих требований обеспечивает уверенность в том, что населению труднодоступных и удаленных районов, будет оказана действительно качественная медицинская помощь, вне зависимости от климатических и дорожных условий, наличия энергоснабжения, и т.п. Но, к сожалению, в настоящее время такая уверенность отсутствует, так как отсутствуют руководящие документы и стандарты для многих разделов деятельности ПМК, и что особенно важно – для раздела ПИИК.

В силу частого возникновения, ИСМП в настоящее время представляют серьезную глобальную проблему.

Они затрагивают все страны мира вне зависимости от степени их развития, приводят к инфекционной заболеваемости пациентов и медицинских работников, могут протекать довольно тяжело и заканчиваться летально. Наиболее распространенными среди ИСМП являются инфекции операционных ран, кровотока, мочеполового тракта и нижних дыхательных путей. В некоторых условиях распространены также послеродовой эндометрит и инфекции желудочно-кишечного тракта [1-2].

Вспышки ИСМП могут иметь тяжелые последствия в больницах, а передача инфекции от бывших пациентов, посетителей и персонала может также приводить к вспышкам заболеваний вне стационаров [3-5].

По заключению ВОЗ, последствия, которые провоцируются ИСМП, предотвратимы, при этом многие вмешательства, показавшие свою эффективность, не требуют больших финансовых затрат. Отсутствие рекомендаций по основным компонентам ПИИК в условиях ПМК, побудило авторов разработать руководство для практических работ-

ников «Управление рисками передвижных медицинских комплексов», утвержденное Ученым Советом НУО КРМУ.

Список используемой литературы

1. Акимкин В.Г. Актуальные вопросы эпидемиологии внутрибольничных инфекций: М., 2003. - 23 с.
2. Аксютин Л.П., Леонов И.В. Туберкулез как госпитальная инфекция // Проблемы туберкулеза. 1998. - № 1. - С. 5-7.
3. Рычагов И.П., Бальбина О.А., Дроздова О.М., Брусина Е.Б. Аварийные ситуации при выполнении медицинских технологий как проблема биологической безопасности медицинского персонала // Стерилизация и госпитальные инфекции. 2007. - № 1 - С. 10-13.
4. Щербо А.П. Больничная гигиена. Руководство для врачей. СПб.: СПбМАПО, 2000. - 489 с.
5. Adal KA, Anglim AM, Palumbo L, Titus MG, Coyner B J, Farr BM. The use of high-efficiency air-filter respirators to protect hospital workers from tuberculosis. A cost-effectiveness analysis // N. Engl J Med. - 1994.-№ 331.-P.169-173.

УДК 614.253.1+378.046.4+616-08-039.75

Оптимизация последипломной подготовки врача общей практики-семейного по вопросам паллиативной и хосписной помощи населению в Украине

Ю. И. Губский, доктор мед. наук, профессор, член-корр. НАМН Украины;

А. В. Царенко, кандидат мед. наук, доцент

Кафедра паллиативной и хосписной медицины

Национальной медицинской академии последипломного образования имени П.Л. Шупика,

г. Киев, Украина

Вступление

Актуальность проблемы оптимизации последипломной профессиональной подготовки врача общей практики-семейного врача (ВОП-СВ), в том числе, по вопросам паллиативной и хосписной помощи населению в Украине определяется следующими факторами.

Во-первых, существенное увеличение роли ВОП-СВ и значительный объем его мультидисциплинарных функциональных обязанностей при оказании медицинской помощи всем категориям населения приобретает особое значение, особенно в условиях реформирования системы здравоохранения в Украине, которая заключается не только в структурных и финансово-экономических изменениях, а и, в значительной степени, в обеспечении квалифицированными кадрами. ВОП-СВ, как ключевой специалист процесса реформирования первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) должен ежедневно квалифицированно и эффективно решать различные медицинские, социальные, психолого-педагогические, юридические и другие задачи, касающиеся его пациентов от рождения до завершения биологической жизни.

Во-вторых, всё возрастающие требования к доступности и качеству оказания медицинской помощи населению, особенно на уровне ПМСП, обуславливают необходимость оптимизации системы непрерывного медицинского образования медицинских работников как предпосылки обеспечения качества оказания медицинской помощи населению, в соответствии с международными стандартами и подходами.

В-третьих, изменение нозологической структуры заболеваемости и смертности населения и недостаточные возможности стационарных учреждений здравоохранения обеспечить паллиативную и хосписную помощь (ПХП) пациентам и членам их семей, определяет увеличение нагрузки на ВОП-СВ в плане оказания амбулаторной паллиативной помощи населению.

В-четвёртых, демографическое старение населения Украины, то есть, увеличение части пожилых и старых людей в общей структуре населения, приводит к значительному увеличению профессиональной нагрузки ВОП-СВ для оказания медицинской и, в том числе, паллиативной помощи пациентам пожилого и старческого возраста.

Все указанное выше ставит перед системой высшего медицинского образования Украины особые требования к подготовке ВОП-СВ. Непрерывное образование является

сегодня приоритетным направлением развития образования Украины в процессе её интеграции в мировое и европейское пространство и рассматривается как важное условие повышения качества медицинской помощи населению [1].

Постановка проблемы

В Законе Украины «О высшем образовании» от 17.01.2002 г. N2984-III, указано, что одним из принципов государственной политики Украины в области высшего образования является принцип интеграции системы высшего образования Украины в мировую систему высшего образования при сохранении и развитии достижений и традиций украинской высшей школы [2]. В Национальной стратегии развития образования в Украине на период до 2021 г. подчёркивается, что интеграция Украины в мировое образовательное пространство требует постоянного совершенствования национальной системы образования, поиска эффективных путей повышения качества образовательных услуг, модернизации содержания образования и организации её, адекватно мировым тенденциям и требованиям рынка труда, обеспечение непрерывности образования и обучения на протяжении всей жизни [3].

Исходя из объективного значения и роли ВОП-СВ в сохранении здоровья населения и оказании квалифицированной медицинской помощи, современных требований к качеству профессиональной подготовки, необходимо внедрять в учебный процесс принципы доказательной медицины, развивать чувство гуманизма и сострадания, высокие нравственные качества и профессиональную культуру врачей, формировать соответствующие профессиональные навыки и компетенции. Непрерывное профессиональное развитие ВОП-СВ является заключительной фазой медицинского обучения – приобретение высокого профессионализма [1, 4, 5, 6].

Цель исследования

- на основании лучшего национального и мирового опыта и практик предложить научно обоснованную концепцию оптимальной модели последипломной подготовки ВОП-СВ по вопросам оказания квалифицированной амбулаторной паллиативной помощи населению, в том числе и на дому, организации межведомственной и межсекторальной координации и сотрудничества с работниками учреждений здра-

вохранения вторичного и специализированного уровня, органами и учреждениями социальной защиты населения, членами общественных и религиозных организаций, что будет способствовать внедрению в Украине современной, доступной и эффективной системы ПХП.

Методы исследования:

медико-статистический, системного подхода, информационно-аналитический, сравнительный контент-анализ.

Материалами

для выполнения этой работы были отечественная и зарубежная научная литература, международные и отечественные нормативно-правовые документы, медико-статистические данные и отчеты Министерства здравоохранения (МЗ) Украины и региональных управлений здравоохранения, экспертные заключения, учебные программы подготовки медицинских работников, отчеты кафедры паллиативной и хосписной медицины Национальной медицинской академии последипломного образования имени П. Л. Шупика (НМАПО).

Результаты исследования и их обсуждение

Исходя из последних приказов МЗ Украины, которые касаются вопросов реформирования системы здравоохранения и развития ПМСП, в частности, Приказа №755 от 04.11.2011 г. «Об утверждении Положения о центре первичной медицинской (медико-санитарной) помощи и положений о его подразделениях», ВОП-СВ, работающие в центрах и амбулаториях ПМСП, должны предоставлять и обеспечивать большой комплекс мероприятий, касающихся их пациентов, от вопросов формирования здорового образа жизни, профилактики и лечения заболеваний, до оказания паллиативной помощи [7]. Поэтому, именно на профессиональные функции ВОП-СВ, на овладение им стандарта знаний и навыков для достижения необходимой профессиональной компетентности необходимо ориентироваться при подготовке специалистов по специальности «Общая практика-семейная медицина». Это обуславливает качественно новые требования к организации и осуществлению учебного процесса в высших медицинских учебных заведениях, как додипломного, так и последипломного уровней. Исходя из этого, руководство НМАПО уделяет особое внимание вопросам профессиональной непрерывной подготовки ВОП-СВ. Так, в НМАПО в 2009 г. был открыт Институт семейной медицины (путем реорганизации факультета «Общая практика-семейная медицина»), в составе которого функционируют кафедра семейной медицины и кафедра семейной медицины и амбулаторно-поликлинической помощи.

Анализ отечественной и международной литературы свидетельствует, что неблагоприятная медико-демографическая и эпидемиологическая ситуация в мире и в Украине ставит перед правительствами индустриальных стран новые, неизвестные ранее, научные, организационные и финансовые проблемы по обеспечению медико-социальной помощи неизлечимо больным пациентам и членам их семей с целью достижения максимально доступного качества их жизни [8 – 17].

Проведенный нами анализ международных документов, разработанных специалистами ВОЗ, рекомендаций Европейской Комиссии, деклараций, резолюций и хартий авторитетных европейских и всемирных организаций и форумов показал, что мировое сообщество определяет ПХП среди приоритетных направлений соблюдения прав чело-

века. Согласно рекомендациям ВОЗ и Комитета Министров Совета Европы, паллиативная помощь должна стать одним из приоритетных направлений политики правительств в области здравоохранения в Европейском регионе [16 – 20].

В частности, в Рекомендациях Комитета Министров Совета Европы государствам-участникам (Rec (2003) 24) «Об организации паллиативной помощи», говорится: «... Следует отметить, что паллиативная помощь является неотъемлемой частью системы здравоохранения и неотъемлемым элементом права гражданина на охрану здоровья, поэтому правительства обязаны гарантировать доступность паллиативной помощи для всех, кто в ней нуждается;...» [20].

Далее: «Комитет Министров Совета Европы рекомендует правительствам государств-участников:

1. Принять политические, правовые и другие необходимые меры для проведения последовательной и всесторонней национальной политики по паллиативной помощи;...»

А в «Руководстве и разъяснениях», которые представлены в приложениях к данным Рекомендациям, указано:

«...1.4. Задачей паллиативной помощи является решение физических, психологических и духовных проблем, возникающих при развитии неизлечимого заболевания. Итак, паллиативная помощь требует координированной работы высококвалифицированной и соответственно оснащенной междисциплинарной и мультипрофессиональной команды....

...2.2. Службы паллиативной помощи должны предоставлять широкий спектр услуг, таких как уход на дому, госпитализация в специализированные учреждения, в том числе и для временного пребывания, дневной стационар и амбулаторное/поликлиническое обслуживание, помощь при неотложных состояниях. Эта помощь должна быть комплексной в рамках системы здравоохранения, учитывая существующие особенности страны, и должна учитывать потребности и пожелания пациентов...» [20].

О социальной значимости паллиативной медицины в современном мире свидетельствует включение в повестку дня заседания Парламентской ассамблеи Совета Европы вопроса «Паллиативное лечение: модель инновационной политики в сфере здравоохранения и в обществе», которое состоялось 26-30 января 2010 года в Страсбурге, а также обсуждение вопроса «Усиление паллиативной помощи как одного из компонентов комплексного лечения на протяжении всего жизненного цикла» на заседании Всемирной ассамблеи здравоохранения в Женеве 20 – 22 мая 2013 года, в котором приняла участие делегация Украины во главе с Министром здравоохранения Украины Р. В. Богатырёвой.

Профессиональная мультидисциплинарная ПХП обеспечивает адекватный контроль хронического болевого синдрома, нормализацию функций жизнедеятельности и других тяжелых симптомов неизлечимых прогрессирующих заболеваний, профессиональный уход и реабилитацию, психологическую, социальную и духовную поддержку, улучшает качество жизни паллиативных больных и их родных, способствует сохранению человеческого достоинства пациентов в конце жизни.

Согласно данным медицинской статистики, на 1 января 2013 г. на учете в лечебно-профилактических учреждениях Украины находилось около 960 тысяч онкологических больных, в том числе около 5,5 тысяч детей [21]. На протяжении последних 5 лет в нашей стране ежегодно регистрируется более 160 тысяч новых случаев злокачественных новообразований (почти 470 случаев в день) и более 85 тысяч онкологических больных умирают (более 250 смертей ежедневно) от этой болезни. По прогнозным оценкам, к 2020 г. уровень заболеваемости злокачественными новообразованиями в стране увеличится на 15% и достигнет 180 тысяч новых случаев ежегодно. Такая ситуация также значительно актуализирует проблему предоставления пал-

лиативной и хосписной помощи онкологическим больным на дому силами ВОП-СВ.

Обеспечение соответствующего качества жизни пожилых людей является признаком уровня социальной ориентированности и гуманности государства. Основными составляющими этого процесса является предотвращение дискриминации по возрастному признаку, соблюдение прав и достоинства пожилых людей, обеспечение надлежащего социального уровня жизни и доступности квалифицированной и качественной медицинской помощи, психологической, моральной и духовной поддержки, что позволяет максимально продлить активное долголетие, а в случае необходимости, гарантирует доступность профессиональной паллиативной опеки.

По данным литературы, если в 2000 г. количество пожилых людей в мире составляло 590 млн. человек, то к 2025 г. численность этой части населения на нашей планете достигнет 1 млрд. человек. Характерно, что уровень заболеваемости пожилых людей (60 - 74 лет) почти в 2 раза выше, чем у населения трудоспособного возраста, а у лиц старческого возраста (75 лет и старше) – в 6 раз выше. Более 70% этой категории лиц имеют по 4–5 хронических заболеваний, до 80% пациентов в возрасте 75 лет и старше нуждаются в медико-социальной помощи [8, 11].

Многие пожилые люди страдают тяжелыми неизлечимыми заболеваниями – онкологическими, сердечно-сосудистыми, нейропсихическими, включая болезнь Альцгеймера и другие нейродегенеративные болезни, травматическими и дегенеративными поражениями головного и спинного мозга, периферической нервной системы и опорно-двигательного аппарата и т.д. Большинство из этих заболеваний в терминальной стадии характеризуются развитием хронического болевого синдрома и других тяжелых расстройств жизнедеятельности, снижением и даже полной утратой способности паллиативных больных к самообслуживанию. Субъективные аспекты оказания медицинской помощи лицам старческого возраста часто обусловлены тем, что врачи необоснованно связывают состояние пациента с развитием возрастных изменений в организме, а не с болезнью. Это определяет необходимость уделять особое внимание вопросам паллиативной гериатрии при обучении ВОП-СВ.

Кроме того, члены семьи паллиативных пациентов также нуждаются в профессиональной паллиативной помощи. Когда в семье появляется неизлечимо больной человек, особенно в терминальной стадии заболевания, это вызывает снижение качества жизни всей семьи и становится причиной тяжелых психо-эмоциональных, социальных и экономических расстройств ее функционирования. Таким образом, кроме паллиативного больного ВОП-СВ должен оказывать медико-психологическую помощь и членам семьи, как в период болезни паллиативного пациента, так и после его смерти, чтобы уменьшить повреждающее действие стресса, горя и негативных эмоций, для профилактики развития психосоматических заболеваний [13, 14].

Согласно расчетам специалистов Института паллиативной и хосписной медицины МЗ Украины (в настоящее время – Государственного учебно-научно-методического центра паллиативной и хосписной медицины НМАПО), за последние 5 лет в Украине количество пациентов и членов их семей, которые ежегодно нуждаются, в большей или меньшей степени, более или менее длительное время, в ПХП, составляет около 1,5–2 млн. человек. Вместе с тем, эти же исследования показывают, что в Украине имеется крайне недостаточное количество стационарных коек в учреждениях ПХП и практически отсутствует служба амбулаторной паллиативной помощи, что обуславливает необходимость широкого участия ВОП-СВ в оказании ПХП на дому [9, 10, 22, 23].

Международный опыт свидетельствует о значительном

внимании, которое уделяется вопросам подготовки медицинских кадров по оказанию ПХП. Во многих странах такая подготовка проводится на трех уровнях: базовый уровень – для всех медицинских работников, средний уровень – для повышения квалификации медицинских работников различных специальностей; высший (специализированный) уровень – для врачей и средних медицинских работников, которые получают специализацию или работают в учреждениях ПХП. Так, Медицинский Королевский колледж в Великобритании, Европейская ассоциация паллиативной помощи разработали учебные программы по ПХП для студентов высших медицинских учебных заведений. В программах подготовки студентов в учреждениях высшего медицинского образования в Венгрии включено 10 часов для изучения вопросов обезболивания и контроля симптомов у инкурабельных больных, около 30 часов посвящены изучению психосоциальных проблем паллиативных пациентов и членов их семей. Изучению вопросов ПХП отводится 80 часов в программе последипломного обучения медицинских сестер. В Великобритании, Польше, Венгрии, Канаде, США, Австралии и других странах существует и последипломная подготовка врачей-специалистов по ПХП с выдачей соответствующей лицензии или сертификата [24–28].

Актуальной проблемой в Украине сегодня есть создание и внедрение системы подготовки медицинских специалистов по вопросам ПХП, что является важным условием изменения ситуации и подходов в сфере здравоохранения по оказанию доступной, квалифицированной и эффективной ПХП, что нашло отражение в наших предыдущих работах [29–32].

В декабре 2009 г. на базе НМАПО, согласно Приказа ректора от 01.12.2009 г. № 3702, была создана первая в Украине (да и на территории СНГ) кафедра паллиативной и хосписной медицины (ПХМ). С мая 2010 г. на кафедре проводятся циклы тематического усовершенствования (ТУ) по актуальным вопросам ПХП. Преподаватели кафедры ПХМ на основе лучшего современного международного и национального клинического и научно-педагогического опыта в области ПХП разработали 8 учебных программ ТУ, которые рассчитаны на руководителей здравоохранения, врачей и средних медицинских работников различных специальностей, прежде всего, онкологов, пульмонологов, кардиологов, гематологов, гериатров, инфекционистов, фтизиатров, педиатров, психиатров и др., в том числе, ВОП-СВ и участковых врачей, которые, согласно своим профессиональным и служебным обязанностям, оказывают паллиативную помощь населению. За это время на кафедре ПХМ повысили свою квалификацию 608 слушателей: 509 врачей и 99 средних медицинских работников. Кроме этого, благодаря поддержке руководства НМАПО и Института семейной медицины НМАПО, в 2013 г. сотрудники кафедры обучили 58 врачей-интернов по специальности «Общая практика-семейная медицина» в рамках 24 часовой программы. В этом году также предусмотрено проведение спецкурса по ПХП для врачей, которые проходят курс специализации по семейной медицине.

Учитывая особенности мультидисциплинарной подготовки слушателей по вопросам ПХП, при комплектовании профессорско-преподавательского состава кафедры были приглашены врачи разных специальностей, в частности, онколог, терапевт, медицинский психолог, психотерапевт, клинический фармаколог, организатор здравоохранения, а также специалисты немедицинского профиля: социальный работник, юрист и биолог, что позволяет на высоком профессиональном уровне обеспечивать учебный процесс мультидисциплинарной подготовки слушателей.

Во всех учебных программах по ПХП большое внимание уделяется психологическим и этическим проблемам паллиативных пациентов и членов их семей, а также психогиги-

ническим и психопрофилактическим аспектам деятельности ВОП-СВ. Важнейшими темами, по мнению слушателей, являются овладение навыками эффективного общения с паллиативными пациентами и их близкими, изучение вопросов качества жизни, профилактики, ранней диагностики и лечения профессионального выгорания у медицинских работников. Диагностика и лечение психологических нарушений, таких как беспокойство, депрессия и спутанность сознания, а также расстройств когнитивных функций, в частности делирия, также является важной частью программы.

Каждый больной человек требует особого, повышенного внимания и заботы. Человек же, который испытывает сильные боли и душевные страдания от осознания неминуемой и скорой смерти, становится слишком уязвимым, может проявлять апатию, раздражение или даже агрессию. Длительная боль формирует сложный многокаскадный патофизиологический процесс, создавая многочисленные клинические и психологические синдромы. Она несёт невыносимые страдания больному и, нередко, деформирует его психику. Хроническая физическая боль и психологические переживания приводят к отчаянию, ощущению бессилия перед обстоятельствами, чувству одиночества и ненужности родным и обществу, зависимости от врачей и ближайшего окружения. Неукротимая боль в состоянии полностью уничтожить человека как личность, что может обусловить развитие суицидальной готовности. Поэтому современные методы контроля хронической боли являются одними из важнейших тем циклов ТУ на кафедре ПХМ.

В процессе обучения важно обратить внимание слушателей на социальные аспекты, такие как условия жизни пациента и его семьи, оказания практической социальной помощи, овладеть навыками организации межведомственной и межсекторальной координации и сотрудничества с работниками учреждений и органов социальной защиты населения, членами общественных и религиозных организаций.

Одной из наиболее важных учебных тем является изучение духовных и культурных аспектов ПХП. Слушатели циклов ТУ должны научиться понимать важность этих вопросов для пациента в последнюю фазу его биологической жизни и его близких, овладеть навыками как определить их потребности и организовать необходимую помощь. Например, если пациент хочет получать паллиативную помощь на дому, то ВОП-СВ должен уметь научить его родственников, опекунов или соседей, которые за ним ухаживают, правильно давать ему назначенные врачом препараты, а также предоставлять другие виды медицинской помощи и ухода.

Преподавание организационных вопросов включает знание организации системы здравоохранения и интеграции службы ПХП, изучение нормативно-правовой базы, навыков работы в составе мультидисциплинарной команды, координации с учреждениями социальной защиты, благотворительными фондами и неправительственными организациями, в том числе, религиозными.

Анкетирование слушателей кафедры ПХМ, которое проводится в начале и в конце курса ТУ, показало высокую заинтересованность и потребность ВОП-СВ в знаниях и навыках по вопросам оказания ПХП, а также высокую эффективность и удовлетворённость слушателей теоретическими и клиническими занятиями на кафедре ПХМ.

Выводы

1. Таким образом, в Украине, учитывая крайне недостаточное количество паллиативных коек в стационарных учреждениях ПХП и лечебно-профилактических учреждениях второго и третьего уровня, невозможно обеспечить доступность населения к стационарной ПХП. Сегодня практически отсутствует служба ПХП на дому. Это обуславливает необходимость широкого участия ВОП-СВ в оказании

амбулаторной ПХП, в том числе, и на дому, что позволит обеспечить максимально доступное качество жизни паллиативных пациентов и их близких.

2. Сложность предоставления квалифицированной ПХП пациентам онкологического и гериатрического профиля, больным ВИЧ-инфекцией/СПИДом, туберкулёзом, гепатитами в терминальных стадиях заболеваний и т.д., а также необходимость применения мультидисциплинарного подхода при оказании ПХП пациентам и членам их семей на дому предопределяет актуальность последипломного образования ВОП-СВ по вопросам ПХП.

3. Анализ отечественной и зарубежной литературы, нормативно-правовых документов, данных медицинской статистики, международного опыта показали, что мультидисциплинарная профессиональная подготовка врачей ВОП-СВ имеет большое значение для обеспечения доступности и повышения качества оказания населению ПХП. Такая подготовка позволяет ВОП-СВ вместе с социальными работниками и представителями неправительственных организаций обеспечить комплексную паллиативную опеку пациентов и членов их семей, включающую медицинскую, психологическую, социальную и духовную составляющую ПХП, а также юридическое сопровождение.

4. Международный опыт подготовки медицинских работников по вопросам ПХП и опыт проведения циклов ТУ по ПХП для ВОП-СВ и средних медицинских работников на базе кафедры ПХМ НМАПО имени П. Л. Шупика, свидетельствуют об актуальности и необходимости дальнейшего развития последипломного образования ВОП-СВ по вопросам оказания ПХП на дому. Мультидисциплинарная профессиональная подготовка врачей ВОП-СВ по вопросам ПХП требует вовлечения в процесс преподавания специалистов различного (медицинского и немедицинского) профиля, что доказало свою эффективность на кафедре ПХМ НМАПО имени П. Л. Шупика.

Литература

1. Вороненко Ю. В., Лисенко Г. І. Концептуальні основи Європейської програми наукових досліджень у загальній практиці-сімейній медицині та перспективи впровадження в Україні // *Сімейна медицина*, 2009, № 3, С. 81–82.
2. Верховна Рада. Закон України від 17.01.2002, № 2984-III, «Про вищу освіту» – <http://zakon1.rada.gov.ua/laws/show/2984-14>.
3. Указ Президента України від 25.06.2013 р., №344/2013, «Про Національну стратегію розвитку освіти в Україні на період до 2021 року» – <http://www.president.gov.ua/ru/documents/15828.html>.
4. Гойда Н. Г. Бісярін О. Ю. Роль сімейного лікаря в збереженні репродуктивного здоров'я нації // *Сімейна медицина*, 2011, № 3, С. 119–122.
5. Банчук М. В., Волосовець О. П., Фещенко І. І. та ін. Безперервний професійний розвиток лікарів та провізорів та якість підготовки фахівців у сфері охорони здоров'я // *Збірник праць: Наук.-метод. конфер. з міжнародною участю «Проблема безперервного професійного розвитку лікарів і провізорів»*. – К., 2007. – С. 3–9.
6. Матюха Л. Ф., Гойда Н. Г., Олійник М. В. Загальна практика-сімейна медицина: концепція освіти в Європі // *Сімейна медицина*, 2009, № 1, С. 3–5.
7. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 04.11.2011 р. №755 «Про затвердження Положення про центр первинної медичної (медико-санітарної) допомоги та положень про його підрозділи». – <http://zakon1.rada.gov.ua/laws/show/z1484-11>.
8. Чайковская В. В., Пинчук И. Я. Демографические прогнозы для Украины // *Новости медицины и фармации*, 2010, №13-14, С.333-334.
9. Губський Ю. І., Хобзей М. К. Фармакотерапія в паліативній та хоспісній медицині. Клінічні, фармацевтичні та медико-правові аспекти // *Монографія*. – К.: Здоров'я, 2011, – 352 с.
10. Вороненко Ю. В. Розвиток паліативної допомоги як інтегральна складова реформування системи охорони здоров'я в Україні // *Актуальні питання надання паліативної та хоспісної*

- допомоги в Україні. Матеріали Першої наук.-практ. конфер. // Ред. Ю.В.Вороненко, Ю.І.Губський: Наукове видання. – К.: Університет «Україна», 2012, С. 5–8.
11. Чайковська В. В., Хаджинова Н. А., Вялих Т. І., Величко Н. М. Медико-соціальна допомога населенню старшого віку України: аналіз ситуації і необхідність розробки стратегії попередження прискореного старіння // Пробл. старення і дологелетия, 2012, Т.21, №3, С. 396–400.
 12. Князевич В. М. Достойне життя на схилі літ та гідне його завершення – головні складові розбудови українського суспільства // Матеріали Першого Національного Конгресу з паліативної допомоги (26 – 27.09.2012 р.), С. 58–59.
 13. Новиков Г. А., Рудой С. В., Вайсман М. А. и др. Современное состояние и перспективы развития паллиативной помощи в Российской Федерации // Паллиативная медицина и реабилитация, 2008, № 3, С. 5–11.
 14. Эккерт Н. В., Игнатенко Е. А., Рудакова С. А. и др. Хоспис на дому – оптимальная форма организации внебольничной паллиативной помощи // Экономика здравоохранения, 2009, № 7, С. 15–20.
 15. Radbruch L., Foley K., De Lima L., Prail D., Furst C. J. The Budapest Commitments: setting goals. A joint initiative by the European Association for Palliative Care, the International Association for Hospice and Palliative Care and Help the Hospices. // Palliat. Med., 2007; 21: 269–271.
 16. Wodarg W. Palliative care: a model for innovative health and social policies. Report. Doc. 11758. // Council of Europe. Parliament Assembly. Social, Health and Family Affairs Committee. 4 November 2008. – <http://assembly.coe.int/Main.asp?link=/Documents/Working Docs/Doc08/EDOC11758.htm>.
 17. Паллиативная помощь // Под ред. E. Davies, I. J. Higginson. – Европейское региональное бюро ВОЗ, 2005. – 32 с.
 18. World Health Organization. Cancer pain relief and palliative care // Report of a WHO Expert Committee (WHO Technical Report Series, No. 804). – Geneva: WHO, 1990.
 19. World Health Organization. Definition of Palliative. – Geneva: WHO, 2002. – <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>.
 20. Рекомендации Res (2003) 24 Комитета Министров Совета Европы к государствам-членам по организации паллиативного ухода (12 ноября 2003 г.). – Совет Европы, 2004. – 89 с.
 21. Державний комітет статистики України. – <http://www.ukrstat.gov.ua/>.
 22. Губський Ю. І., Чайковська В. В., Царенко А. В. Оптимізація медико-соціальної допомоги людям літнього віку в Україні шляхом розвитку служби паліативної та хоспісної допомоги // Пробл. старення і дологелетия, 2010, Т. 19, № 3, С. 310.
 23. Губський Ю. І., Царенко А. В., Барановська Г. А. та ін. Паліативна та хоспісна медицина: медико-демографічні та клінічні аспекти // 36. наук. праць спіер. НМАПО ім. П. Л. Шупика, Вип.20, Кн.2. – К., 2011, с. 723 – 733.
 24. Interdisciplinary Certificate in Palliative Care // Lakehead University, 2013. – <https://www.lakeheadu.ca/academics/other-programs/certificates/palliative-care>.
 25. Graduate Diploma in Palliative Care // Flinders University, 2013. – <http://www.flinders.edu.au/courses/rules/postgrad/gdppc.cfm>.
 26. Now is the time to board certify in Hospice and Palliative Medicine // American Board of Hospice and Palliative Medicine, 2013. – <http://www.aahpm.org/uploads/files/certifynow.pdf>.
 27. MA in Hospice Leadership // Lancaster University Management School, 2013. – <http://www.lums.lancs.ac.uk/executive/open/MA-hospice-leadership/>.
 28. Luczak Ja., Kluziak M. Unmasked end-of-life care. // Arch. Oncol., 2004, № 12 (3), p. 182–183.
 29. Царенко А. В. Актуальні проблеми післядипломної підготовки медичних працівників з питань паліативної та хоспісної медицини // Медичні перспективи, 2010, Т. 15, №1, С. 89–91.
 30. Царенко А. В., Висоцька О. І., Шекера О. Г., Виноградова Г. М. Питання контролю хронічного больового синдрому в паліативних хворих у програмах післядипломної підготовки лікарів загальної практики-сімейної медицини // Практикуючий лікар, 2012, №1, С. 26–32.
 31. Царенко А. В., Губський Ю. І., Толстих О. І. та ін. Актуальність підготовки медичних працівників з питань паліативної та хоспісної допомоги // Актуальні питання надання паліативної та хоспісної допомоги в Україні. Матеріали Першої наук.-практ. конфер. // Ред. Ю. В. Вороненко, Ю. І. Губський: Наукове видання. – К.: Університет «Україна», 2012, с. 58–65.
 32. Tsarenko A., Gubsky Yu., Bratsyun' L. Experience of Ukraine to Educate Medical Professionals Involved in Palliative Care // 13th World Congress of the European Association for Palliative Care (30 May – 2 June 2013, Prague). Abstracts, p. 173.

Аннотация

Ю. И. Губский, А. В. Царенко

Оптимизация последипломной подготовки врача общей практики-семейного врача по вопросам паллиативной и хосписной помощи населению в Украине

В статье представлены современные подходы к оптимизации последипломной подготовки врача общей практики-семейного врача для обеспечения доступности и высокого качества оказания амбулаторной паллиативной и хосписной помощи пациентам, что приобретает в условиях реформирования системы здравоохранения в Украине особое значение. Мультидисциплинарная профессиональная подготовка медицинских работников по вопросам паллиативной и хосписной помощи требует в процессе непрерывного последипломного образования привлечение преподавателей различного, в том числе, немедицинского профиля, что доказало свою эффективность на кафедре паллиативной и хосписной медицины Национальной медицинской академии последипломного образования имени П. Л. Шупика.

Ключевые слова: паллиативная и хосписная помощь, паллиативная и хосписная медицина, непрерывное последипломное образование, мультидисциплинарная профессиональная подготовка, реформа системы здравоохранения.

Summary

Yu. Gubskiy, A. Tsarenko

Optimizing of postgraduate education for General Practitioners-Family Doctors concerning palliative and hospice care for patients in Ukraine.

The article presents the modern approaches to optimize a postgraduate education for General Practitioners-Family Doctors to ensure the high quality of palliative and hospice care for patients, which is very important in terms of reforming the health care system in Ukraine. Multidisciplinary training on palliative and hospice care for doctors and nurses requires to involve teachers in various (including non-medical) specialties into the process of continuous postgraduate education. It has proven its efficiency in the activity of the Department of Palliative and Hospice Medicine of the National Medical Academy for Postgraduate Education named after P. L. Shupyk.

Keywords: palliative and hospice care, palliative and hospice medicine, continuous postgraduate education, multidisciplinary postgraduate training, the reform of the health care system.

УДК: 614.253.5+616-093.75+371.14

Некоторые проблемы становления паллиативной и хосписной помощи (обзор научной литературы)

Децик О. З., Кольцова Н. И., Золотарева Ж. Н.

Кафедра социальной медицины, организации здравоохранения и медицинского права
ГВУЗ «Ивано-Франковский национальный медицинский университет» МЗ Украины

Современное популяционное здоровье характеризуется увеличением продолжительности жизни, постарением населения, возрастанием бремени неизлечимых заболеваний с длительным хроническим течением, которые часто стаут причиной развития тяжелого клинического состояния и приводят к нарушениям элементарных физических, психологических и социальных функций [6-7, 16, 22, 24, 28-29, 31, 40, 47-50]. Такие больные, независимо от возраста, пола и конкретной нозологии, страдают вследствие разнообразных, крайне болезненных субъективных расстройств и тяжелых функциональных нарушений [1, 7, 10, 16, 24, 36]. Кроме того, появление в семье инкурабельного больного приводит к психологической травматизации близких и родных [10, 14, 18, 36, 40, 47-50]. Именно для таких больных и членов их семей во многих странах мира организована служба паллиативной и хосписной помощи, основным заданием которой является решение сложного комплекса физических, психосоциальных и духовных проблем, сопровождающих неизлечимую болезнь [1, 4, 9, 11, 13, 15, 19, 27, 33, 40].

Вследствие возрастающей актуальности проблемы на заседании Парламентской Ассамблеи Совета Европы (Страсбург, 26-30 января 2009 г.) паллиативная помощь была определена как инновационный метод предоставления помощи неизлечимым больным, а также их близким и в системе здравоохранения, и в сфере социальной помощи [15, 24].

По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), на сегодняшний день, приблизительно 60% (по некоторым данным – 80%) больных в терминальной стадии болезни остро нуждаются в таких услугах. Однако, лишь около 5% инкурабельных больных имеют доступ к ПХП, что указывает на недостаточное ее развитие во всем мире [1, 11, 13, 15, 24, 34].

Это относительно новая проблема, даже для развитых стран, где формирование ПХП как системы началось всего лишь около 30 лет назад. Причем, за эти десятилетия произошла значительная эволюция взглядов международных экспертов, ученых, органов государственного регулирования на содержание понятия [30, 33, 40, 47, 49-50].

Впервые о необходимости такой помощи заговорили в связи с ростом онкозаболеваний. Это побудило ВОЗ в конце XX века начать глобальную инициативу внедрения мер, обеспечивающих адекватное обезболивание и доступность опиоидных анальгетиков для онкобольных во всем мире. И уже в 1982 году ВОЗ назвала паллиативную помощь (ПП) новым направлением здравоохранения [4, 9-10, 40].

По мере углубления процесса постарения населения, роста заболеваемости тяжелыми хроническими болезнями, в том числе и ВИЧ-инфекцией, увеличения уровней смертности, ВОЗ в 2002 году значительно расширила свое видение паллиативной помощи относительно трактовки, как сути понятия, так и самой ее концепции [3-4, 15, 50].

В частности, изменилось представление о контингенте

ПХП. Если исходно основной целевой группой считались онкобольные в терминальной стадии, то на сегодня главной миссией ПХП задекларировано облегчение и предупреждение страданий больного, независимо от нозологии и возраста [9-11, 15, 33, 40, 50].

Изменились также взгляды, касающиеся времени начала этого вида помощи. Большинство ученых и международных экспертов сошлись во мнении, что ПХП должна оказываться уже с момента постановки диагноза неизлечимой болезни, а не только в финальном периоде жизни [4, 15, 20, 33, 40, 50].

Расширилось и понятие объекта влияния рассматриваемого вида помощи. Современная концепция ПХП таким объектом считает самого пациента, а также членов семьи и ухаживающих лиц, пролонгируя при этом время оказания им помощи и после смерти больного [4, 15, 24, 32-33, 40, 47-50].

В результате новая дефиниция ВОЗ (2002 г.) определяет паллиативную помощь как комплексный подход, позволяющий улучшить качество жизни пациентов и членов их семей, столкнувшихся с проблемой смертельного заболевания, путем предотвращения и облегчения страданий, благодаря раннему выявлению и точной оценке возникающих проблем и проведению адекватных лечебных вмешательств (при болевом синдроме и других расстройствах жизнедеятельности), а также оказанию психосоциальной и моральной поддержки [4, 8-10, 15, 24, 40, 47-50]. Главная цель этого вида помощи – достижение и поддержание наилучшего качества жизни пациента и членов его семьи во время болезни их близких и в период скорби [4-5, 8, 13, 32, 40, 47-50].

По еще одному международному определению (Комитета Министров Совета Европы, 2003 г.) паллиативная помощь не является помощью больным с каким-то определенным заболеванием и охватывает период с момента постановки диагноза неизлечимой болезни до окончания периода тяжелой утраты. Длительность этого периода может варьировать от нескольких лет до недель (редко – суток). То есть подчеркивается, что паллиативная помощь не является синонимом терминальной помощи, но включает ее в себя [24, 34, 40, 45].

Необходимо отметить большое разнообразие собственно терминологии, определений рассматриваемого вида помощи, что, по мнению западных исследователей, является одним из факторов, препятствующих развитию ПХП в мире. Некоторые страны используют термин паллиативная, другие – хосписная, часть стран их объединяют – паллиативная и хосписная помощь, также употребляется терминальная, поддерживающая помощь [30, 40, 45].

В связи с таким разнообразием терминологии и подходов, Европейской ассоциацией паллиативной помощи издано, так называемую, «Белую книгу стандартов и норм хосписной и паллиативной помощи» (White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe, 2009, 2010 –далее Белая книга). Здесь также выдвигается

предположение о необходимости выработки общей терминологии, норм и стандартов, необходимых для грамотной организации ПХП в различных странах [4, 30, 45-46].

Так, в соответствии с рекомендациями Белой книги, хосписная помощь («hospice care») является составной частью паллиативной помощи («palliative care»), причем может полностью заменяться этим термином, а может означать всеобъемлющую помощь больному в конце жизни (наиболее часто в последние 6 месяцев) [30, 32, 45-46].

Термин «поддерживающая помощь» («supportive care») не может употребляться как синоним паллиативной помощи, поскольку является частью онкологической помощи, и применяется с целью предупреждения и устранения негативного влияния на организм онкозаболевания и противоопухолевого лечения [32, 45-46].

Как синоним паллиативной или хосписной помощи может использоваться определение «помощь в конце жизни» («end-of-life care») при условии, что под «концом жизни» подразумевается период от одного до двух лет, на протяжении которого пациент, семья и медицинские работники знают, что это заболевание закончится смертью. С другой стороны, в соответствии с Ливерпульским алгоритмом помощи умирающему пациенту (Liverpool Care Pathway for the Dying Patient), этот термин может указывать на помощь, имеющую четкие временные рамки – последние 48 или 72 часа жизни [32, 39-40, 44-45].

Вследствие такого разночтения терминов оказания помощи в конце жизни и уже упоминаемого расширения периода применения ПХП (не ограничивается только лишь помощью пациентам в финальной стадии болезни), Белая книга не рекомендует использовать термин «терминальная помощь» («terminal care») как устаревший [45].

Еще один термин используется как составная паллиативной помощи – помощь «выходного дня» («respice care»), оказываемая родственникам больного или другим лицам, которые ухаживают за пациентом на дому, обеспечивая им тем самым кратковременный отдых [30, 32, 40, 43, 45].

То есть, большинство упомянутых терминов (хосписная, терминальная, поддерживающая, помощь выходного дня) являются элементами наиболее точной дефиниции – паллиативной помощи. Однако, Белая книга – это документ рекомендационного характера, оставляющий за каждой страной право определять своим законодательством тот термин, который сложился традиционно [4, 30, 45-47, 49].

В Украине, где ПХП находится только на этапе становления, в научных источниках практически как синонимы чаще всего используют два термина – «паллиативная помощь» и «паллиативная и хосписная помощь» [3, 13, 32]. Но Законом № 3611-VI от 07.07.2011 г. «О внесении изменений в Основы законодательства Украины о здравоохранении по усовершенствованию оказания медицинской помощи» закреплен термин «паллиативная помощь» как отдельный вид медицинской помощи, наряду с экстренной, первичной, вторичной и третичной. Статья 35-4 также гласит, что паллиативная помощь «оказывается на последних стадиях протекания неизлечимых заболеваний и включает комплекс мер, направленных на облегчение физических и эмоциональных страданий пациентов, а также осуществление психосоциальной и моральной поддержки членам их семей» [25]. С нашей точки зрения, это определение все же носит более узкий характер, нежели современная международная трактовка, несколько ограничивая и контингенты, и термины предоставления этого вида помощи.

Необходимо отметить, что наряду с многообразием используемых терминов существуют и разные формы оказания ПХП [4-5, 7, 13, 19, 30, 38, 45-46].

Наиболее популярная в мире - двухуровневая модель организации ПХП, первым уровнем которой является формирование паллиативного подхода во всей системе здраво-

охранения, а другим – специализированная паллиативная помощь [30, 45-46].

Паллиативный подход реализуется общей сетью медицинских учреждений и служб, которые лишь периодически оказывают медицинскую помощь инкурабельным пациентам, но специализируясь в этом виде помощи. С учетом рекомендаций Совета Европы, все работники сферы здравоохранения обязаны владеть основными принципами паллиативного подхода и уметь использовать их на практике [20, 40, 45-46].

Специализированную паллиативную помощь оказывают медицинские работники, имеющие специализацию по паллиативной помощи, для которых деятельность в этой сфере является основной [4, 19, 45-46].

В некоторых странах существует и трехуровневая градация ПХП, в зависимости от частоты контакта медицинского персонала с инкурабельными пациентами (редко, часто, постоянно). В этом случае выделяют паллиативный подход, общую и специализированную ПП [4, 30, 45-46].

Паллиативным подходом также должны владеть все медицинские работники, которые изредка, но все-таки могут обслуживать таких больных.

Общая паллиативная помощь обеспечивается врачами первичного звена и другими специалистами, например, в сфере онкологии или гериатрии, которые часто работают с некурабельными больными, но ПП не является их основной специальностью [4, 19, 30, 45-46]. С целью оказания паллиативной помощи лучшего качества международные эксперты считают, что таким медикам необходимо пройти специализацию и подготовку по вопросам ПХП [40-42, 45-46] поскольку на сегодня и на перспективу большая часть ПХП оказывается и будет оказываться именно неспециализированными службами [19, 40, 45-46, 50].

К специализированным службам («specialized palliative care services») относят: стационарное отделение ПП, стационарные хосписы, команды, предоставляющие ПХП в больницах и дома, хосписные команды, обслуживающие пациентов дома, дневные хосписы, «домашние стационары», паллиативные амбулаторные клиники [4, 30, 45-46, 50].

Многочисленные публикации по вопросам качества ПХП указывают, что основным элементом специализированной службы является стационарное подразделение паллиативной помощи (ППП). ППП – отделение, специализирующееся в лечении и оказании помощи и ухода пациентам, состояние которых (физическое, психологическое, социальное и духовное) требует адекватной мультипрофессиональной ПП. Как правило, это палата в составе больницы или отдельно размещенная служба. Такие подразделения могут также исполнять функции дневных центров, оказывать помощь дома или пациентам в домах для людей пожилого возраста одновременно с консультативной и просветительской деятельностью [45-46, 49].

В стационарный хоспис направляются пациенты в последней фазе жизни, когда необходимости в лечении в условиях специализированного ППП нет, а оказание помощи на дому или в учреждении для ухода невозможно [8, 30, 45-46].

В некоторых странах функции ППП и хосписа идентичны, в то время как в других - их задания дифференцируют. Например, в Германии ППП обслуживает пациентов во время кризиса, а хоспис – в конце жизни [45-46].

Для амбулаторных пациентов на базе стационарных хосписов, стационаров и специализированных отделений организуются дневные хосписы и паллиативные амбулатории [30, 45-46].

В общей сложности, ПХП в разных странах организуется и оказывается по-разному, в зависимости от исторических традиций, национальной политики и характера финансирования [3-4, 13, 38, 45-46].

Так, в Великобритании ПХП находится вне националь-

ной системы здравоохранения и финансируется благотворительными фондами. Основной акцент в организации оказания ПХП делается на стационарные специализированные учреждения, главным образом хосписы. Нужно отметить, что это – одна из немногих стран в мире, где на уровне государства признан академический статус специальности и разработаны одни из лучших учебных программ по ПХП [21, 38].

Напротив, в других европейских странах главный акцент в организации ПХП сделан на внебольничной помощи таким больным. Например, в Германии приоритетное развитие получило амбулаторное обслуживание инкурабельных пациентов. В Италии и Испании паллиативная помощь оказывается преимущественно дома, так как хосписы имеют негативный имидж в обществе. [23, 38]. Во Франции и Финляндии популярны службы «стационар дома», заменяющие госпитализацию больного в стационар. Службы ПХП, ориентированные на обслуживание пациентов дома, созданы также в Нидерландах, Дании, Польше. Причем, существуют разные модели такого вида услуг: от постоянного наблюдения больного специализированной бригадой паллиативной помощи до создания дома всех условий, которые, обычно, есть в стационаре. [24, 38, 47, 49].

Параллельно с этим, сейчас Франция активно развивает мобильные группы паллиативной помощи, помогающие больным, которые находятся не только дома, но и в больницах. Сегодня в этой стране 350 таких мобильных бригад, а также 70 стационаров для госпитализации больных в финальном периоде жизни [24, 38].

В Польше создано более 220 центров паллиативного ухода, около 20 центров ПХП функционирует в Венгрии, 10 – в Чехии, оказывающих полный комплекс паллиативных и хосписных услуг, обслуживая неизлечимых больных в стационарных и домашних условиях [24, 38].

Подходы, присущие ПХП, все больше используются в гериатрических клиниках или других медико-социальных учреждениях (пансионатах, интернатах) для людей старших возрастных групп. В частности, в Австралии и Германии каждый 15-й из числа пожилых людей проживает в таких учреждениях, в Британии – каждый 20-й. В США почти половина населения старше 80 лет периодически пребывают в специализированных учреждениях для пожилых лиц [24, 35, 47, 49].

По мнению ряда зарубежных и отечественных ученых, профессиональный отбор и специальная подготовка медицинских кадров для оказания ПХП – еще один из важнейших факторов развития и эффективного функционирования этого вида медицинской помощи [1, 5, 40, 41-42, 45-46].

Профессиональная деятельность в паллиативной и хосписной сфере сопровождается высоким психоэмоциональным напряжением, значительными физическими нагрузками, постоянным контактом с процессом умирания, отсутствием положительного результата работы [12, 17, 37]. Поэтому неудивительно, что медперсонал, обслуживающий инкурабельных пациентов, является «группой риска» по развитию синдрома эмоционального выгорания (СЭВ) [12, 17, 37], вследствие которого возрастает заболеваемость и снижается качество как самого кадрового состава ПХП, так и его работы, возрастает конфликтность в семьях и трудовом коллективе, текучесть кадров и т.п. [12, 17, 37, 40].

Для профилактики и преодоления СЭВ, кроме обучения навыкам индивидуальной защиты и коррекции профессионального стресса, во многих научных исследованиях и международных документах рекомендуется использование междисциплинарного командного подхода, как наиболее оптимального в сфере ПХП. Командный стиль работы, с одной стороны, является действенным инструментом борьбы со стрессом, объединяя комплементарность действий с четким распределением обязанностей между членами

команды (медицинские и социальные работники, психологи, волонтеры, служители культа и др.) [4, 8, 26, 40, 45-46]. С другой стороны, использование в ПХП указанного подхода необходимо для максимально полного решения комплекса физических, психоэмоциональных, социальных и духовных проблем, возникающих перед неизлечимым больным и его близкими [1, 4, 8, 9, 26, 40, 45-46].

Как уже упоминалось, в Украине ПХП – новый вид помощи и, по оценкам международных и отечественных экспертов, пока что не отвечает существующим и быстро растущим потребностям населения в этом виде медицинской помощи [1-2, 5, 7, 9-11, 15-16, 19, 24, 27]. Действующих учреждений ПХП недостаточно и функционируют они, главным образом, в областных центрах и больших городах. Поэтому, большинство инкурабельных пациентов, особенно жители небольших городов и сел, пока что вообще не имеют доступа к ПХП, так как выездные бригады для оказания такой помощи дома практически отсутствуют [1-2, 5, 9, 24]. Существующие подразделения ПХП чувствуют острый дефицит специально подготовленных кадров, имеющих знания и навыки обслуживания таких больных, коммуникаций с родственниками и другими участниками ПХД (волонтерами, социальными работниками, психологами, священнослужителями и т.д.), а также противодействия профессиональному выгоранию, характерному для работы в этой сфере [1, 5, 7, 9, 14, 17].

Однако, следует сказать, что в Украине произошли и позитивные изменения. С 2007 г. начала свою деятельность Всеукраинская Ассоциация паллиативной помощи. Создан Институт паллиативной и хосписной медицины МЗ Украины (2008 г.), который стал научно-исследовательской и организационно-методической базой по оказанию ПХП страны. Организована кафедра паллиативной и хосписной медицины в Национальной медицинской академии последипломного образования имени П. Л. Шупика (2009 г.), где с 2010 г. могут проходить обучение врачи и медицинские сестры. С 2011 г. активно функционирует Всеукраинская общественная организация «Украинская Лига содействия развитию паллиативной и хосписной помощи». Как результат, в стране активно формируется нормативно-правовая база ПХП, увеличилось количество учреждений для инкурабельных пациентов, растет общественная поддержка развития этого вида помощи, как среди медицинского сообщества, так и среди населения [1-3, 5-6, 9, 11, 13-14, 15, 20, 24, 29, 34].

Выводы

Современные особенности и тенденции популяционного здоровья свидетельствуют о растущей потребности населения большинства стран мира в паллиативной и хосписной помощи.

Создание системы ПХП – относительно новая проблема, сопровождающаяся неоднозначностью и разнообразием трактовки основных понятий, контингентов обслуживания, терминов, составных, содержания и моделей оказания этого вида медицинской помощи.

Специфика профессиональной деятельности в сфере обслуживания инкурабельных больных, характеризуется значительными физическими нагрузками, высоким риском развития синдрома эмоционального выгорания и хронических заболеваний, конфликтности, текучести кадров, что необходимо учитывать при профессиональном отборе, разработке учебных программ, а также формировании системы подготовки кадров для ПХД на до- и последипломном уровнях.

Перспективы последующих исследований. Результаты анализа данных научных источников будут использованы при разработке усовершенствованной системы подготовки и повышения квалификации медицинского персонала сферы

паліативної та хоспісної допомоги.

Список літератури

- Актуальність підготовки медичних працівників з питань паліативної та хоспісної допомоги / А. В. Царенко, Ю. В. Губський, О. І. Толстих [та ін.]. // Актуальні питання надання паліативної та хоспісної допомоги в Україні: Перша науково-практична конференція, 8-9 листопада 2012 р.: тези доповідей. – К.: Університет «Україна», 2012. – С. 58-65.
- Бабійчук О. М. Нормативно-правова база паліативної допомоги: міжнародний та національний вимір / О. М. Бабійчук // Актуальні питання надання паліативної та хоспісної допомоги в Україні: Перша науково-практична конференція, 8-9 листопада 2012 р.: тези доповідей. – К.: Університет «Україна», 2012. – С. 159-162.
- БО «Асоціація паліативної та хоспісної допомоги» [Електронний ресурс] // Режим доступу: <http://www.palliativ.kiev.ua/>.
- Введенская Е. С. Паллиативная помощь – инновационное направление отечественного направления [Електронний ресурс] / Е. С. Введенская // Медицинский альманах. – 2012. – № 4 (23). – Режим доступу: <http://www.medalmanac.ru/file.php?id=1377>.
- Вольф О. О. Глобальні процеси та гуманізація політики щодо невиліковно хворих у деяких країнах світу та Україні / О. О. Вольф, А. В. Царенко // Соціальна політика щодо невиліковно хворих: Всеукраїнська науково-практична конференція, 15-16 березня 2012 р.: тези доповідей. – К.: Університет «Україна», 2012. – С. 21-31.
- Вороненко Ю. В. Розвиток паліативної допомоги як інтегральна складова реформування системи охорони здоров'я в Україні / Ю. В. Вороненко // Актуальні питання надання паліативної та хоспісної допомоги в Україні: Перша науково-практична конференція, 8-9 листопада 2012 р.: тези доповідей. – К.: Університет «Україна», 2012. – С. 5-8.
- Гойда Н. Г. Роль сімейного лікаря в наданні паліативної допомоги / Н. Г. Гойда // Актуальні питання надання паліативної та хоспісної допомоги в Україні: Перша науково-практична конференція, 8-9 листопада 2012 р.: тези доповідей. – К.: Університет «Україна», 2012. – С. 177-179.
- Гойдик В. С. Актуальні питання паліативної та хоспісної допомоги при ВІЛ-інфекції / В. С. Гойдик, В. В. Шухтін, А. І. Гоженко // Актуальні питання надання паліативної та хоспісної допомоги в Україні: Перша науково-практична конференція, 8-9 листопада 2012 р.: тези доповідей. – К.: Університет «Україна», 2012. – С. 136-139.
- Губський Ю. І. Розвиток паліативної та хоспісної медицини як інтегральна складова реформування системи охорони здоров'я в Україні / Ю. І. Губський // Сімейна медицина. – 2011. – № 3. – С. 16-18.
- Губський Ю. І. Розвиток служби паліативної та хоспісної допомоги в Україні як умова покращання доступності та якості медичної допомоги паліативним пацієнтам / Ю. І. Губський, А. В. Царенко // Медичні перспективи. – 2010. – Т. XV, № 1. – С. 26-28.
- Діяльність МОЗ України щодо нормативно-правового забезпечення служби паліативної та хоспісної допомоги / З. М. Митник, Ю. В. Губський, А. В. Царенко [та ін.] // Медичне право України: Проблеми паліативної допомоги та медико-соціального обслуговування населення: IV Всеукраїнська (III Міжнародна) науково-практичної конференції з медичного права, 22-23 квітня 2010 р.: тези доповідей. – Львів: Видавництво ЛОБФ «Медицина і право», 2010. – С. 148-155.
- Дмитришина Н. А. Професійний стрес та задоволеність роботою серед працівників закладів паліативної допомоги / Н. А. Дмитришина // Соціальна політика щодо невиліковно хворих: Всеукраїнська науково-практична конференція, 15-16 березня 2012 р.: тези доповідей. – К.: Університет «Україна», 2012. – С. 44-53.
- Інститут паліативної та хоспісної медицини МОЗ України [Електронний ресурс] // Режим доступу: <http://palliativecare.gov.ua/>.
- Косенкова І. В. Соціально-правовий захист невиліковно хворих та членів їх родин / І. В. Косенкова // Соціальна політика щодо невиліковно хворих: Всеукраїнська науково-практична конференція, 15-16 березня 2012 р.: тези доповідей. – К.: Університет «Україна», 2012. – С. 77-81.
- Князевич В. М. Паліативна та хоспісна медицина: концепція, складові, розвиток в Україні (за даними наукової літератури) / В. М. Князевич, З. М. Митник, Ю. І. Губський // Україна. Здоров'я нації. – 2009. – № 3 (11). – С. 55-62.
- Князевич В. М. Роль громадськості у становленні та розвитку паліативної допомоги в Україні / В. М. Князевич // Актуальні питання надання паліативної та хоспісної допомоги в Україні: Перша науково-практична конференція, 8-9 листопада 2012 р.: тези доповідей. – К.: Університет «Україна», 2012. – С. 16-23.
- Кужель І. Р. Рівень емоційного вигорання як базовий критерій необхідності та змісту психодіагностичної та психокорекційної роботи з медичним персоналом хоспісу / І. Р. Кужель, М. В. Маркова // Психіатрія. – 2010. – № 1. – С. 34–39.
- Кужель І. Р. Система психологічної допомоги особам, які здійснюють догляд за інкурабельними онкологічними хворими / І. Р. Кужель, М. В. Маркова, О. В. Калачов // Актуальні питання надання паліативної та хоспісної допомоги в Україні: Перша науково-практична конференція, 8-9 листопада 2012 р.: тези доповідей. – К.: Університет «Україна», 2012. – С. 153-155.
- Лехан В. М. Медико-соціальне обґрунтування цільової моделі хоспісної допомоги в Дніпропетровській області / В. М. Лехан, В. Г. Гінзбург, Л. В. Крячкова // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2012. – № 3 (53). – С. 40-45.
- Ліщишина О. М. Сучасні медико-технологічні документи – роль в удосконаленні паліативної медичної допомоги / О. М. Ліщишина // Актуальні питання надання паліативної та хоспісної допомоги в Україні: Перша науково-практична конференція, 8-9 листопада 2012 р.: тези доповідей. – К.: Університет «Україна», 2012. – С. 37-42.
- Мельничук Р. The role of non-governmental organizations in UK hospice care provision / Р. Мельничук // Соціальна політика щодо невиліковно хворих: Всеукраїнська науково-практична конференція, 15-16 березня 2012 р.: тези доповідей. – К.: Університет «Україна», 2012. – С. 87-94.
- Москаленко В. Ф. Старіння та здоров'я: глобальні виклики та підходи до їх вирішення / В. Ф. Москаленко, Т. С. Грузева // Східноєвропейський журнал громадського здоров'я. – 2012. – № 2-3 (18-19). – С. 231-237.
- Панераці А. Паліативна допомога в Європі, волонтери та церква [Електронний ресурс] / А. Панераці. – 2012. – Режим доступу: http://ligalife.com.ua/k/0/8_Father%20Araldo%20Pangrazzi.pdf.
- Покращення міжвідомчої та міжсекторальної координації та співпраці у галузі паліативної та хоспісної допомоги / Ю. І. Губський, А. В. Царенко, О. О. Вольф [та ін.] // Соціальна політика щодо невиліковно хворих: Всеукраїнська науково-практична конференція, 15-16 березня 2012 р.: тези доповідей. – К.: Університет «Україна», 2012. – С. 3-20.
- Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги [Електронний ресурс] / Закон України № 3611-VI від 07. 07. 2011 р. – Режим доступу: <http://zakon1.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?nreg=3611-17>.
- Про затвердження Клінічного протоколу надання паліативної допомоги, симптоматичної та патогенетичної терапії хворим на ВІЛ-інфекцію/СНІД [Електронний ресурс] / Наказ МОЗ України № 368 від 03. 07. 2007 р. – Режим доступу: http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20070703_368.html.
- Реальність і перспективи удосконалення правового статусу та соціально-економічного захисту медичних працівників при наданні паліативної допомоги / О. З. Децик, Н. І. Кольцова, Ж. М. Золотарьова [та ін.] // Медичне право України: Проблеми паліативної допомоги та медико-соціального обслуговування населення: IV Всеукраїнська (III Міжнародна) науково-практична конференція з медичного права, 22-23 квітня 2010 р.: тези доповідей. – Львів: Видавництво ЛОБФ «Медицина і право», 2010. – С. 78-84.
- Рингач Н. О. Старіння населення в Україні як стимул змін у національній охороні здоров'я / Н. О. Рингач // Східноєвропейський журнал громадського здоров'я. – 2012. – № 1 (17). – С. 41-47.
- Співпраця МОЗ України та громадськості щодо покращання нормативно-правового забезпечення доступності

- паліативних хворих до опіоїдних анальгетиків / А. В. Царенко, О. О. Скорина, В. М. Бронева [та ін.] // Медичне право України: Проблеми паліативної допомоги та медико-соціального обслуговування населення: IV Всеукраїнська (III Міжнародна) науково-практична конференція з медичного права, 22-23 квітня 2010 р.: тези доповідей. – Львів: Видавництво ЛОБФ «Медицина і право», 2010. – С. 287-293.
30. Стандарты паллиативной помощи: обзор европейских рекомендаций / Г. А. Новиков, В. В. Самойленко, С. В. Рудой [и др.] // Паллиативная медицина и реабилитация. – 2010. – № 4. – С. 6-10.
 31. Старіюче суспільство України: запити та рішення / В. В. Чайковська, Л. А. Стаднюк, Л. В. Єгорова [та ін.] // Проблеми старення і довголеття. – 2011. – № 2. – С. 246-251.
 32. Українська ліга сприяння розвитку паліативної та хоспісної допомоги [Електронний ресурс] // Режим доступу: <http://ligalife.com.ua/>.
 33. Формування системи доступної паліативної допомоги в Івано-Франківській області / Л.-О. І. Андрішшин, А. В. Царенко, Л. С. Малофій [та ін.] // Медичне право України: Проблеми паліативної допомоги та медико-соціального обслуговування населення: IV Всеукраїнська (III Міжнародна) науково-практична конференція з медичного права, 22-23 квітня 2010 р.: тези доповідей - Львів: Видавництво ЛОБФ «Медицина і право», 2010. – С. 28-31.
 34. Царенко А. В. Актуальні проблеми післядипломної підготовки медичних працівників з питань паліативної та хоспісної медицини / А. В. Царенко // Медичні перспективи. – 2010. – Т. XV, № 1. – С. 89-91.
 35. Чайковська В. В. Сучасні стратегії розвитку медико-соціальної допомоги населенню літнього віку України / В. В. Чайковська // Східноєвропейський журнал громадського здоров'я. – 2012. – № 1. – С. 281.
 36. Эккерт Н. В. Паллиативная помощь – реальная поддержка семьям incurable больных / Н. В. Эккерт // Східноєвропейський журнал громадського здоров'я. – 2008. – № 4. – С. 88-89.
 37. Burnout During Residency Training: A Literature Review [Електронний ресурс] / WW. IsHak, S. Lederer, C. Mandili [et al.] // J. Grad. Med. Educ. – 2009. – 1 (2) - P. 236-242. — Режим доступу: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2931238/>.
 38. EAPC Atlas of Palliative Care in Europe [Електронний ресурс] / C. Centeno, D. Clark, T. Lynch [et al.]. – Houston: IAPHC Press, 2007. – 340 p. – Режим доступу: <http://www.eapc-taskforce-development.eu/documents/taskforce/ATLAS-EAPC-2007.pdf>.
 39. Hammel J. F. End-of-life and palliative care education for final-year medical students: a comparison of Britain and the United States / J. F. Hammel // Journal of Palliative Medicine. – 2007. – # 10 (6). – P. 1356-1366.
 40. Recommendation 24 of ministerial committee to Member States on the organization of palliative care [Електронний ресурс] / Council of Europe. – 2003. – Режим доступу: [http://www.coe.int/t/dg3/health/Source/Rec\(2003\)24_en.pdf](http://www.coe.int/t/dg3/health/Source/Rec(2003)24_en.pdf).
 41. Recommendations of the European Association for Palliative Care [Електронний ресурс] / Curriculum in Palliative Care for Undergraduate Medical Education // Milano, EAPC, 2007. – 24 p. – Режим доступу: <http://www.eapcnet.eu/LinkClick.aspx?fileticket=VmnUSgQm5PQ%3D>.
 42. Recommendations of the European Association for Palliative Care for the Development of postgraduate Curricula leading to Certification in Palliative Medicine [Електронний ресурс] / Milano, EAPC, 2009. – 44 p. – Режим доступу: <http://www.eapcnet.eu/LinkClick.aspx?fileticket=2DHXbM1zaMl%3d>.
 43. Respite in palliative care: A review and discussion of the literature / C. Ingleton, S. Payne, M. Nolan [et al.] // Palliative Medicine. – 2003. – Vol. 11 (1-2). – P. 567-575.
 44. The Liverpool Care Pathway for the Dying Patient (LCP). Continuous Quality Improvement Programme [Електронний ресурс] // Режим доступу: <http://www.sii-mcpcil.org.uk/lcp.aspx#cpContentAnchor>.
 45. White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe [Електронний ресурс] / Recommendations from the European Association for Palliative Care. Part I // Eur. J of Palliative Care. – 2009. – # 16 (6). – Режим доступу: <http://www.eapcnet.eu/LinkClick.aspx?fileticket=f63pXXzVNEY%3D&tabid=735>.
 46. White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe [Електронний ресурс] / Recommendations from the European Association for Palliative Care. Part II // Eur. J of Palliative Care. – 2010. – # 17 (1). – Режим доступу: <http://www.eapcnet.eu/LinkClick.aspx?fileticket=f63pXXzVNEY%3D&tabid=735>.
 47. World Health Organization. Better Palliative Care for Older People [Електронний ресурс] // Regional Office for Europe, WHO. – 2004. – Режим доступу: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0009/98235/E82933.pdf.
 48. World Health Organization. Palliative Care (Cancer Control: knowledge into action: WHO guide for effective programmes; module 5) [Електронний ресурс] // Geneva, WHO. – 2007. – Режим доступу: <http://www.who.int/cancer/media/FINAL-PalliativeCareModule.pdf>.
 49. World Health Organization. Palliative care for older people: better practices [Електронний ресурс] // Regional Office for Europe, WHO. – 2011. – Режим доступу: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0017/143153/e95052.pdf.
 50. World Health Organization. Palliative Care. Solid Facts [Електронний ресурс] // Edited by E. Davies, I. J. Higginson. – Denmark, WHO. – 2004. – Режим доступу: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/98418/E82931.pdf.
- Резюме. В статье представлены результаты анализа данных современных научных исследований и документов международных организаций по основным проблемам организации паллиативной и хосписной помощи (ПХП). Современные особенности и тенденции популяционного здоровья свидетельствуют о растущей потребности населения в этом виде помощи. Создание системы ПХП – относительно новая проблема, сопровождающаяся неоднозначностью и разнообразием трактовки основных понятий, контингентом обслуживания, терминов, составных, содержания и моделей оказания. Специфика профессиональной деятельности в сфере обслуживания incurable больных характеризуется значительными физическими нагрузками, высоким риском развития синдрома эмоционального выгорания и хронических заболеваний, конфликтностью, текучестью кадров, что необходимо учитывать при профессиональном отборе, разработке учебных программ, а также формировании системы подготовки кадров для ПХП на до- и последипломном уровнях.*
- Ключевые слова: паллиативная и хосписная помощь, дефиниции, модели организации, кадровое обеспечение.*
- Some Problems Of Hospice And Palliative Care (Literature Review)*
- O. Detsyk, N. Koltsova, J. Zolotarova (Ivano-Frankivsk)*
- The article presents results analysis of data contemporary scientific research and documents of international organizations on the basic problems of the development palliative and hospice care (PHC). Modern features and tendencies of population health show the growing needs of the population in this type of medical care. Creation of PHC system is a relatively new problem, accompanied by ambiguity and diversity of interpretations of the basic concepts, contingents of service, terms, components, content and models of delivery. The specifics of professional activity for incurable patients care is characterized by significant physical exertion, high risk of burnout and chronic diseases, conflicts, staff turnover, that must be considered in professional selecting for PHC, curricula on graduate and postgraduate levels.*
- KEY WORDS: palliative and hospice care, definitions, models of organization, staffing.*

УДК 615.859.003.1:616-053.9

Анализ структуры затрат на медикаментозную терапию пациентов старших возрастных групп в терапевтическом отделении

Чайковская В.В., Зозуля В.В.

ГУ “ Институт геронтологии им. Д.Ф. Чеботарёва НАМН Украины ” г.Киев

Организация системы медикаментозной помощи пациентам пожилого возраста в лечебных учреждениях, её эффективное функционирование, гарантия доступности и качества этой помощи является одной из важнейших медико-социальных проблем [1-2].

Одним из механизмов решения этой задачи являются фармако-экономические исследования, направленные на изучение экономической целесообразности использования лекарственных средств и схем медикаментозной терапии в неразрывной связи с их эффективностью и безопасностью [3-4].

Экономическая оценка медикаментозной терапии даёт важную информацию для оптимизации лечебного процесса. Результаты фармакоэкономических исследований, проведенных на основе современных достижений науки, позволяют осуществлять научно обоснованный выбор тех или иных методов и форм медикаментозной терапии, как на индивидуальном уровне, так и на уровне управления здравоохранением и, соответственно, содействуют более рациональному использованию ограниченных материальных ресурсов [5-7].

Проведение фармако-экономического анализа позволяет разработать основные направления рационального использования денежных средств при условии сохранения высокого качества оказания медицинской помощи [8-9].

С этой целью используется совокупный анализ затрат, который объединяет три вида анализа – ABC, VEN и частотный [9-10].

Суть ABC-анализа состоит в ранжировании лекарственных средств по уровню затрат – от наибольших до наименьших, что позволяет быстро и наглядно изучить распределение расходов и выявить наиболее затратные лекарственные средства. Группы “А”, “В”, “С” включают лекарственные средства, расходы на которые составляют 80%, 15% и 5% от всех затрат соответственно.

VEN-анализ, предложенный ВОЗ, распределяет лекарственные средства в соответствии с их значимостью: V (vital) – жизненно необходимые, E (essential) – важные или наиболее эффективные при лечении определенного заболевания, N (non-essential) – не важные, второстепенные для данной патологии, сомнительной эффективности, симптоматические.

Индекс VEN для лекарственных средств определяется по формальным параметрам V – наличие препарата в Перечне жизненно необходимых и важных лекарственных средств, утвержденном МЗ Украины, N – препарат, который в документе не значится, а также при помощи экспертных оценок. Для этого, с учетом возрастных особенностей протекания заболевания, фармакодинамики и фармакокинетики лекарств, из группы N выбираются препараты, которые являются важными для лечения больных

пожилого возраста (гериатрические средства, средства метаболической терапии, др.) Они составляют группу E.

Сочетание ABC- и VEN-анализа даёт представление о том, какие препараты занимают наибольшее место в структуре расходов на медикаментозное обеспечение.

Частотный анализ предусматривает распределение лекарственных препаратов по частоте назначений – от самых частых до наименее. Такой подход позволяет сразу вычлнить характеристику, связанную с частотой назначения препаратов: например, расходы связанные с препаратами, которые назначаются часто, но являются дешевыми, или используются редко, но имеют очень высокую стоимость.

Результаты ABC-, VEN- и частотного анализов позволяют понимать насколько рационально проводится медикаментозная терапия в лечебных учреждениях, сопоставить затраты на приобретение современных, эффективных и безопасных лекарственных средств с устаревшими, малоэффективными и дешевыми препаратами, что может быть использовано для управленческих решений, с целью более эффективного использования денежных ресурсов при условии недостаточного финансирования и оптимизации медикаментозного обеспечения.

Материалы и методы

Оценка структуры затрат на медикаментозную терапию пациентов пожилого и старческого возраста проведена при помощи ABC/VEN и частотного анализа [9-10].

Для проведения анализа было использовано 98 историй болезни пациентов пожилого и старческого возраста (старше 60 лет), которые проходили лечение в терапевтическом отделении Киевской городской клинической больницы №9. Анализ включал все затраты на лекарственные средства за время нахождения пациентов в стационаре.

Работа выполнялась в соответствии с существующими рекомендациями по проведению клинико-экономических исследований [10-12].

Результаты исследований

Результаты проведенного VEN-анализа показали, что в группе “А” на препараты категории V было потрачено 38,4% от всех средств, категории E – 61,6%, препараты категории N не входили в эту группу, то есть все средства группы “А”(80% всех затрат), были использованы на жизненно-необходимые и важные лекарственные средства.

Наиболее затратными в этой группе были препараты метаболического действия, которые входят в категорию

Таблица 1. ABC/VEN и частотный анализ лекарственных средств, которые использовались для лечения пациентов пожилого и старческого возраста

Код АТС	Название препарата	VEN	Кол-во пациентов принимавших препарат(%)	Стоимость грн.	% от цены	%, который накапливается
Препараты группы "А"						
C01E	Милдронат	E	33,8	3071,9	29,72	29,72
C02	Аспаркам	E	85,6	739,83	7,16	36,88
C01A	Тиотриазолин	E	64,2	490,24	4,74	41,62
J	Азитромицин	V	2,3	380,1	3,68	45,30
C01	Сульфокамфокаин	E	37,2	312,12	3,02	48,32
J	Аугментин	V	5,6	252	2,44	50,75
J	Флоксацин	V	5,8	235,9	2,28	53,04
J	Роксид	V	3,6	227,2	2,20	55,23
C09	Эналаприл	V	3,6	226,8	2,19	57,43
H	Дексаметазон	V	16,9	214,56	2,08	59,50
R	Эуфилин-амп.	V	36	212,17	2,05	61,56
C01D	Нитросорбид	V	37,2	191,66	1,85	63,41
C08	Амлодипин	V	13,5	187,78	1,82	65,23
C01A	Строфантин	V	63,1	178,75	1,73	66,96
C02E	Триметизидин	E	5,6	171,34	1,66	68,61
B	Реополиглукин	E	3,4	142,5	1,38	69,99
C07	Бисопролол	V	9	141,04	1,36	71,36
B01	Аспирин	V	12,4	126	1,22	72,58
A03	Но-шпа	E	3,4	121,2	1,17	73,75
R	Флуконазол	V	3,4	116,62	1,13	74,88
A10	Диабетон	V	2,3	114,38	1,11	75,98
C01	Кардикет	V	9	112,75	1,09	77,07
C07	Эгилек	V	11,3	110,72	1,07	78,15
C07	Метапролол	V	22,5	90,6	0,88	79,02
C01B	Кордарон	V	5,6	90,03	0,87	79,89
C01E	Актовегин	E	2,3	88	0,85	80,74
						80,74
Препараты группы "В"						
J	Ципрофлоксацин	V	18,0	87,04	0,84	81,59
J	Цефазолин	V	10,1	86	0,83	82,42
R	Амброксол	V	7,9	85,76	0,83	83,25
A	Омепразол	V	9,0	84,78	0,82	84,07
C08	Коринфар	V	10,1	83,22	0,81	84,87
J	Гентамицин	N	11,3	75,6	0,73	85,60
A	Реосорбилакт	V	2,3	71	0,69	86,29
C04	Сермион	E	3,4	68,06	0,66	86,95
A10	Холивер	V	9	63,4	0,61	87,56
C03	Гипотиазид	V	10,1	53,96	0,52	88,09
R	Димедрол	E	4,5	52	0,50	88,59
J	Цефтриаксон	V	10,1	51,68	0,50	89,09
N	Гидазепам	E	2,3	49,88	0,48	89,57
J	Цефалексин	V	4,5	49,5	0,48	90,05
A10	Сорбифер	V	3,4	48	0,46	90,51
B	Гепарин	V	3,4	42	0,41	90,92
N	Фезам	E	5,6	40,04	0,39	91,31
A	Папаверин	N	22,5	39	0,38	91,69
R	Бромгексин	E	13,5	36,96	0,36	92,04
A	Солезим	E	3,4	36,57	0,35	92,40
C09	Энап	V	2,3	34,8	0,34	92,73
C07	Атенолол	V	10,1	34,39	0,33	93,07
R	АЦЦ	E	2,3	33,9	0,33	93,39
C08	Нормодипин	V	2,3	33,21	0,32	93,72
R	Инстарил	E	4,5	33,026	0,32	94,03
M	Мидокалм	E	3,4	32,80	0,32	94,35
N05	Корвалтаб	N	3,4	30,59	0,30	94,65
J	Макропен	V	2,3	30,40	0,29	94,94
A	Манинил	V	7,9	29,82	0,29	95,23
			0,00		0,00	95,23

Препараты группы "С"						
N06B	Кавинтон	E	2,3	29,4	0,28	95,51
M	Аналгин	N	18,0	29,36	0,28	95,80
C03	Арифон	E	2,3	28,06	0,27	96,07
B01C	Аспекард	V	21,4	26,80	0,26	96,33
C08	Амилонг	V	6,8	26,60	0,26	96,59
C04	Сиднофарм	E	11,3	26,40	0,26	96,84
A	Платифилин	E	4,5	24,15	0,23	97,08
M	Кетанов	N	4,5	23,43	0,23	97,30
R	Доксицилин	V	7,9	20,7	0,20	97,50
C03	Фуросемид	V	42,8	19,9	0,19	97,70
A16	Инсулин	V	4,5	18,8	0,18	97,88
C01	Коргликон	V	4,5	18,4	0,18	98,06
C01	Кристепин	N	2,3	16,92	0,16	98,22
C02	Предуктал	E	2,3	16,8	0,16	98,38
N	Пирацетам	E	9,0	15,08	0,15	98,53
M	Диклофенак	V	9,0	13,2	0,13	98,66
B01C	Кардиомагнил	V	3,4	13,12	0,13	98,78
N	Лидокаин	V	2,3	12,5	0,12	98,90
A	Витамин B12	E	2,3	12,3	0,12	99,02
A	Поливитамины	E	2,3	12,16	0,12	99,14
C09	Эналазид	V	2,3	10,23	0,10	99,24
C04	Дибазол	N	16,9	9,88	0,10	99,33
R	Лазолван	E	3,4	8,91	0,09	99,42
J	Ломадей	V	4,5	8,11	0,08	99,50
A	Витамин B1	E	3,4	7,8	0,08	99,57
N	Трентал	E	2,3	7,8	0,08	99,65
M	Индометацин	V	3,4	7,52	0,07	99,72
C01	Рибоксин	E	5,6	7,14	0,07	99,79
A	Витамин B6	E	3,4	6,76	0,07	99,86
A	Метоклопрамид	E	2,3	6,3	0,06	99,92
C01A	Дигоксин	V	7,9	5,48	0,05	99,97
N	Циннаризин	E	3,4	2,58	0,02	100,00
C08	Фенигидин	V	2,3	0,42	0,00	100,00
				10336,59		

Е (милдронат, аспаркам, тиотриазолин, триметазидин).

Как известно, препараты метаболического действия широко используются в комплексной терапии больных пожилого и старческого возраста, с целью повышения эффективности терапии и уменьшения побочных действий лекарств [13-16]. Учитывая высокую стоимость данной группы лекарственных средств, затраты на них есть целиком обоснованными.

Категория V была представлена преимущественно антибиотиками и кардиологическими препаратами разных фармако-терапевтических групп (ингибиторы АПФ – эналаприл, блокаторы кальциевых каналов – амлодипин, бета-адреноблокаторами - бисопролол, эгилок, метапролол, антиагрегантами – аспирин и др.), что обусловлено характером заболевания данной группы пациентов..

В группе "B" (15% от всех средств) затраты на препараты категории V составляли 46,7%, E – 43,3%, N – 10,0%.

Категория V в этой группе была представлена в основном кардиологическими препаратами, сахароснижающими средствами (маннинил, холивер, сорбифер) и антибиотиками. В категорию E входили препараты, которые использовались для лечения заболеваний органов пищеварения (омепразол, солезим), костно-мышечной системы (мидокалм), органов дыхания (бромгексин, инстарил, АЦЦ). В группу N вошли малоэффективные и устаревшие препараты (гентамицин, корвалтаб, папаверин).

В группе "C" затраты распределялись следующим образом: - категория V – 42,8%, E – 41,2%, N – 16,1%.

В этой группе категория V включала лекарственные

средства для лечения заболеваний органов кровообращения (дигоксин, кардиомагнил, аспекард, амилонг, эналазид) и сахароснижающие средства (маннинил, инсулин), в категории E преобладали препараты для лечения заболеваний костно-мышечной и нервной систем, в категорию N вошли симптоматические и устаревшие препараты разных фармако-терапевтических групп (кристепин, аналгин, дибазол др.).

Результаты проведенного частотного анализа показали, что в группу "A" вошли как препараты, назначаемые значительному количеству больных (тиотриазолин – 64,2 %, милдронат – 33,8 %, аспаркам – 85,6 %, нитросорбид – 37,2 %, строфантин – 63,1 %, метапролол – 22,5 %, сульфокамфокаин – 37,2 %, эналаприл – 3,6 %), так и препараты высокой стоимости, которые получали 2-3 % больных (азитромицин, роксид, диабетон, флуконазол, актовегин, реополиглюкин, др.). Значительная частота назначения препаратов метаболического действия и кардиотропных средств, обусловлена высоким уровнем заболеваний органов кровообращения и эффективностью применения метаболических препаратов в комплексной терапии [13-16].

В группу "B" вошли отечественные антибиотики меньшей стоимости, которые получала большинство больных (ципрофлоксацин – 18,0 %, цефазолин – 10,1 %, гентамицин – 11,3 %), а так же средства для лечения заболеваний органов кровообращения (коринфар – 10,1 %, гипотиазид – 10,1 %, папаверин – 22,5 %, атенолол – 10,1 %), органов пищеварения (омепразол – 9,0 %), органов дыхания (бромгексин – 13,5 %, амброксол – 4,8 %). В

эту группу вошли так же препараты большей стоимости, которые назначались небольшому количеству больных (АЦЦ – 2,2 %, нормодипин – 2,2 %, макропен – 2,3 %, гизадепам – 2,3 %).

Препараты группы “С” были представлены лекарственными средствами отечественного производства, которые использовались для лечения заболеваний органов кровообращения (фуросемид – 42,8 %, аспекард – 21,4 %, дибазол – 16,9 %, сиднофарм – 11,3 %, амилонг – 6,8 %), костно-мышечной системы (аналгин – 18,0 %, пирасетам – 9,0 %, диклофенак – 9,0 %) и другими препаратами разных фармакотерапевтических групп, каждый из которых получало не больше 5 % больных.

Таким образом, результаты проведенного АВС-анализа показали, что при лечении больных пожилого и старческого возраста в условиях реальной клинической практики расходы на медикаментозную терапию распределяются следующим образом: Группа “А” (80 % от всех затрат) включала 26 препаратов (29,5 %), группа “В” (15 % затрат) – 29 препаратов (32,9 %), группа “С” (5 % затрат) – 33 препарата (37,5 %), то есть наибольшее количество препаратов вошло в группу “С”. Известно, что при оптимальной структуре затрат, группа “А” включает в себя лишь 10% от всего количества препаратов [17-18]. Значительное увеличение количества препаратов этой группы можно объяснить ограниченным уровнем финансирования на лекарственные средства в данном лечебном учреждении, что повлекло за собой закупку большого количества препаратов низкой стоимости. По результатам VEN-анализа, к категории V (жизненно необходимых) относилось 55,6 % от всего числа использованных лекарственных средств, 36,3 % входили в категорию E (важных и эффективных при лечении определенной патологии), 8,1 % - к категории N (не важных и симптоматических препаратов), и это значит, что преимущественное большинство составляли жизненно необходимые и важные лекарственные средства.

Полученные данные свидетельствуют о рациональном распределении средств на лекарственные препараты для лечения больных пожилого и старческого возраста в терапевтическом отделении данного лечебного учреждения.

Литература

1. Безруков В.В., Вороненко Ю.В. Шляхи вдосконалення медико-соціальної допомоги людям літнього віку в Україні // Проблеми старення і догляду. – 2004. - №3. – С. 221-224.
2. Безруков В.В., Вержиковська Н.В., Чайковська В.В. Проблеми здоров'я і надання медичної допомоги // Ж. АМН України. – 2000. - № 1.-С.95-106.
3. Вялков А.И., Катлинский А.В., Воробьев П.А. Стандартизация, фармакоэкономика и система рационального лекарственного обеспечения населения. // Проблемы стандартизации в здравоохранении.- 2000. - №4.- С. 3-6.
4. Кобзарь Л.В., Алещенкова Е.Г. Современные концепции фармакоэкономических исследований // Фармация. – 2000. - №5-6.- С. 11-12.
5. Мильникова И. С., Тернавский А. П. Экономика лекарственной помощи. — М., 2003. — 317 с.
6. Гайдаров Г.М., Алексеев Н.Ю., Антонова Е.В. Медико-экономические подходы к повышению деятельности многопрофильного ЛПУ // Пробл. соц. гиг., здравоохр. и истории медицины. – 2007. - №5. – С. 29-33.
7. Weinstein M.C., Siegel J.E. Recommendations of the panel on cost-effectiveness health and medicine // JAMA. – 2004. – Vol. 284, № 11. – P. 778-783.
8. Филимонов А.А., Чернова Т.В., Васильева Л.И. (2002) Оценка эффективности медицинской и экономической деятельности крупной больницы. // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины/ - 2002. - №3. – С. 41—44.
9. Экономическая оценка эффективности лекарственной терапии (фармакоэкономический анализ) / Под ред. П.А. Воробьева. — М., 2000. — С. 28—48.
10. Мальцев В.И., Ефимцева Т.К., Белоусов Д.Ю. Методология проведения фармакоэкономических исследований // Украинский медицинский часопис. - 2002. - №5 (31). - С. 20-29.
11. Фармакоэкономічний аналіз в геріатричній клініці (Методичні рекомендації). – Київ, 2007. – 25 с.
12. Клинико-экономический анализ / [Воробьев В.П., Авксентьева М.В., Юрьев А.С., Сура М.В.] – М: «Ньюдиамед». – 2004. – 403 с.
13. Аксаментов Г.В. Клинические и функциональные особенности пациентов геріатрического стационара // Здравоохранение. – 2002. - №2. – С. 51-54.
14. Буторов В.Н., Бузаева А.С. Применение милдронанта в комплексном лечении больных ишемической болезнью сердца // Тезисы XI Российского национального конгресса «Человек и лекарство». – Москва. - 2004. - С. 100.
15. Безруков В.В., Купраш Л.П. Геріатричні аспекти медикаментозної терапії // Вісник фармакології та фармації. - 2005. - №12. - С. 23-27.
16. Купраш Л.П., Гударенко О.С., Купраш О.В. Рациональна терапія хворих похилого і старечого віку. // Журнал сімейного лікаря. – 2008. - №4. – С. 17-23.
17. Авксентьева М.В., Воробьев П.А. Как может быть использован клинико-экономический анализ для совершенствования программы дополнительного лекарственного обеспечения? // Пробл. стандартизации в здравоохр. - 2006. - №10. - С.3-7.
18. Авксентьева М.В., Воробьев П.А. Экономический фактор при прийнятті рішень о примененні медичинських технологій // Пробл. стандартизации в здравоохр. - 2008. - № 3. - С.3-8.

Резюме

Анализ структуры затрат на медикаментозную терапию пациентов старших возрастных групп в терапевтическом отделении

Чайковская В.В., Зозуля В.В.

В работе приведены результаты фармако-экономического исследования с использованием совокупного анализа затрат (АВС, VEN и частотный анализ) для оценки рациональности распределения средств на лекарственные препараты для больных пожилого и старческого возраста в терапевтическом отделении городской больницы.

Ключевые слова: фармако-экономический анализ, совокупный анализ затрат, лечебные средства, пожилой и старческий возраст.

Summary

Analysis of structure of costs for pharmacotherapy of elderly patients in therapeutic department.

Chaykovskaya V.V., Zozulya V.V.

This work presents the results of the pharmaco-economic investigation which has been carried out with the use of total costs analysis (ABC, VEN and chat analyses) for estimating distribution of costs for medications for the elderly and advanced old people in city's hospital (therapeutic department).

Key words: pharmaco-economic analysis, total costs analysis, medicines, old age.

УДК 614.2 (615.036.2) +617.73 / (477:1-22): 001.5 +631.45

Обоснование разработки Концепции формирования офтальмологической профилактической службы (ОПС)

Нагорная А. М., Слабкий Г. А., Черемухина О. Н.
Киевская городская клиническая офтальмологическая больница
«Центр микрохирургии глаза»

Нормативно-методической основой Концепции является Закон Украины №2801-ХІІ от 19.11.1992 «Основы законодательства Украины о здравоохранении» [1], Приказ № 196 от 28.12.1992 «Об организации и совершенствования офтальмологической помощи населению Украины» [2] Указ Президента Украины №113 от 02.03.2009 «О внеочередных мерах по улучшению положения лиц с недостатками зрения» [3]. В Указе изложены принципы системного подхода к решению проблем сохранения здоровья населения Украины; декларируется приоритетность использования новых технологий профилактики и лечения офтальмологической патологии.

Объективная потребность в разработке Концепции офтальмологической профилактической службы, ее высокая актуальность и значимость определяются:

- признанием роли здоровья населения как стратегического потенциала;
- необходимостью обеспечения здоровой, активной жизни населения как основной задачи социальной политики;
- необходимостью раскрытия механизмов сохранения зрения и реализации индивидуального, личностного потенциала человека с учетом эффективной поддержки конституционально-генетических, физиологических, психологических, интеллектуальных функций;
- ориентацией на «индивидуальное здоровье» как важнейшее социальное качество личности, обеспечивающее в условиях рыночной экономики конкурентоспособность, семейное и социальное благополучие, длительную дееспособность и обеспеченную старость.

Концепция офтальмологической профилактической службы — результат и часть научно-теоретической разработки вопроса об идеологии и методологии формирования отраслевой офтальмологической профилактической службы в Украине.

На основе Концепции возможна разработка целевой программы, направленной на совершенствование деятельности офтальмологической профилактической службы. Концепция является основой для разработки мероприятий профилактической медицины в области охраны зрения у здорового и больного населения Украины.

Концепция ОПС конкретизирует цели, задачи и характер деятельности профилактической медицины как отраслевого направления, решает стратегический вопрос — сохранение зрения у населения Украины. Реализация Концепции рассчитана на временной период в 10 лет и предполагает создание ОПС в Украине.

Основные принципы концепции ОПС определяются стратегией, идеологией и методологией службы, включает следующие положения:

- субъектом внимания для охраны зрения становится
- 1) здоровый человек;

- 2) больной человек;

Планомерно перераспределяются акценты значимости в структуре охраны зрения — с этапа первичной офтальмологической помощи на этапы донозологической и доклинической диагностики;

Профилактическая медицина обеспечивает не только медико-биологический, но и долгосрочный социально-производственный и экономический эффекты. Основой деятельности является «охрана зрения здоровых»;

Критериями эффективности системы охраны зрения является устойчиво позитивные показатели средней продолжительности высокого зрения граждан Украины.

Цель Концепции формирования ОПС в Украине: снижение заболеваемости, инвалидизации населения с приведением показателей к положительным значениям и увеличение фактической продолжительности высокого зрения населения Украины, повышение потенциала структурной и производственной эффективности превентивной деятельности.

Для реализации поставленной цели необходимо обеспечить решение следующих задач:

Создание превентивной стратегии деятельности ОПС, ориентированной на охрану зрения в популяционном и индивидуальном здоровье населения Украины;

Формирование и внедрение комплексной превентивной методологии в деятельности офтальмологических учреждений здравоохранения, разработка основ комплексной отраслевой системы превентивной диспансеризации;

Создание объективных условий для формирования профессионального и социального статуса специалистов ОПС;

Обеспечение устойчивой и прогнозируемой деятельности системы мониторинга и профилактики.

Основные направления деятельности ОПС в Украине

Задачи Концепции ОПС определяют содержание и направления практической деятельности ОПС в Украине. Выделены четыре основных направления деятельности по решению задач Концепции.

Первое направление — нормативно-правовое и методологическое обеспечение офтальмологической профилактической службы.

В рамках данного направления предусмотрены разработка и внедрение регламентирующих и предлагающих документов и приказов, в том числе стандартов медико-профилактической деятельности и дифференцированных экспертных карт (ЭК).

Целевые функции ЭК: информационно-методическая,

экспертно-аналитическая, контрольно-управленческая, моделирующая. Кроме того, ЭК являются инструментом оценки соответствия при лицензировании центров и подразделений профилактической медицины на основе единого образа требований и оценочных критериев.

Второе направление — создание уровневой структуры организации ОПС; поэтапное открытие профильных учреждений и подразделений ПС. Функциональными элементами службы являются учреждения и подразделения следующих типов:

- а) мобильного ОПЦ;
- б) офтальмологических отделений профилактических центров (ОПЦ) в учреждениях амбулаторно-поликлинических областных офтальмологических диспансеров;
- в) сельские ОПЦ.

Целесообразна организация офтальмологических межрайонных профилактических центров в городах Украины. Для полноценного функционирования ОПС необходимо наличие разработанной и утвержденной организационно-штатной структуры учреждений и подразделений ОПС, а так же дифференцированных таблиц их материально-технического оснащения.

Третье направление включает вопросы практического содержания медико-профилактической деятельности. Данное направление отражает современные представления о профильных видах работ и услуг офтальмологической деятельности на первом, втором, третьем и четвертом этапах медико-санитарной и профилактической помощи.

Основными видами деятельности ОПС являются:

1. Экспресс-диагностика органа зрения.
2. Оценка индивидуального риска возникновения офтальмопатологии.
3. Комплексная оценка факторов риска (ФР) в офтальмологии.
4. Медико-генетическое обследование
5. Консультации сопутствующих специалистов
6. Скрининговый контроль дисфункциональных состояний.
7. Пропаганда и обеспечение валеологической грамотности населения; санитарное просвещение и гигиеническая образование (СПГО).
8. Преемственность между донозологической и нозологической офтальмологией.
9. Внутреннедозологическая работа (офтальмологические профилактические школы), превентивная диагностика сопутствующих заболеваний.
10. Создание системы превентивной диспансеризации (СПД) населения всех возрастных групп.

Четвертое направление — подготовка и обучение кадров, профильная научно-исследовательская деятельность. Обучение в рамках программ дополнительного офтальмологического профилактического образования (ДОПО) по профилактической офтальмологии для врачей семейной медицины, фельдшеров и сестер, сестер координаторов рассматривается как важное условие медико-профилактической деятельности на уровне современных требований. Подготовка специалистов смежных специальностей — офтальмоэндокринологов, нейроофтальмологов, офтальмолого-иммунологов, офтальмогенетиков, психологов. Создание курса ДОПО по ОПС подразумевает разработку дифференцированных учебных программ и программ экзаменационного тестирования и опросов, а также совместимых специальностей.

Проведение научно-исследовательских работ связано

с анализом экзозоологических и эндемичных особенностей территории, влияющих на здоровье населения. Элементами научной деятельности являются: разработка и реализация научно-практических целевых программ, создание авторских превентивных методик и комплексов с последующей оценкой эффективности всех составляющих четвертого направления, проведение конференций и клинических разборов (анализа) сложных случаев, школ-семинаров.

Условия и механизмы реализации Концепции ОПС

Для реализации Концепции ОПС необходимы наличие и соблюдение следующих условий:

- единство всей системы охраны зрения в Украине, независимо от территориальных и ведомственных разграничений;
- иерархически вертикальная подчиненность;
- консолидация усилий органов исполнительной власти всех уровней, организаций и граждан по формированию и реализации превентивных программ охраны зрения в Украине;
- приоритет профилактических мероприятий при разработке программ развития охраны зрения Украины;
- единство медико-профилактической и экономической составляющей в социальной политике Украины;
- доступность мероприятий по экспресс-оценки состояния зрения и оздоровлению населения вне зависимости от социального статуса, уровня их доходов и места жительства;
- медико-генетические консультации;
- непрерывность оздоровительных мероприятий в течение всей жизни человека, ответственность человека за свое зрение;
- многоуровневый и дифференцированный подход к организации оздоровительных и профилактических мероприятий как с учетом общих потребностей населения Украины, так и особенностей различных социальных, профессиональных и возрастных групп;
- единый компьютеризированный учет всех жителей, объединенных донозологической профилактической диспансеризацией.

Литература

1. Закон Украины № 2801-ХІІ от 19.11.1992 «Основы законодательства Украины о здравоохранении», раздел II ст. 4, 6, 10; раздел IV ст. 25, 26, 28, 29, 31; раздел V ст. 33, 35.
2. Приказ № 196 от 28.12.1992 «Об организации и совершенствовании офтальмологической помощи населению Украины».
3. Указ № 113 Президента Украины от 02.03.2009 «О внеочередных мерах по улучшению положения лиц с недостатками зрения».

*A. Nagornaya, G. Slabkiy, O. Cheremuhkina
Kyiv City Clinical Ophthalmic Hospital «Center of Eye Microsurgery»*

Rationale of development of the concept of preventive ophthalmic service (POS).

Resume: the article gives rationale of the concept of forming ophthalmic preventive services (OPS).

Keywords: concept, prevention, eye care.

УДК 616-056.2:572.025:658.314

Функциональный возраст и работоспособность человека в зависимости от вида труда и образа жизни

А. А. Поляков, Е. С. Томаревская

ДУ Институт геронтологии им. Д.Ф. Чеботарева АМНУ, 04114 Киев, Украина

Введение

Физическая работоспособность (ФР) и темп старения (ТС) являются объективными показателями здоровья человека и критериями общей трудоспособности индивида. С возрастом аэробная мощность снижается с 50 мл/[кг · мин] у мужчин и 40 мл/[кг · мин] у женщин до уровня 25-30 мл/[кг · мин] в 65 лет независимо от пола [9,13]. Отмеченное снижение, в первую очередь, отрицательно сказывается на трудовой деятельности, которая требует высоких аэробных затрат. В то же время высокие индивидуальные различия трудоспособности во многом зависят как от наследственных факторов [3,12,18], так и от профессиональной деятельности [2,4,10,13], а также индивидуального образа жизни [1,7,11,15,17].

Целью работы

явилось изучение физической работоспособности (ФР) и функционального возраста человека в зависимости от вида труда и уровня двигательной активности.

Материалы и методы

Объектами этого исследования были мужчины и женщины: 234 рабочих и служащих (20-79 лет), 28 инженерно-технических работников (20-59 лет), 120 научных работников (30-65 лет); сельское население автономной республики Крым (412 человек, 20-85 лет), горных районов республики Азербайджан (20-92 лет); 4 группа физиологического эксперимента (200 человек, 20-60 лет).

Для оценки физической работоспособности использовали велоэргометрию, корреляционную ритмографию и спирографию. У обследованных определяли длину и массу тела, мышечную силу (МС) и выносливость кистей рук (МВ), импульс мышечной силы (ИМС). Функциональный возраст оценивался по методике разработанной авторами [16].

Результаты исследований статистически обрабатывали на компьютере. [10].

Результаты и их обсуждения

В результате изучения физической работоспособности рабочих и служащих, жителей сельских районов Крыма, горного Азербайджана и обследованных в лабораторных условиях добровольцев, прослежены общепопуляционные закономерности изменений показателей физической работоспособности (рис.1). Общая тенденция состоит в том, что мышечная сила в среднем снижается от 0,5 до 1,2 % в год. В тоже время достоверные отличия в возрастных группах зависят от вида трудовой деятельности. У лиц физического труда достоверные отличия мышечной силы наступают на рубеже 55 лет, для людей занятых умственной деятельностью в 45 лет.

Более детальное изучение физической работоспособности показало, что она в значительной мере определяется мышечной выносливостью. Изученные нами показатели были использованы для метастатистического анализа [8]. В результате было установлено, что МС и МВ имеют выраженную возрастную динамику. При этом МС у женщин имеет значимую тенденцию к снижению на рубеже 35 лет, тогда как мышечная выносливость остается стабильной до 55 – летнего возраста (рис.2).

У мужчин изменения МС и МВ с возрастом не имели таких четких различий и в свою очередь в значительной степени зависели от двигательной активности, образа жизни и характера трудовой деятельности.

В возрастных группах 50-59, 60-69, 70-79 лет ФР, по данным теста PWC_{170} , ниже относительно молодых на 18%, 26%, 48%, соответственно. Динамика снижения максимального потребления кислорода (рис.3) в возрастных группах совпадает с популяционной до 60-летнего рубежа, что соотносится с данными авторов [7, 9,14].

У рабочих 60-70 лет, продолжающих трудиться на заводе, темп снижения физической работоспособности составил 0,4% в год при 2% среди населения. После 70 лет динамика ФР у работающих и неработающих пенсионеров совпадает. Выявленный феномен, согласно гипотезе Левиса К. [Lewis K., 1999], в значительной мере, может быть обусловлен наличием генетических механизмов, которые «включают» ускоренное старение организма человека на поздних этапах онтогенеза.

Выявленные индивидуальные различия в динамике ФР также обусловлены селективностью выборки и эффектом «уцелелой» популяции. Это означает, что для корректного анализа полученных данных необходим индивидуально-типологический подход [5]. В этой связи нами для изучения ФР у обследованных работников было выделено четыре функциональные группы (ФГ) (первая – лучшая, четвертая – худшая).

ФР по тесту PWC_{170} в I-й группе составила 202 Вт, т. е. на 22,4% выше, чем у молодых работников ($P<0,05$). Средние показатели ФР II-й группы по PWC_{170} не отличались от показателей возрастной группы 40-49 лет. По показателям физической работоспособности ФГ III была близка к возрастной группе 50-59 лет. Уровень ФР IV-й группы практически приближался к группе 70-летних.

По данным изучения темпа старения обследованных выявлено, что у функционально молодых людей (на 5 и более лет младших относительно своего календарного возраста) физическая работоспособность на 15-20% превышает средние показатели, которые обычно наблюдаются при совпадении функционального и календарного возраста. Показано, что в возрасте 20-29 лет функционально молодые рабочие (с высоким уровнем ФР) составляют 38%, в 40-49 лет - 47%, 50-59 лет - 30%, в 60-69 лет - 40%,

в 70-79% - 60% (P<0,05).

Таким образом, индивидуально-типологический подход позволил сформировать функционально однородные группы, что в свою очередь, позволило получить дополнительную информацию об уровне физической работоспособности и здоровья обследованных людей. Например, календарный возраст не был доминирующим фактором, влияющим на индивидуальные различия ФР лиц занятых физическим трудом.

Список литературы

1. Hirvensalo, M.; Rantanen, T.; Heikkinen, E. Mobility difficulties and physical activity as predictors of mortality and loss of independence in the community-living older population // JOURNAL OF THE AMERICAN GERIATRICS SOCIETY M. Hirvensalo et al., "Mobility difficulties and physical activity as predictors of mortality and loss of independence in the community-living older population", 48(5), 2000, pp. 493-498
2. Hunter, J. E., and Hunter, R.F., 1984. Validity and Utility of alternative predictors of job performance // Psychological Bulletin.-1984.- № 96.- P.72-98.
3. Human gene for physical performance /Montgomery H.E., Marshall, R., Hemingway H., et al. // Nature. 1998.-Vol.393.- P. 221.
4. McEvoy G.M., and Cascio W.F. Cumulative evidence on relationship between employee age and job performance // Journal of Applied Psychology.- 1989.- № 74.-P. 11-17.
5. 6. Poliakov O.A., Tomarevskaya O.S. Body mass index and functional performance of the elderly persons // Advances in Gerontology. - 2011. - N 4.- P. 69 - 73 .
6. Simonton D.K. Age and outstanding achievement: what do we know after a century of research? // Physiological Bulletin.- 1988.- № 104.- P.241-267.
7. Shephard, R.J.. Aerobic Fitness and Health //Human Kinetics Publishing, Champaign, IL.- 1994.-p.140-150.
8. Waldman D.A., and Avolio B.J. A meta-analysis of age differences in job performance // Journal of Applied Physiology.- 1986.- № 71.- P.33-38.
9. Аулик И.В. Определение физической работоспособности в клинике и спорте. – М.: Медицина, 1979. – 192 с.
10. Боровиков В.П., Боровиков И.П. Статистический анализ и обработка данных в среде Windows® - М.: Информационно-издательский дом «Филинъ», 1997.-607 с.
11. Бузунов В.А. Производственные факторы и возрастная работоспособность К.: Здоровье, 1991.- с.160.
12. Ахаладзе, Н. Г. Биологический возраст человека: оценка темпа старения, состояния здоровья и жизнеспособности /Н. Г.

Ахаладзе, Л. М. Ена. — К., Ирпень : ВТФ «Перун», 2009. — 224 с.
13. Коркушко О.В., Ярошенко Ю.Т. Максимальное потребление кислорода у мужчин в зависимости от возраста и уровня двигательной активности. // Физиол. человека.-1996.- Т.22, №4. С.100-103.

14. Купер К. Новая аэробика.-М.: Физкультура и спорт, 1979.- 124 с.

15. Муравов И.В. Здоровье, трудоспособность и физическая культура. – К.: О-во «Знание» УССР, 1985. – 48с .

16. Решетюк А.Л., Поляков О.А., Коробейников Г.В. Визначення функціонального віку та темпів старіння людини // Метод. рекомендації, - К.: МОЗ України, 1996.- 10 с.

17. Пирогова Е.А., Иващенко Л.Я., Страпко Н.П. Влияние физических упражнений на работоспособность и здоровье человека.- Киев: Здоров'я, 1986.- 152 с.

18. Фролькис В.В. Этаногенез = онтогенез + геронтогенез // Проблемы старения и долголетия. - 1993. – Т.3, № 4. - С.291-301.

SUMMARY

This investigation is dedicated to clarifying of physiological mechanisms of labor activity in subjects of a different gender and age with the purpose of a theoretical background of rational usage of human professional working capacity and rehabilitation of his health.

Muscle strength and endurance in the women have expressed age dynamics. The muscle strength of the women is significantly slashed at 30-35 of years, and the muscle endurance remains stable up to 55-year's age. For the men the dynamics of the muscle strength and endurance have no obvious age trend, and mostly depend from lifestyle, physical and labor activity.

It has been showed, that the individually - typological method at a data analysis allows to receive the new information in matching with the age approach. It was found that the calendar age is not the dominating factor in individual differences of the people on physical work capacity. In functionally young subjects the working physical work capacity is 15-20 % higher, compared to an average level, observed when the functional and calendar ages coincide. The age related decline the physical working capacity in the older workers is decelerated owing to the selection of those who are functionally young and the elimination of those who age prematurely.

Анализ качества лекарственной терапии острой внебольничной пневмонии у детей

В.В. Горачук

Национальная медицинская академия последипломного образования имени П.Л. Шупика, г. Киев, Украина

Аннотация. Данные анализа качества лекарственной терапии острой внебольничной пневмонии у детей засвидетельствовали ряд проблем, общих для детских стационаров Черниговской области (Украина): чрезмерное использование антибиотиков цефалоспоринового ряда, пренебрежение принципами «ступенчатой» антибактериальной терапии с преимущественным парентеральным введением лекарственных средств, широкое использование внутривенных инфузий при отсутствии показаний, активное применение антигистаминных препаратов и пробиотиков, не рекомендованное действующим протоколом лечения.

Актуальность проблемы качества медицинской помощи определяет необходимость проведения регулярного управленческого и экспертного анализа соответствия реальной клинической практики требованиям стандартов медицинской помощи – протоколов диагностики и лечения заболеваний и формуляров лекарственных средств. Результаты анализа необходимо использовать руководству лечебного учреждения для разработки мероприятий по постоянному улучшению качества лечебной помощи пациентам [2,6].

Цель исследования

- провести управленческий анализ качества лекарственной терапии острой внебольничной пневмонии у детей (на примере лечебных учреждений, оказывающих стационарную медицинскую помощь детям Черниговской области, Украина).

Материалы и методы

Исследование проводилось в пульмонологическом отделении Черниговской областной детской больницы (далее – ОДБ), детских отделениях Нежинской, Прилуцкой и Черниговской Централных районных больниц (далее ЦРБ). Выбор указанных районных учреждений в качестве базы исследования из 22 в области осуществлялся методом многофакторной социально-гигиенической группировки районов и городов областного подчинения (Шиган Е.Н., 1986). Информационная база данных формировалась из медицинских карт стационарных больных, пролеченных по поводу острой внебольничной пневмонии в 2011 г. Носители первичной информации отбирались методом случайного отбора (Черниговская ОДБ) и сплошным (районные больницы) методом. Всего единицами наблюдения служили 374 случая лечения детей: 240 случаев из 601 – в Черниговской ОДЛ, 35 случаев – в Нежинской, 17 случаев – в Прилуцкой и 82 случая – в Черниговской ЦРБ.

Все дети, госпитализированные в районные больницы, и 203 ребенка, (84,6±2,3% от общего числа выборки), лечившиеся в Черниговской ОДЛ, находились в состоянии средней тяжести.

Достижение цели исследования осуществлялось методами статистического, сравнительного, частотного и формального VEN (V/N) – анализом. Для автоматизированной обработки информации использовалось программное обеспечение MICROSOFT EXCEL-2010.

Результаты и их обсуждение

Протокол лечения детей с острой внебольничной пневмонией утвержден Приказом Министерства здравоохранения Украины №18 от 13.01.2005 г. Положения приказа регулируют, в частности, назначение лекарственных препаратов с учетом этиологического фактора заболевания, клинического состояния ребенка, возраста и осложнений [4]. Перечень наиболее клинически эффективных и экономически доступных лекарственных препаратов, в том числе, и для лечения пневмонии, представлен в действующем в 2011 г. третьем выпуске Государственного формуляра лекарственных средств [5].

Количественная характеристика использованных препаратов для лечения острой внебольничной пневмонии у детей в представлена в табл. 1.

Таблица 1. Количественная характеристика препаратов, использованных для лечения острой внебольничной пневмонии у детей

Название учреждений	Характеристика препаратов			
	Международн. непатентован. названия (абс.)	Торг. назван. (абс.)	Частота назначений (абс.)	
			всего	в т.ч. антибактериальн. препарат.
Черниговская ОДЛ	66	70	2267	399
Нежинская ЦРБ	20	33	308	40
Прилуцкая ЦРБ	19	33	384	37
Черниговская ЦРБ	24	51	887	135

При типичном течении острой пневмонии у детей в состоянии средней тяжести протоколом рекомендовано включать в программу лечения антибактериальные и противовирусные средства, препараты, уменьшающие бронхообструкцию и облегчающие кашель, жаропонижающие, антигистаминные, пробиотики, поливитамины, адаптогены. При тяжелом течении дополнительно рекомендована инфузионная терапия.

В соответствии с общепринятыми подходами к проведению формального VEN-анализа [1,3], назначенные лекарственные препараты распределены на следующие группы: жизненно важные, в которую вошли средства, примененные для лечения пневмонии и сопутствующих заболеваний (рис. 1), и не значимые – использованные препараты, не рекомендованные протоколом лечения и формуляром лекарственных средств.

Таким образом, лечащими врачами назначались пре-

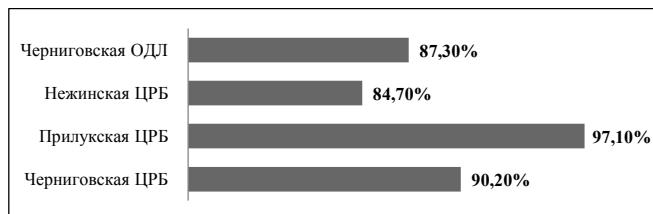


Рис. 1. Объемы (по частоте) жизненно важных препаратов, использованных для лечения детей с острой внебольничной пневмонией

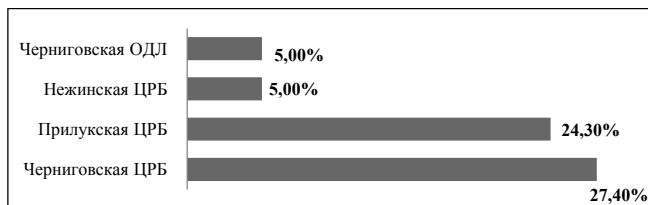


Рис. 2. Удельный вес случаев перехода на пероральное применение антибактериальных препаратов

Таблица 2. Удельный вес назначений антибактериальных препаратов разных групп для лечения острой внебольничной пневмонии у детей

Группы препаратов	Удельный вес назначений ко всей группе антибиотиков (%)			
	Черниговская ОДБ	Нежинская ЦРБ	Прилуцкая ЦРБ	Черниговская ЦРБ
Пенициллины	7,5	-	2,7	9,6
Цефалоспорины	48,1	90,0	67,6	57,8
Макролиды	21,1	5,0	5,4	27,4
Аминогликозиды	15,8	5,0	21,6	5,2
Производные метронидазола	1,8	-	2,7	-
Антибиотики других групп	5,7	-	-	-
Всего	100,0	100,0	100,0	100,0

имущественно лекарственные препараты, рекомендованные действующими нормативными документами. Однако при более тщательном анализе реальной клинической практики и сравнении ее с рекомендациями протокола выяснилось, что существует ряд общих для всех исследуемых учреждений нерешенных проблем.

Анализ спектра назначенных антибактериальных препаратов (табл. 2) засвидетельствовал, что врачи всех лечебных учреждений, несмотря на среднетяжелое течение пневмонии, отдавали предпочтение антибиотикам цефалоспоринового ряда, в то время как положениями протокола предусмотрена стартовая антибактериальная терапия с использованием в ранжированной последовательности, в зависимости от тяжести состояния, пенициллиновых антибиотиков, далее – полусинтетических пенициллинов с клавулановой кислотой, затем цефалоспориновых, макролидов, аминогликозидов (кроме гентамицина), производных метронидазола, а в тяжелых случаях, связанных с угрозой для жизни, – фторхинолонов (детям с 12 лет). Цефалоспориновые препараты назначались всем детям, лечившимся в районных больницах, и половине детей в состоянии средней тяжести (111 пациентов), пролеченных в областном стационаре.

Анализ путей назначения антибактериальных препаратов засвидетельствовал, что врачи редко придерживались принципа ступенчатой терапии, предусмотренного действующим протоколом, т.е. перехода на пероральное употребление лекарств после их парентерального применения при улучшении клинического состояния ребенка с целью уменьшения частоты болевого синдрома, сопровождающего инъекции (рис. 2).

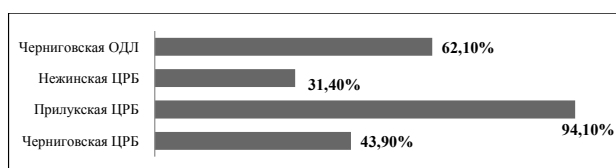


Рис. 3. Удельный вес детей с острой внебольничной пневмонией средней тяжести, получавших внутривенные инфузии лекарственных препаратов

Установлено, что при лечении острой внебольничной пневмонии у детей в состоянии средней тяжести врачи широко использовали внутривенные инфузии лекарственных препаратов, показанные, согласно протоколу, детям в тяжелом и очень тяжелом состоянии (рис. 3).

Установлены факты чрезмерного применения антигистаминных препаратов и пробиотиков (табл. 3). Рекомендациями протокола предусмотрено осторожное назначение антигистаминных средств только в отдельных случаях, поскольку они обладают «высушивающим» действием на слизистую оболочку бронхов. Пробиотики, по протоколу, должны назначаться в конце длительного курса антибактериальной терапии и

Таблица 3. Количественная характеристика детей, получивших антигистаминные препараты и пробиотики

Название учреждений	Число детей, лечившихся по поводу острой пневмонии	Число детей, получивших антигистамин. препараты		Число детей, получивших пробиотики	
		абс.	%	абс.	%
Черниговская ОДЛ	240	169	70,4±2,9	146	61,3±3,1
Нежинская ЦРБ	35	7	20,0	11	31,0
Прилуцкая ЦРБ	17	9	52,9	9	52,9
Черниговская ЦРБ	82	41	50,0	73	89,0

при наличии клинических проявлений дисбиоза. Согласно данным медицинских карт, во всех случаях применения указанные препараты назначались одновременно с антибактериальной терапией с первого дня лечения без учета ее предполагаемой длительности при нормальной функции желудочно-кишечного тракта.

Выводы

Данные, полученные в ходе исследования, показали, что лечащими врачами используются рекомендации действующих нормативов лекарственной помощи при острой внебольничной пневмонии у детей, что подтвердили результаты формального V/N-анализа. Вместе с тем не учитывается тяжесть состояния детей при выборе препаратов антибактериального ряда, путей их введения и определении показаний для внутривенных инфузий лекарственных средств. Нерационально применяются антигистаминные препараты и пробиотики.

Результаты исследования подлежат дополнительному экспертному анализу с целью уточнения несоответствий назначенной лекарственной терапии действующему протоколу и клиническому состоянию ребенка в каждом клиническом случае с представлением рекомендаций экспертов для принятия управленческих мер по улучшению

качества лекарственного лечения острой внебольничной пневмонии у детей.

2008, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies. — 211 с.

Литература

Клинико-экономический анализ / Воробьев П.А., Авксентьева М.В., Юрьев А.С., Сура М.В. — М.: Издательство «Ньюдиамед», 2008. — С. 93-137.

Руководство по разработке стратегий обеспечения качества и безопасности с позиции систем здравоохранения / Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения, 2008. — 86 с.

Морозов А.М. Методичні рекомендації «Оцінка клінічної та економічної доцільності використання лікарських засобів у лікувально-профілактичному закладі (супровід формулярної системи)» / Морозов А.М., Яковлева Л.В., Бездітко Н.В. та співавт. — Харків, 2012. — 58с.

Про затвердження Протоколів надання медичної допомоги дітям за спеціальністю «дитяча пульмонологія». [Електронний ресурс] / М-во охорони здоров'я України. — Офіц. вид. — К.: МОЗ України, 2005. — (Нормативний документ МОЗ України. Наказ від 13 січня 2005р. № 18). — URL: http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20050113_18.html (дата обращения 21.07.2013).

Про затвердження третього випуску Державного формуляру лікарських засобів та забезпечення його доступності [Електронний ресурс] / М-во охорони здоров'я України. — Офіц. вид. — К.: МОЗ України, 2011. — (Нормативний документ МОЗ України. Наказ від 23 березня 2011 р. №159). — URL: http://moz.gov.ua/ua/portal/dn_20110329_159.html (дата обращения 21.07.2013).

Assuring the quality of health care in the European Union / Legido-Quigley H., McKee M., Nolte E., Irene [et al.]. A case for action. European Observatory Studies, Series No 12. — World Health Organization

QUALITY ANALYSIS OF DRUG THERAPY ACUTE COMMUNITY-ACQUIRED PNEUMONIA IN CHILDREN V.V. Gorachuk

National Medical Academy of Postgraduate Education
named

P.L. Shupyk, Kiev, Ukraine

UDC 614.2:616-082

Abstract

V.V. Gorachuk

Analysis of the quality of drug therapy of acute community-acquired pneumonia in children

Key words: acute community-acquired pneumonia, treatment protocols, drug formularies, the quality of treatment.

The data analysis of the quality of drug therapy of acute community-acquired pneumonia in children have witnessed a number of problems common to children's hospitals Chernigov region (Ukraine): the excessive use of cephalosporin antibiotics, neglect of the principles of the «step» of antibiotic therapy with a primary parenteral administration of drugs, the widespread use of intravenous infusions in the absence of evidence, the active use of antihistamines and probiotics are not recommended current treatment protocol.

Темп функционального старения и фактическая работоспособность у людей пенсионного возраста

Томаревская Е.С.

ГУ «Институт геронтологии им. Д.Ф. Чеботарева НАМН Украины», Киев.

Современные популяционные и выборочные исследования показывают усиления перенапряжения функциональных систем организма человека при различных видах деятельности, включая профессиональную активность. Актуальным остается факт гетерохронного старения человека [1]. В условиях современного производства человек не работает на грани своих возможностей, а использует их часть, равномерно распределяя на протяжении рабочего дня. Темп старения характеризует скорость динамики процессов возрастной инволюции организма человека. Количественная оценка темпа старения организма человека возможна за счет сравнения между значениями функционального и календарного возраста. Определение функционального возраста и темпа старения человека является очень важным заданием превентивной геронтологии и гериатрии [2]. Функциональный возраст – это санологическая категория, которая отображает уровень здоровья человека. В повседневной медицинской практике, к сожалению, немного врачей используют новые диагностические методы исследования, в том числе определение темпа старения. Главной причиной этого является отсутствие медицинского оборудования и аппаратуры в простых поликлиниках. Проблема изучения функционального (биологического) возраста и темпов старения организма человека является очень важной в медицинской диагностике [3].

Значение темпа старения более 1,1 отображает ускоренный темп старения организма человека, значения темпа старения менее 1 – замедленный темп старения организма, значения 1 – 1,1 – физиологический темп старения.

Были проведены исследования антропометрических данных: индекса массы тела, процента жировых отложений методом биоэлектрического сопротивления.

Остаточная общая работоспособность определялась по результатам функциональных тестов, включая физиолого-эргометрию, психофизиологические исследования, параметры когнитивных функций, а также функциональным пробам дыхания, дозированной минимальной физической нагрузки, мышечной силы и координации. В алгоритм расчета остаточной общей работоспособности взята работоспособность человека в возрасте от 20 до 30 лет. Уровень остаточной работоспособности рассчитывали по формуле для мужчин:

$$OP \text{ мужчин} = \left(\frac{MMSE * IB * (ДПр + ДЛр)}{СФМ} + СБ + ТП + СП + СенП1 + СенП2 + ЗПск + ЦТск + ТТ + ОП\% + ЖЕЛ \right)$$

$$OP \text{ женщин} = \left(\frac{MMSE * IB * (ДПр + ДЛр)}{СФМ} + СБ + ТП + СП + СенП1 + СенП2 + ЗПск + ЦТск + ТТ + ОП\% + ЖЕЛ \right) + \left(\frac{1}{Тс + Модп + ЦТг} \right) / 231,775$$

где

СБ – статическое балансирование, с; ТП – тактильная продуктивность; СП – слуховая продуктивность; СенП1 – успешность выполнения постукивания при работе с сенсорной панелью; СенП2 – успешность выполнения двойного клика при работе с сенсорной панелью; ЗПск – зрительная продуктивность количество верных ответов в минуту; ЦТск – количество правильных ответов в тесте на пропущенную цифру в минуту (компьютерная модель оценки умственной продуктивности); ТТ – максимальное количество нажатий на кнопку ПК компьютерная модель теппинг-теста); ОП% – процент оперативной памяти; ЖЕЛ – жизненная емкость легких в мл; Тс – среднее время зрительно-моторной реакции в миллисекундах (компьютерной модели тестирования; Модп – мода вариабельности времени зрительно-моторной реакции в миллисекундах; ЦТ час – среднее время ответа в тесте оценки умственной продуктивности; MMSE – уровень когнитивных возможностей по клинической шкале в баллах [5, 6]; IB – объем самообслуживания по индексу Бартела, % [7]; ДПр + ДЛр – сумма показателей мышечной силы сжатия левой и правой руки; СФМ – оценка состояния зрительных слуховых и двигательных возможностей и успешности соответствующей коррекции.

Материалы и методы исследования

Темп старения по функциональному возрасту изучен у 120 человек (в возрасте 60 – 89 лет, 34 мужчин и 66 женщин) по методу Решетюка А.Л., Полякова А.А., Коробейникова Г.В. [4] Темп старения организма человека (ТС) рассчитывают по формуле:

$$ТС = (АСДф / АСДт + АДДФ/АДДт + ЧССпокояФ / ЧССпокояТ + ЧССнагрузкиФ / ЧССнагрузкиТ + ЖЕЛт / ЖЕЛф + ЗДвдохТ / ЗДвдохФ + ЗДвыдохТ / ЗДвыдохФ + СБт / СБф) / N.$$

где Ф – фактическое значение показателя;

т – табличное значение показателя;

N – количество показателей, использованных в формуле.

В таблице приведены значения показателей в зависимости от возраста человека, соответственно у мужчин и у женщин.

Показатели	Мужчины		Женщины	
	60-69	70 и больше	60-69	70 и больше
АСД, мм рт. ст.	120	120	120	120
АДД, мм рт. ст.	80	80	80	80
ЧСС покоя	70	75	70	75
ЧСС нагрузки	150	150	150	150
ЖЕЛ, л	2,6	2,0	1,8	1,8
ЗД _{вдох} , с	40	30	20	20
ЗД _{выдох} , с	20	20	18	18
СБ, с	8	3	5	3

Результаты и обсуждение

При анализе тесноты взаимосвязей отмечается более сильная взаимосвязь остаточной работоспособности с календарным возрастом ($r = -0,784$; $p < 0,001$) нежели темпа

функционального старения и календарного возраста ($r = 0,289$; $p < 0,01$).

Исследование сопутствующих влияющих факторов на протяжении жизни показало, что наличие трудовой или семейной миграции в пределах области, внутри и между государствами; а также показатели длительности стажа, года, возраста и причины выхода на пенсию имеют не достоверные корреляционные связи с темпом старения. Достоверные корреляционные ассоциации обнаружены с продолжением работы на пенсии на момент исследования (после 60 лет) ($r = 0,253$; $p < 0,05$); с годом прекращения работы ($r = -0,251$; $p < 0,05$); и размером общего дохода обследованных лиц ($r = -0,214$; $p < 0,05$) – ассоциации в сравнении со связью с календарным возрастом имеют более слабую связь с темпом старения. С показателями класса напряженности ($r = -0,055$) и тяжести ($r = 0,120$), вида труда ($r = 0,055$), класса интенсивности ($r = 0,099$), класса по дифференциации труда по классификации МОТ ($r = 0,087$) – наблюдаются не достоверные связи с темпом старения в общей когорте людей пожилого и старческого возраста (таб. 1).

Таблица 1. - Влияние профессионально-трудовых параметров на темп функционального старения и остаточной работоспособности у людей старше 60 лет

	Темп старения	Остаточная работоспособн.
Вид трудовой деятельности	0,0554	-0,1698
Класс напряженности труда	-0,0553	0,2366 *
Класс тяжести труда	0,1196	-0,3001**
Класс интенсивности	0,0988	-0,3400***

* - $p < 0,05$; ** - $p < 0,01$; *** - $p < 0,001$.

При анализе тесноты связей темпа старения и физиологических показателей выявлено ослабление корреляций статической силы правой ($r = -0,241$; $p < 0,05$) и левой руки ($r = -0,253$; $p < 0,05$) в сравнении с корреляционной ассоциацией с календарным возрастом ($r = 0,289$; $p < 0,01$) у людей старше 60 лет. Однако ассоциации с темпом старения по функциональному возрасту и общего показателя исследования когнитивных функций (по MMSE), а также процентом жировых отложений, пикфлоуметрии и остаточной общей работоспособности превышают тесноту связью с календарным возрастом. Достоверный вклад в патологическое ускорение темпа старения внесли показатели жизненной емкости легких, задержка дыхания на вдохе и выдохе, а особенно, показатель статической балансировки (28,3

% не смогли выполнить этот тест более 0,5 секунды) см. таблицу 2. Нужно отметить, что корреляционные связи темпа старения и статической силы рук, а также показателя когнитивных возможностей, жизненной емкости легких, задержки дыхания на вдохе и на выдохе в группе после 75 лет становятся недостоверными и слабее, чем в возрастной группе 60 – 74 года. Статистически подтверждена физиологическая закономерность чем выше темп старения по функциональному возрасту тем меньший процент остаточной общей работоспособности определяется у людей после 60 лет.

Показатель пикфлоуметрии имеет более тесную взаимосвязь с показателем темпа старения у людей после 60 лет, чем ЖЭЛ. Этот показатель отражает функциональную способность внешнего дыхания в компенсации возрастных изменений сердечно-сосудистой и костно-мышечной системы у людей после 60 лет [8].

В нашем исследовании мы определили, что для когорты людей пожилого возраста характерен, в среднем, темп старения обследованных в состоянии ремиссии хронических заболеваний $1,60 \pm 0,13$, а для людей в старческом возрасте $2,40 \pm 0,28$ эти показатели отражают общее ускорение темпа старения с календарным возрастом (Рис. 1). Превалирование ускоренного (патологического) темпа старения наблюдается за счет возрастзависимых процессов со стороны сердечнососудистой системы у обследованных лиц.

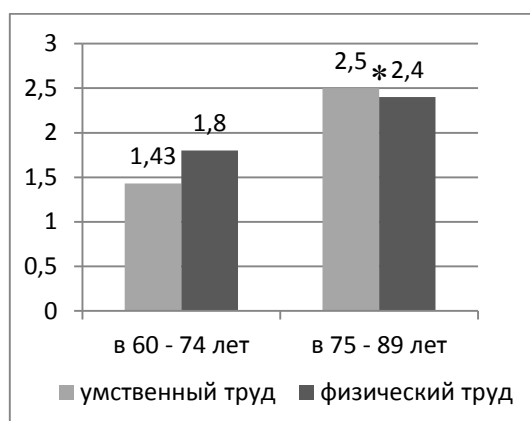


Рис. 1 – Ускорение темпа старения по показателю функционального возраста у людей старше 60 лет с учетом календарного возраста и трудового анамнеза, $p < 0,01$.

Таб. 2 – Корреляционные плеяды темпа старения и физиологических показателей в разных когортах людей пожилого и старческого возраста.

	Показатель темпа старения в общей выборке	Показатель темпа старения у людей 60 – 74 лет	Показатель темпа старения у людей 75 -89 лет
MMSE	-0,331***	-0,543***	-0,214
Статическая сила правой руки	-0,241*	-0,304*	-0,089
Статическая сила левой руки	-0,253*	-0,320*	-0,101
Процент жировых отложений	0,316**	0,334**	0,291*
ЖЭЛ	-0,325***	-0,457***	-0,186
Пикфлоуметрия	-0,509***	-0,485***	-0,514***
Задержка дыхания на вдохе	-0,327***	-0,473***	-0,178
Задержка дыхания на выдохе	-0,337***	-0,501***	-0,187
Статическое балансирование	-0,276*	-0,355**	-0,323*
Остаточная общая работоспособность	-0,364**	-0,323*	-0,293*
Возраст фактический	0,289**	0,139	0,192

* - $p < 0,05$; ** - $p < 0,01$; *** - $p < 0,001$.

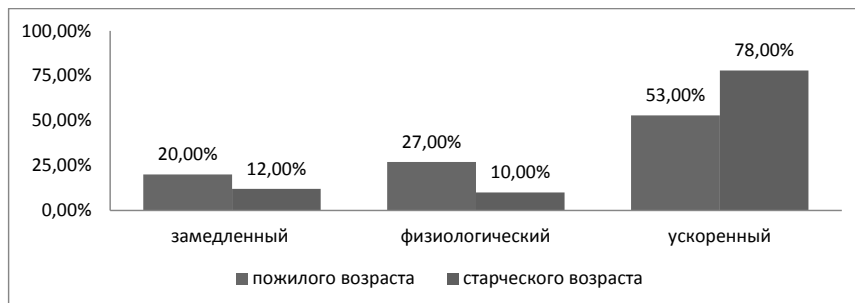


Рис. 2 Процентное распределение обследованных людей пожилого и старческого возраста по типу темпа старения по функциональному возрасту

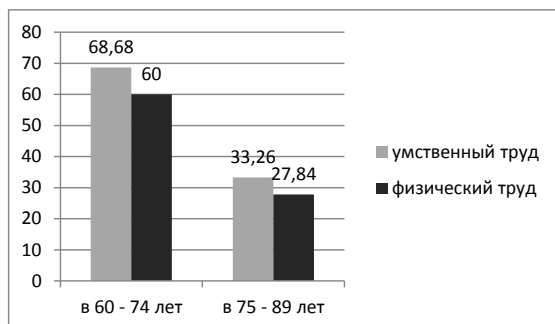


Рис. 3 – Изменение процента остаточной общей работоспособности у людей в возрастных группах старше 60 лет с преимущественно умственным и физическим трудом в трудовом анамнезе.

Выявлено резкое снижение процентного соотношения доли обследованных лиц с замедленным и физиологическим темпом старения в старческом возрасте (Рис. 2).

В группе пожилого возраста показатель остаточной общей работоспособности составил $64,63 \pm \%$, в то время как в группе старческого возраста $30,45 \pm \%$ (Рис. 3). Снижение процента общей остаточной работоспособности людей старческого возраста составили 34% относительно пожилого возраста. Мы проанализировали линии тренда темпа старения, остаточной общей работоспособности и вида трудовой деятельности (умственный и физический труд), было выявлено большая чувствительность пока-

Таблица 3 - Взаимосвязь функциональных показателей у людей пенсионного возраста

	Темп функц. старения	Остаточная работоспособность
Статическая сила правой руки	-0,241*	0,793 ***
Статическая сила левой руки	-0,253*	0,804 ***
ЖЕЛ	-0,325***	0,669 ***
Пикфлоуметрия	-0,509***	0,586 ***
Задержка дыхания на вдохе	-0,327***	0,633 ***
Задержка дыхания на выдохе	-0,337***	0,618 ***
Статическое балансирование	-0,276*	0,504 ***
Процент жировых отложений	0,316**	0,050
ИМТ	-0,040	0,233*
MMSE	-0,331***	0,700***
Возраст фактический	0,289**	-0,783***

* - $p < 0,05$; ** - $p < 0,01$; *** - $p < 0,001$.

зателя остаточной общей трудоспособности к отношению календарного возраста, чем темпа старения (Рис. 1, Рис. 3). Для людей с умственным трудом характерно снижение общей остаточной работоспособности на 35% в старческом возрасте, а для людей с физическим трудом на 32,16% с учетом того, что общая остаточная работоспособность людей с физическим трудом в пожилом возрасте снижена на 8,68% в сравнении с людьми этой

возрастной группы с умственным трудом в анамнезе. Эти особенности связаны с тем, что показатель остаточной общей работоспособности включает в себя более широкий спектр векторов деятельности человека пожилого и (или) старческого возраста, по отношению к аналогичному выполнению заданий людьми в молодом возрасте.

При оценке функциональных параметров и антропометрических данных были выявлены более тесные связи показателя остаточной работоспособности у людей в возрасте после 60 лет в отличие от показателя темпа функционального старения (Таблица 3)

При анализе физиологических возможностей человека после 60 лет, используя за 100% возможности людей молодого возраста мы получили резкое снижение количественной оценки остаточной работоспособности людей старческого возраста (рис.4).

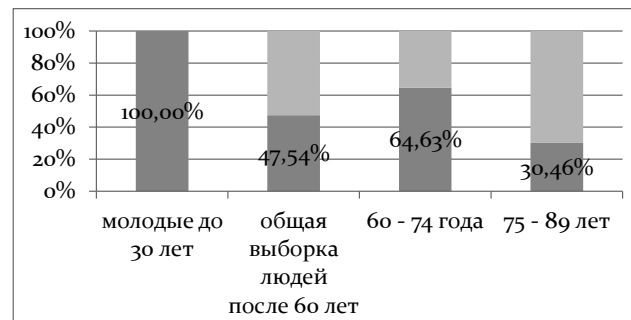


Рис. 4 Физиологические возможности лиц после 60 лет обеспечивающие остаточную работоспособность

В работе с современными устройствами, как на предприятиях, так и в быту современный человек в пожилом и старческом возрасте сталкивается к повышенным требованиям к своим сенсорным возможностям зрительного слухового анализатора, а также быстрой обработки полученной информации. Мы проанализировали показатель темпа старения и психофизиологические параметры, полученные от выполненных заданий обследуемыми лицами с использованием ноутбука, сенсорной панели и корректурных таблиц Ландольта. Субъективная оценка своего состояния здоровья прямо коррелирует с темпом старения в выборке людей пожилого возраста (Таб. 4).

Нам не удалось выделить достоверные корреляционные связи темпа старения в общей выборке после 60 лет с такими психофизиологическими показателями, как оптимистическим настроением в жизни, мотивационно поведенческим факторам (удовлетворенность жизни), латентным периодом зрительно-моторной реакции и его спектральными показателями вариабельности, оперативной памятью, показателем умственной работоспособности. Корреляционный анализ выявил превалирования связей с темпом старения показателей продуктивности зрительно, слухового анализатора, сосредоточения внимания, теплинг теста. Показатель теплинг теста в период адаптации первые 5 секунд у людей в группе 60 – 74 лет выше, чем

Таб. 4 – Корреляционные плеяды темпа старения и психофизиологических показателей в разных когортах людей старше 60 лет.

	Темп старения в общей выборке	Темп старения у людей 60 – 74 лет	Темп старения у людей 75 -89 лет
Субъективная оценка своего здоровья	0,216*	0,259*	0,149
Скорость продуктивности зрительного анализатора	-0,322**	-0,170	-0,588***
Пропускная способность зрительного анализатора	-0,361***	-0,208	-0,539***
Показатель сосредоточения внимания	0,208*	0,438***	-0,238
Слуховая продуктивность правильные ответы	-0,399***	-0,224	-0,423***
Успешная работа (постукивание) с сенсорной панелью	-0,340***	-0,337**	-0,297*
Ошибки при работе (постукивание) с сенсорной панелью	0,213*	0,392**	-0,270*
Успешная работа (двойной щелчок) с сенсорной панелью	-0,318**	-0,281*	-0,340**
Теппинг тест первые 5 сек	-0,222*	-0,286*	-0,201
Теппинг тест вторые 5 сек	-0,221*	-0,367**	-0,154
Теппинг тест суммарно	-0,224*	-0,319*	-0,174

* - $p < 0,05$; ** - $p < 0,01$; *** - $p < 0,001$.

замедленной темп старения по функциональному возрасту. Вторые 5 секунд теппинг теста отражают степень работоспособности человека в данном случае работы с ноутбуком. Так как если мы исследовали показатели теппинг-теста бумажный вариант (классический) полученные данные были бы выше как у молодых, так и у пожилых и старческого возраста. Теппинг тест суммарно за 30 секунд отразил в нашем исследовании работу взаимодействия современной техники (быстродействия процессоров, эргономики клавиатуры, чувствительности клавиши) и человека (быстродействия работы, внимания, параметров сообщения, зрения, слуха, чувства темпа, времени, умения приспособиться к незнакомому устройству и заданию) в исследуемых возрастных группах.

Процесс освоения новых эргономических возможностей компьютеризации в быту, повседневной жизни и профессиональном отношении, человек пожилого и старческого возраста сталкивается с трудностями научения и переучивания, это не однократно подчеркивалось в работах ведущих ученых на Украине [Трахтенберг И., Поляков А. Очерки физиологии и гигиены труда пожилого человека. – К.: Авиценна, 2007. – 272 с.] Так в нашем исследовании выявлено, что для людей в возрасте после 75 лет достоверный вклад фактора продуктивности зрительного и слухового анализатора во взаимосвязь с темпом старения, чем в возрастной группе 60 – 74 года. В то время, как для группы пожилого возраста характерно больший вклад фактора сосредоточения внимания во взаимосвязь с темпом старения. Темп старения отражается и на показателях успешности работы с сенсорной панелью достоверные корреляционные связи в обеих возрастных группах. Причем, в группе старческого возраста отмечается связь с допущения меньшего количества ошибок с этим сенсорным устройством, чем больше темп старения. Этот феномен, вероятно, связан с тем, что респондент менее сосредотачивает внимание при выполнении задания, что качественно лучше отражается на успешности. Следует отметить, что в группе старческого возраста справились с заданием при работе с сенсорным устройством - 27 % обследованных людей, а в группе пожилого возраста смогли выполнить задания - 90 %.

При ранжировании физиологических возможностей людей в возрасте после 60 лет нам удалось получить в процентном эквиваленте (относительно возможностей молодых людей) качественную характеристику остаточной работоспособности для понимания какие геронтотехно-

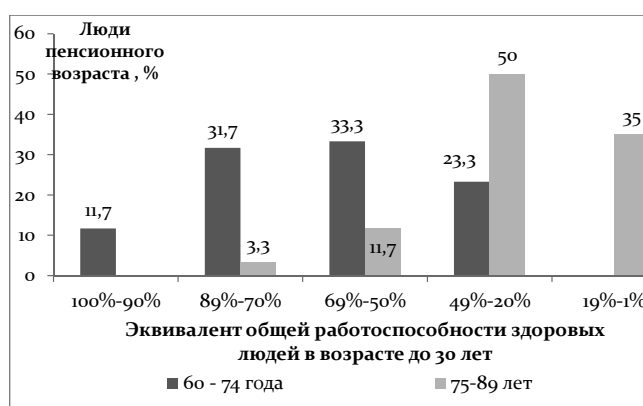


Рис. 5. - Возрастные особенности остаточной работоспособности людей в возрасте старше 60 лет

логии требуются для коррекции (рис. 4). Таким образом, было выяснено:

100% - 90% характеризует показатель остаточной работоспособности, как соответствующий возможностям молодых людей;

89% - 70% характеризует показатель остаточной трудоспособности, как возможно использовать труд на производстве, но класс напряженности и тяжести не должен превышать 2 класс;

69% - 50% характеризует, как возможно увеличить эффективность деятельности с помощью геронтотехнологий;

49% - 20% характеризуется как перенапряжение функциональных систем организма, требуют более глубокой коррекции;

19% - 1% нуждаются в технологиях надзора, поддержки и «подсказок», сужается социальная активность.

Выводы

Физиологические возможности, определяющие 47,54% фактической работоспособности людей в возрасте 60 – 89 лет достоверно обусловлены ускоренным старением. Исследования показали высокую информативность использования показателя остаточной работоспособности у лиц старше 60 лет. Изучение остаточной работоспособности у лиц старше 60 лет показало, что близко 57% пожилых людей и 96,7% людей старческого возраста нуждаются в применении эргономических инноваций на производстве

и в быту для повышения физической независимости от посторонней помощи и компенсации возрастного снижения работоспособности.

Литература:

1. Колодченко, В.П. Біологічний вік хворих на остеоартроз і остеопороз / В.П. Колодченко // Вісник ортопедії, травматології та протезування 2010. – Том 64. – № 1. – С. 71 – 75.
2. Кишкун, А.А. Биологический возраст и старение: возможности определения и пути коррекции: Руководство для врачей. – М. : ГЭОТАР -Медиа, 2008. – 976 с.
3. Ахаладзе, Н. Г. Биологический возраст человека: оценка темпа старения, состояния здоровья и жизнеспособности / Н. Г. Ахаладзе, Л. М. Ена. — К., Ирпень : ВТФ «Перун», 2009. — 224 с.
4. Спосіб визначення темпу старіння, функціонального віку людини : пат. 21851А Україна : МКИ 5 А 61 В5/00. /Поляков О.А., Коробейніков Г.В. - № 95020586 ; заявл. 09.02.95 ; опубл. 30.04.98, Бюл. № 2. – 6 с.
5. Маньковский Н.Б., Бачинская Н.Ю. Когнитивная деятельность при старении. // Проблемы старения и долголетия. – 2008. – (17) № 4. — С. 444 – 450.
6. Синдром помірних когнітивних порушень при старінні. Методичні рекомендації / В.В. Безруков, Н.Ю. Бачинська, В.О. Холін та ін. – Київ, 2007. - 36 с.
7. Белова А.Н., Щепетова О.Н. Шкалы, тесты и опросники в медицинской реабилитации. М.: Антидор – 2002. – 440 с.
8. Коркушко О. В., Чеботарев Д. Ф., Чеботарев Н. Д. Возрастные изменения дыхательной системы при старении и их роль в развитии бронхолегочной патологии // Укр. пульмонол. журн. — 2005. — 3, № 49 (додаток). — С. 38–43.

Восстановительное лечение в санаториях Украины: основные направления развития

Н.А.Хаджинова

Министерство здравоохранения Украины, Киев, Украина

Санаторно-курортная помощь является специализированной лечебно-профилактической помощью, в санаторно-курортных учреждениях. Эти учреждения, независимо от формы собственности, входят в общегосударственную систему охраны здоровья населения. Согласно ст. 22 Закона Украины «О курортах»: «Санаторно-курортные учреждения – это учреждения здравоохранения, расположенные на территориях курортов и обеспечивают предоставление гражданам услуг лечебного, профилактического и реабилитационного характера с использованием природных лечебных ресурсов». Использование природных лечебных ресурсов в повышении качества медико-социальной помощи занимает одно из ведущих мест в системе оздоровительных мероприятий.

Восстановительное лечение природными факторами в отличие от фармакологических, лекарственных средств, наиболее физиологично для организма и поэтому может широко применяться для разных возрастных категорий, в т.ч. для детей и пожилых людей, в ряде случаев, дополняет эффект медикаментозного лечения. Если лечение природными факторами отнести к физиотерапии в широком ее понимании, то, как подчеркивал известный специалист в этой области проф. В.С. Улащик (2003), "сегодня возможности и уровень физиотерапии таковы, что она должна рассматриваться не просто как отрасль медицины, быстро развивается, но и как показатель культуры нации. Поэтому только необразованный или недобросовестный врач будет использовать или назначать лекарства, которые имеют много побочных эффектов, если терапевтического результата во многих случаях можно достичь применением более простых и доступных физических методов лечения».

Природные факторы, кроме лечебного действия, способствует мобилизации резервных возможностей организма, не вызывают побочных эффектов. Они существенно влияют на устойчивость организма к вредным воздействиям, способствуют развитию функциональных возможностей основных систем организма, защитных и приспособительных реакций.

Показания и противопоказания для санаторно-курортного лечения отражены в Приказах МЗ Украины от 06.02.2008 № 56 «Об утверждении клинических протоколов санаторно-курортного лечения в санаторно – курортных учреждениях (кроме туберкулезного профиля) для взрослого населения», от 12.05.2008 № 242 «Об утверждении стандартов санаторно-курортного лечения детей с соматической патологией», от 30.04.2009 № 287 «О направлении на санаторное лечение больных туберкулезом и лиц из групп риска», зарегистрированного в Министерстве юстиции Украины от 19.06.2009 № 548/16564.

Благодаря научным разработкам, спектр применения санаторно-курортного лечения расширяются. Учитывая, что количество населения третьего возраста увеличивается, уровень заболеваемости и инвалидности растут, санаторно-курортная помощь, как в виде курортного лечения, так и в виде специализированной курортной

гериатрической реабилитации становится актуальным фактором поддержки здоровья этой категории населения.

Украина богата природными лечебными факторами. Это благоприятный климат южном, западном и восточном географических регионах, море, разнообразный ландшафт и растительный мир, природные водоемы и минеральные воды, лечебные грязи. Благоприятный климат всей территории Украины позволяет широко использовать климатотерапию (гелиотерапия, аэротерапия, талассотерапия) как один из основных методов профилактики заболеваний.

Одним из распространенных в курортных учреждениях методов является применение минеральных вод, которыми чрезвычайно богата Украина. Благодаря разнообразному химическому составу, поливалентности биологического действия, родства с буферными системами организма питьевые минеральные воды успешно используются при многих заболеваниях органов пищеварения, мочевого выделения, обмена веществ, нарушениях кроветворения и др. Бальнеотерапия – наружное применение минеральных вод в виде ванн, душей, обливаний, обтираний, плавания в бассейнах успешно применяется при многих заболеваниях опорно-двигательного аппарата, периферической и вегетативной нервной систем, дыхательной и сердечно-сосудистой систем, эндокринных болезнях.

В отличие от многих стран мира Украина имеет большие запасы (преимущественно на юге) лечебных грязей. Они высоко эффективны при восстановительном лечении больных с поражениями центральной и периферической нервной систем, опорно-двигательного аппарата, органов пищеварения, дыхания, гинекологических, урологических заболеваний.

Необходимо отметить, что во всех санаторно-курортных учреждениях используется аппаратная физиотерапия. Это – электро-, аэроионо-, аэрозоль-, фото-, термо-, крио-, механо-, кислородо- и озонотерапия. Широкое применение физиотерапии обусловлено не только ее значительными лечебно-профилактическими и реабилитационными возможностями, но и многими преимуществами перед другими лечебными средствами. Достоинствами физиотерапевтических методов является универсальность, то есть возможность применения при многих заболеваниях, их длительное последствие, когда терапевтический эффект не только сохраняется в течение довольно значительного промежутка времени, а даже нарастает после окончания курса лечения. К преимуществам физиотерапии можно отнести ее хорошую совместимость с другими лечебными средствами, доступность и сравнительную дешевизну методов лечения.

В комплекс санаторно-курортного лечения обязательно входит лечебная физкультура – лечебная гимнастика, дозированная ходьба, терренкур, механотерапия, различные виды массажа.

Обязательная и неотъемлемая часть санаторно-курортного лечения рациональное и диетическое питание с учетом возрастных особенностей пациентов.

В Украине функционирует около 3,5 тыс. санаторно-курортных учреждений и учреждений отдыха более чем на 500 тыс. коек. Это учреждения самой разнообразной подчиненности и собственности, рассчитанные на различные возрастные и нозологические группы пациентов. Территориально санатории расположены в АР Крым, Ивано-Франковской, Львовской, Запорожской и Киевской областях.

Сеть санаторно-курортных учреждений системы управления Министерства здравоохранения Украины составляют санаторно-курортные учреждения, подчиненные Министерству здравоохранения Украины (1403), которые содержатся за счет государственного бюджета и санатории, подчиненные МЗ АР Крым, управлениям (департаментам) здравоохранения областных (городских) госадминистраций, которые содержатся за счет средств местных бюджетов. На 01.01.2013 года – это 177 санаторно-курортных учреждений, из числа которых 38 санаториев содержатся за счет государственного бюджета и подчинены МЗ Украины, 139 санаторно-курортных учреждений, финансируемые за счет местных бюджетов. Подчиненные Министерству здравоохранения Украины 38 специализированных санаториев имеют плановую мощность 9391 место. Среди этого числа санатории для лечения больных туберкулезом плановой мощностью 5235 коек (для взрослого населения – 2365 коек, детей – 2870 коек); лечения детей с соматическими заболеваниями плановой мощностью 4156 коек. Следует отметить важнейший факт в развитии санаторно-курортного лечения в Украине, который произошёл в конце 2012 года: введен в действие «Детский специализированный (специальный) клинический санаторий «Морской» Министерства здравоохранения Украины» мощностью на 200 коек, в котором впервые в Украине будут восстанавливать здоровье дети после завершения специального лечения онкологических и онкогематологических заболеваний.

Кроме санаториев Министерства здравоохранения Украины мощным санаторно-курортным объединением в Украине является закрытое акционерное общество "Укрпрофздравница", созданное в 1991 г. на базе профсоюзных здравниц. Несмотря на системный экономический кризис в стране, негативно сказавшийся на многих отраслях, особенно государственной системе здравоохранения, акционерное общество лечебно-оздоровительных учреждений профсоюзов Украины сохраняет свой потенциал. В санаторно-курортных учреждениях проходят лечение взрослые и дети с заболеваниями органов дыхания, нервной и сердечно-сосудистой систем, опорно-двигательного аппарата, пищеварения, гинекологических и др. Созданы высоко специализированные реабилитационные отделения для постинфарктных больных, больных с цереброваскулярной патологией, посттравматических, с гипертонической болезнью, после операций на органах пищеварения, с последствиями ожогов, с заболеваниями крови, ревматическими и эндокринными заболеваниями, заболеваниями диабетом и мочеполовой системы, пострадавших от Чернобыльской катастрофы и др. Всего в тесном сотрудничестве с профильными научными медицинскими учреждениями открыто и функционирует более 100 реабилитационных отделений по 29 видам специализации.

Диапазон реабилитации больных постоянно расширяется в сети государственных и муниципальных лечебных учреждений первичного и вторичного уровня, санаторно-курортных учреждениях. По данным экспертов ВОЗ 20-25% больных, которые лечатся в стационарах и 40-45% амбулаторных больных нуждаются в медицинской реабилитации.

Лучшие условия для этого созданы именно в санаторно-курортных учреждениях. Так, лечение в амбулаторных и стационарных медицинских учреждениях – это устранение функциональных нарушений, а медицинская реабилитация – восстановление и улучшение многих функций и систем. Принципиальная разница медикаментозной терапии от восстановительного реабилитационного лечения заключается в том, что первая действует на этиопатогенетические процессы, в то время как медицинская реабилитация направлена на улучшение саногенетических процессов, компенсаторных функций и качество жизни пациента. Медицинская реабилитация наиболее эффективна в условиях санаторно-курортного учреждения, имеет широкий диапазон применения к инвалидизирующим и хроническим группам заболеваний во всех возрастных категориях.

Таким образом, санаторно-курортная реабилитация становится все более актуальной и перспективной в развитии медико-социальной помощи населению, среди которых значительная часть инвалидов и они уже давно пользуются возможностями отдельных санаторно-курортных учреждений.

В дальнейшем, при государственном решении вопроса финансирования, объединении усилий санаторно-курортных учреждений всех форм подчиненности, их творческом сотрудничестве с Украинским научно-исследовательским институтом реабилитации и куртологии МЗ Украины и ГУ «Институт геронтологии им. Д.Ф.Чеботарёва НАМН Украины» целесообразно было бы Украине выступить пионером в создании специализированных реабилитационных отделений для престарелых, где квалифицированное санаторно-курортное лечение по специальным методикам могли получать инвалиды и ветераны войны и труда, больные пенсионного возраста. При этом осуществляется комплексная медико-социальная и психологическая реабилитация с различными сроками пребывания (от нескольких недель до нескольких реабилитация бы месяцев). Возможны, как бюджетная, так и частная оплата пребывания в санатории. Необходимо развивать круглогодичное функционирование санаториев, улучшение материальной базы, медицинского и бытового обслуживания пациентов, дополнительных условий для инвалидов.

Учитывая постоянное увеличение в Украине количества пожилых людей, рост их заболеваемости и инвалидности, создание геронтологических реабилитационных отделений в наиболее приспособленных к этому санаторно-курортных учреждениях, является перспективной, соответствует развитию санаторно-курортной отрасли.

Следует отметить, что основой санаторно-курортного лечения в Украине и странах СНГ являются общепризнанные научно-обоснованные положения о применении природных факторов в лечебно-профилактических целях. На протяжении десятилетий санаторно-курортное лечение является одним из существенных в общем механизме формирования здоровья нации. С учетом статистических данных по заболеваемости населения в Украине определены основные направления развития реабилитационных отделений, среди которых новым направлением является реабилитация лиц после завершения комплексного лечения онкозаболеваний. Это направление одно из актуальных, как в странах СНГ, так и в мировом масштабе. К основным показателям эффективности и качества санаторно-курортной помощи населению относятся качество жизни и уровень жизнедеятельности. Именно на это и направлена координирующая роль МЗ Украины в совершенствовании санаторно-курортного потенциала.

Гендерные особенности заболеваемости и распространенности болезней среди взрослого населения Украины в 2008-2012 гг.

Чепелевская Л. А.* Крапивина А.А.**

*Зав. отделом медико-демографических исследований ГУ «Украинский институт стратегических исследований МЗ Украины», д. м. н., профессор.

** Очный аспирант ГУ «Украинский институт стратегических исследований МЗ Украины» ГУ «Украинский институт стратегических исследований МЗ Украины» Киев

Аннотация: Представлены результаты исследования особенностей показателей заболеваемости и распространенности болезней среди взрослого мужского и женского населения Украины. Полученные в ходе исследования данные демонстрируют незначительную стабилизацию показателей состояния здоровья среди данных категорий населения.

Ключевые слова: мужчины, женщины, здоровье, заболеваемость, распространенность болезней.

Здоровье населения является ведущим индикатором социально-экономического развития страны, который не только способствует формированию социально-экономического потенциала страны, но и способен отражать существующие проблемы в обществе [2]. Сохранение и укрепление здоровья населения определено стратегией ВОЗ «Здоровье для всех в XXI столетии» приоритетным заданием для всех систем здравоохранения [3].

Состояние здоровья женщин и мужчин является разным [5], что не только связано с биологическими отличиями, но и с социальными и культурными особенностями, которые могут оказывать как положительное, так и отрицательное влияние на их состояние здоровья [7]. Так, например, мужчины в следствии определенных обществом гендерных ролей более склонны к «рискованному поведению» (курению, употреблению алкоголя и наркотических веществ, несчастным случаям), что становится достаточно частой причиной заболеваемости и даже смертности [8,9]. Женщины в свою очередь могут быть более склонны к определенным заболеваниям, связанных с репродуктивной функцией [6]. Специалисты ВОЗ признают, что существуют различия в факторах, определяющих здоровье и бремя болезней у женщин и мужчин [1,4] и рекомендуют изучать показатели здоровья с обязательным учетом гендерного аспекта [10], что разрешит выявить приоритетные проблемы и потребности для оказания медицинской помощи для мужчин и женщин.

Цель исследования

- изучить динамику отдельных показателей состояния здоровья (заболеваемости и распространенности болезней) среди взрослого населения Украины в зависимости от пола за 2008-2012 гг.

Материалы и методы исследования

Материалами служили данные официальной статистики Государственной службы статистики Украины за 2008-2012 гг. среди мужчин и женщин в возрасте 18 лет и старше. В исследовании использованы методы математической и медицинской статистики и библиографический метод.

Результаты исследования и их обсуждение:

В течение 2008-2012 гг. показатели заболеваемости среди мужского и женского населения 18 лет и старше имели положительную динамику к постепенному их ежегодному уменьшению, за исключением 2009 г., когда произошел рост впервые выявленных болезней. В 2012 г. уровень первичной заболеваемости среди женского населения в сравнении с 2008 г. уменьшился на 3,04% (с 61131,9 на 100 тыс. взрослого населения в 2008 г. до 59270,5 в 2012 г.), а среди мужского - 7,47% (50646,4 и 46862,4 соответственно). Также следует отметить, что в течение анализируемого периода сохранялось стойкое преобладание показателей первичной заболеваемости среди женщин по сравнению с мужчинами (в 1,2-1,3 раза, $p \leq 0,05$) (рис. 1).

В структуре заболеваемости среди женского населения ведущие места в 2012 г. занимали болезни органов дыхания (28,29%), мочеполовой системы (12,66%), кровообращения (10,82%), глаза и его придаточного аппарата (6,09%), травмы, отравления и некоторые другие следствия действий внешних факторов (5,77%), болезни кожи

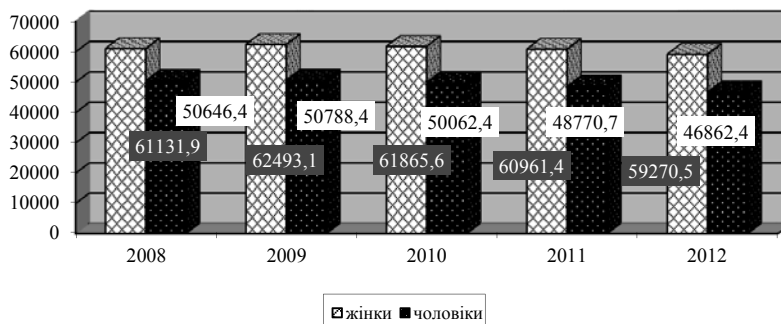


Рис. 1 Динамика заболеваемости взрослого населения Украины в зависимости от пола, 2008-2012 гг., на 100 тыс. соответствующего населения.

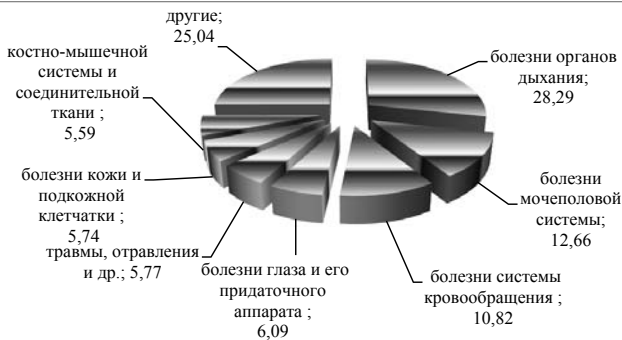


Рис. 2 Структура заболеваемости среди женщин, 2012 г. (%)

и подкожной клетчатки (5,74%), а также костно-мышечной системы и соединительной ткани (5,59%). Их суммарная часть составила 74,96% (рис.2)

Структура заболеваемости среди мужского населения несколько отличалась от аналогичной среди женщин. Ведущими классами на протяжении 2008-2012 гг. были болезни органов дыхания (32,22%); травмы, отравления и некоторые другие следствия действий внешних факторов (12,38%); болезни системы кровообращения (11,55%); кожи и подкожной клетчатки (7,07%); костно-мышечной системы и соединительной ткани (6,6%); глаза и его придаточного аппарата (6,45%); уха и сосцевидного отростка (5,0%). Суммарная доля перечисленных классов болезней составила 81,27% (рис. 3).

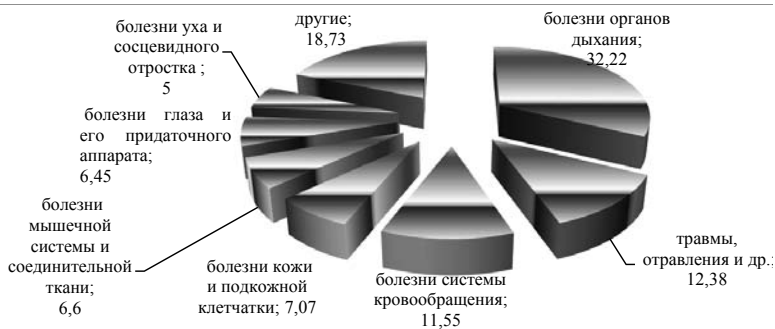


Рис. 3 Структура заболеваемости среди мужчин, 2012 г. (%)

Относительно распространенности всех болезней выявлено ежегодное накопление хронической патологии у взрослых мужчин и женщин. В 2012 г. распространенность болезней составила 205228,4 среди женщин и 158121,9 среди мужчин на 100 тыс. соответствующего населения, что в 1,3 раза ($p < 0,05$) больше у лиц женского пола. В течение 2008-2011 гг. наблюдался рост распространенности болезней среди женщин (+3,82%). Однако в 2012 г. показатели несколько стабилизировались. В то же время



Рис. 4 Динамика распространенности болезней среди мужчин и женщин Украины, 2008-2012 гг., на 100 000 соответствующего населения.

среди мужского населения обнаружен волнообразный характер изменений с приростом показателей до 2010 г. и незначительным их снижением в 2011 и 2012 гг. За 5-ти летний период (2008-2012 гг.) обнаружено незначительное увеличение общей заболеваемости среди мужчин (+0,25% (рис. 4)).

Структура распространенности болезней традиционно отличается от структуры заболеваемости как у мужчин, так и у женщин. Хотя в ней существуют определенные особенности, первые 3 доминирующих класса (болезни органов кровообращения, дыхания и пищеварения) являются аналогичными для лиц обоих полов. В 2012 г. более трети всех случаев обращений у мужчин и женщин были по поводу заболеваний сердечнососудистой системы. Относительно болезней органов дыхания их удельный вес в структуре составил 13,76% для мужской части населения и 11,34% для женской, а болезней пищеварительной системы – 10,84% и 9,95% соответственно. Менее значительную часть в структуре общей заболеваемости мужчин составили болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани (5,62%); глаза и его придаточного аппарата (5,08%); расстройства психики и поведения (4,42%), а также травмы, отравления и некоторые другие следствия действий внешних факторов (3,95%). В тоже время у женщин в структуре распространенности 7,68% приходилось на болезни мочеполовой системы; 5,76% эндокринные болезни, расстройства питания и нарушения обмена веществ; 5,56% – болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани и 4,74% – глаза и его придаточного аппарата. Суммарная часть ведущих классов болезней составила 81,63% для лиц мужского пола и 83,12% для женского (рис. 5)

Для разработки целевых и государственных программ представляет интерес как мониторинг показателей заболеваемости и распространенности болезней, так и их динамика по основным и социально значимым классам болезней.

По показателями распространенности болезней выявлен прирост за исследуемый период среди мужчин и женщин по большинству классов заболеваний. Среди женского населения значительное их увеличения выявлено по эндокринным болезням, расстройствам питания и нарушению обмена веществ (+13,09%), новообразованиям (+9,67%), болезням крови и кровеносных органов (+8,33%), болезням системы пищеварения (5,76%), кровообращения (+5,46%). Положительным является ежегодное уменьшение накопления хронических заболеваний органов дыхания, что составило (-3,68%) за последние 5 лет, а также некоторая стабилизация в течении последнего года роста показателей болезней мочеполовой системы (-0,75%), психических расстройств и расстройств поведения (-0,17%) и болезней крови и кровеносной системы (-0,06%). Относительно первичной заболеваемости зарегистрирована более благоприятная картина. В большинстве классов отмечалось снижение ее уровней: Так количество впервые выявленных случаев психических расстройств и расстройств поведения уменьшилось на 11,75%; болезней органов дыхания на 6,64%, системы кровообращения на 5,09% (табл.

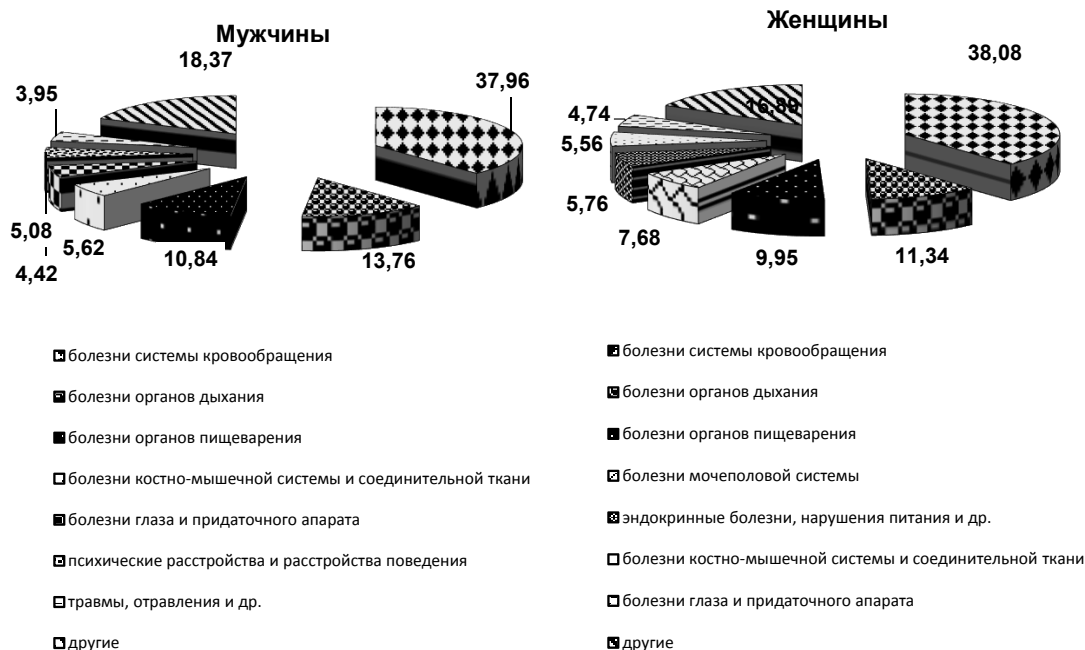


Рис. 5 Структура распространенности болезней среди мужчин и женщин, 2012 г., %.

Таблица 1. Динамика заболеваемости и распространенности болезней среди женского населения по основным классам болезней (100 тыс. соответствующего населения)

Класс болезней	Заболеваемость			Распространенность болезней		
	2008	2012	2012/2008	2008	2012	2012/2008
Все болезни	61131,9	59270,5	-3,04	197672	205228,4	+3,82
Новообразования	1211,1	1293,2	+6,78	5680,4	6 229,80	+9,67
Болезни крови и кроветворных органов	314,6	329,7	+4,80	1646,6	1783,80	+8,33
Эндокринные болезни, расстройства питания и нарушения обмена веществ	1228,6	1239	+0,85	10452,4	11821,10	+13,09
Психические расстройства и расстройства поведения	345,4	304,8	-11,75	3182,1	3256,10	+2,33
Болезни системы кровообращения	6755,1	6411,40	-5,09	74094,9	78143,90	+5,46
Болезни органов дыхания	17959,5	16767,7	-6,64	24166,9	23278,00	-3,68
Болезни органов пищеварения	2509,4	2479,20	-1,20	19316,2	20428,00	+5,76
Болезни мочеполовой системы	7653,8	7506,20	-1,93	15273,4	15756,10	+3,16
Травмы, отравления и некоторые другие следствия действий внешних факторов	3367,2	3417,20	1,48	3554,4	3 620,90	+1,87

В то же время среди мужчин выявлено значительное падение уровней первичной и общей заболеваемости психическими расстройствами и расстройствами поведения (на 23,53% и на 5,18% соответственно); травм, отравлений и некоторых других следствий действий внешних факторов (11,72% и 10,92%); болезней органов дыхания (9,41% и 6,43% соответственно). Также как и у женщин произошло увеличение распространенности заболеваний эндокринных органов (+14,13%), болезней крови и кроветворных органов (+11,23%), новообразований (+10,49), болезней системы кровообращения (+4,03%) (табл.2).

Выводы

Результаты проведенного исследования демонстрируют, что состояние здоровья мужчин и женщин разное. Это касается как показателей заболеваемости, так и распространенности болезней. Уровни первичной заболеваемости и распространенности болезней в течении 2008-2012 гг. преобладали у женского населения в 1,2 и

1,3 раза соответственно ($p \leq 0,05$).

В структуре распространенности болезней ведущими классами за исследуемый период у представителей обоих полов были болезни органов кровообращения, дыхания и пищеварения. А вот структура заболеваемости имела некоторые гендерные особенности. Первое место занимали болезни органов дыхания (32,22% у мужчин и 28,29% у женщин), второе среди мужского населения - травмы, отравления и некоторые другие следствия действий внешних факторов (12,38%), а у женщин - болезни мочеполовой системы (12,66%) и третья - болезни системы кровообращения (11,55% и 10,82% соответственно), что необходимо учитывать при разработке целевых и государственных программ.

Наиболее проблемными классами для лиц обоих полов были новообразования, болезни крови и кроветворных органов, а также эндокринные болезни, расстройства питания и нарушения обмена веществ, среди которых регистрируется ежегодный прирост уровней как первичной, так и общей заболеваемости, что необходимо учитывать

Таблиця 2. Динаміка захворюваності та поширеності хвороб серед чоловічого населення за основними класами хвороб, 100 тис. відповідного населення.

Клас хвороб	Захворюваність			Поширеність хвороб		
	2008	2012	2012/2008	2008	2012	2012/2008
Всі хвороби	50646,4	46862,4	-7,47	61131,9	59270,5	+0,25
Новоутворення	749,5	815,9	+8,86	1211,1	1293,2	+10,49
Хвороби крові та кровотворних органів	112,3	116	+3,29	483,4	537,7	+11,23
Ендокринні хвороби, розлади харчування та порушення обміну речовин	518,7	532,3	+2,62	1228,6	1239	+14,13
Психічні розлади та розлади поведінки	610,8	467,1	-23,53	345,4	304,8	-5,18
Хвороби системи кровообігу	5805,6	5413,3	-6,76	6755,1	6411,40	+4,03
Хвороби органів дихання	16669,5	15101	-9,41	17959,5	16767,7	-6,43
Хвороби органів травлення	2369,3	2195,5	-7,34	2509,4	2479,20	+1,32
Хвороби мочеполової системи	1708,5	1609,3	-5,81	7653,8	7506,20	+4,14
Травми, отруєння та деякі інші наслідки впливу зовнішніх факторів	6572,5	5802,1	-11,72	3367,2	3417,20	-10,92

при розробці не тільки цільових, але й державних програм.

Перспективи подальших досліджень пов'язані з наступним вивченням медико-демографічних показників здоров'я (смертності) з використанням гендерного підходу для розробки заходів по покращенню надання медичної допомоги.

Список літератури

1. Гордиенко С. М. Гендерні проблеми в суспільстві та медицині / С. М. Гордиенко // *Здоров'я України*. - 2007. - № 2. - С. 23
2. *Здоров'я та здоров'я захист в гендерному вимірюванні* / Н.М.Римашевська, Е.А.Баллаєва, Т.В.Чубарова, М., 2007. - 240 с.
3. *Здоров'я 21. Основи політики досягнення здоров'я для всіх в Європейському регіоні ВОЗ*. ВОЗ. 1999. 310 с.
4. Крапівіна А. А. Характеристика гендерних особливостей здоров'я населення в Україні. Гендерний підхід / А. А. Крапівіна // *Щорічна доповідь про стан здоров'я населення України та санітарно-епідемічну ситуацію*. 2010 рік / за ред. О. В. Аніщенка. К., 2011. - р. 2.12.1 - С. 129-130.
5. Крапівіна А. А. Гендерні особливості стану здоров'я дорослого населення України / А. А. Крапівіна // *Щорічна доповідь про стан здоров'я населення України та санітарно-епідемічну ситуацію*. 2011 рік / за ред. Р. В. Богатирьової. К., 2012. - р. 2.10. С. 144-151.
6. *Практичне керівництво по впровадженню гендерного підходу. Методологія, огляд по секторах, збірник прикладів з практики*, 3-є видання. - 2007. - 295 с.
7. Чепелевська Л.А., Дудіна О.О., Горбенко О.В. Гендерні особливості здоров'я населення в Україні // *Щорічна доповідь про стан здоров'я населення України та санітарно-епідеміологічну ситуацію*. 2009 рік / за ред. З.М. Митника. - К., 2010. - р. 2.12. - С. 135-147 (447 с.).
8. Чепелевська Л.А., Любінець О.В. Регіональні особливості смертності населення України: стан та прогноз // *Матеріали Міжнародної наук.-практ. конф. присвяченої Всесвітньому дню здоров'я на тему „Урбанізація і здоров'я” 7-8 квітня 2010 р. Східно-Європейський журнал громадського здоров'я*. - 2010. - № 1. - С. 255-256.
9. Чепелевська Л.А., Любінець О.В., Орда О.М., Риков С.О. Регіональна диференціація смертності населення України за типом поселення, статтю та причинами смерті // *Україна. Здоров'я нації*. - 2012. - №2-3 (22-23) - С. 139-144.
10. S. Раупе *Яким чином системи захисту здоров'я можуть сприяти досягненню гендерної справедливості?* ВОЗ. 2009. 49 с.

Возможности моделирования программированной клеточной гибели

Маниарипова А.Т.¹, Мухамедиев Р.И.², Мухамедиева Е.Л.³, Лекеров Е.М.⁴, Ким З.Г.¹, Шокарева Г.В.¹,
Ашимова Н.¹

¹Казахстанско-Российский медицинский университет, Алматы, Казахстан

²Международный университет информационных технологий, Алматы, Казахстан

³Рижский технический университет, Рига, Латвия

⁴ Акшам, Алматы, Казахстан

Визуализация биологических данных - часть биоинформатики концентрирующаяся на вопросах приложения компьютерной графики в различных сферах наук о жизни. Только неполный перечень задач, решаемых в этой области включает визуализацию генома, макромолекулярных структур, филогенов, зубных рядов, микроскопию, визуализацию данных магнитного резонанса. Программные системы визуализации также разнообразны, начиная с простых и несложных программ до комплексных интегрированных решений [1]. Визуализация широко используется в образовательных целях. Однако для раскрытия сути происходящих процессов, законов функционирования и описания систем применяются различные методы моделирования. Моделирование биологических систем одна из важнейших задач системной биологии и биоинформатики. Вычислительная биология разрабатывает алгоритмы, структуры данных и способы визуализации и моделирования биологических систем. Для решения задачи используются методы компьютерного моделирования и соответствующие языки моделирования, часто базирующиеся на XML. Общепринятыми стандартами являются SBML [2], BioPax и CellML [3]. Появляются и новые проекты, к числу которых относится FieldML [4] - язык описания пространств (полей), который применяется для описания органов тела.

Настоящая работа представляет собой обзор по возможности моделирования биологических процессов в языке FieldML, который применяется нами для описания программированной клеточной гибели.

Хотя процессы апоптоза изначально проявляются на клеточном уровне, они оказывают влияние на органы и ткани тела. В этой связи уместно рассмотреть средства моделирования органов тела.

Одним из новых проектов в области моделирования органов человеческого тела является FieldML [4] - язык описания пространств (полей). Концепция языка описана в [4], он поддерживается проектом [5]. Данный язык моделирования разрабатывается в качестве стандартного для

моделирования и обмена описаниями полей с помощью широкого круга вычислительных методов. Язык включает набор операторов для определения обобщенных полей как функций других полей, начиная с основного доменного поля, включая набор дискретных объектов и систему координат. Является расширяемым за счет добавления новых операторов и их произвольного сочетания в выражениях. В результате хорошо подходит для описания биологических материалов и системы органов [6]. В целом это декларативный язык для представления иерархических моделей, использующих обобщенные математические поля. Может использоваться для представления динамических 3D моделей и полей в области вычислительных моделей клеток, тканей и органов.

Ключевой особенностью FieldML формата является разделение больших объемов данных с описанием в XML. Это делает его более эффективным для частичного чтения и для оценки совместимости описания полей перед слиянием существующих данных в памяти. Вторая важная особенность - язык и его составляющие являются программным обеспечением с открытым кодом (Open Source).

Язык FieldML базируется на программном обеспечении CMISS (www.cmiss.org), предназначенном для моделирования полей конечных элементов. CMISS использует поля для моделирования большинства переменных, включая геометрические свойства, свойства материалов и иные зависимые переменные. Для визуализации моделей необходимо установить специальный плагин ZINC viewer [7].

Несмотря на то, что язык FieldML не является законченным и общепринятым стандартом (текущая версия 0.2) имеются примеры успешного применения, которые демонстрируют возможности данного подхода в моделировании и визуализации органов человеческого тела. Примеры применения FieldML приведены в [8], где, в частности демонстрируется вычислительная механика сердца, иллюстрирующая применение базисных функций с учетом наблюдаемого распределения волокон (рисунки 1, 2).

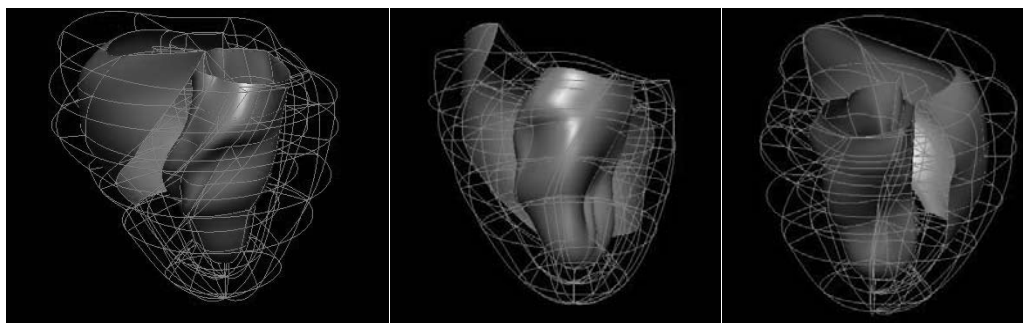


Рисунок 1 - Различные виды модели при использовании плагина ZINC.

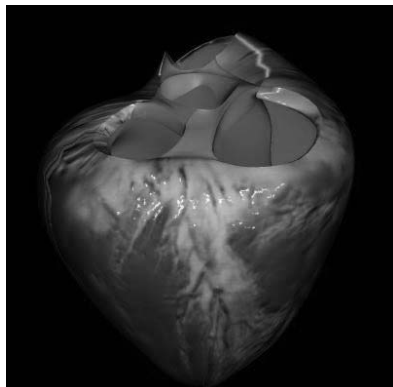


Рисунок 2 - Модель желудочков

Модель желудочка на базе теории конечных деформаций анизотропных и неоднородных свойств материала и точного представления геометрии желудочков.

Другими примерами являются модели тканевой структуры, распространения протеинов и других биомедицинских компонентов, документирование в анатомии и т.д.

Таким образом, нами показаны возможности модели-

рования биологических процессов для описания программированной клеточной гибели в языке FieldML.

Список литературы

1. *Biological data visualization* (2012) http://en.wikipedia.org/wiki/Biological_data_visualization.
2. *System Biology Markup Language* (2012) - http://sbml.org/Main_Page.
3. *Modelling biological systems* (2012) http://en.wikipedia.org/wiki/Modelling_biological_systems.
4. *FieldML 0.2 Concepts and Serialisation*. Richard Christie, Caton Little, Chris Bradley, Poul Nielsen, Randall Britten. Auckland Bioengineering Institute, The University of Auckland, New Zealand Updated 10 August 2010. www.fieldml.org.
5. *FieldML. Physiome Project*. <http://physiomeproject.org/software/fieldml/>.
6. G. Richard Christie, Poul M.F. Nielsen, Shane A. Blackett, Chris P. Bradley and Peter J. Hunter. *FieldML: concepts and implementation*. *Phil. Trans. R. Soc. A* 2009 367, 1869-1884 doi: 10.1098/rsta.2009.0025.
7. *ZINC viewer* (2012) - <http://www.cmiss.org/ReleaseCenter/zinc/releases/0.7.0.0>
8. *The beta sample of the FieldML repository* (2012). <http://models.fieldml.org/fieldml/>.

Современные представления об этиопатогенетических механизмах развития остеоартроза

Садырова Ж.А., Азимбекова Г.Б.

Казахстанско-Российский медицинский университет

Остеоартроз представляет собой мультифакторное, полиэтиологическое, распространенное заболевание суставов, в основе которого лежит прогрессирующая дегенерация суставного хряща с последующим изменением субхондральной кости, разрастанием краевых остеофитов и развитием реактивного синовита.

Заболеваемость остеоартрозом резко увеличивается с возрастом, достигая трети населения в пожилом и старческом возрастах. Среди больных остеоартрозом в молодом возрасте преобладают мужчины, а в пожилом возрасте – женщины (1).

В развитии остеоартроза принимают участие многие факторы, при этом ведущими из них являются физические перенапряжения, наследственная предрасположенность (2). Немаловажное значение в прогрессировании заболевания отводится взаимодействию внешних и внутренних предрасполагающих факторов, основными из которых являются различные травмы суставов, гипермобильность суставов, перенесенные вирусные инфекции, избыточная масса тела, нарушения общего и местного кровообращения, эндокринные нарушения, сопутствующие хронические заболевания, в том числе предшествующие артриты (3).

Основу поражения при остеоартрозе составляют изменения в хрящевой ткани, важнейшая функция которой — адаптация сустава к механической нагрузке. В результате происходит дегенерация и гибель хондроцитов, развивается деполимеризация основного вещества, продуцируемого ими, снижается количество гликозаминогликанов. Потеря протеогликанов ведет к уменьшению прочности хряща и его дегенерации. Ответная реакция костной ткани выражается в ее разрастании и образовании остеофитов (4).

Большое значение в развитии остеоартроза отводят состоянию эндокринного статуса организма. Доказано, что гормональные влияния являются существенными регуляторами на этапах роста и развития хрящевой ткани, а хондроциты имеют специфические рецепторы к тироксину, инсулину, глюкокортикоидам, соматотропину, эстрадиолу, тестостерону. В экспериментальных условиях показано, что дисбаланс гормонов в организме приводит к изменению метаболизма хрящевой ткани, в связи с чем нарушения в эндокринной системе могут рассматриваться как фактор риска остеоартроза (5).

На сегодняшний день в мировой литературе ведется дискуссия о роли дефицита половых гормонов и менопаузы в развитии остеоартроза. В 1940 году M. Silberberg, N. Silberberg показали, что введение животным экстракта гипофиза приводит к дистрофии суставных хрящей, а введение эстрогенов благоприятно влияет на их метаболизм (6). В 1966 году S. Seze и A. Ryskewaert высказали точку зрения о том, что нарушения в системе гипоталамус-гипофиз-яичники, особенно возникающие в постменопаузальном периоде, могут быть патогенетическим звеном в развитии остеоартроза (7). В более поздних работах показано, что рецепторы к эстрогенам существуют в тканях сустава, а

именно в синовиоцитах, хондроцитах, фибробластах, синовиальном эпителии, стенках сосудов сустава, суставной строме (8).

Существенная роль в патогенезе остеоартроза принадлежит иммунной системе: повышение функции Т-хелперов, способствующее развитию аутоиммунных процессов – появлению специфических аутоантигенов (измененных протеогликанов) хряща, синовию, аутоантител и иммунных комплексов, с последующим повреждением хряща. Имеет большое значение повышение катаболической активности различных цитокинов, а также ферментов металлопротеиназ самого хряща (9).

Нарушение выработки медиаторов и ферментов при патологии хондроцитов включает:

- синтез «провоспалительных» цитокинов, особенно интерлейкина-1, под действием которых хондроциты синтезируют матриксные протеазы, вызывающие деградацию коллагена и протеогликана хряща (10);

- гиперэкспрессию циклооксигеназы-2, индуцирующей синтез простагландинов, принимающих участие в развитии воспаления;

- гиперэкспрессию индуцируемой формы синтетазы оксида азота, регулирующей образование NO, который оказывает токсическое действие на хрящ;

- нарушение синтеза инсулиноподобного фактора роста-1 (анаболический медиатор);

- нарушение синтеза трансформирующего фактора роста (анаболический медиатор) (11).

Полагают, что коллагенолитические ферменты (металлопротеиназа-1, 8, 13) также способствуют деструкции хряща (12).

Еще одним важным фактором, ведущим к более частому развитию остеоартроза, являются избыточные нагрузки на суставы (13). Так установлено, что чаще болеют лица, занятые тяжелым физическим трудом на протяжении более 5 лет. Чаще всего при остеоартрозе в процесс вовлекаются нагрузочные суставы (коленные, тазобедренные), мелкие суставы кистей (дистальные и проксимальные межфаланговые суставы кистей) и позвоночник. Профессиональные нагрузки, связанные со сгибанием коленных суставов, сидением на корточках и хождением по лестницам являются высоким риском развития остеоартроза коленного сустава, в то время как поднятие тяжестей, тяжелая физическая работа связаны с риском развития коксартроза (14).

У людей с избыточной массой тела наблюдается высокая частота остеоартроза коленных суставов (15). Потеря веса при ожирении может уменьшать риск развития остеоартроза. В Фрименгеймском исследовании женщины, снизившие свой вес в среднем на 11 фунтов, уменьшили риск развития остеоартроза коленных суставов на 50% (16). Взаимосвязь увеличенной массы тела с остеоартрозом тазобедренных суставов менее выражена, чем при остеоартрозе коленных суставов. Как правило,

одностороннее поражение тазобедренного сустава не связано с избыточным весом, в отличие от двухсторонней локализации.

Вне зависимости от причины, различают 3 стадии артроза (17).

При первой или начальной стадии артроза нет выраженных морфологических нарушений тканей сустава. Изменения относятся только к функции синовиальной оболочки, к биохимическому составу синовиальной жидкости, которая за счет диффузии питает хрящ и мениски сустава. На самых ранних стадиях артроза хрящ становится толще, чем в норме, но при прогрессировании – истончается. Хрящ становится мягким и рыхлым, на нем появляются глубокие язвы, обычно – только в наиболее нагружаемой части сустава. Чрезмерная или длительная нагрузка на сустав неблагоприятно влияет на функцию суставного хряща и утяжеляет течение артроза. Питание хряща и менисков сустава осуществляется только за счет синовиальной жидкости, от состояния которой зависит «здоровье» скользящих и амортизирующих структур сустава. Синовиальная мембрана выполняет важную функцию фильтрации строительного материала хряща – гиалуроновой кислоты, она предохраняет вымывание последней из полости сустава. Нарушение биохимического состава синовиальной жидкости при травме или воспалении сустава собственно и приводит к развитию болезни, именуемой остеоартроз. Эффективность циркуляции и диффузии синовиальной жидкости напрямую связана с движением в суставе и нагружением сустава. Движение в суставе необходимо для обмена веществ в хряще. Само по себе длительное ограничение движений в суставе приводит к ухудшению питания хряща. При артрозе нарушается равновесие между образованием нового строительного материала для восстановления хряща и его разрушением. Хрящ из прочной эластичной структуры превращается в сухую, тонкую, с шероховатой поверхностью. Подлежащая кость становится толще и разрастается в стороны от хряща, что ограничивает движение и является причиной деформации суставов. Суставная капсула уплотняется (фиброзируется), а также воспаляется. Сустав наполняется воспалительной жидкостью, которая растягивает капсулу и связки сустава. Боль, а в дальнейшем – и деформация суставных поверхностей при артрозе, ведет к тугоподвижности сустава и к контрактурам сустава.

Сустав теряет способность противостоять привычной для него нагрузке, и перегрузка сустава сопровождается воспалением и болевым синдромом. Во второй стадии заболевания начинается разрушение суставного хряща и менисков. Кость реагирует на нагрузку суставной площадки краевыми разрастаниями – остеофитами. Вторая стадия неизбежно переходит в третью – стадию тяжелого артроза. Её признаками есть выраженная костная деформация опорной площадки сустава, которая изменяет ось конечности. Несостоятельность, укорочение связок сустава ведет к патологической подвижности сустава, а в сочетании с жесткостью суставной сумки – к резкому ограничению естественных движений – контрактурам. Наличие хронического воспаления и хронического болевого синдрома обычно сопровождают 2 и 3 стадию. Мышцы, осуществляющие двигательную активность сустава, в начальной стадии заболевания ослаблены, но не изменены. За счет нарушения рефлекторной нейро-трофической регуляции наблюдается нарушение функции мышц.

Третья стадия заболевания характеризуется резкими нарушениями двигательной активности, связанными с развитием контрактур и нарушением оси конечности; изменением амплитуды сокращения мышцы; изменением нормальных точек прикрепления мышечно-сухожильного комплекса. Это сопровождается укорочением или растя-

жением мышцы, снижением способности к полноценному сокращению. Трофические нарушения при заболевании сустава касаются не только мышц, но и всех тканей конечности.

Утренняя и стартовая боль, а также скованность в суставе, у больных с остеоартрозом обусловлена низкой эластичностью хряща и необходимостью стартовых движений для восстановления достаточной эластичности хряща. Это создает ощущение боли и скованности. При воспалении, сустав принимает положение покоя или физиологическое положение. При этом положении обеспечивается максимальное расправление связок и капсулы сустава. В этом положении боль в суставе минимальна. Большое влияние на течение патологического процесса оказывает состояние так называемого мышечного корсета сустава, то есть системы мышц, которая не только осуществляет движение в суставе, но и является стабилизатором сустава, поглощая мощные инерционные импульсы при движении (18).

По данным Американской ревматологической ассоциации (Нью-Йорк) диагностическими критериями остеоартроза являются: 1) ночная боль в суставах; 2) боль при движениях в суставах; 3) утренняя скованность; 4) ограничение движений и хруст в суставах; 5) костные разрастания в полости сустава; 6) сужение суставной щели; 7) краевые остеофиты и узелки; 8) субхондральный склероз; 9) кистовидные просветления в эпифизах костей; 9) боли после состояния покоя. Наличие 6 из 10 критериев позволяют поставить диагноз остеоартроза определенно, 3-х и более признаков - вероятного, менее 3-х критериев отвергнуть диагноз (19).

Таким образом, проблема остеоартроза имеет важное медико-социальное значение для общества. Дальнейшее изучение этиопатогенетических звеньев развития данного заболевания позволит оптимизировать лечение остеоартроза в виде целенаправленного воздействия на патологический процесс, что в свою очередь будет способствовать предотвращению инвалидизации и улучшению качества жизни.

Литература

1. Клинические рекомендации. Ревматология. // Под ред. Е.Л. Насонова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2005. – С. 99–111.
2. Огороков А. Н., Базеко Н. П. Деформирующий остеоартроз. // Москва, Медицинская литература, -2003 г.- 160 с.
3. Цурко В.В. Остеоартроз: проблема гериатрии. // М.: Изд. «Нью-диамед», -2004. – 136 с.
4. Котельников Г. П., Ларцев Ю. В. Остеоартроз. // Санкт-Петербург, -ГЭОТАР-Медиа, -2009 г.- 220 с.
5. Амбалова С.А. Кликоэпидемиологические и эндокринные аспекты остеоартроза. // Автореф. на соискание ученой степени к.м.н., - Ярославль, 1999.
6. Поворознюк В.В., Григорьева Н.В. Менопауза и костно-мышечная система. // Київ, - 2004. – 512с.
7. Заяц В.Б. Остеоартроз коленных суставов у женщин в пери- и постменопаузальном периоде, особенности диагностики и лечения. // Автореф. на соискание ученой степени к.м.н., - Київ, - 2006.
8. Tannenbaum H., Bombardier C., Davis P., Russel A. For the Third Canadian Consensus Conference Group. //J. Rheumatology, - 2005.– V. 33.– P. 140–157.
9. Широкова Л.Ю., Носков С.М. Роль цитокинов в патогенезе остеоартроза. //Цитокины и воспаление, - 2010, - № 4, - с. 26-29.
10. Ding C. Do NSAID affect the progression of osteoarthritis? *Inflammation*, 2002.– V. 26.– P. 139–142.
11. Гришина Е.И. 1, Бабинец О.М. Провоспалительные цитокины у больных остеоартрозом с метаболическим синдромом. // Травма, - 201, -№ 4, -с. 13-17.
12. Jordan K.M., Arden N.K., Doherty M. EULAR recommendations 2003: an evidence based approach to the management of knee osteoarthritis: report of a task force of the Standing Committee for International Clinical Studies Including Therapeutic Trials (ESCSIT)

// *Ann Rheum Dis* - 2003. – 62. – P 1145-1155.

13. Лица А.М., Мазуров В.И., Мацеевская Г.К. Современные аспекты диагностики и лечения остеоартроза. // *Новые Санкт-Петербургские врачебные ведомости*, - 2004, - № 1. С. 8–12.

14. Мазуров В.И., Онущенко И.А. Остеоартроз. // *Клиническая ревматология (руководство для практических врачей)* / Под ред. члена-корр. РАМН проф. В.И.Мазурова. СПб.: ООО «Издательство Фолиант», 2001. С. 338–371.

15. Алексеева Л.И. Новые направления терапии остеоартроза // *Фарматека*, 2003, - №5, - С. 20–24.

16. Избранные лекции по клинической ревматологии: Под редакцией В. А. Насоновой, Н. В. Бунчука. // *Москва, - Медицина, -2001 г.* - 272 с.

17. Зоря В. И., Лазишвили Г. Д. Деформирующий артроз коленного сустава: // *Литтерра*, - Санкт-Петербурге, - 2010 г., - 360 с.

18. Коваленко В.Н., Борткевич О.П. Остеоартроз. // *Практическое руководство*. - К.: Морион, -2003, - 448 с.

19. American College of Rheumatology Subcommittee on Osteoarthritis Guidelines. Recommendations for the medical management of osteoarthritis of the hip and knee: 2000 update // *Arthritis Rheum* – 2000. – 43. – P 1905-1915.

MODERN REPRESENTATIONS ABOUT THE ETIOPATHOGENETIC MECHANISMS

OF THE DEVELOPMENT OF OSTEOARTHRITIS
Sadyrova Zh. A., Azymbekova G. B.
Kazakh-Russian medical University

The article presents modern data about the etiopathogenetic mechanisms of the development of osteoarthritis. The study of these mechanisms will allow to influence on the pathological process which treatment will reduce the dependency of people and improve the quality of life of patients.

О С Т Е О А Р Т Р О З Д А М У Ы Н Ы Ң ЭТИОПАТОГЕНЕТИКАЛЫҚ МЕХАНИЗМІНІҢ ҚАЗІРГІ КӨЗҚАРАСЫ

Ж.А. Садырова

Қазақтан-Ресей медицина Университеті

Мақалада остеоартроз дамуының этиопатогенетикалық механизмінің қазіргі мәліметтері берілген. Осы механизмді зерттеу нәтижесінде патологиялық үрдістің негізіне әсер етіп, науқастардың инвалидизациясын және өмірлік сапасын жоғарлатуды алдын алу.

УДК: 612.017.1

Хроническая ревматическая болезнь сердца: этиопатогенез и лечение. Литературный обзор

Садырова Ж.А

Казахстанско-Российский медицинский университет

В настоящее время хроническая ревматическая болезнь сердца по-прежнему остается распространенным заболеванием, приводящим к длительной потере трудоспособности и инвалидизации лиц наиболее работоспособного возраста (1,2). Согласно современным представлениям хроническая ревматическая болезнь сердца как следствие исхода острой ревматической лихорадки представляет собой системное воспалительное заболевание соединительной ткани с преимущественной локализацией процесса в сердечно-сосудистой системе, развивающейся после перенесенной острой А-стрептококковой носоглоточной инфекции, преимущественно у лиц с наследственной предрасположенностью к ней. Первая ревматическая атака возникает преимущественно в детском (7-15 лет) и молодом возрасте (3,4).

По данным Комитета экспертов ВОЗ (2004), хроническая ревматическая болезнь сердца остается наиболее частой причиной смерти от сердечно-сосудистых заболеваний большей части населения земного шара в возрасте до 40 лет. Во многих развивающихся странах хроническая ревматическая болезнь сердца составляет почти половину случаев сердечно-сосудистых болезней (5).

Заболеваемость ревматической лихорадкой в экономически развитых странах в настоящее время составляет менее 5 случаев на 100000 населения, в слаборазвитых – в пределах 27-100 случаев на 100000 населения в год (6).

По результатам эпидемиологических, клинических и микробиологических исследований доказана убедительная связь стрептококковой носоглоточной инфекции с развитием ревматической лихорадки. Подтверждением тому является предшествующая ревматической атаке стрептококковая инфекция в виде ангины, фарингита; увеличение заболеваемости во время вспышек острых респираторных заболеваний, вызванной стрептококком группы-А, а также увеличение титра стрептококковых антител. Особенно важным явилось открытие феномена молекулярной мимикрии, основанной на механизме образования антител в ответ на антигены стрептококка, перекрестно реагирующих с аутоантигенами поражаемых тканей человека (7,8).

Одним из наиболее актуальных остается вопрос о том, какой из М-серотипов стрептококка является ревматоге́нным, поскольку эпидемические вспышки, возникающие в воинских частях, школьных коллективах характеризовались наличием серотипов: М3, М5, 18, 19, 24 бета-гемолитического стрептококка. Однако на смену М-типам 2, 4, 12, 49 пришли М-типы 1, 3, 5, 6, 28. По-прежнему открытым остается вопрос, почему ревматическая лихорадка и ревмокардит развивается лишь у 0,3-3% больных, перенесших инфекцию бета-гемолитическим стрептококком (9).

Открытие аллоантигена В-лимфоцитов, определяемого с помощью моноклональных антител D8/17, позволило обсуждать роль конкретного генетического маркера, определяемого у 98-100% больных острой ревматической

лихорадкой и хронической ревматической болезнью сердца. Исследования, проведенные рядом ученых, показали, что у больных острой ревматической лихорадкой и ревматической болезнью сердца маркер D8/17 определяется в 94,5% случаев, а в контрольной группе – в 7,5% случаев. Кроме того, D8/17- аллоантиген обнаружен почти у половины кровных родственников (44,6%), преимущественно у матерей (63,6%) (10).

Известно, что стрептококковая этиология ревматической лихорадки характерна для «классических» ее форм, протекающих остро, с вовлечением в процесс суставов. Почти не улавливается связь между стрептококковой инфекцией и затяжным, латентным или часто рецидивирующим течением заболевания. При последних формах течения ревматической болезни сердца отсутствует повышение титров стрептококковых антител, не эффективной является бициллинопрофилактика при рецидивах ревматического процесса (11).

В различных клинических и экспериментальных исследованиях показано, что некоторые вирусные инфекции, такие как, энтеровирусы, герпес, грипп-В могут приводить к развитию острых, хронических или рецидивирующих поражений миокарда и клапанного аппарата сердца с формированием пороков сердца. В эксперименте на животных вирусы, в отличие от стрептококков, легко вызывают поражение миокарда и клапанов. При заражении обезьян вирусом Коксаки - В4 развиваются панкардит, бородавчатый эндокардит митрального и аортального клапанов, а через 6-7 месяцев отмечаются сращение комиссур и укорочение сухожильных нитей, напоминающих митральный стеноз, в миокарде выявляются гранулемоподобные скопления клеток, отдельные из которых сходны с миоцитами Аничкова. Предполагают, что под влиянием иммуноподавляющей субстанции, вырабатываемой стрептококком, латентные кардиотропные вирусы активируются и проявляют цитотоксическое свойство (12).

Большое значение в патогенезе ревматической болезни сердца имеют нарушения в иммунной системе. Так, у больных восприимчивых к стрептококковой инфекции развивается аномальный гуморальный и клеточный иммунный ответ. Наблюдается увеличение общего количества лимфоцитов за счет возрастания процентного и абсолютного количества В-лимфоцитов при снижении процентного и абсолютного количества Т-лимфоцитов, увеличение циркулирующих иммунных комплексов, а также сдвиг уровня иммуноглобулинов в сторону повышения (13).

В исследованиях, проведенных Е.Л. Насоновым и соавторами, показано, что уже в дебюте острой ревматической лихорадки отмечаются значительные нарушения иммунного ответа в виде увеличения концентрации интерлейкина – 1 α у 54,8% больных. Повышение интерлейкина -1 β и неоптерина наблюдалось у 20% и 81% пациентов. Интерлейкин- 2 β и фактор некроза опухоли –Р55 превы-

шали норму у 47% и 28% больных острой ревматической лихорадкой. Приведенные данные свидетельствуют о значительном повышении активности моноцитов/макрофагов и Т-лимфоцитов (14).

Интересными явились исследования, сопоставляющие клинические, эхокардиографические параметры с поражением клапанного аппарата и изменениями иммунологических показателей. Так, уровень сывороточного неоптерина был существенно выше у больных с комбинированным поражением аортального и митрального клапанов, чем у больных с поражением только одного митрального клапана или без клапанной патологии. Развитие вальвулита ассоциировалось также с увеличением концентрации интерлейкина -1 α у 64,7 % больных по сравнению с 28,5% больных без клинико-эхокардиографических признаков патологии клапанов. Увеличение уровня интерлейкина -1 β отмечено только у тех пациентов, у которых диагностировано поражение клапанов сердца.

Иммунный ответ организма на тот или иной антигенный фактор находится под контролем генов, сцепленных с системой тканевой совместимости HLA. Среди больных ревматической лихорадкой чаще встречаются лица, имеющие антиген HLA -B15, HDh2, HDR4. При скрыто формирующихся пороках сердца, без четкого ревматического анамнеза, отмечаются антигены HLA-A (15).

Данные о достоверной активации иммунного ответа при ревматической лихорадке обсуждаются также в связи с обнаружением в крови таких больных интерлейкина-2 ρ -положительных клеток (CD25 $^{+}$), увеличением количества макрофагов (CD14 $^{+}$), повышением соотношения CD4 $^{+}$ /CD8 $^{+}$ и содержания В-клеток (CD19 $^{+}$) на фоне снижения общего уровня естественных киллерных клеток CD16 $^{+}$ (16).

Среди многочисленных опосредованных иммунных механизмов обращает на себя внимание интерлейкин-1 – индуцированный синтез оксида азота (NO), ингибирующего адренергическую активацию сократимости миокарда. Персистирующая гиперпродукция провоспалительных цитокинов может служить важным фактором, определяющим развитие сердечной недостаточности при хронической ревматической болезни сердца (17).

Морфологически при ревматической лихорадке выделяют фазовые изменения соединительной ткани: мукоидное набухание, фибриноидные изменения, некроз, клеточные реакции в виде инфильтрации лимфоцитами, плазмочитами, а также образование гранулем Ашоф-Талаева. Заканчивается ревматический процесс склерозированием. При рецидивирующем течении ревматической болезни сердца возникающие изменения соединительной ткани локализуются на месте склероза или в процесс вовлекаются новые участки соединительной ткани (18).

Диагностические критерии ревматизма впервые были сформулированы А. Киселевым и включали в себя 5 «абсолютных признаков ревматизма»: ревматические узелки, кольцевидную эритему, хорею, мигрирующий полиартрит и кардит. В настоящее время в соответствии с рекомендациями ВОЗ в качестве международных применяются диагностические критерии ревматической лихорадки Киселя - Джонса, пересмотренные в 1992 году, включающие большие (кардит, мигрирующий полиартрит, малая хорея, кольцевидная эритема, подкожные ревматические узелки) и малые критерии (артралгия, лихорадка, повышенное содержание СОЭ, С - реактивного белка, удлинение интервала PR на ЭКГ). Кроме того, необходимы данные, подтверждающие предшествовавшую А-стрептококковую инфекцию (позитивная А-стрептококковая культура, выделенная из зева; повышенные или повышающиеся титры стрептококковых антител). В дополнение к диагностическим критериям Киселя – Джонса Ассоциацией ревматологов России в 2003 году предложено внести в качестве

малых критериев признаки митральной и/или аортальной регургитации при Доплер-эхокардиографии. Наличие двух больших критериев или одного большого и двух малых в сочетании с данными, подтверждающими предшествующую бета-гемолитическую А-стрептококковую инфекцию, свидетельствует о высокой вероятности ревматической лихорадки (19).

В 2003 году Ассоциацией ревматологов России была пересмотрена классификация ревматизма, где рассматриваемая нозологическая форма была переименована в термин «ревматическая лихорадка». Данная классификация также была принята в Казахстане в 2003 году на национальном съезде терапевтов Республики Казахстан. Согласно классификации ревматическую лихорадку подразделяют на острую и повторную. Клинические проявления делят на основные (кардит, артрит, хорея, кольцевидная эритема, подкожные ревматические узлы) и дополнительные (лихорадка, артралгии, абдоминальный синдром, серозиты). Исходом заболевания могут быть выздоровление или переход в хроническую ревматическую болезнь сердца. Стадия недостаточности кровообращения оценивается согласно классификации Нью-Йоркской ассоциации сердца (функциональный класс), а также классификации Василенко-Стражеско.

Таким образом, проблема хронической ревматической болезни сердца по-прежнему сохраняет свое общемедицинское значение. Сложность этого заболевания обусловлена невыясненными сторонами этиологии и особенно патогенеза, что требует к себе дальнейшего пристального внимания, как в научном, так и в практическом плане.

Литература

1. Ермолина Л.М. Острая ревматическая лихорадка. Хронические ревматические болезни сердца. - М.: М-Вести, -2004. -184 с.
2. Шостак Н.А. Диагностика и лечение пороков сердца. //Врач. -2005. - №1. -С.11-14.
3. Насонова В.А., Кузьмина Н.Н. Острая ревматическая лихорадка и ревматические пороки сердца. //Вестник РАМН. -2003. -№11. -С.71-74.
4. Carapetis J.R. Rheumatic heart disease in developing countries// N Engl. J.Med. – 2007. – Vol. 357. – P. 4399441.
5. World Health Organization: Rheumatic fever and rheumatic heart disease.
6. World Health Organ Tech Rep Ser. - 2004. - 923: 11122.
7. lung B., Baron G., Tornos P. et al. Valvular heart disease in the community: A European experience. Curr Probl Cardiol. – 2007. – 32: 6099661.
8. Ревматические болезни: номенклатура, классификация, стандарты диагностики и лечения. /Под ред. В. Н. Коваленко, Н. М. Шубы. – К., - 2002.
9. Белов Б.С. Острая ревматическая лихорадка и хроническая ревматическая болезнь сердца: диагностика, лечение, профилактика. //Болезни сердца и сосудов. - 2006. -№4. –С13-18.
10. Кузьмина Н.Н. Проблема ревматической лихорадки у детей в начале XXI века. //Лечащий врач. -2003. -№1. -С.13-19.
11. Шостак Н.А. Новые возможности диагностики и первичной профилактики ревматической лихорадки. //Дис. докт. мед. наук. -М.- 1996. -354с.
12. Эрдес Ш.Ф., Фоломеева О.М. Ревматические заболевания и инвалидность взрослого населения Российской Федерации. //Научно-практическая ревматология. -2007. - № 4. - С.4-9.
13. Анохин В.Н. Современные взгляды на этиологию и патогенез ревматической лихорадки. //Российский мед. журнал. -1997. -№4. -С.4-11.
14. Царенок С.Ю. Некоторые аспекты патогенеза воспалительного процесса при ревматической болезни сердца. //Автореферат на соискание к.м.н., -2007. –Чита.
15. Насонов Е.Л., Самсонов М.Ю. Активация клеточного иммунитета при острой ревматической лихорадке: клиническое и патогенетическое значение. //Вестник

- РАМН.- 1996.- №11.- С.41-44.
16. Несукай Е.Г., Ильяш М.Г. Приобретенные пороки сердца/ В кн. Руководство по кардиологии/ под ред. В.Н. Коваленко. – Киев. – МОРИОН. –2008. – С. 9411962.– Vol. 112 – P. 4322437.
 17. Otto C., Bonow R.O. Valvular heart disease. A companion to Braunwalds heart disease. – Saunders. – 2009. – 452 p.
 18. Палеев Н.Р., Палеев Ф.Н. Цитокины и их роль в патогенезе заболеваний сердца // Клиническая медицина. – 2004. – № 5. – С. 4-15.
 19. Stevens D.L., et al. Rheumatic fever and rheumatic heart disease. J. Infect. Chemother.-2001.-V.7.- P.72-89.
 20. Маколкин В.И. Приобретенные пороки сердца. - М.: ГЭОТАР-Мед, 2003. - 216 с.

Тұжырым

Созылмалы ревматикалық жүрек ауруы: этиопатогенезі мен емі
Ж..А. Садырова

Мақалада созылмалы ревматикалық жүрек ауруы бойынша қазіргі жағдайдағы әдебиеттік мәліметтер берілген. Осы кездегі созылмалы ревматикалық жүрек ауруының клиникалық ағымы мен патогенезі қарастырылған. Ревматикалық жүрек ауруының соңғы классификациясы ұсынған.

Abstract

Chronic Rheumatic Heart Disease: Etiopathogenesis And Treatment

Sadyrova Z.A.

In article cited the modern literary data on a problem of chronic rheumatic illness of heart. In article are considered pathogenesis, clinical current of disease at the present stage. Modern classification of a rheumatic fever is resulted.

Значение магнитокардиографических признаков фрагментации деполяризации желудочков в выявлении повреждения миокарда

Сосницкая Т.В., Стаднюк Л.А., Сосницкий В.Н.
(Главный военно-медицинский клинический центр ГВКГ, НМАПО имени П.Л. Шупика, Институт кибернетики им. В.М. Глушкова) Киев, Украина

Ключевые слова: ишемия миокарда, магнитокардиография, токи действия, неинвазивная диагностика, нарушение проведения

Введение

Локальные нарушения внутрижелудочковой проводимости могут быть причиной аритмий, могут как симулировать, так и скрывать ЭКГ признаки инфаркта миокарда (ИМ) или миокардиальной ишемии, гипертрофии. В ряде случаев они не проявляются на ЭКГ, что может быть обусловлено тем, что миокард вокруг участка поражения имеет сравнительно низкое сопротивление, из-за чего его локальная электрическая активность не регистрируется электропотенциальными методами (ЭКГ) благодаря электротоническим связям между клетками и их слоями. Поэтому важным является исследование возможностей магнитокардиографии (МКГ) в увеличении точности неинвазивного выявления локальных нарушений внутрижелудочковой проводимости. Ранее проведенные исследования [15] показали хорошие перспективы в этом направлении. Использование анализа изменений плотности токов действия позволяет устранить ограничения ЭКГ по определению длительности интервалов кардиоциклов и дать дополнительную информацию к их характеристике по ЭКГ, например, при нечетком Т, блокаде ножек пучка Гиса, фибрилляции предсердий и т.п..

Целью данной работы

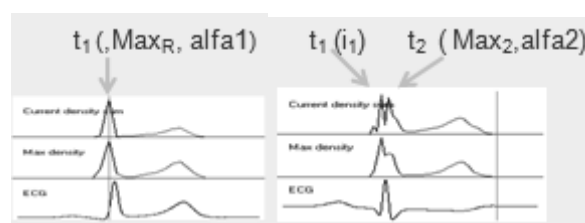
было изучение возможности выявления локальных нарушений проводимости у пациентов с ИБС с помощью новых МКГ показателей.

Материалы и методы

Для анализа нарушений гомогенности деполяризации желудочков были проанализированы МКГ данные 174

обследованных, которые составили три группы: группа 1 - 45 здоровых от 27 до 40 лет (средний возраст 36 ± 6 лет); группа 2 - 43 пациента с диагнозом ИБС без признаков ранее перенесенного ИМ, у которых при коронарографии (КГ) обнаружено стеноз одного, двух или трех сосудов с сужением диаметра $> 50\%$, средний возраст 55 ± 10 лет; группа 3 - 86 пациентов с диагнозом острый ИМ (ОИМ) с зубцом Q, которым проводили МКГ на 7-10-е сутки ОИМ, средний возраст 60 ± 12 лет. По данным МКГ среди обследованных всех групп выделяли лиц с нарушениями проводимости в виде расщепления QRS кривой

плотности тока с выделением нескольких максимумов. По кривым изменения максимальной плотности токов высчитывались следующие МКГ показатели (рис. 1): интервал от начала до вершины первого максимума (зубец R) - t_1 ; интервал от начала QRS до второго максимума - t_2 . Угол, отражающий направление максимального вектора плотности тока (ВПТ) на вершине t_2 - α_2 , значения максималь-



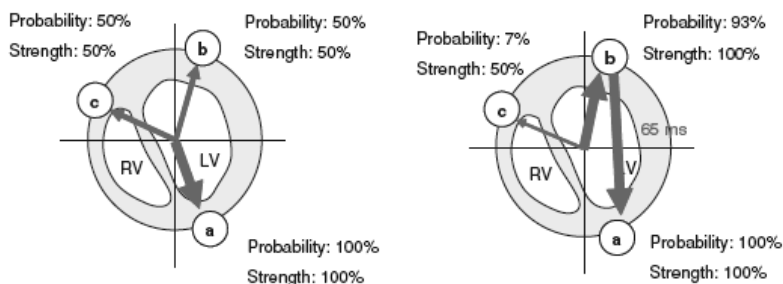
а б

Рис 1. Отражение изменений плотности тока в интервале QRS-ST-T в норме (а) и в случае с замедлением внутрижелудочкового проведения возбуждения у больного с ИБС (б) .

ных величин плотности токов ($MaxR$ и $Max2$) на вершинах t_1 и t_2 , а также их отношение - $MaxR / Max2$, коэффициент симметрии комплекса QRS - $(QRS - t_1) / t_1$.

Дополнительное разделение пациентов 1,2,3 групп с МКГ признаками нарушений внутрижелудочкового проведения на подгруппы проводили в зависимости от направлений максимальных векторов плотности тока (α_2) на вершине второго (t_2) пика, исходя из 2-х предпосылок.

1) Согласно теоретической модели, предложенной Akihiko Kandori и соавторами [16] на основе результатов экспериментов на изолированном сердце человека [17], распространение фронтов волн возбуждения по миокарду возникает с разной степенью вероятности по трем основным направлениям. Схематическое изображение угловых координат векторов (а, б, с) для этих направлений



а б

Рис.2. Модельное отображение направления распространения волн возбуждения в норме (а) и в случае полной блокады правой ножки пучка Гиса (б) [16].

приведено на рис. 2.

Было показано, что в норме (рис. 2.А) участки миокарда, условно обозначенные точками (а, b и с), достигают состояния возбуждения почти одновременно (различия не превышает 8 мсек). При этом на кривой изменений плотности тока QRS наблюдается только один максимум (пик t₁). При замедлении проведения по одному из указанных направлений соответствующий участок миокарда будет достигать возбужденного состояния (и максимального значения плотности тока) с соответствующей задержкой времени с появлением дополнительного максимума (пик t₂) на кривой изменения максимума плотности тока в процессе деполяризации.

Очевидно, что каждый момент достижения состояния возбуждения характеризуется пиком максимальной плотности тока и соответствующим направлением его максимального вектора плотности тока (alfa2). Примером такого замедления, отраженного на рис 2.б, является случай полной блокады правой ножки пучка Гиса. Результаты исследований пациентов с полной блокадой правой ножки пучка Гиса, с синдромом Бругадо и здоровых с задержкой проведения [16] подтвердили корректность предложенной модели (рис.3).

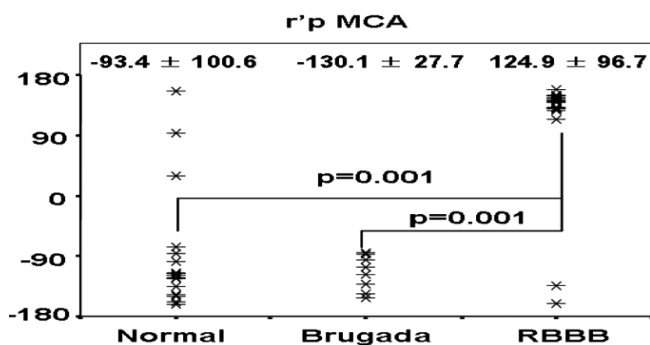


Рис. 3. Распределение угловых координат векторов плотности тока у пациентов с задержкой внутрижелудочкового проведения (здоровые, группа с синдромом Бругадо, группа с блокадой правой ножки пучка Гиса) (а,b,c) [16].

2) Проведенный нами предварительный анализ распределения направлений максимальных ВПТ показал, что значения углов для каждой из трех групп (группы 1,2,3) группируются преимущественно в трех угловых секторах со схожим с предварительным исследованием (16) распределением значений, что позволяет поделить их на подгруппы. Так, направление, обозначенное вектором (с) соответственно использованной модели, в целом отвечает выделенному нами угловому сектору (-130) - (-160) градусов; направление (а) - сектору (+70) - (+160) градусов; направление (b) - сектору (-60) - (-120) градусов. Замедление проведения у здоровых возникало исключительно в направлении (с) и, вероятно, было обусловлено отличиями проводимости возбуждения в области выходного тракта правого желудочка.

2. Результаты и их обсуждение

Исходя из нашего предположения, что направление максимального вектора плотности тока отображает направление волокон миокарда (и, соответственно, размещение участка миокарда), в которых в данный момент времени преобладает активация потока ионов, в качестве

Таблица 2. Сопоставление МКГ показателей деполяризации желудочков у обследованных с признаками нарушения проводимости (M±m)

Группы		МКГ показатели				
		t ₂	alfa2	T _{a-e}	Max _R /Max ₂	QRS-t ₁ /t ₂
Группа 1 (n=45)	1.1 (n=13)	59,38±4,85	-144,20±17,42	117,69±8,32	2,22±0,85	1,74±0,25
	2.1 (n=12)	62,66±4,92	-147,85±15,28	114,16±6,68	2,06±0,22	1,84±0,19
Группа 2 (n=43)	2.2 (n=1)	64	+157	120	2.64	1,48
	2.3 (n=13)	61,84±5,06	-99,38±17,48	103,24±17,54	1,89±0,26	1,94±0,20
Группа 3 (n=86)	3.1 (n=10)	65,21±6,26	-157,20±11,06	116,00±15,77	1,19±0,35	1,87±0,54
	3.2 (n=13)	80,45±4,25	+146,54±16,78	110,22±7,34	0,83±0,02	1,92±0,15
	3.3 (n=22)	66,54±5,17	-63,45±14,64	114,18±15,01	0,79±0,049	1,86±0,26

критерия распределения на подгруппы был выбран угол направления вектора максимальной плотности тока на втором пике (t₂). Соответственно угловому сектору группы были разделены на подгруппы. В первой группе (здоровые) все обследованные с локальными нарушениями проводимости попали в подгруппу 1.1. – угловой сектор от -120 до -165 градусов. Во второй группе (пациенты с ИБС) были выделены подгруппы: 2.1.- сектор от -130 до -178 градусов; 2.2.- один больной, alfa2 равен +157 градусов; 2.3. – сектор от -80 до -119 градусов. В третьей группе (пациенты с ОИМ) были выделены подгруппы: 3.1.- сектор от -140 до -177 градусов; 3.2.- сектор от +120 до +174 градусов; 3.3.- сектор от -9 до -120 градусов.

Результаты анализа групп пациентов с дополнительными максимумами на кривых изменений максимальной плотности тока на протяжении деполяризации желудочков приведены в таблице 2., на рис. 4 и рис. 5.

Из таблицы 2 видно, что в группе здоровых из 45 обследованных у 13 (28%, подгруппа 1.1) выявлено раздвоение пика плотности тока деполяризации. Вектор плотности тока на максимуме направлен вправо вверх под углом -144,20 ± 17,42 градусов. Максимум второго пика появляется через 32 ± 1,28 мс после первого максимума и через 59,38 ± 4,85 мс от начала QRS. Отношение величин максимальных плотностей токов первого и второго пиков в среднем составляет 2,22±0,85, коэффициент симметрии - 1,74 ± 0,25. При этом у здоровых без аномалий проведения коэффициент симметрии не превышает 1,37.

В группе 2 из 43 обследованных у 26 (60 %) пациентов с замедлением проводимости выделены подгруппы в зависимости от направления максимального вектора плотности тока на втором пике QRS комплекса. В подгруппе 2.1 среднее направление вектора -147,18±15,28 градусов (в секторе от -130 до -178 градусов) при отношении Max_R / Max₂ 2,06±0,22; коэффициент симметрии 1,84 ± 0,19. В подгруппе 2.3 средняя величина направления вектора -99,38 ± 17,48 градусов (в секторе от -80 до -129 градусов) при отношении Max_R / Max₂ 1,89±0,26; коэффициент симметрии 1,94 ± 0,20. Подгруппа 2.2 включила только одного пациента, у которого второй пик имел направление максимального вектора +157 градусов с появлением через 72 мс от начала QRS. У пациентов этой группы по сравнению со здоровыми (подгруппа 1.1) отмечается увеличение максимальной плотности тока второго максимума по отношению к плотности тока на первой вершине R (Max_R) и усиление асимметрии QRS. В подгруппах 2.1, 2.2, 2.3. по сравнению со здоровыми отмечается увеличение времени от начала QRS до появления второго пика

Для группы 3 характерно усиление МКГ проявлений нарушений распределения возбуждения на протяжении интервала QRS. Из 81 пациента у 45 (56 %) выявлены нарушения проведения в виде удвоения пика плотности тока деполяризации. В подгруппе 3.1 направление максимального вектора плотности тока -157,20±11,06 градусов, второй пик отдален на 65,21±6,26 мс от начала QRS,

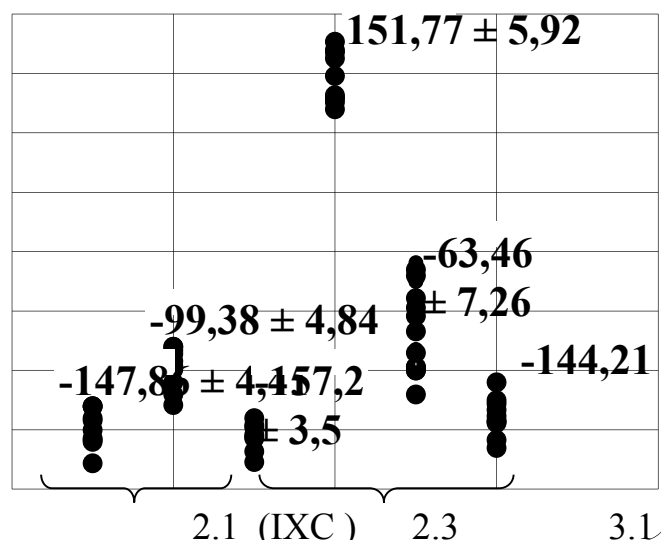


Рис. 4. Распределение значений направления максимального вектора плотности тока на вершине второго пика (t_2) (α_2) в выделенных группах

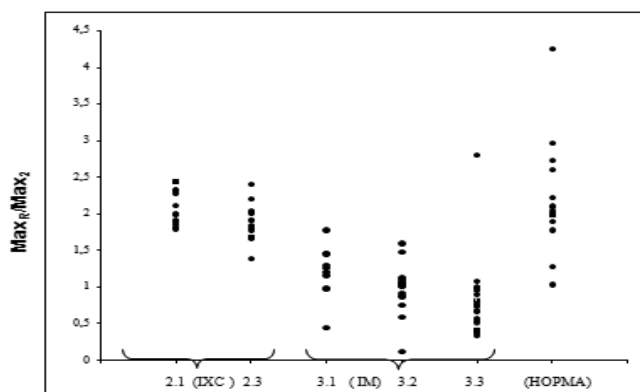


Рис. 5. Значения соотношений максимальных плотностей тока на первом и втором пиках зубца R (Max_R / Max_2) в выделенных подгруппах больных с ИБС без ИМ в анамнезе, с ИМ и у здоровых.

отношение Max_R / Max_2 равно $1,19 \pm 0,35$, коэффициент симметрии - $1,87 \pm 0,54$. В подгруппе 3.3 из 22 пациентов среднее значение угла составило $63,45 \pm 14,64$ градусов при отношении Max_R / Max_2 $0,79 \pm 0,04$ и коэффициенте симметрии $1,86 \pm 0,26$. Второй пик отдален от начала QRS на $66,5 \pm 5,17$ мс. Существенные изменения характерны для подгруппы 3.2. Вектор максимальной плотности тока направлен вправо - $+ 146,57 \pm 16,78$ градусов, пик второго максимума отодвинут от начала QRS на $80,45 \pm 4,25$ мс при коэффициенте симметрии $1,92 \pm 0,75$. Величина отношения Max_R / Max_2 - $0,83 \pm 0,02$ свидетельствует о том, что плотность тока второго пика превышает плотность тока первого пика зубца R.

Таблица 3. Сопоставления МКГ показателей больных тех же подгрупп второй и третьей групп

МКГ показатели	Подгруппа 3.1	P	Подгруппа 2.1	Подгруппа 3.3	P	Подгруппа 2.3
t_2	$65,2 \pm 6,3$	0,32	$62,7 \pm 4,9$	$66,5 \pm 1,42$	0,013	$61,8 \pm 0,94$
α_2	$-157,2 \pm 11,1$	0,12	$-147,9 \pm 15,3$	$-63,5 \pm 14,6$	0,0015	$-99,4 \pm 17,5$
T_{a-e}	$116,0 \pm 15,8$	0,71	$114,16 \pm 6,7$	$114,2 \pm 15,0$	0,076	$103,2 \pm 17,5$
Max_R / Max_2	$1,19 \pm 0,35$	0,001	$2,06 \pm 0,22$	$0,79 \pm 0,049$	0,001	$2,06 \pm 0,22$
$(QRS-t_1)/t_1$	$1,87 \pm 0,54$	0,84	$1,84 \pm 0,19$	$1,86 \pm 0,26$	0,63	$1,94 \pm 0,20$

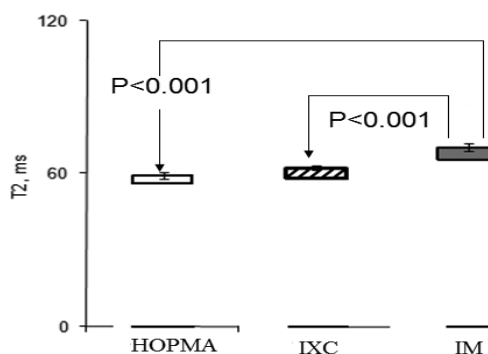


Рис. 6. Сопоставление временных интервалов от начала деполяризации желудочков до второго пика на кривых изменений плотности тока у больных разных групп относительно здоровых и между собой.

На рис. 5 показано распределение значений отношений максимальных плотностей тока (Max_R / Max_2) в подгруппах разных групп.

Время до появления второго пика у пациентов с острым инфарктом миокарда существенно больше, чем у больных 2 группы и у здоровых (рис.6).

Результаты сравнения МКГ показателей у больных с ИБС без ИМ в анамнезе и у больных с ОИМ при схожем направлении векторов на втором пике плотности тока (попадание в близкие по значениям угловые секторы) наведены в таблице 3.

Подгруппы 2.1 та 3.1 отличаются величинами отношения плотностей тока на пике 1 (пик R) и на пике 2 ($p=0,001$). У пациентов с ОИМ отношение Max_R / Max_2 меньше, чем у больных ИБС без ИМ.

Подгруппы 3.3 и 2.3 отличаются значениями трех МКГ показателей. У больных ОИМ меньше соотношение максимальных плотностей токов и угол отклонения вектора плотности тока на втором пике, а также большее время от начала QRS до появления второго пика, что говорит о большем замедлении проведения. При сравнении подгрупп 2.1 и 1.1 достоверных отличий не выявлено.

Результаты дополнительного анализа МКГ данных 54 пациентов группы 3, у которых при коронарографии был выявлен стеноз $\geq 70\%$ хотя бы одной коронарной артерии, приведены в таблице 4.

Из 54 больных ОИМ МКГ признаки нарушения проведения были выявлены у 30 (56%) пациентов, преимущественно при задней локализации ИМ в сравнении с передним ИМ ($P < 0,05$). Желудочковая экстрасистолия зарегистрирована у 12 (22%) больных, преимущественно при наличии МКГ признаков нарушения проведения. Таким образом, целесообразно в дальнейшем изучить информативность указанных МКГ показателей для прогнозирования вероятности возникновения различных желудочковых аритмий и их тяжести.

Известно, что на краю зоны миокардиального некроза в неоднородном фиброзе может присутствовать жизнеспособная миокардиальная ткань. Эти структурные особенности приводят к замедлению проведения или даже к локальным однонаправленным блокам проведения, которые могут играть важную роль в формировании аритмогенного субстрата. Фрагментированная электрическая активность является свидетельством локального замедления проведения возбуждения. Механизмы формирования фрагментированных потенциалов были исследованы P.I.Gardner и соавт. [18], M.S.Spach и соавт. [19]. Они по-

Таблица 4. МКГ признаки нарушения внутрижелудочкового проведения у больных ОИМ в зависимости от локализации ИМ и наличия желудочковой экстрасистолии

Пациенты с ОИМ (n=54)	Общее количество n (%)	Количество с ЖЭ n (%)	Локализация ИМ	
			передний n (%)	задний n (%)
ИМ без МКГ признаков замедления проведения	24 (44)	3 (12)	16 (66)	8 (34)
ИМ с МКГ признаками замедления проведения	30 (56)	9 (30)	9 (30)	21 (70)

казали, что каждый из компонентов фракционированной эндограммы возникает в результате формирования потенциала действия в разных мышечных пучках с различными фазами возбуждения. Локальная асинхронная активация может возникать в результате одного из трех факторов: пространственная дисперсия рефрактерных периодов; анизотропия тканей, что приводит к зигзагоподобному движению волны деполяризации; наличие коллагеновых «перемычек» между мышечными пучками. Наличие удвоенных потенциалов (а в наших результатах - удвоение максимума плотности тока) также может свидетельствовать о барьерах электрического проведения на пути движения переднего фронта возбуждения. Считают, что двухспайковая активность отражает асинхронную активацию ткани по обе стороны от участка блокады проведения. Нарушение электротонического взаимодействия между двумя возбудимыми участками, разделенными между собой небольшой зоной высокого сопротивления – один из наиболее важных механизмов замедления проведения возбуждения. Такая ситуация может возникнуть при локальной ишемии миокарда, ограниченном очаговом поражении или некрозе сердечной мышцы – ситуациях, которые сопровождаются местным увеличением внеклеточной концентрации K^+ , или при развитии очагового фиброза миокарда. Появление даже небольшого ограниченного невозбудимого участка сократительного или специализированного волокна может сопровождаться резким замедлением проведения в дистальном отделе этого волокна.

Важное значение для замедления проведения может иметь значительное увеличение электрического сопротивления межклеточных вставочных дисков – нексусов, которые в нормальных условиях имеют очень низкое электрическое сопротивление, которое облегчает прохождение тока между клетками. Известно, что ацидоз, гипоксия, ишемия, сердечные гликозиды и другие факторы могут существенно увеличивать сопротивление нексусов. Нарушение электротонического взаимодействия между двумя возбудимыми участками и увеличение электрического сопротивления вставочных дисков, вероятно, является основным механизмом возникновения замедлений проведения, которые выявлены нами в процессе исследования. Недавние исследования с помощью СPECT показали, что фрагментация узких комплексов QRS может быть признаком наличия рубцов от перенесенного ИМ, а маркер фрагментации имеет большую чувствительность в выявлении аномальной региональной перфузии, чем аномальный Q зубец [22]. Объединение этих двух маркеров еще больше повышает чувствительность в выявлении постинфарктных повреждений миокарда [23].

Известно, что на очаговую блокаду указывает такое расщепление комплекса QRS, когда расстояние между вершинами зазубрин составляет 0,03 с и больше. В наших исследованиях выявлено именно такое раздвоение МКГ кривой максимальной плотности тока на величину от 28 до 40 мс и больше. При этом частота выявления локальных нарушений проводимости при МКГ существенно больше, чем при ЭКГ. Выявленные в наших исследованиях очаговые замедления проведения по направлению векторов

плотности тока и временным параметрам очень похожи на результаты модельных исследований распространения возбуждения, которые получены в работе Akihiko Kandori и соавт. [16].

Выводы. Предложенные в работе новые МКГ показатели нарушения процессов деполяризации желудочков имеют преимущества перед традиционными ЭКГ параметрами, они важны для выявления и дополнительной ха-

рактеристики локальных нарушений внутрижелудочкового проведения и прогнозирования желудочковых аритмий у больных с ИБС.

Литература

1. Levy S, Gerard R, Castellanos Jr A, Gharhamani A, Sommer LS. Pure left anterior hemiblock hemodynamic and arteriographic aspects in patients with coronary artery disease// *Eur J Cardiol.* - 1978. -Vol.8. -P.553-563.
2. Yano K, Peskoe SM, Rhoads GG, Moore JO, Kagan A. Left axis deviation and left anterior hemiblock among 8,000 Japanese-American men // *Am J Cardiol.* -1975. -Vol.35. -P.809-815.
3. Ostrander Jr. L.D. Left axis deviation: prevalence, associated conditions, and prognosis. An epidemiologic study//*Ann Intern Med.* -1971. -Vol.75. -P.23-28.
4. Corne RA, Beamish RE, Rollwagen RL. Significance of left anterior hemiblock// *Br Heart J.* - 1978. -Vol.40. -P.552-557.
5. Assali A, Sclarovsky S, Herz I, Solodky A, Sulkes J, Strasberg B. Importance of left anterior hemiblock development in inferior wall acute myocardial infarction // *Am J Cardiol.* - 1997. -Vol.79. -P.672-674.
6. Buyukozturk K, Korkut F, Meric M, Deligonul U, Ozkan E, Ozcan R. Prognostic significance of isolated left anterior hemiblock and left axis deviation in the course of acute myocardial infarction // *Br Heart J.* - 1977. -Vol.39. -P.1192-1195.
7. Thygesen K, Haghfelt T, Steinmetz E, Nielsen BL. Long-term survival after myocardial infarction as related to early complications // *Eur J Cardiol.* - 1977. -Vol.6. -P.41-51.
8. Kourtesis P, Lichstein E, Chadda KD, Gupta PK. Incidence and significance of left anterior hemiblock complicating acute inferior wall myocardial infarction // *Circulation.* - 1976. -Vol.53. -P.784-787.
9. Steinmetz E, Haghfelt T, Thygesen K. Incidence and prognostic significance of intraventricular block in acute myocardial infarction // *Cardiology.* - 1979. -Vol.64. -P.280-288.
10. Biagini Elena, Abdou Elhendy, Arend F.L. Schinkel, Stefan Nelwan, Vittoria Rizzello, Ron T. van Domburg, Claudio Rapezzi, Guido Rocchi, Maarten L. Simoons, Jeroen J. Bax, and Don Poldermans Prognostic Significance of Left Anterior Hemiblock in Patients With Suspected Coronary Artery Disease// *J Am Coll Cardiol.* - 2005. -Vol.46. -P.858-863.
11. Demoulin, J. C., Simar, L. J., and Kulbertus, H. E. Quantitative study of left bundle branch fibrosis in left anterior hemiblock: a stereologic approach // *American Journal of Cardiology.* -1975. -Vol. 36. -P.751-756.
12. Rossi, L. Histopathology of conducting system in left anterior hemiblock // *British Heart Journal.* -1976. -Vol. 38. -P. 1304-1311.
13. Roos JC, Dunning AJ. Bundle branch block in acute myocardial infarction// *Eur J Cardiol.* -1978. -Vol.6. -P.403- 424.
14. Rizzon P, Rossi L, Baissus C, Demoulin JC, Di Biase M. Left posterior hemiblock in acute myocardial infarction// *Br Heart J.* -1975. -Vol.37. -P.711-720.
15. Hiroshi Takaki, Shuji Hashimoto, Wataru Shimizu Shogo Oishi, Sr., Hiroshi Takaki, Shuji Hashimoto, Wataru Shimizu, Masaru Sugimachi, and Shiro Kamakura Magnetocardiography can identify local ventricular conduction delay in patients with LV dysfunction and CLBB/IVCB on ECG: comparison with 'ISOLATED' C/LBB // *J. Am. Coll. Cardiol.* - 2010. -Vol.55. -A13. -E122-124.
16. Akihiko Kandori, Tsuyoshi Miyashita, Kuniomy Ogata, Wataru Shimizu, Miki Yokokawa, Shiro Kamakura et al. Electrical Space-Time Abnormalities of Ventricular Depolarization in Patients with Brugada Syndrome and Patients with Complete Right-Bundle Branch Blocks Studied by Magnetocardiography// *PACE.* -2008. -Vol. 29. -P.15-20.
17. Durrer D, van Dam RT, Freud GE, et al. Total excitation of the isolated human heart//*Circulation.* -1970. -Vol. 41. -P.899-912.
18. Gardner PI, Ursell PC, Fenoglio JJ Jr, Wit AL. Electrophysiologic and anatomic basis for fractionated electrograms recorded from healed

myocardial infarcts // *Circulation*. - 1985. - V.72. - P.596-611.

19. Spach MS, Dolber PC. Relating extracellular potentials and their derivatives to anisotropic propagation at a microscopic level in human cardiac muscle: evidence for

electrical uncoupling of side-to-side fiber connections with increasing age // *Circ. Res.* - 1986. - V.58. - P.356-371.

20. Saurav Chatterjee and Changawala N. Fragmented QRS complex a novel marker of cardiovascular disease // *Clin. Cardiol.* - 2010. - Vol.33.-N 2.-P. 68-71

21. Michael MA, El Masry H, Khan BR, DasMK. Electrocardiographic signs of remote myocardial infarction // *Prog Cardiovasc Dis.* -2007.-Vol.50(3).-P.198-208.

22. Mahenthiran J, Khan BR, Sawada SG, Das MK. Fragmented QRS complexes not typical of a bundle branch block: a marker of greater myocardial perfusion tomography abnormalities in coronary artery disease // *J Nucl Cardiol.* -2007.-Vol.14(3).-P.347-353.

23. Das MK, Khan B, Jacob S, Kumar A, Mahenthiran J. Significance of a fragmented QRS complex vs a Q-wave in patients with coronary artery disease // *Circulation.* -2006.-Vol.113.-P.2495-2501.

MCG fragmentation QRS: novel MCG marker of myocardial damage

Sosnytska T.V., Stadniuk L.A., Sosnytsky V.N.

MCG fragmentation QRS complex, defined as changes in QRS morphology with different RSR patterns of current density: additional waves and notched S wave has been linked with ischemic heart disease conditions and been postulated to be a new MCG marker in certain pathologies. The current article pronounced MCG fragmentation QRS complexes to be a marker of morphological MCG abnormality.

Hence it is safe to assume that the presence of fragmentation in the resting MCG of a patient with CAD or with suspected CAD portends the presence of regional structural heart disorders.

Симптоматическая терапия Фенибутом в комплексном лечении больных с артериальной гипертензией

Приходько В.Ю., доктор медицинских наук, профессор кафедры терапии и гериатрии НМАПО имени П.Л.Шупика МЗ Украины
Микропуло И.Р., кандидат медицинских наук, ассистент кафедры терапии и гериатрии НМАПО имени П.Л.Шупика МЗ Украины
Кононенко Е.А., аспирант
Морева Д.Ю., аспирант
Гоголь О.В., клинический ординатор
Кашковский Д.О., клинический ординатор

Аннотация

На основе обследования 46 пациентов с АГ было установлено, что у них чаще, чем у здоровых лиц аналогичного возраста отмечаются признаки вегетативной дисфункции, тревожно-депрессивные и умеренные когнитивные расстройства. Явления вегетативной дисфункции у больных с АГ связаны с тревожным типом личности, выраженностью тревожной симптоматики. Выявлены корреляционные зависимости показателей шкал для оценки тревоги (тест Ч.Д.Спилберга – Ю.Л.Ханина, госпитальная шкала тревоги и депрессии HADS) и когнитивных функций (MMSE). Курсовое лечение фенибутом больных с АГ, получающих базовую антигипертензивную терапию способствует уменьшению явлений вегетативной дисфункции и тревожных проявлений. В меньшей степени препарат влияет на депрессивную симптоматику у больных с АГ.

Ключевые слова: артериальная гипертензия, тревожно-депрессивные расстройства, вегетативная дисфункция, фенибут

Согласно последним данным в Украине официально насчитывается 12,2 млн. человек с артериальной гипертензией (АГ), что составляет 32,2% взрослого населения страны. Проблемы с контролем артериального давления у своих пациентов испытывает каждый врач, занимающийся лечением АГ. И это при огромном выборе антигипертензивных средств, их высокой эффективности (до 50% в виде монотерапии и до 80% при комбинированном лечении). Не всегда снижение артериального давления сопровождается улучшением качества жизни больного. Иногда оно может сопровождаться усилением явлений астении, головокружения, головной боли. Порой при снижении АД активируются контррегуляторные механизмы, направленные на его повышение (в первую очередь симпатoadrenalовая система). В этих случаях у больных могут возникать возбуждение, тревога, сердцебиение, чувство страха. Довольно частым осложнением АГ у пожилых пациентов являются гипертензивные кризы. Гипертензивный криз - это внезапное значительное повышение АД от нормального или повышенного уровня, которое почти всегда сопровождается появлением или усилением нарушений со стороны органов-мишеней или вегетативной нервной системы. Среди обследованных у нас пациентов с АГ в возрасте старше 55 лет до 10% больных указывают на гипертензивные кризы с вегетативной симптоматикой по меньшей

мере 1 раз в месяц. В качестве причин гипертензивного криза рассматривается неадекватность назначенной антигипертензивной терапии или несоблюдение режима приема препаратов: более 50% пациентов с ГК не принимали рекомендованного лечения в течение как минимум одной недели до госпитализации. К предикторам неадекватного контроля АД относятся старший возраст, меньшее количество антигипертензивных препаратов (монотерапия), декомпенсированный сахарный диабет, гиперлипидемия, СН и нефропатия (Консенсус Асоціації кардіологів України та Української асоціації боротьби з інсультом, 2012). Мы бы отнесли к предикторам неосложненных церебральных кризов и тревожно-депрессивные расстройства, ипохондрию, выраженную вегетативную дисфункцию. Влияние на эти сопутствующие факторы зачастую помогает врачу более эффективно контролировать АГ, достичь взаимопонимания с пациентом. Поэтому мы полагаем, что в лечении больных с АГ следует уделять внимание и симптоматической терапии, которая позволяет уменьшить явления вегетативной дисфункции, астении, тревоги, подавленности и улучшить когнитивные функции и устранить головную боль напряжения. Следует подчеркнуть, что перечисленные нарушения тесным образом связаны с самой артериальной гипертензией. В рамках дисциркуляторной энцефалопатии при АГ рассматривают три стадии. Для начальной (первой) стадии этого состояния характерна клиника невротоподобных астенических, астено-депрессивных и тревожно-депрессивных расстройств. У этих больных наблюдаются и умеренные нарушения мнестической деятельности (оперативной памяти, объема восприятия). Основной жалобой могут быть полиморфные цефалгии, протекающие чаще по типу головной боли напряжения в связи с психогенным фактором, сочетающиеся с вегетативными расстройствами. Разумеется, эти явления заметно ухудшают качество жизни больных, могут влиять на переносимость антигипертензивной терапии, но их сложно объективизировать, поскольку на начальных стадиях энцефалопатии еще нет значимых изменений на МРТ и КТ.

Развитие и прогрессирование церебро-васкулярной патологии приводит к ухудшению когнитивных функций, обеспечивающих адаптацию человека в социуме, адекватность его реакций на внешние факторы. К когнитивным функциям относятся восприятие информации, передача информации (праксис и речь), анализ и обработка информации и хранение информации (память). Чаще всего пациенты жалуются именно на ухудшение памяти, хотя у

них также снижается способность к усвоению нового материала. У большинства больных с АГ отмечается ухудшение когнитивных функций: до 88% пациентов имеют легкое и умеренное когнитивное снижение (Яхно Н.Н., Захаров В.В., Локшина А.Б., 2005).

Для синдрома умеренных когнитивных нарушений (Petersen R., 2004) характерно:

Жалобы на когнитивное снижение (самого пациента и его близкого окружения)

Признаки ухудшения когнитивных функций в последнее время по сравнению с индивидуальной нормой

Объективное подтверждение когнитивных нарушений по нейропсихологическим тестам (снижение не менее, чем на 1,5 стандартных отклонения от среднестатистической возрастной нормы)

Ежедневная активность не нарушена, но могут быть трудности при определенных видах деятельности

Отсутствуют клинические симптомы деменции. Показатель клинической шкалы деменции (Clinical Dementia Rating) менее 0,5

Показатель MMSE не менее 24 баллов (деменции нет)

В МКБ-10 имеется рубрика, соответствующая легкому когнитивному расстройству (*F06.7 Легкое когнитивное расстройство*). Это состояние характеризуется снижением когнитивной продуктивности: негрубые расстройства памяти, внимания, обуславливающие трудности обучения и работоспособности. Пациент с трудом осваивает новые навыки, его раздражает работа с аппаратурой, компьютером. У больных часто отмечается выраженное субъективное ощущение психической усталости при решении умственных задач, попытках обучения новому, даже при объективно успешной деятельности; их пугает необходимость работать в условиях дефицита времени. Могут наблюдаться церебрастенические симптомы, ситуационные колебания настроения.

Существенное место в клинической картине дисциркуляторной гипертензивной энцефалопатии занимает астеническое состояние. Астенические расстройства встречаются почти у 50% больных, которые обращаются за помощью к специалистам по внутренней патологии и наиболее часто отмечаются в пожилой популяции. Астения – это состояние организма, характеризующееся общей слабостью, повышенной утомляемостью, головными болями, головокружениями, снижением работоспособности, частой сменой настроения, вегетативными нарушениями, расстройствами сна, мышечными болями. Астения следует отличать от утомления – естественного физиологического состояния, вызванного избыточной физической нагрузкой. Утомление – это возникающее в норме чувство слабости и вялости, вызванное физическим усилием и проходящее после отдыха. Астения – всегда патологическая слабость. Это «усталость не от того шага, на котором мы падаем без сил: он только обнаруживает ее» (Сенека). Астеническое состояние может иметь функциональную или органическую природу, а чаще всего определенный вклад в ухудшение состояния больного вносят и органические, и сопутствующие им функциональные расстройства. Функциональная астения составляет почти 55% случаев диагностированных расстройств. Она связана с психическими расстройствами (невроз, депрессия, ипохондрия, психосоматические расстройства). При функциональной астении больной жалуется на слабость в руках, томление в ногах, чувство разбитости, «полное истощение нервной системы» и вялое недомогание как после перенесенной вирусной инфекции, равнодушие к окружающему миру, умственную лень. Ощущения эти очень инертны, больные не отмечают прилива энергии после отдыха и сна. У людей старшего возраста наряду с функциональным компонентом астении, могут регистрироваться и различные органические расстройства,

которые вызывают и усугубляют функциональные. В МКБ-10 представлена рубрика 06.6 *Органическое эмоционально-лабильное (астеническое) расстройство*, для которого характерен церебрастенический синдром в виде физической и психической слабости; выраженная и постоянная эмоциональная несдержанность или лабильность, утомляемость, истощаемость; чрезмерная, болезненная чувствительность к внешним раздражителям, непереносимость шума, яркого света и вегетативные нарушения.

Именно вегетативные расстройства ярко и болезненно окрашивают клинику артериальной гипертензии. Вегетативная дисфункция наблюдается почти у 80% больных с различной внутренней патологией (Морозова О.Г., 2007). Вегетативные расстройства – термин, объединяющий различные по происхождению и проявлениям нарушения вегетативных функций организма из-за дисбаланса нейрогенной регуляции (Вейн А.М., 1998). Причиной вегетативных расстройств является нарушение на уровне лимбико-ретикулярного комплекса, что результируется в дисбалансе симпатической и парасимпатической регуляторных систем, психоэмоциональных проявлениях, нарушениях суточных ритмов сна и бодрствования. У больных с вегетативной дисфункцией описано около 150 симптомов и 32 синдрома клинических нарушений. Наиболее часто встречается кардиалгический синдром без четкой иррадиации, возникающий чаще в покое, длящийся сутками, не усиливающийся при физической нагрузке и не реагирующий на прием кардиотропных препаратов. Больные ярко реагируют на боль, стонут, вскрикивают, вздыхают. Характер боли определить трудно: она давит, пульсирует, булькает, часто усиливается в предрасветные часы. Кардиалгии могут сопровождаться сердцебиением (до 120 уд/мин) в покое и повышением артериального давления. В последнем случае гипотензивные средства помогают слабо, зато эффективны транквилизаторы и антидепрессанты. У некоторых больных встречается синдром «возбужденного сердца» (синдром Да Коста), включающий в себя сердцебиения, одышку, усталость и за грудиной боли в покое после эмоциональных нагрузок. Часто больных беспокоит ощущение «кома в горле», который является эквивалентом боли и не поддается коррекции лекарствами. Вегетативная дисфункция дыхательной системы проявляется ощущением неполноты вдоха, учащенным, поверхностным дыханием, частыми дополнительными вздохами, одышкой на фоне стрессовой ситуации, исчезающей при физической нагрузке или во время сна.

Синдром вегетативной дисфункции может проявляться вегетативными кризами. Кризы имеют соматические проявления, часто принимаемые за сердечно-сосудистые, неврологические или легочные заболевания. Но при этом важной характеристикой их является сопутствующее чувство беспричинной тревоги, внутреннего напряжения, ощущения «натянутого нерва» внутри. Больные могут отмечать безотчетный страх (смерти, тяжелого осложнения), злиться и вести себя неоправданно агрессивно по отношению к окружающим (домашним, медикам). Чаще агрессия и раздражительность сопровождает симпато-адреналовые кризы (возбуждение, озноб, тремор, ощущение внутренней дрожи, тахикардия, прилив крови к голове. Лицу, полиурия и поллакиурия), тогда как вагоинсулярные кризы (слабость, головокружение, тошнота, чувство нехватки воздуха) характеризуются слабостью, подавленностью, слезами. Наблюдаются и смешанные вегетативные кризы со всеми перечисленными симптомами, выраженными в разной степени.

Учитывая сопутствующие АГ когнитивные, астенические и вегетативные расстройства, большое клиническое значение имеет правильно подобранная симптоматическая ноотропная и анксиолитическая терапия, Лечение

артериальной гипертензии, особенно у больных старших возрастных групп, должно быть комплексным с предпочтительным назначением препаратов, улучшающих мозговое кровообращение, содействующих лучшей переносимости гипоксии, и оказывающих стимулирующее влияние на метаболизм мозга. Одним из таких препаратов является синтезированный с СССР фенибут – производное ГАМК, первоначально используемый в космической медицине. Препарат эффективно снижал уровень стресса у космонавтов, оказывал расслабляющее действие при высокой тревожности, не вызывая седации. Показаниями к назначению фенибута являются астенические и тревожно-невротические состояния, беспокойство, тревога, страхи, бессонница, а также тревожность и напряжение перед хирургическим вмешательством и серьезными диагностическими процедурами. Фенибуту свойственны ноотропное и транквилизирующее действие, способность усиливать действие снотворных, наркотических, нейролептических и противопаркинсонических препаратов.

Собственные данные

Материалы и методы

В клинике Института геронтологии мы наблюдали 46 пациентов с артериальной гипертензией в возрасте 44 – 73 года (средний возраст 64,3 года). Все пациенты принимали антигипертензивную терапию (преимущественно комбинированную) и находились под наблюдением врачей в течение 6-12 месяцев до включения в исследование. Поэтому полученные нами результаты мы не можем объяснить действием антигипертензивных препаратов, снижением артериального давления или более тщательным медицинским наблюдением больных. Во время очередного визита для оценки эффективности антигипертензивного лечения всем пациентам было проведено нейро-психологическое тестирование и оценка выраженности вегетативной дисфункции с использованием следующих шкал и опросников:

Тест Ч.Д. Спилбергера, адаптированный Ю.Л. Ханиным, для самооценки уровня реактивной тревожности и личностной тревожности. Личностная тревожность характеризует тревожность как личностную черту. Это устойчивая склонность воспринимать определенные ситуации как угрожающие, реагировать на такие ситуации состоянием тревоги. Реактивная тревожность представляет собой тревожность как состояние на данный момент и характеризуется напряжением, беспокойством, нервозностью (Ханин Ю.Л., 1978).

Госпитальная шкала тревоги и депрессии HADS для определения уровня тревоги и депрессии.

Краткая шкала оценки психического статуса (MMSE) для оценки когнитивного статуса пациентов.

Опросник для выявления признаков вегетативных изменений (Вейн А.М., 1998).

После проведения тестирования всем обследованным к ранее назначенной антигипертензивной терапии добавили фенибут в дозе 500 мг в сутки (250 мг дважды в сутки). Использовался генерический препарат украинского производства - Бифрен («Фармастарт», Украина). Курс лечения составил 30 дней.

Полученные результаты

Несмотря на эффективную антигипертензивную терапию (уровень АД на фоне приема антигипертензивных препаратов составил в среднем по группе $148,5 \pm 6,1 / 88,2 \pm 3,4$ мм рт. ст.), пациенты отмечали неудовлетворенность своим состоянием здоровья: снижение работоспособности, утомляемость, частые головные боли по типу головной боли напряжения, головокружения, повышенную возбудимость, метеочувствительность и др. Жалобы представлены в таблице 1. У семи пациентов 1-2 раза в месяц без видимой

причины (физическая или психоэмоциональная нагрузка) внезапно повышалось АД с появлением преимущественно церебральной симптоматики (головокружение, головная боль, тошнота, шум в голове в такт сердцбиению, возбуждение, ощущение нехватки воздуха).

Таблица 1. Жалобы больных с АГ до и после курсового лечения фенибутом

Жалобы	До лечения фенибутом	Через 1 мес. после начала лечения
Лабильность АД	12	7
Сердцебиения	34	11
Ощущения перебоев в работе сердца, чувство замирания сердца	29	19
Чувство комка в горле	9	4
Приступообразная одышка в покое	13	8
Неприятные ощущения, тяжесть за грудиной, не зависящая от физической нагрузки	27	21
Сухость во рту	18	12
Периодическая потливость	10	5
Повышенная утомляемость	43	31
Сниженная работоспособность	46	34
Сонливость днем	21	16
Отсутствие ощущения отдыха по утрам	34	15
Головная боль (головная боль напряжения)	46	32
Головокружение	22	14
Нарушение концентрации внимания	31	17

У обследуемых изучали уровень тревожности, депрессивности и состояние когнитивных функций. При анализе MMSE выявлено, что у 48% больных (22 человека) с АГ отмечается умеренное когнитивное снижение (24-27 баллов по MMSE). Средний возраст пациентов с когнитивным снижением был $69,7 \pm 2,2$ года, что превышало средний возраст по группе и указывало на роль возрастных изменений в прогрессировании когнитивной дисфункции. Показатель опросника А.М. Вейна продемонстрировал широкую распространенность вегетативных расстройств у обследованных пациентов (93,5%) с преобладанием кардиальной симптоматики (сердцебиение, перебои в работе сердца, одышка в покое, боли в грудной клетке, не зависящие от физической нагрузки, лабильность АД). По госпитальной шкале тревоги и депрессии (HADS) субклиническая тревога диагностирована у 32 больных, а клинически значимая – у 4. В целом у 74% отмечалась повышенная тревожность. У 36 больных была диагностирована субклиническая депрессия (78,3%). Клинически значимой депрессии не было ни у одного из пациентов. Тест Ч.Д. Спилбергера – Ю.Л. Ханина продемонстрировал наличие умеренной личностной тревожности у 29 пациентов, а выраженной – у 4. Всего повышенная личностная тревожность была характерна для 72% больных с АГ. Высокая реактивная тревожность наблюдалась более часто – у 82% больных (32 человека имели умеренно повышенную тревожность, 6 – выраженную). Таким образом, среди больных с АГ чрезвычайно распространенными состояниями являются повышенная тревожность, депрессивность, вегетативная дисфункция. Причем у большинства таких больных особенности характера предрасполагают к высокой тревожности (показатель личностной тревожности повышен у 72% больных с АГ). Для сравнения приведем данные обследованных нами практически здоровых людей аналогичного возраста, живущих в таких же социально-экономических и экологических условиях в Киеве. Ни у одного из обследуемых здоровых не было признаков когнитивного

снижения (среднее значение баллов $27,94 \pm 2,3$). Однако 65% здоровых людей показали умеренную реактивную тревожность, а 20% – умеренную и высокую личностную тревожность. Субклиническая депрессия была обнаружена у 10% здоровых людей. Таким образом, показатели психо-эмоционального состояния больных с АГ существенно отличаются от таковых у здоровых лиц, что необходимо учитывать в комплексной терапии АГ.

При анализе корреляционных зависимостей мы обнаружили, что отмечается четкая связь психоэмоционального статуса и когнитивных функций. Показатели MMSE отрицательно коррелировали с уровнем личностной тревожности ($r = -0.57$, $P < 0.05$) и реактивной тревожности ($r = -0.37$, $P < 0.05$). Тесная отрицательная корреляция отмечена и между показателями MMSE и данными госпитальной шкалы тревоги и депрессии HADS ($r = -0.62$, $P < 0.05$). Это подтверждает связь когнитивных расстройств с тревожно-депрессивными изменениями и указывает на необходимость своевременной коррекции психоэмоциональных расстройств. Кроме того, отмечена связь вегетативной дисфункции по опроснику А.М.Вейна с проявлениями тревоги по HADS ($r = 0.48$, $P < 0.05$), реактивной тревожности по тесту Ч.Д.Спилбергера – Ю.Л. Ханина ($r = 0.55$, $P < 0.05$). Отмечена также связь вегетативных расстройств с личностной тревожностью ($r = 0.40$, $P < 0.05$). Это указывает на сложные патогенетические связи психоэмоционального состояния больных, вегетативной регуляции функций организма и когнитивного статуса при артериальной гипертензии.

Всем пациентам после проведенного обследования к основной терапии АГ был добавлен фенибут по 250 мг два раза в сутки. После месячной терапии больным провели нейро-психологическое тестирование. Следует отметить, что большинство пациентов (39 человек) отметили субъективное улучшение самочувствия: увеличение работоспособности, нормализацию сна, чувство отдыха после ночного сна, уменьшение раздражительности, напряженности, метеочувствительности. Уменьшилась выраженность и частота соматических симптомов (сердцебиения, перебои в работе сердца, чувство нехватки воздуха, лабильность АД). Динамика субъективных показателей представлена в таблице 1. Из семи больных с частыми церебральными гипертензивными кризами пятеро отметили, что за месяц лечения фенибутом кризов в привычном понимании у них не было. Повышение АД не вызывало бурной тревожной и вегетативной реакции и не сопровождалось выраженной церебральной симптоматикой. При повышении АД больные принимали дополнительно рекомендованные в таких случаях препараты (метопролол, каптоприл, амлодипин) и добивались снижения АД до нормальных цифр. Эпизод не воспринимался пациентами как трагический, угрожающий жизни. У двух больных тем не менее симптомы сохранились. Мы обратили внимание, что у этих людей был исходно высокий уровень тревожности (более 50 баллов по тесту Ч.Д.Спилбергера – Ю.Л. Ханина).

При оценке частоты вегетативных нарушений по опроснику А.М.Вейна мы отметили уменьшение числа больных с вегетативной дисфункцией (с 93,5% до 56,5%). При этом средний балл по опроснику также снизился с $27,8 \pm 3,1$ до $19,5 \pm 2,3$ ($P < 0.05$). Данные по изменению количественных показателей по нейро-психологическим тестам в процессе лечения фенибутом представлены в таблице 2. Количество больных с субклинической и клинически выраженной тревожностью по госпитальной шкале HADS уменьшилось с 74% до 43,5%. При этом клинически значимая тревога сохранилась лишь у 1 пациента (исходно диагностировалась у 4). Средний балл по шкале тревоги HADS также достоверно уменьшился с $9,23 \pm 0,7$ до $7,10 \pm 0,7$ ($P < 0.05$). Так же значительно уменьшилось число лиц с высокой тревожностью по тесту Ч.Д.Спилбергера – Ю.Л. Ханина: личностной - с 72

до 48%, реактивной – с 83 до 43,5%. Изменения по шкале личностной тревоги мы можем объяснить также и тем, что пациенты оценивали свое состояние за последний месяц (период лечения фенибутом). Средний балл личностной тревоги имел недостоверную тенденцию к уменьшению (с $34,85 \pm 2,8$ до $29,63 \pm 3,0$, $P < 0.1$), тогда как балл реактивной тревоги снизился достоверно (с $39,18 \pm 2,6$ до $27,59 \pm 2,8$, $P < 0.05$). В отношении уменьшения депрессивных проявлений мы также отметили позитивную тенденцию. Хотя средний балл по шкале HADS для депрессии имел лишь тенденцию к уменьшению (с $8,84 \pm 0,7$ до $7,13 \pm 0,6$, $P < 0.1$), количество больных с субклинической депрессией уменьшилось с 78,3% до 54,3%, что сопровождалось уменьшением явлений астенизации. Таким образом, можно отметить, что симптоматическое лечение больных с АГ фенибутом в дозе 500 мг в сутки оказывает выраженное вегетокорректирующее и анксиолитическое действие, уменьшая симптомы тревоги, сердечно-сосудистые вегетативные проявления, улучшая качество жизни пациентов (увеличение активности, работоспособности, уменьшение симптомов утомляемости, нормализация сна). Препарат хорошо переносился больными. Нами не отмечены какие-либо клинически значимые побочные эффекты за месяц приема фенибута. Все обследованным пациентам было рекомендовано продолжить прием фенибута в дозе 500 мг в сутки (по 250 мг 2 раза) еще в течение двух месяцев.

Таблица 2. Показатели нейро-психологического тестирования больных с АГ до и после курсового лечения фенибутом (баллы)

Показатель	До лечения	После лечения	P
Опросник А.М.Вейна	$27,8 \pm 3,1$	$19,5 \pm 2,3$	< 0.05
HADS, тревога	$9,23 \pm 0,7$	$7,10 \pm 0,7$	< 0.05
HADS, депрессия	$8,84 \pm 0,7$	$7,13 \pm 0,6$	< 0.1
Тест Ч.Д.Спилбергера - Ю.Л.Ханина			
Личностная тревожность	$34,85 \pm 2,8$	$29,63 \pm 3,0$	< 0.1
Реактивная тревожность	$39,18 \pm 2,6$	$27,59 \pm 2,8$	< 0.05

Выводы

У больных с АГ чаще, чем у здоровых лиц аналогичного возраста отмечаются тревожно-депрессивные и умеренные когнитивные расстройства.

Явления вегетативной дисфункции у больных с АГ связаны с тревожным типом личности, прямо коррелируют с уровнем реактивной тревожности, которая в свою очередь отражается на ухудшении когнитивных функций. Это подтверждается наличием корреляционных зависимостей показателей шкал для оценки тревоги (тест Ч.Д.Спилбергера – Ю.Л. Ханина, госпитальная шкала тревоги и депрессии HADS) и когнитивных функций (MMSE).

Курсовое лечение фенибутом больных с АГ, получающих базовую антигипертензивную терапию способствует уменьшению явлений вегетативной дисфункции, лабильности АД (гипертензивные кризы с церебральной симптоматикой), тревожных проявлений. При выраженном анксиолитическом и вегетотропном действии в меньшей степени препарат влияет на депрессивную симптоматику у больных с АГ.

Использованная литература

1. Оганов Р.Г., Ольбинская Л.И., Смулевич А.Б. и др. Депрессии и расстройства депрессивного спектра в общемедицинской практике. Результаты программы КОМПАС // Кардиология. – 2004. – № 1. – С. 48-54.
2. Смулевич А.Б.. Депрессии в общемедицинской практике. М., 2000. – 160 с.
3. Вейн А.М. с соавт. Неврология для врачей общей практики//

- Эйдос Медиа, 2001.–504 с.*
4. Морозова О.Г. Коррекция вегетативных и тревожных нарушений в практике врача-интерниста // *Новости медицины и фармации*, вып. 215. – 2007
 5. В.С.Подкорытов, О.И.Серикова Соматоформные расстройства// *Medicus Aticus* 2002, №1
 6. Чазов Е.И., Оганов Р.Г., Погосова Г.В. и др. Депрессивная симптоматика ухудшает прогноз у больных артериальной гипертонией и ишемической болезнью сердца: первые результаты проспективного этапа российского многоцентрового исследования КООРДИНАТА // *Кардиол.* - 2007. - № 10. -С. 24-30.
 7. Смулевич А. Б. Депрессии при соматических и психических заболеваниях. М.: Мед. информ. агенство, 2003. – 432 с.
 8. Смулевич А. Б., Сыркин А. Л., Дробижев М. Ю.,Иванов С. В. Психокardiология. – М. 2005. – 778 с.
 9. Коваленко І. В. Психосоматичні розлади: діагностика та лікування. – Вінниця: «Консоль», 2005. - 32 с.
 10. Погосова Г. В. Психозомоциональные расстройства при сердечно-сосудистых заболеваниях: терапевтические аспекты // *Consilium medicum* – 2006. – Т. 8. – № 5 - С. 54-57.
 11. Морозова О.Г. Коррекция вегетативных и тревожных нарушений в практике врача-интерниста // *Новости медицины и фармации*, вып. 215. – 2007

Влияние S-метопролола на состояние микроциркуляции у пациентов пожилого возраста с сочетанной сосудистой патологией

Л.А. Павленко, Ю.Г. Маньо

Государственное учреждение «Институт геронтологии им. Д.Ф. Чеботарева НАМН Украины», Киев

Аннотация. Темпы роста распространенности заболеваний системы кровообращения в Украине за последние 5 лет были одними из самых высоких. В структуре патологии органов кровообращения необходимо отметить особенное место артериальной гипертензии.

На сегодняшний день, представляет интерес изучение эффективности влияния представителя нового класса препаратов на основе левовращающих изомеров Азопрола ретард (S-метопролола сукцинат пролонгированного действия) на динамику АД и ЭКГ, состояние кровотока в микрососудах, функциональное состояние эндотелия у больных пожилого возраста с АГ и ИБС.

Ключевые слова: гипертоническая болезнь, азопрол ретард, эндотелиальная дисфункция, пожилой возраст.

Заболевания сердечно-сосудистой системы занимают ведущее место в структуре заболеваемости населения Украины: на сегодняшний день их распространенность в популяции достигает 26-32%. Основную вклад в превалирование данной нозологической группы вносят гипертоническая болезнь – 43,9% и ИБС — 33,7%.

Следует отметить, что подавляющее большинство «гипертоников» – пожилые люди. В эпидемиологическом исследовании Keagney и соавт., опубликованном в журнале Lancet в 2005г., показано, что с каждым десятилетием жизни распространенность АГ увеличивается еще приблизительно на 10%, достигая максимума (75%) у лиц старше 70 лет. Сочетание АГ и ишемической болезни сердца (ИБС), которое встречается более чем у 60% пациентов с АГ, значительно повышает риск угрожающих жизни осложнений, таких как инфаркт миокарда, инсульт, сердечная недостаточность.

Неблагоприятная эпидемиологическая ситуация, сложившаяся относительно артериальной гипертензии, существенные негативные медицинские и социальные последствия заболевания обусловили необходимость проведения безотлагательных мер по борьбе с артериальной гипертензией на государственном уровне [3]. В результате была разработана государственная «Программа профилактики и лечения артериальной гипертензии в Украине», утвержденная Указом Президента Украины № 117/99 от 4 февраля 1999 года, в рамках которой наряду с экономическим и социальным направлением важное место отведено поиску оптимальных схем терапии АГ. Особенно важным и сложным этот аспект является у лиц пожилого возраста.

Важность этой проблемы определяется тем, что у людей пожилого возраста заболевания ССС протекают тяжелее, чаще ведут к осложнениям, смертельному исходу, причем в каждом последующем пятилетии возраста смертность возрастает на 100 тыс. населения в 2–2,5 раза.

Сложность же обусловлена необходимостью учитывать

особенности возрастной физиологии, в значительной мере определяющей фармакокинетику и фармакодинамику лекарственных препаратов в организме пожилого человека [5].

Известно, что старение сопровождается существенными изменениями на всех уровнях жизнедеятельности организма: молекулярно-генетическом (первичные изменения в регуляторных звеньях генетического аппарата с последующими нарушениями в структурных генах, снижение биосинтеза белков), клеточном (изменения структуры и функции клеточных мембран, взаимосвязи между органоидами клеток), органном (нарушение функций сердечно-сосудистой системы, печени, почек, дыхания, пищеварения) и регуляторном (неравномерные изменения функции нервных структур и желез внутренней секреции, изменение чувствительности тканей к действию гормонов и медиаторов). Все это существенно влияет как на биодоступность и терапевтический эффект ЛС, так и на частоту возникновения побочных реакций (ПР) у гериатрических больных [5]. Согласно данным Р.В. Goldberg, в молодом возрасте при использовании ЛС ПР возникают в 10,2% случаев, у 70-летних – в 18,9%, у 80-летних – в 20,3%, у 90-летних – в 24%. При этом риск развития ПР у пациентов пожилого возраста в 5-7 раз выше, чем у молодых. Пожилые люди в 2-3 раза чаще, чем пациенты молодого и среднего возраста, госпитализируются по поводу ПР ЛС. Все вышеизложенное убедительно свидетельствует о том, что при назначении медикаментов пожилым людям необходимо соблюдать осторожность, ограничиваться как можно меньшим количеством лекарств, при этом принимая во внимание не только календарный возраст больного, но и его общее состояние. Это в полной мере относится и к лечению гипертонической болезни.

Антигипертензивные препараты для лечения пожилых пациентов должны иметь плавный пролонгированный эффект, что предотвращает возможные проявления ишемии жизненно важных органов в ответ на снижение АД, обладать кардио- и нефропротекторным действием, быть метаболически нейтральными, не усиливать атерогенный потенциал, не способствовать инсулинорезистентности, улучшать кровоснабжение головного мозга [13].

Указанным требованиям должны соответствовать все классы используемых в гериатрической кардиологии лекарственных препаратов, в т.ч. β-адреноблокаторы, относящиеся к антигипертензивным препаратам первой линии [8].

Существенные побочные эффекты, связанные с приемом первых представителей класса β-адреноблокаторов, привели к тому, что оспаривалась целесообразность их применения при сердечной недостаточности, гипертонической болезни, было много противников приема β-адреноблокаторов и при стенокардии высоких функциональных классов [6, 14]. Однако класс выстоял и за 50

лет отвоевал почти все утраченные позиции. Роль данных препаратов в лечении сердечно-сосудистых заболеваний оказалась столь значительной, что в 1988 г. ученые, принимавшие участие в создании бета-адреноблокаторов, были награждены Нобелевской премией. В частности один из наиболее широко применяемых препаратов - метопролол показал высокую эффективность в снижении уровня смертности у пациентов с высоким сердечно-сосудистым риском, что было показано в исследованиях MAPHY, GMT, SMT, MIAMI, MDC [11].

Однако, несмотря на все достоинства препаратов данной группы, они имеют ряд побочных эффектов, появление которых, чаще всего, пропорционально зависит от дозы назначенного препарата и его химической формулы, в частности от структуры входящих в его состав стереоизомеров.

Известно, что большинство (85%) производимых фармакологических препаратов являются рацемическими, т.е. состоят из нескольких стереоизомеров. В то же время основная фармакологическая активность рацемических лекарственных препаратов обычно связана с действием лишь одного энантиомера. Второй или обладает менее выраженной активностью, или совсем неактивен, или проявляет другие фармакологические эффекты [1].

Помимо малой эффективности, подобные препараты могут оказывать серьезное побочное действие на печень, вынужденную справляться с обеими формами изомера, а также на другие органы [4].

Однако в последние годы современные методы позволили получать конкретные изомеры в чистом виде и выбирать из них те, которые обладают наиболее выраженными эффектами и (или) наименьшей токсичностью.

10 октября 2001 года Нобелевская премия в области химии была вручена американцу Уильяму С. Ноулсу и японцу Риожи Ноэри показавшим, что создание препаратов на основе «чистых» S-стереоизомеров позволяет снизить дозу и риск побочных эффектов любого фармацевтического препарата минимум в два раза.

Примером создания препарата на основе левовращающего изомера является представитель группы БАБ S(-) метопролол - чистый левовращающий изомер метопролола [5].

Оказалось, что S-метопролол обладает сродством к β_1 -рецепторам, в 500 раз более высоким, чем у рацемического препарата, состоящего из S(-) и R(+)-энантиомеров, в то время как стандартный рацемический метопролол «благодаря» наличию в его составе R(+)-энантиомера обладает относительно сильной активностью в блокировании β_2 -рецепторов, что обуславливает возможность развития побочных эффектов при применении больших доз препарата [5].

Таким образом, S-метопролол более предпочтителен, чем рацемический метопролол, у пациентов с артериальной гипертензией и хроническими обструктивными заболеваниями легких, сахарным диабетом, сердечной недостаточностью, заболеванием периферических сосудов и у лиц, злоупотребляющих курением.

Исходя из сказанного, применение S-метопролола может оказаться достаточно перспективным при лечении больных пожилого возраста: возможность использования более низкой, чем при приеме рацемата, дозы препарата, низкий риск развития побочных эффектов, открывают широкие перспективы для использования препарата в гериатрической практике.

Также, особый интерес представляет гипотетическая возможность позитивного влияния S-метопролола на состояние кровотока в микрососудах.

Наш собственный клинический опыт и данные литературы свидетельствуют о том, что целенаправленное

воздействие на состояние гемомикроциркуляции при лечении сосудистой патологии у пожилых людей способствует получению более эффективных результатов в коррекции клинического состояния и улучшении прогноза заболевания [6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14].

В связи со сказанным целью

настоящего исследования было изучение влияния S-метопролола на суточную динамику АД и ЭКГ, состояние кровотока в микрососудах кожи, функциональное состояние эндотелия у пациентов пожилого возраста с ГБ и ИБС.

Материалы и методы

Было обследовано 44 человека с Гипертонической болезнью II ст. и сопутствующей ИБС: стабильная стенокардия напряжения I-II ФК. СН 0-I ст. Возраст пациентов - 60-74 года. В контрольную группу были включены 20 практически здоровых людей в возрасте 60-74 лет.

Исследование проводилось до лечения и через 3 мес. после приема препаратов. В качестве антигипертензивной терапии больные получали ретрдную форму S-метопролола сукцината («Азопрол ретард», Actavis), суточная эффективная доза при монотерапии составила 25 мг. Доза препарата оставалась фиксированной в течение всего периода наблюдения.

Критериями эффективности терапии считали достижение целевого АД (<140/90 мм рт. ст.) либо снижение систолического АД (САД) и/или диастолического (ДАД) на 10% или более от исходного уровня.

Суточная динамика АД и ЭКГ изучалась с помощью комбинированного регистратора АД и ЭКГ «Кардиотехника-4000 АД» (Россия).

Состояние кровотока в микрососудах оценивали путем изучения объемной скорости кожного кровотока методом лазерной доплеровской флоуметрии на двухканальном лазерном доплеровском флоуметре ЛАКК-2 (Россия) на средней трети внутренней поверхности предплечья и нижней трети внутренней поверхности голени [2]. Оценивались: уровень перфузии, капиллярный резерв.

В ходе компьютерной обработки ЛДФ-граммы вычисляли средний показатель микроциркуляции (ПМ), его среднеквадратичное отклонение (СКО) и коэффициент вариации (К), оценивали состояние активных и пассивных механизмов регуляции сосудистого тонуса (Н, М, Д, П, Э).

По результатам ЛДФ определяли гемодинамический тип микроциркуляции (гиперемический, нормоциркуляторный, спастический и застойно-стазический). Основным критерием считали соотношение ПМ в покое и резерв капиллярного кровотока (РКК) в окклюзионной пробе (ОП).

Функциональное состояние эндотелия определяли путем проведения проб с ацетилхолином (эндотелийзависимая вазодилатация) и нитроглицерином (эндотелийнезависимая вазодилатация) с помощью прибора ЛАКК-ТЕСТ и лазерного доплеровского флоуметра ЛАКК-2 (Россия) на средней трети внутренней поверхности предплечья и нижней трети внутренней поверхности голени.

Статистическая обработка данных производилась с помощью пакета «Statistica 6,0» для Windows.

Результаты

В начале исследования у всех больных отмечалось повышение среднесуточного САД $162,2 \pm 12,4$ мм.рт.ст. и среднесуточного ДАД $98,2 \pm 6,3$ мм.рт.ст. На фоне терапии Азопролом были достигнуты целевые уровни среднесуточного САД $130,12 \pm 7,2$ мм.рт.ст. и среднесуточного ДАД

80,4±8,3 мм.рт.ст., стойко удерживающиеся на протяжении всего курса лечения. Индексы ночного снижения АД, времени и площади АД подтверждали нормализацию суточных ритмов АД (табл. 1).

Таблица 1. Таблица гипертензивных индексов нагрузки давлением до и после лечения Азопролом – ретард.

Показатель	До лечения	После лечения
Индекс превышения (%)	84,22 ± 4,2	20,1± 1,3
Индекс времени (%)	85 ± 7,1	17,32± 1,7
Индекс площади мм х час	435± 11,2	59± 3,2
Индекс ночного снижения АД (%)	6,74± 0,3	11,13± 0,9*

Примечание: p < 0,05 - достоверность отличий показателя между группами до и после лечения

Кроме того, результаты исследования показали, что S-метопролол способствовал стабилизации уровня частоты сердечных сокращений (ЧСС). До лечения средняя ЧСС составляла днем - 87,64±1,5, ночью - 72,7±3,68 уд/мин. Через 3 месяца лечения: средняя ЧСС днем снизилась до (72,1±2,51), ночью до (62,7±1,8) уд/мин. Также отмечалось уменьшение частоты возникновения суправентрикулярной экстрасистолии на 76,2%, желудочковой на 48,4%.

Следует отметить, что на фоне терапии все пациенты отмечали улучшение самочувствия: уменьшение частоты возникновения интенсивности и длительности головных болей, болей в области сердца, одышки, улучшение переносимости физической нагрузки. Характерных для бета-адреноблокаторов побочных эффектов на фоне терапии Азопролом - ретард не отмечалось.

Наряду с классическими эффектами БАБ S-метопролол оказал позитивное влияние на состояние кровотока в микрососудах кожи и функциональное состояние эндотелия.

До лечения у всех обследованных больных были выявлены нарушения микроциркуляции (МЦ) по данным ЛДФ: у подавляющего большинства больных были выявлены гиперемический (ГТ) 60%, спастический (СП) 30% и нормоциркуляторный (НЦ) 10% типы микроциркуляции. После проведенного лечения существенно увеличилось число пациентов с нормоциркуляторным типом за счет уменьшения встречаемости как спастического так и гиперемического типов (рис. 1).

В ЛДФ-грамме у больных спастическим типом МЦ наблюдалось снижение показателя микроциркуляции, что

указывало на снижение притока в микроциркуляторное русло (МЦР) за счет спазма приносящих сосудов.

У больных с гиперемическим типом МЦ наблюдалось увеличение ПМ и уровня биологического нуля, что указывает на слабость веноулярного звена микроциркуляторного русла. Высокие показатели внутрисосудистого сопротивления дают основание предполагать о наличии застойных явлений в веноулярном звене микроциркуляторного русла. Установленные высокие показатели сосудистого тонуса свидетельствовали об увеличении нагрузки на артериальное звено микроциркуляторного русла и указывали на сохранность активных механизмов модуляции кровотока.

Увеличение показателя перфузии (ПМ) как на руке, так и на ноге, у больных ГБ (табл. 2) в данной ситуации должно быть расценено негативно, как следствие увеличения

Таблица 2. Состояние кровотока в микрососудах кожи верхних и нижних конечностей при различных типах микроциркуляции у людей пожилого возраста с ГБ и ИБС (окклюзионная проба).

Показатель	Больные с ГБ и ИБС					
	До приема Азопрола ретард			Через 3 месяца после приема Азопрола ретард		
	НЦ	ГП	СП	НЦ	ГП	СП
ПМ, п.ед.	4,26± 0,2	6,36± 0,3	3,14± 0,15	4,89± 0,2*	5,66± 0,12	4,03± 0,11*
Б ноль, п.ед.	2,5± 0,09	3,17± 0,2	1,9± 0,02	2,6± 0,03*	2,82± 0,09	2,01± 4,1*
РКК, %	176,3± 8,6	158,3± 5,9	196,3± 11,3	180,23± 9,6*	168,4± 7,3*	181,13± 10,4

Примечания:

1. p < 0,05 - достоверность отличий показателя между группами до и после лечения;
2. ПМ – показатель микроциркуляции;
3. Б ноль – биологический ноль;
4. РКК – капиллярный резерв;
5. НЦ – нормоциркуляторный тип МЦ;
6. ГП – гиперемический тип МЦ;
7. СП – спастический тип МЦ.

скорости кровотока в микрососудах на фоне имеющегося вазоспазма, приводящего к сокращению времени пребывания эритроцитов в капиллярах и нарушению адекватной сатурации кислорода. Застойная гипремия является второй причиной видимого благополучия ПМ в группе обследования и также свидетельствует об исходном снижении кровоснабжения и кислородообеспечения тканей.

Увеличение числа больных с нормоциркуляторным типом периферического кровотока, свидетельствует об улучшении перфузии органов и тканей на фоне терапии Азопролом ретард (табл. 2).

Увеличение капиллярного резерва у больных с исходно НЦ и ГП типами микроциркуляции свидетельствует об оптимизации кровоснабжения тканей на фоне терапии и отражает закрытие «лишних» дополнительных капилляров.

Некоторое уменьшение капиллярного резерва (РКК) на конечностях пожилых людей, имеющих спастический тип микроциркуляции (табл. 2) может быть расценено как компенсаторное дополнительное раскрытие резервных

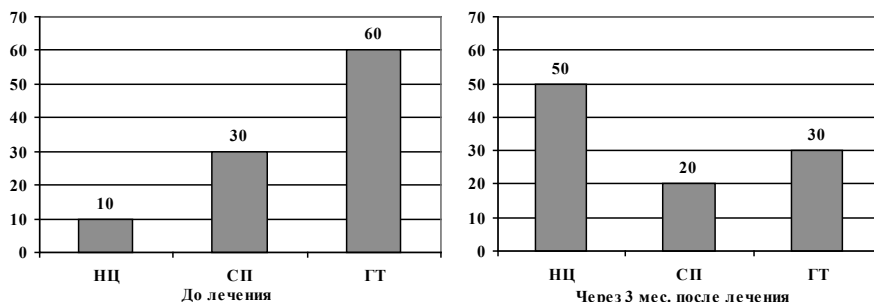


Рис. 1. Типы микроциркуляции на фоне приема Азапрола ретард у больных ГБ и ИБС пожилого возраста

Таблица 3. Состояние активных и пассивных механизмов регуляции сосудистого тонуса в микрососудах кожи верхних и нижних конечностей у здоровых людей пожилого возраста и больных с ГБ и ИБС на фоне терапии Азопролом ретард.

Показатель	Здоровые пожилые		Больные с ГБ и ИБС принимающие	
	пред-плечье	голень	Азопрол ретард	
			предплечье	голень
			до лечения после лечения	до лечения после лечения
Н	0,2± 0,02	0,14± 0,01	0,15± 0,01 0,25± 0,02*	0,171± 0,02 0,18± 0,01*
М	0,15± 0,01	0,13± 0,02	0,107± 0,01 0,21± 0,01*	0,128± 0,01 0,19± 0,01*
Д	0,1± 0,01	0,12± 0,01	0,07± 0,002 0,097± 0,002*	0,107± 0,01 0,07± 0,001
П	0,19± 0,02	0,21± 0,03	0,17± 0,02 0,282± 0,02*	0,177± 0,02 0,25± 0,02*
Э	0,17± 0,01	0,13± 0,04	0,213 ± 0,01 0,26± 0,01*	0,195± 0,01 0,15± 0,011

Примечания:

p < 0,05 - достоверность отличий показателя между группами до и после лечения;

Н – нейрогенный компонент спектра;

М – миогенный;

Д – дыхательный;

П – пульсовой;

Э – эндотелиальный.

капилляров после ликвидации вазоспазма, в результате чего достигается увеличение тканевой перфузии.

При анализе частотного спектра обращает на себя внимание уменьшение амплитуды миогенного (М) и нейрогенного (Н) компонентов осциллограммы (табл. 3), что в свою очередь свидетельствует о повышенном тоне прекапилляров, повышенном сосудистом сопротивлении и подтверждает наличие относительной симпатикотонии у обследованных больных.

На фоне проводимого лечения отмечается увеличение амплитуды М и Н компонентов осциллограммы, что свидетельствует об уменьшении спазма мелких и крупных сосудов.

Снижение вклада эндотелиального (Э) компонента (табл. 3) в структуру амплитудно-частотного спектра колебаний, свидетельствующие о наличии эндотелиальной дисфункции, проявления которой также уменьшаются на фоне терапии.

Наличие эндотелиальной дисфункции, наряду с ам-

плитудно-частотными характеристиками, подтверждают результаты фармакологических тестов, свидетельствующие о снижении прироста перфузии как при введении ацетилхолина (эндотелийзависимая вазодилатация), так и нитроглицерина (эндотелийнезависимая вазодилатация) (таблицы 4,5) у обследованных больных.

На фоне приема S-метопролола через 3 месяца отмечается увеличение амплитуды показателя ПМ при проведении пробы с ацетилхолином, что свидетельствует об увеличении эндотелий-зависимой вазодилатации, а значит - об улучшении синтезирующей функции эндотелия. Это вывод подтверждают и результаты пробы с нитроглицерином.

Выводы

Таким образом, полученные данные свидетельствуют о том, что Азопрол ретард является эффективным антигипертензивным препаратом, терапия которым способствует нормализации уровня АД и ЧСС, суточных ритмов АД. Дополнительным положительным эффектом состояния микроциркуляции: увеличение объема периферического кровотока, улучшение функционального состояния эндотелия капилляров, что позволяет предположить позитивное влияние препарата на прогноз жизни больных пожилого возраста с ГБ.

Также следует отметить хорошую переносимость Азопрола ретард: характерных для бета-адреноблокаторов побочных эффектов на фоне терапии препаратом не отмечалось.

Представленные данные свидетельствуют о том, что Азопрол ретард может быть рекомендован для лечения сочетанной сосудистой патологии у больных пожилого

Таблица 4. Данные пробы с ацетилхолином, проведенной на предплечье и голени здоровых людей пожилого возраста и больных с ГБ и ИБС.

Показатель	Здоровые пожилые		Больные с ГБ и ИБС принимающие	
	пред-плечье	голень	Азопрол ретард	
			предплечье	голень
			до лечения после лечения	до лечения после лечения
ПМ исх, п.ед.	4,32 ± 0,1	3,45± 0,4	5,89± 0,05 5,02± 0,03	4,07± 0,2 4,703± 0,1*
ПМ реак, п.ед.	10,1 ± 0,2	7,52± 0,3	13,7±0,2 16± 0,9*	6,48± 0,21 9,357± 0,8*
% ПМ	213,8±5,31	390,8 ± 8,6	136,7±7,5 18,93±10,7	59,18± 3,4 107,65± 7,4*

Примечание:

1. p < 0,05 - достоверность отличий показателя между группами до и после лечения;

2. ПМ – показатель микроциркуляции.

Таблица 5. Данные пробы с нитроглицерином, проведенной на предплечье и голени здоровых людей пожилого возраста и больных с ГБ и ИБС

Показатель	Здоровые пожилые		Больные с ГБ и ИБС принимающие	
	пред-плечье	голень	Азопрол ретард	
			предплечье	голень
			до лечения после лечения	до лечения после лечения
ПМ исх, п.ед.	4,33 ± 0,2	3,32± 0,4	4,5± 0,3 6,14± 0,3 *	4,25± 0,02 4,29± 0,01*
ПМ реак, п.ед.	8,1 ± 0,6	6,4± 0,3	14,5±0,3 12,3± 0,3	9,54± 0,03 8,55± 0,02
% ПМ	354,8±6,9	378,5± 6,9	223,7±12,8 99,56±8,6	124,23± 11,5 94,26± 0,9

Примечание:

1. Примечание: p < 0,05 - достоверность отличий показателя между группами до и после лечения;

2. ПМ – показатель микроциркуляции.

возраста с ожидаемым высоким уровнем эффективности препарата.

Список литературы

1. Голиков С.Н., Кузнецов С.Г., Зацепин Э.П. Стереоспецифичность действия лекарственных веществ. Л.: Медицина, 1973. 184 с.
2. Крупаткин А.И., Сидоров В.В. Лазерная доплеровская флоуметрия микроциркуляции крови. М: Медицина.-2005.-256 с.
3. Маколкин В.И., Подзолков В.И., Павлов В.И., Самойленко В.В. Состояние микроциркуляции при гипертонической болезни. Кардиология 2003. – № 5 – С. 60–67.
4. Яницкий П.К., Реверский В., Гумулка В. //Новости фармации и медицины. – 1991. –№ 4-5. – С. 98-104.
5. Armanious S., Wong D.T., Etchells E., Higgins P., Chung F. Successful implementation of perioperative beta-blockade utilizing a multidisciplinary approach. Can. J. Anesth. 2003. –V. 50. – P. 131-136.
6. Auerbach A.D., Goldman L. b-blockers and reduction of cardiac events in noncardiac surgery: scientific review. JAMA, 2002. –V. 287. – P. 1435-1444.
7. Cat H., Harrison D.G. Endothelial dysfunction in cardiovascular diseases: the role of oxidant stress // Circ Res. – 2000. – № 87. – P. 840–844.
8. Effect of metoprolol CR/XL in chronic heart failure: Metoprolol CR/XL Randomised Intervention Trial in Congestive Heart Failure (MERIT-HF). Lancet 1999. – V. 353. – P. 169
9. Isoyama S. Coronary vasculature in hypertrophy. In: Sheridan D.J., ed. Left Ventricular Hypertrophy, 1st ed. London.: Churchill Ltd; 1998. – P. 29–36.
10. Levy BI. Microcirculation in hypertension. A new target for treatment? Circulation, 2001. – V. 104. – P. 735–740.
11. Sandberg A., Blomqvist I., Jonsson UE, Lundborg P. Pharmacokinetic and pharmacodynamic properties of a new controlled-release formulation of metoprolol: a comparison with conventional tablets. Eur J Clin Pharmacol 1988. – V. 33 – P. 9- 14.
12. Struijker Boudier HAJ. Hypertension and the microcirculation. In: Kaplan N, ed. Hypertension, microcirculation and end organ damage. London.: Lippincott Williams & Wilkins; 2002. – P. 49–55.
13. Struijker Boudier HAJ, Le Noble JLML, Messig MWJ et al. The microcirculation and hypertension. J Hypertens 1992 – V. 103 – № 7– P. 147–156.
14. Struijker Boudier HAJ. The role of the microcirculation in the pathogenesis of hypertension. Medicographia 1999. – V. 21 – P.30–33.

Prospects of use Metoprolol with left side isomer at the patients of advance age with combined cardiovascular disease.

V.Y. Lishnevskaya, L.A. Pavlenko

State Institute of Gerontology Ukrainian Academy of Medical Sciences

Summary. Rate of growth of prevalence of cardiovascular diseases were one of the highest in Ukraine for last 5 years. It has to be noticed that arterial hypertension takes an especial place in structure of cardiovascular pathology. For today, it is worth interested the studying of efficiency of influence of the representative of a new class of medicines on the basis of left side isomer of Asoprol retard (S- metoprololum succinate prolonged-release) on dynamics of arterial pressure, ECG, a blood flow in micro vessels and an endothelium functional state of the elderly with arterial hypertension and IHD.

Key words: arterial hypertension, asoprol retard, endothelium dysfunction, advanced age

УДК 614.2:616-082

Оценка качества фармакотерапии артериальной гипертензии у пациентов медицинских учреждений Украины (на примере Тернопольской области)

*А.В. Степаненко, В.Е. Блихар**ГП «Государственный экспертный Центр МЗ Украины», Украина, г. Киев,
Тернопольский государственный медицинский университет им. И.Я. Горбачевского, Украина*

Аннотация. Качественная и эффективная фармакотерапия пациентов с артериальной гипертензией является важной медико-социальной проблемой. Задачей данного исследования было применение методов фармако-экономического анализа (частотного и VEN-анализа) для оценки качества фармакотерапии пациентов с артериальной гипертензией (АГ) на первичном уровне в 15 центральных районных больницах Тернопольской области Украины в 2012 г. Проведен анализ 502 медицинских карт амбулаторных больных. Формальный VEN- анализ реальной медицинской практики проведен в сравнении с положениями утвержденного Министерством здравоохранения (МЗ) Украины Унифицированного клинического протокола медицинской помощи и Государственным формуляром лекарственных средств. Полученные данные засвидетельствовали, что большая часть назначаемых лекарственных средств относится к жизненно необходимым препаратам – 82,1%, а значит соответствовала основным принципам рациональной фармакотерапии, изложенным в действующих регламентах медицинских технологий. Вместе с тем, обнаружены существенные дефекты в лечебной тактике, касающиеся низкого уровня назначения тиазидных и тиазидоподобных диуретиков, статинов (при наличии показаний) и антитромботических средств.

Ключевые слова. Артериальная гипертензия, лекарственные средства, фармакотерапия, Унифицированный клинический протокол медицинской помощи, доказательная медицина, Государственный формуляр лекарственных средств, фармако-экономическая оценка.

Введение

За данными официальной статистики МЗ Украины, в стране зарегистрировано 12 млн. человек, страдающих артериальной гипертензией (АГ), что составляет 32,2% от всего взрослого населения. АГ признана ведущим фактором риска развития цереброваскулярной и кардиальной патологии, который существенно влияет на продолжительность жизни населения Украины.

По данным эпидемиологических исследований в Украине, стандартизированный по возрасту показатель распространенности АГ в городской популяции составляет 29,6% как у мужчин, так и у женщин, в сельской популяции – 36,3% (мужчины-37,9%, женщины 35,1%) [1].

В Тернопольской области в 2012 г. удельный вес рас-

пространности гипертонической болезни среди класса болезни системы кровообращения составлял 44,8%, а первичной заболеваемости – 35,9%, что соответствует среднеукраинским показателям [2].

Большинство пациентов с АГ проходят лечение в амбулаторных (поликлинических) отделениях медицинских учреждений. Мировой опыт, рекомендации ВОЗ свидетельствуют о том, что своевременная диагностика, проведение первичной и вторичной профилактики, своевременное назначение адекватной медикаментозной терапии, активное участие пациентов и их родственников в лечебном процессе снижает риск появления осложнений, способствует сохранению трудоспособности и повышению качества жизни.

Исходя из этих принципов, качество и эффективность фармакотерапии АГ представляет собой актуальную и важную медико-социальную проблему, решение которой находится в тщательном обосновании клинической и экономической целесообразности использования лекарственных средств.

Цель исследования

- провести оценку качества фармакотерапии пациентов с АГ, которые проходили амбулаторное лечение в медицинских учреждениях Тернопольской области. На основании полученных результатов оценить эффективность внедрения формулярной системы и системы стандартизации медицинской помощи.

Материалы и методы

Проведен ретроспективный анализ врачебных назначений лекарственных препаратов пациентам с болезнями сердечно-сосудистой системы, сопровождающимися/обусловленными артериальной гипертензией.

Исследование проведено в 15 центральных районных больницах Тернопольской области в 2012 г. Проанализированы данные 502 медицинских карт амбулаторных больных (карты отобраны случайным способом).

С помощью методов фармако-экономического анализа проведена оценка соответствия фармакотерапии АГ, проведенной пациентам в лечебных учреждениях, действующему Унифицированному клиническому протоколу медицинской помощи, созданному на принципах доказательной медицины [3].

В Украине, согласно европейским методологическим принципам, клинические протоколы для системы здравоохранения разрабатываются на основе клинических реко-

мендаций (Clinical practice guidelines), которые представляют собой утверждения, разработанные с использованием определенной методологии с целью помочь врачу и пациенту в принятии решения касательно проведения рациональных вмешательств в конкретных клинических ситуациях [4].

Таким образом, в основу УКПМП положены третичные источники доказательной медицины - Клинические Рекомендации Европейской ассоциации по гипертензии и Европейской ассоциации кардиологов (The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension and of the European Society of Cardiology. Guidelines for the management of arterial hypertension. European Heart Journal, 2007). Кроме того, использованы Рекомендации Украинской Ассоциации кардиологов по профилактике и лечению артериальной гипертензии.

Согласно УКПМП, основными принципами лечения АГ являются: «использование антигипертензивных препаратов с доказанной эффективностью касательно снижения риска развития сердечно-сосудистых осложнений (препараты I ряда: диуретики, иАПФ, АК(БКК), ББ, БРА) как в монотерапии, так и в комбинациях. При невозможности нормализации артериального давления (АД) с помощью комбинации препаратов I ряда дополнительно назначают препараты II ряда (альфа-адреноблокаторы, препараты центрального действия, агонисты имидазолиновых рецепторов, блокаторы ренина, алкалоиды раувольфии).

Всем пациентам группы высокого/очень высокого риска обязательно дополнительно назначают (при отсутствии противопоказаний) медикаментозную коррекцию дислипидемии - статины в стандартных дозах. Пациентам с установленным диагнозом сердечно-сосудистого заболевания при отсутствии противопоказаний после достижения эффективного контроля АД (уровень АД меньше 140/90 мм рт.ст.) дополнительно назначается ацетилсалициловая кислота в дозе 75-100 мг.

Для стартовой и поддерживающей антигипертензивной терапии применяются тиазидные (тиазидоподобные) диуретики в низких дозах, АК (БКК), иАПФ, антагонисты рецепторов ангиотензина и β-блокаторы (препараты I ряда)».

Кроме анализа соответствия реальной лечебной тактики у пациентов с АГ у пациентов лечебных учреждений Тернопольской области с положениями УКПМП, оценка качества фармакотерапии проводилась и в соответствии с Государственным формуляром лекарственных средств четвертого выпуска (2012), который представляет собой перечень лекарственных средств, зарегистрированных в Украине с доказанной эффективностью, допустимой безопасностью и экономически обоснованным использованием [5].

Для оценки качества фармакотерапии был использованы методы фармако-экономического анализа, а именно: частотный анализ – распределение лекарственных средств по частоте их назначения в общем количестве назначений от наиболее до наименее часто назначаемых за определенный период, т.е. это метод, который позволяет определить выбор врачей при назначении лекарственных средств, и VEN-анализ – метод оценки фармакотерапии по степени важности назначенных лекарственных средств: «V» (vital) – жизненно необходимые, «E» (essential) – важные и «N» (non-essential) – второстепенные [6].

В данном исследовании использовался формальный VEN- анализ (анализ по отношению к определенным

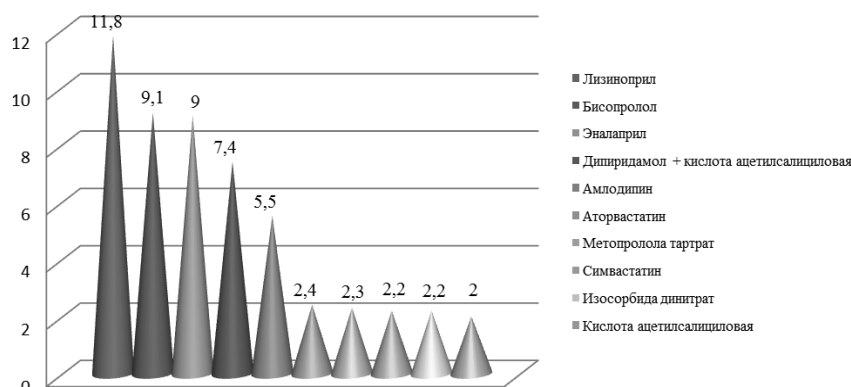


Рис. 1. Частотный анализ (в %) препаратов-лидеров по кратности использования для лечения АГ.

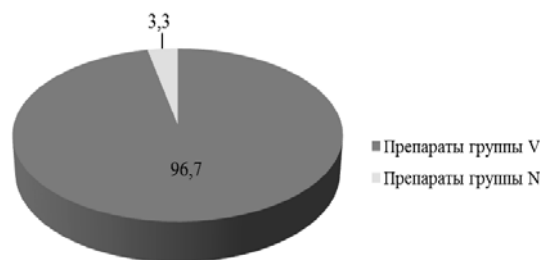


Рис. 2. Удельный вес лекарственных препаратов (в %), назначенных для лечения артериальной гипертензии

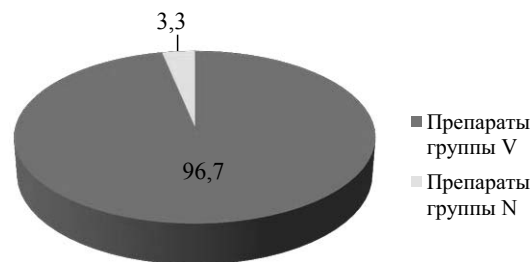


Рис. 3. Распределение использованных лекарственных препаратов на V/N группы (в %)

нормативным документам – унифицированному клиническому протоколу и ГФ ЛС), поэтому категория «E» при формальном анализе не предусмотрена.

К группе «V» – жизненно важных – отнесены препараты для лечения артериальной гипертензии и сопутствующих заболеваний, осложнений, рекомендованные унифицированными протоколами для первичного уровня медицинской помощи, к группе «N» – препараты, отсутствующие в рекомендациях действующих протоколов и Государственного формуляра лекарственных средств. Группа «E» – важных лекарственных препаратов – не выделялась.

Результаты исследования

Распределение пациентов по полу и возрасту представлено следующим образом: женщины составляли 270 чел. (53,8±2,2%), мужчины – 232 (46,2±2,2%). Средний возраст больных равнялся 60,2±10,6 годам; число работающих пациентов составило 165 человек (32,9±2,1%) от всей выборки.

Структура сердечно-сосудистых заболеваний включала

в себя 11 (2,2±0,7%) случаев изолированной артериальной гипертензии, 491 (97,8±0,7%) случай – гипертонической болезни, в том числе, с ишемической болезнью сердца – 173 (35,2±2,2%), с сердечной недостаточности разной степени тяжести – 164 (33,4±2,1%). Сопутствующие заболевания разными органами и систем наблюдалось у 439 (87,5±1,5%) больных.

Данные распределения препаратов для лечения АГ в зависимости от кратности их наиболее частого использования (в %) представлен на рис. 1.

Удельный вес назначенных лекарственных средств для лечения артериальной гипертензии (в %) в общем объеме назначенных препаратов представлен на рис. 2.

Данные распределения назначенных лекарственных средств для лечения артериальной гипертензии, сопутствующих заболеваний и осложнений и отсутствующих в клиническом протоколе и Государственном формуляре лекарственных препаратов (V/N группы, в %), представлены на рис. 3.

Обсуждение полученных данных. Анализ оценки качества фармакотерапии с использованием частотного анализа показал, что препараты-лидеры по кратности использования относились к фармакотерапевтическим группам, рекомендованным действующим УКПМП при артериальной гипертензии. Такими группами врачами избирались: группа ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента (АПФ); все препараты группы составили 29,4% от общего числа назначений, а наиболее часто применяемыми препаратами были лизиноприл и эналаприл. Группа препаратов – селективных блокаторов бета1-адренорецепторов составила 14,0% в структуре всех назначений, а наиболее часто применяемыми препаратами были бисопролол, метопролол. Активно назначались препараты из группы селективных антагонистов кальция с преимущественным влиянием на сосуды (9,2% в общей структуре) с лидером амлодипином.

Применялись также группы других рекомендованных препаратов – диуретиков (3,8%), блокаторов рецепторов ангиотензина II (1,3%), блокаторов альфа-адренорецепторов (0,2%). Указанные препараты, согласно положениям V/N анализа, вместе с антиагрегационными (161 назначение, или 14,1%) и средствами, снижающими уровень холестерина и триглицеридов в сыворотке крови (76 назначений, или 6,6% от всего количества), составили численное большинство – 941 случай, или 82,1% от числа всех назначений лекарственных средств, и входили, рядом с препаратами для лечения сопутствующих заболеваний (167 назначений, или 14,6%), в группу «V».

Препараты, отсутствующие в отраслевом протоколе / формуляре лекарственных препаратов (группа «N») назначались гораздо реже – 38 раз, что составило 3,3%. Вместе с тем опыт применения четырех выпусков Государственного формуляра лекарственных средств должен ориентировать врачей на избежание назначения препаратов, не входящих в рекомендованный перечень наиболее клинически эффективных и экономически доступных для пациентов препаратов.

Используемое среднее число препаратов на одного больного по выборке – два лекарственных средства – подтвердило, что врачи применяют преимущественно двухкомпонентную антигипертензивную монотерапию, что также соответствует рекомендациям для первичного уровня медицинской помощи, но не исключает назначения готовых лекарственных форм комбинированных препаратов.

Однако более подробный структурный анализ применения отдельных групп препаратов – диуретиков, антиагрегационных средств и статинов – указал на некоторые недостатки реальной клинической практики по сравнению с рекомендациями УКПМП.

Так, назначение тиазидных и тиазидоподобных диуре-

тиков, рекомендованное унифицированным протоколом в качестве стратегического выбора лечения, наблюдалось лишь в 15 (34,9%) из 43 случаев назначений препаратов этой группы. В остальных случаях применялись петлевые диуретики – в 17 (39,5%) случаях, антагонисты альдостерона – 11 (25,6%).

Несмотря на довольно высокий удельный вес назначений антиагрегационных препаратов и средств, снижающих уровень холестерина и триглицеридов в сыворотке крови, он не соответствовал потребностям пациентов: согласно протоколу, антиагрегационные средства должны назначаться практически всем пациентам после установления диагноза сердечно-сосудистого заболевания, а статины – при наличии высоких/очень высоких рисков осложнений и неблагоприятных исходов, сахарного диабета. Таким образом, практически все пациенты должны были принимать препараты ацетилсалициловой кислоты, однако они были назначены лишь в 161 (14,1%) случае из 502. Пациентов с показаниями к назначению статинов в выборке насчитывалось 392 (74% от общего количества больных), что значительно превышало число случаев их фактического назначения (76 пациентам, или 6,6% от общего числа).

В качестве периферических вазодилаторов протоколом рекомендованы лекарственные средства миотропного действия (бендазол), в то время как в клинической практике использован комбинированный препарат рефлекторного действия (кратал).

Выводы

Анализ качества фармакотерапии артериальной гипертензии с помощью фармако-экономического анализа (частотный и формальный V/N анализ) на первичном уровне оказания медицинской помощи (на примере лечебных учреждений Тернопольской области Украины) показал, что 82,1% назначений соответствует жизненно необходимым целевым лекарственным средствам (группа «V») в сравнении с утвержденным Министерством здравоохранения Украины Унифицированным клиническим протоколом медицинской помощи. Вместе с препаратами для лечения сопутствующих заболеваний данная группа составила 96,7%.

Каждому пациенту назначалось в основном двухкомпонентная антигипертензивная терапия монопрепаратами. Готовые лекарственные формы комбинированных препаратов назначались в единичных случаях.

Качество лечения может быть улучшено путем более широкого применения тиазидных и тиазидоподобных диуретиков, периферических вазодилаторов миотропного действия, антиагрегационных средств и статинов, комбинированных препаратов и исключения применения лекарственных средств, не рекомендованных действующим выпуском Государственного формуляра.

Ретроспективная оценка качества фармакотерапии пациентов с АГ в лечебных учреждениях первичного уровня на примере Тернопольской области Украины необходима как для повышения клинической эффективности лечения, так и для дальнейшей оценки эффективности затрат на лекарственные средства с целью рационального использования имеющихся финансовых ресурсов.

Список литературы

1. Горбась І.М. *Епідеміологія основних факторів ризику серцево-судинних захворювань // Артеріальна гіпертензія. — 2008. — № 2 (2). — С. 13-18*
2. *Регіональні особливості рівня здоров'я народу України. Аналітико-статистичний посібник / Під редакцією В.М. Коваленка, В.М. Корнацького. — Київ, 2012. — 211 с.*
3. *Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при арте-*

- ріальній гіпертензії. / М-во охорони здоров'я України. — Офіц. вид. — К. : МОЗ України, 2012. — (Нормативний документ МОЗ України. Наказ від 24 травня 2011р. № 384).
4. Committee to Advise the Public Health Service on Clinical Practice Guidelines, Institute of Medicine. Field M.J., Lohr K.N., eds. *Clinical Practice Guidelines: Directions of a new Program*. Washington, DC: National Academy Press; 1990
 5. Про затвердження четвертого випуску Державного формуляра лікарських засобів та забезпечення його доступності. Наказ МОЗ України від 28.03.2012 р. № 209. / М-во охорони здоров'я України. — Офіц. вид. — К. : МОЗ України, 2012. — (Нормативний документ МОЗ України. Наказ від 28 березня 2012р. № 209).
 6. Морозов А.М. Методичні рекомендації «Оцінка клінічної та економічної доцільності використання лікарських засобів у лікувально-профілактичному закладі (супровід формулярної системи)» /Морозов А.М., Яковлева Л.В., Бездітко Н.В. та співавт. -Харьків – 2012. – 58с.

A.V. STEPANENKO, V.E. BLIHAR

State Enterprise «State Expert Center of the Ministry of Health of Ukraine»

Ukraine, Kiev,

Ternopil State Medical University,

Ukraine, Ternopil,

QUALITY ASSESSMENT PHARMACOTHERAPY

ARTERIAL HYPERTENSION IN MEDICAL PATIENTS

UKRAINE

Resume. High-quality and effective pharmacotherapy for patients with arterial hypertension is a serious medical and social problem. The objective of this study was to apply the methods of pharmaco-economic analysis (frequency and VEN-analysis) to assess the quality of pharmacotherapy in patients with arterial hypertension (AH) at the primary level in 15 district hospitals in Ternopil region of Ukraine in 2012 were analyzed medical records of 502 outpatients . VEN-formal analysis of the actual medical practices carried out in comparison with the provisions approved by the Ministry of Health (MOH) of Ukraine Uniform clinical protocol of care and the State form of medicines. The data obtained have demonstrated that most of the drugs prescribed refers to essential drugs - 82.1%, and therefore consistent with the basic principles of rational pharmacotherapy set out in the existing regulations of medical technology. However, significant defects are found in the treatment tactics related to the low-level use of thiazide and thiazide diuretics, statins (if indicated) and antithrombotics.

Keywords. Arterial hypertension, medications, pharmacotherapy, Uniform clinical protocol of care, evidence-based medicine, National Drug Formulary, pharmaco-economic evaluation.

УДК:617.751.98-056.7-053.2-084+617.75-056.7-053.2-084

Значение медико-социальных факторов в предупреждении наследственной слепоты и слабовидения

Е. М. Савина

Национальная детская специализированная больница «Охматдет»
Киев, Украина

Аннотация. Статья посвящена проблеме предупреждения слепоты и слабовидения у детей, в частности, значению медико-социальных (личностных и средовых) факторов в предупреждении рождения детей с наследственной патологией глаз. Эти важные факторы необходимо учитывать в профилактике наследственной слепоты и слабовидения.

Ключевые слова. Наследственная слепота и слабовидение, интервьюирование, личностные и средовые факторы, профилактика.

Введение

Настоящая работа связана с программой Глобальной Инициативы ВОЗ «VISION-2020: Право на зрение», целью которой является ликвидация излечимой слепоты и слабовидения. По данным ВОЗ, в мире 45 млн. человек страдают слепотой и 135 млн. имеют низкое зрение. В мире 1,5 млн. слепых детей. В Украине 8553 ребенка – инвалиды по зрению (10,7 на 10000 детского населения) [1]. Анализ слепоты и слабовидения у детей позволяет сделать вывод, что одной из главных причин детской слепоты и слабовидения является наследственная патология – тяжелые хронические заболевания глаз, пороки развития глаз и придаточного аппарата. Лечение такой патологии во многих случаях безрезультатно. Удельный вес врожденно-наследственных заболеваний в развитых странах составляет 71,75% всех причин слепоты и слабовидения [2, 3]. Следовательно, предупреждение наследственной патологии глаз должно быть одним из ведущих направлений в проблеме ликвидации слепоты и слабовидения.

Рождение слепого или слабовидящего ребенка – это личная тяжелая трагедия для нового человека, который в большинстве случаев остается слепым в течение всей его жизни. Для семьи это – психологическая травма и тяжелый груз в связи с необходимостью ухода за больным ребенком и социальной адаптации, для государства – постоянная обязанность обеспечивать медицинскую, социальную и правовую реабилитацию [ст. 23 Конвенции ООН о правах ребенка].

Изучение методов профилактики наследственной патологии глаз как системы показало, что одним из важных ее элементов являются социальные факторы – личностное отношение носителей наследственной патологии к предупреждению рождения больного ребенка (личностные факторы) и реальная доступность использования возможностей репродуктивной медицины для обеспечения рождения здорового ребенка в наследственно отягощенных семьях

(средовые факторы). От вышеуказанных факторов зависят результаты всей системы мероприятий по предупреждению рождения детей с наследственной патологией глаз.

Основными видами профилактики рождения детей с наследственной патологией глаз являются: «отказ от деторождения в случаях высокого риска наследственной и врожденной патологии (при отсутствии надежных методов дородовой диагностики, лечения, адаптации и реабилитации больных); отказ от деторождения в браке с кровными родственниками и между двумя гетерозиготными носителями патологического гена, прерывание беременности при высокой вероятности заболевания плода или пренатально диагностированной болезни» [цит. по Н.П. Бочкову, 2011] [4]. Кроме того, предупредить рождение ребенка с наследственной патологией возможно выбором оптимального репродуктивного возраста женщин (21-35 лет), улучшением среды обитания человека и коррекцией проявления патологических генотипов (метод находится в начальной стадии изучения) [4].

Профилактика наследственной слепоты и слабовидения отличается от профилактики ненаследственных заболеваний глаз тем, что она связана с предупреждением рождения больного ребенка. Реально возможны два метода: отказ от деторождения и прерывание беременности после расчета генетического риска. Возможности пренатальной диагностики глазной патологии весьма ограничены (методом ультразвуковой диагностики и только в поздние сроки беременности определяется микрофтальм, анофтальм, пороки развития орбиты, ретинобластома и некоторые виды катаракт) [5]. Изучение литературы показывает, что отношению носителей наследственной патологии к риску рождения больного ребенка, их осведомленности о методах предупреждения рождения больного ребенка, а также возможности рождения здорового ребенка у носителей, не уделяется должного внимания. Важность этого вопроса подтверждается тем, что 74% лиц с наследственной отягощенностью, планирующих деторождение, не знают о своем генетическом риске [6].

Цель работы

Определить: отношение носителей наследственной патологии глаз к рождению больного ребенка; информированность носителей о том, что они являются носителями наследственной патологии; информированность носителей о возможностях предупреждения рождения у них больного ребенка. Определить значение этих факторов в предупреждении слепоты и слабовидения.

Таблица 1. Осведомленность слепых и слабовидящих молодых людей репродуктивного возраста о своем заболевании, о возможности предупреждения рождения больного ребенка, отношении к рождению больного ребенка

Знают, что заболевание наследственное				
Количество респондентов	Отношение к рождению больного ребенка	Знания о возможности предупреждения рождения больного ребенка		
		Отсутствуют	Считают, что знают	
14 (18%)	Безразличие	6	14	0
	Смирение («как Бог даст»)	8		
	«Катастрофа»	—		
Догадываются, что их заболевание наследственное				
12 (15,4%)	Безразличие	2	2	0
	Смирение («как Бог даст»)	8	8	0
	«Катастрофа»	2	2	0
Не знают, что заболевание наследственное				
52 (66,6%)	Безразличие	18	17	1
	Смирение («как Бог даст»)	27	24	3
	«Катастрофа»	7	5	2

Материал и методы исследования

Методом интервьюирования по специально разработанной анкете опрошено 78 слепых и слабовидящих молодых людей (17-20 лет) и 317 носителей наследственной патологии глаз (родителей слепых и слабовидящих детей). Изучена деятельность трех врачей-офтальмологов специальных школ и УТОСа относительно того, как они обеспечивают слепых и слабовидящих информацией о профилактике рождения больных детей и о возможности рождения здоровых детей у носителей наследственной патологии глаз.

Таблица 2. Отношение родителей слепых и слабовидящих детей к рождению еще одного больного ребенка и их информированность о возможности предупреждения рождения еще одного больного ребенка

Знают, что заболевание их ребенка наследственное						
Кол-во респондентов	Отношение к рождению еще одного больного ребенка	Посещали генетика		Знания о возможности предупреждения рождения больного ребенка		
		Посещали	Не посещали	отсутствуют	поверхностные	достоверные
59 (18,6%)	Безразличие	4	3	1	1	2
	Смирение («как Бог даст»)	28	28	22	2	4
	«Катастрофа»	27	27	16	4	7
Догадываются, что заболевание их ребенка наследственное						
43 (13,6%)	Безразличие	2	0	2	0	0
	Смирение («как Бог даст»)	30	6	27	1	2
	«Катастрофа»	11	1	7	3	1
Не знают, что заболевание их ребенка наследственное						
215 (67,8%)	Безразличие	31	4	27	4	0
	Смирение («как Бог даст»)	113	21	103	10	0
	«Катастрофа»	71	20	52	14	5

Результаты исследований и их обсуждение

Анкета молодых людей репродуктивного возраста (17-20 лет) - носителей наследственной патологии глаз - состояла из следующих вопросов: знают ли они, что их заболевание носит наследственный характер; как они относятся к тому, что у них могут родиться больные дети; что они знают о возможности предупреждения рождения больного ребенка. В табл. 1 представлены данные опроса 78 респондентов.

Судя по данным табл. 1, 66,6% молодых людей не знают, что их заболевание наследственное, 15,4% – предполагают, что их заболевание носит наследственный характер, и только 18% молодых людей знают о наследственном характере своей болезни. Естественно, что большинство опрошенных не готовы к решению проблем, ожидающих их в ближайшем будущем в связи с рождением слепого или слабовидящего ребенка. После объяснения молодым носителям наследственной патологии, что в будущем у них могут родиться дети с таким же заболеванием, как у них, 33,3%

обследуемых проявили активное безразличие («это не проблема»), 55,1% респондентов проявили смирение («как Бог даст») и только 11,6% респондентов сказали, что это «катастрофа». О возможности предупреждения рождения больного ребенка не знают 89,7% опрошенных, и только 10,3% владеют некоторыми знаниями (здоровый образ жизни и прием витаминов – 5 чел., генетическое обследование – 3 чел.).

Анкета родителей-носителей наследственной патологии состояла из следующих вопросов: знают ли они, что заболевание их детей носит наследственный характер; как они относятся к рождению еще одного больного ребенка; что они знают о возможности предупреждения рождения

больного ребенка; пользовались ли родители, имеющие больных детей, консультацией генетиков и каково их отношение к медико-генетическому консультированию. В табл. 2 представлены данные об информированности 317 родителей, имеющих детей (одного или нескольких) с наследственной патологией глаз.

В результате проведенного опроса выявлено, что большинство родителей, имеющих детей с наследственной слепотой и слабовидением (67,8%), не знают, что этиология заболевания их детей наследственная. Предполагают о наследственном характере заболевания 13,6% родителей, знают о наследственном заболевании 18,6% родителей. К возможности рождения еще одного больного ребенка относятся безразлично 11,6% родителей («не проблема»), смиренно («как Бог даст») – 54%, считают это катастрофой 34,4% родителей. Не знают о возможности предупреждения рождения больного ребенка 81% родителей, имеют поверхностные знания – 11,7%,

достаточные – 7,3% родителей.

Особый интерес представляет также отношение родителей слепых и слабовидящих детей к медико-генетическому консультированию. По данным опроса родителей, генетиков посетило после рождения больного ребенка только 110 человек (34,7%). Неожиданным оказалось отношение родителей слепых и слабовидящих детей к медико-генетическому консультированию. Родители, посетившие генетиков, остались консультацией недовольны:

- они не получили четкую информацию;
- заключение о наследственной патологии делалось наугад (по их мнению), без анализов;
- многие родители, у которых подтвердился наследственный характер патологии их детей, не доверяют такому заключению («виноваты врачи – неправильно вели роды»).

Обращает на себя внимание тот факт, что даже после медико-генетического консультирования основное число родителей все равно не знает, как предупредить рождение больного ребенка. И никто из родителей, посетивших генетиков, не знает о современных возможностях медицины относительно обеспечения рождения здорового ребенка в их семьях.

Результаты наших исследований по изучению деятельности офтальмологов по диагностике наследственных заболеваний глаз у детей, в том числе новорожденных, показали, что массовый скрининг детей на предмет выявления наследственной патологии глаз не проводится [7]. Генетически детерминированный характер патологии глаз не учитывается в освидетельствовании детей на предмет инвалидности и при поступлении в школу слепых и слабовидящих. Офтальмологи, обслуживающие спецшколы, предприятия УТОС, не выделяют в диагнозах наследственную патологию их подопечных, не способствуют формированию у своих пациентов должного отношения к возможности рождения у них слепого или слабовидящего ребенка. Вместе с тем, в коллективах слепых и слабовидящих образуется узкий брачный круг и условия для создания ассортативных браков, в которых наиболее часто рождаются больные дети [8]. Информировать носителей наследственной патологии о вероятности рождения больных детей и о мерах предупреждения этого – обязанность офтальмологов (при первичной диагностике наследственного заболевания у ребенка и последующем его наблюдении по месту жительства, в школах слепых и слабовидящих, на предприятиях УТОС и в других организациях слепых), а также генетиков во время медико-генетического консультирования семей с генетически детерминированной патологией глаз.

Заключение. Профилактика наследственной слепоты и слабовидения отличается от профилактики ненаследственных заболеваний глаз тем, что она связана с предупреждением рождения больного ребенка. При наследственной патологии глаз возможности профилактики ограничены и, как правило, сводятся к отказу от деторождения или прерыванию беременности.

Изменение личностных отношений носителей наследственной патологии к вопросам профилактики рождения слепых и слабовидящих детей является очень трудной задачей, так как она связана с двумя основополагающими в природе инстинктами: инстинктом продолжения рода и инстинктом родительской любви. Необходимо убедить родителей, что рождение слепого или слабовидящего ребенка является несчастьем ребенка, что он навсегда будет человеком с ограниченными возможностями, постоянно зависящим от чужой помощи. Информационную, просве-

тельную работу должны вести, наряду с генетиками, и офтальмологи.

Проблема рождения здорового ребенка в семьях-носителях наследственной патологии глаз может быть решена с помощью современных методов репродуктивной медицины (метод экстракорпорального оплодотворения). Об этой возможности (средовой фактор) потенциальные родители не информированы. Но доступность этого метода для инвалидов по зрению ограничена из-за его высокой стоимости.

Медико-социальные факторы (личностные и средовые), в связи с их особой важностью в профилактике генетически детерминированной патологии глаз, необходимо учитывать в программах борьбы со слепотой и слабовидением.

Литература

1. Рыков С. А. Современные пути решения проблемы слепоты и слабовидения вследствие ретинопатии недоношенных в Украине / С. А. Рыков, Ю. В. Баринев // Офтальмология. Восточная Европа. – 2012. – № 3. – С. 12–17.
2. Стародубцева Е. И. Врожденная и врожденно-наследственная патология органа зрения (синдромы) / Е. И. Стародубцева // Атлас глазных болезней / под ред. Н. А. Пучковской. – М. : Медицина, 1981. – С. 123–165.
3. Наследственные и врожденные заболевания сетчатки и зрительного нерва / под ред. А. М. Шашиновой. – М. : Медицина, 2001. – 526, [1] с.
4. Бочков Н. П. Клиническая генетика : учебник для студ. учреждений высшего профессионального образования, обучающихся по спец. 060101.65 “Лечебное дело”, 060103.65 “Педиатрия”, 060104.65 “Медико-профилактическое дело” по дисциплине “Медицинская генетика” / Н. П. Бочков, В. П. Пузырев, С. А. Смирныхина. – 4-е изд., доп. и перераб. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 582 с.
5. Медведев М. В. Лицо. Аномалия органов зрения / М. В. Медведев, Е. В. Юдина, Н. В. Потапова // Пренатальная эхография / под ред. М. В. Медведева. – М. : Реальное время, 2005. – С. 329–330.
6. Генетический мониторинг наследственной и врожденной патологии / В. Т. Германов, О. М. Андрущенко, В. В. Анцупова [и др.]. – Луганск, 2004. – 311 с.
7. Пасечникова Н. В. Вивчення та попередження вроджених та спадкових захворювань органа зору – запорука успішної профілактики сліпоти та інвалідності / Н. В. Пасечникова, С. О. Риков // Вроджена та генетично обумовлена сліпота та слабкозорість. Проблеми діагностики, обстеження та комплексне лікування : тези та лекції 4 наук.-практ. конф. дит. офтальмологів України з міжнар. участю, 1-2 жовт. 2009 р. – Партеніт ; Алушта, 2009. – С. 307–315.
8. Предупреждение слепоты и слабовидения вследствие наследственной патологии глаз : метод. рекомендации / И. Л. Ферфильфайн, Т. И. Парфенова, А. Н. Прытков, О. М. Захарова. – Днепропетровск, 1988. – 18 с.

Significance of medical-social factors in the prevention of inherited blindness and visually impaired

E.M Savina, Dr.

Abstract. The article is devoted to the prevention of blindness and visually impairment among children, in particular, the value of medical-social (personal and environmental) factors in preventing the birth of children with inherited disorder of eyes. These important factors have to be considered in the prevention of inherited blindness and visually impaired.

Keywords. Inherited blindness and visually impaired, interviews, personal and environmental factors, prevention.

Для заметок

Для заметок