

Приветствие Председателя областной государственной администрации А.Б. Авакова к участникам научно-практической конференции «Новые лечебно-реабилитационные технологии – на службу народу Слобожанщины»

Приветствие Чугуевской районной государственной администрации к участникам научно-практической конференции «Новые лечебно-реабилитационные технологии – на службу народу Слобожанщины»

В.О. Малахов, Т.І. Ахмедов, М.А. Гаєва, В.В. Шутов, О.С. Балабуха, Г.В. Важенина, Г.М. Завгородня

Кафедрі реабілітації та психотерапії харківської медичної академії післядипломної освіти – чверть століття

Ф.А. Волох, О.С. Балабуха

ХМАПО и Чугуевская ЦРБ: итоги сотрудничества и перспективы развития

В.А. Малахов

Новые технологии в нейрореабилитации

В.Г. Ковальчук

Вдосконалення економічних механізмів державного управління в системі охорони здоров'я

А.Н. Хвисяк, В.В. Жеребкин, И.Г. Березняков

Новый метод медикаментозного лечения остеоартроза

Е.Ю. Чернышова

Программа содействия психологическому, физическому и духовному здоровью детей и подростков

А.Н. Корж

Диагностика и лечение артериальной гипертонии в практике семейного врача

Л.Д. Тондий, О.Н. Роздильская

Лечебные физические факторы в этапном лечении больных; современные достижения, пути совершенствования, перспективы

А.Н. Тубольцев, А.П. Омельченко, И.Д. Ладная, И.Л. Вихтинская, Л.Л. Загоруева, И.И. Лецинюк, Е.С. Некрасова

Методы народной и нетрадиционной медицины в реабилитации больных

О.С. Балабуха

Психотерапевтическая реабилитация онкологических больных

Г.В. Важенина

Болезнь Паркинсона: современные подходы к лечению и реабилитации
В.В. Ганичев, Е.И. Ключко, Т.Т. Джанелидзе

Озонотерапия в реабилитации
Т. В. Бурейко

Экологические аспекты здоровья и реабилитации жителей Слобожанщины
А.Н. Семенов

К вопросу о рациональной гиполипидемической терапии лекарственными препаратами группы статинов
*А.В. Носатов, О.И. Белоус, С.П. Сиренко,
А.И. Фисун, И.О. Безуглова, В.А. Малахов*

Электромагнитное излучение микроволнового диапазона – новый физиотерапевтический фактор
А.Н. Завгородняя

Клинико-патогенетическое обоснование отечественных препаратов «l-лизина эсцинат» и «тиотриазолин» в остром и раннем восстановительном периодах ишемического инсульта

Приветствие

**Председателя областной государственной администрации
Арсена Авакова к участникам научно-практической конференции
« Новые лечебно-реабилитационные технологии – на службу
народу Слобожанщины »**

Уважаемые участники конференции !

Эта конференция собрала ведущих специалистов Харьковской академии последипломного образования, представителей органов государственной власти, местного самоуправления и здравоохранения Чугуевщины. Вопросы, которые предстоит обсудить, волнуют сегодня всех, кто заботится о здоровье человека и кто получает медицинские услуги.

Нам выпало жить в непростое, но яркое и интересное время. Изменяется мир, крепнет и мужает наша независимая Держава. Время ставит перед нами сложные задачи. В условиях неблагоприятной экологической обстановки, социальных изменений, резко возросшего числа стрессовых факторов необходим поиск новых эффективных методов медицинского обслуживания населения. Президент Украины Виктор Ющенко неоднократно обращал внимание на необходимость развития доступного и высококвалифицированного сельского здравоохранения.

В этой связи положительным является опыт многолетнего сотрудничества Чугуевской центральной районной больницы и Харьковской академии последипломного образования - большой науки и практической медицины.

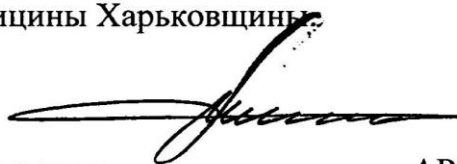
Чугуевская ЦРБ является базовым лечебным учреждением для 15-и кафедр медицинской академии (ХМАПО). Это позволяет максимально приблизить новейшие медицинские достижения к жителям Чугуевского района, оптимально использовать союз науки и практики.

Научно-практическая конференция по актуальным вопросам реабилитации проводится в канун празднования 85-летия Чугуевского района и в связи с четвертьвековым юбилеем кафедры реабилитации и психотерапии академии.

Убежден, что в ходе заинтересованного и конструктивного обсуждения участники конференции выработают решения, которые будут способствовать развитию партнерских отношений в сфере научно-практических медицинских технологий.

Хочу пожелать успехов работникам Чугуевской ЦРБ, сотрудникам кафедр ХМАПО в их пионерских начинаниях максимального приближения достижений современной медицины к самым широким слоям населения Украины. Со своей стороны могу заверить, что Харьковская областная государственная администрация всегда готова поддержать подобные проекты. Надеюсь на дальнейшие новаторские перспективы на благо народа Украины и престижа медицины Харьковщины.

Председатель
Харьковской областной
государственной администрации



АРСЕН АВАКОВ
14.12.2007 г.

ПРИВЕТСТВИЕ

**Чугуевской районной государственной администрации
к участникам научно-практической конференции «Новые лечебно-
реабилитационные технологии – на службу народу Слобожанщины»**

Уважаемые участники конференции!

Чугуевская районная государственная администрация рада приветствовать Вас на славной Чугуевской земле! Наша конференция посвящается двум знаменательным датам: 85-летию образования Чугуевского района и 25-летию кафедры реабилитации и психотерапии Харьковской медицинской академии последипломного образования!

Город Чугуев не случайно выбран местом для проведения конференции. Президент Украины Виктор Андреевич Ющенко сделал акцент на развитии социальной сферы именно в малых городах и населенных пунктах, удаленных от областных центров. В соответствии с этим губернатор Харьковской области Арсен Борисович Аваков поставил задачу активизировать работу по улучшению условий жизни людей, проживающих в районах. Одним из направлений деятельности является повышение качества медицинского обслуживания, основанное на последних достижениях современной науки. Сельские жители не должны чувствовать себя обделенными по территориальному признаку.

Мы знаем, что Харьковская медицинская академия последипломного образования на протяжении уже многих лет сотрудничает с Чугуевской центральной районной больницей. Это явилось основой для проведения данной конференции, цель которой – приближение Харьковской медицинской науки к врачам, работающим в районном здравоохранении.

От имени Чугуевской районной государственной администрации поздравляем кафедру реабилитации и психотерапии с юбилеем активной научно-практической деятельности и выражаем огромную благодарность за оказание помощи медицине района в решении проблем диагностики, лечения, реабилитации и профилактики. Особая благодарность – заведующему кафедрой реабилитации и психотерапии ХМАПО, доктору медицинских наук, профессору Владимиру Александровичу Малахову за развитие сотрудничества с Чугуевской центральной районной больницей и организацию сегодняшней новаторской конференции.

Надеемся, что этот день будет плодотворным и даст свои результаты в продолжении нашего сотрудничества.

Желаем вам успешной работы!

**КАФЕДРИ РЕАБІЛІТАЦІЇ ТА ПСИХОТЕРАПІЇ
ХАРКІВСЬКОЇ МЕДИЧНОЇ АКАДЕМІЇ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ
– ЧВЕРТЬ СТОЛІТТЯ**

*Проф. В.О. Малахов, проф. Т.І. Ахмедов, доц. М.А. Гаєва, доц. В.В. Шутов,
к.м.н. О.С. Балабуха, к.м.н. Г.В. Важеніна, к.м.н. Г.М. Завгородня
Харківська медична академія післядипломної освіти*

Представлено історію та досягнення кафедри реабілітації та психотерапії ХМАПО за 25 років її існування. Висвітлені основні сучасні наукові напрямки. Запропоновані подальші шляхи навчального та науково-практичного розвитку кафедри.

З ініціативи ректора ХІУЛ професора М.І. Хвисяка, рішенням МОЗ СРСР у 1982 р. була заснована кафедра лікувальної фізкультури і лікарського контролю (ЛФК і ЛК), яка у 1991 р. була реорганізована у кафедру ЛФК та реабілітації. З 2000 року та дотепер кафедра носить назву реабілітації та психотерапії.

Засновником кафедри та її керівником до 1999 р. був проф. Єдуард Миколайович Клепиков, вихованець Харківської школи професорів Ф.Ф. Харченко та А.П. Зінченко. Єдуард Миколайович на протязі 11 років працював вченим секретарем ХІУЛ, є автором 160 статей, 40 раціоналізаторських пропозицій, 2-ох винаходів. Під його керівництвом захищено 3 кандидатські дисертації. На кафедрі навчалися 1 аспірант та 6 клінічних ординаторів. Є.М. Клепиков приймав участь у 12 міжнародних конгресах з питань імунореабілітації, постійно освітлював актуальні питання реабілітації в медицині [4].

З 1999 по 2006 рік кафедру очолював доктор мед. наук, професор Тарієл Ілясович Ахмедов, лікар-психотерапевт, психіатр, медичний психолог, реабілітолог. Проф. Т.І. Ахмедов є членом різних міжнародних спілок психотерапевтів (WEP, EAP, EAA), академік Нью-Йоркської академії наук. Володіє класичними методами психотерапії; проводить мікропсихоаналіз, сучасний психоаналіз, сповідує холістичний і психосоматичний підхід у медицині. Автор 230 наукових праць, з них 13 монографій, 8 винаходів. Під його керівництвом захищено 12 кандидатських дисертацій, у теперешній час виконуються 2 кандидатські та 1 докторська роботи. Основою науково-практичної діяльності проф. Т.І. Ахмедова є вивчення питань психотерапії у реабілітації, методів гіпнозу, основ клінічного, класичного та сучасного психоаналізу [9].

З 2006 р. кафедру очолює доктор мед. наук, професор Володимир Олександрович Малахов, учень Члена-кореспондента АН України, Лауреата

Державної премії України, д.м.н. професора А.М. Белоуса, і заслуженого діяча науки і техніки України, голови спілки неврологів України, директора інституту неврології, психіатрії та наркології Академії медичних наук України доктора мед. наук, професора Петра Власовича Волошина, які й визначили наукову діяльність В.О. Малахова. Працюючи с 1983 р. в ХІУЛ (ХМАПО) на кафедрі неврології та нейрохірургії, В.О. Малахов, під керівництвом проф. П.В. Волошина в 1990 р. виконав дисертацію на ступень кандидата, а у 2004 р. – доктора медичних наук.

Професор В.О. Малахов автор 12 монографій, 2 брошур, 11 винаходів, 120 друкованих робіт, 4 раціоналізаторських пропозицій, 2-х методичних рекомендацій. Він є автором ряду оригінальних робіт. Під його керівництвом успішно виконано та захищено 2 кандидатські роботи. У теперешній час проф. В.О. Малахов є науковим консультантом у 2 докторських та 5 кандидатських дисертаційних робіт. Наукові напрямки у роботі проф. В.О. Малахова – це вивчення питань немедикаментозних методів реабілітації, механізмів очагових уражень нервової системи з урахуванням стану імунонейроендокринної та серцево-судинної систем [2, 6, 8, 10].

Першими співробітниками кафедри були:

- к.м.н., доц. К.І. Міровський, учень засновників Вітчизняної психотерапії; учень професорів І.І. Платонова та І.З. Вільвоського;
- к.м.н., доц. В.В. Шутов – нейрохірург, невропатолог, реабілітолог. Учень відомого реабілітолога д.м.н. проф. Л.Є. Пелеха;
- к.м.н., доц. К.К. Калмиков – учень д.м.н. проф. А.А. Цукаєвої. Навчався у Пекінському коледжі традиційної медицини.

У різні роки на кафедрі працювали та працюють:

- к.м.н., доц. А.П. Омельченко – спеціаліст з реабілітації хворих на серцево-судинні захворювання. Учень академіка АМН України Л.Т. Малої;
- д.м.н. А.С.Точіловський, вихованець Харківської школи невропатологів та психіатрів. Лауреат державної премії України;
- к.м.н., доц. Н.М. Жиронкіна – вихованка проф. Є.М. Клепікова. Фахівець із імунореабілітації при захворюваннях периферичної нервової системи;
- к.м.н., доц. Н.О. Федоренко;
- к.м.н., доц. М.А. Гаєва – вихованка д.м.н., проф. В.Д. Деменко, невропатолог, реабілітолог;
- к.м.н., ас. О.С. Балабуха – вихованка д.м.н., проф. Т.І. Ахмедова, психотерапевт;
- к.м.н., ас. Г.В. Важеніна – вихованка д.м.н., проф. В.Г. Марченко, першого проректора ХМАПО.

У теперішній час науково-педагогічну та лікувальну роботу на кафедрі реабілітації та психотерапії здійснюють 2 професора, доктора медичних наук

(В.О. Малахов, Т.І. Ахмедов), 2 доцента, кандидата медичних наук (М.А. Гаєва, В.В. Шутов), 2 асистента, кандидата медичних наук (О.С. Балабуха, Г.В. Важеніна). Позаштатним співробітником кафедри є громадянин Угорщини, кандидат медичних наук Солич Миклуш. Ведучий напрямок його роботи присвячено питанням ранньої реабілітації хворих.

Викладачами кафедри постійно проводиться лікувально-діагностична робота в базових лікарнях і поліклініках, а також у лікувально-профілактичних і санаторно-курортних закладах Харківської області та інших областей України.

Лікувальні бази кафедри: реабілітаційний центр та поліклініка Дорожньої клінічної лікарні ст. Харків (головний лікар – І.О. Ярошенко); міська клінічна лікарня № 7 м. Харкова (головний лікар В.В. Хвисюк); міська клінічна лікарня № 8 м. Харкова (головний лікар – Є.Л. Сіротніков, відкрито кабінет немедикаментозних методів лікування); ЦРЛ м. Чугуєва Харківській обл. (головний лікар – Ф.А. Волох); військовий шпиталь частини А/3306 м. Харкова (начальник – М.М. Карпенко).

Співробітниками кафедри розроблено і втілено в клінічну практику електрозвукоміостимуляцію при захворюваннях центральної та периферичної нервової системи з порушенням руху, методи контролю імунного статусу при різних захворюваннях, методи психоемоційної корекції, диференційовані методи лікувальної гімнастики, різні види масажу з елементами мануальної терапії; біоадаптивне регулювання, гемосорбцію та плазмафореуз, локальну гіпотермію, діагностику і лікування за методом Фоля і комп'ютерні діагностичні програми.

З 1992 р. на кафедрі виконувалися комплексні наукові теми:

1992 – 2000 рр.: «Немедикаментозна корекція порушень імунного гомеостазу і патологічно змінених біохімічних показників при захворюваннях периферичної нервової системи»;

2001 – 2006 рр.: «Немедикаментозна реабілітація та психотерапія в неврології та терапії»;

З 2007 р. на кафедрі виконується науково-дослідна робота: «Реабілітація хворих неврологічного та соматичного профілю з урахуванням стану імунонейроендокринної системи й особливостей психіки».

За час існування кафедри втілено в практику 30 розробок кафедри, видано 5 монографій, 160 посвідчень на раціоналізаторські пропозиції, одержано 2 авторські свідоцтва і патент РФ, 7 інформаційних листів, 5 методичних рекомендацій. Співробітники кафедри приймали участь у міжнародних з'їздах і конгресах з питань імунореабілітації, геронтології, в міжнародному з'їзді з комп'ютерних технологій.

На кафедрі пройшли навчання 2 аспіранта і 10 клінічних ординаторів. Середня кількість курсантів, які щорічно навчаються на кафедрі, становить 250-280 чоловік. За час існування кафедри пройшли підготовку більше 3000 лікарів і методистів ЛФК. Проводяться цикли тематичного удосконалення, ПАЦ і спеціалізації для різних контингентів лікарів, а також методистів ЛФК. З 2003 р. на кафедрі здійснюється навчання медичних сестер з масажу та інструкторів ЛФК медичного коледжу, сімейних медичних сестер Харкова та області.

Під керівництвом д.м.н., проф. В.О. Малахова, за час його очолювання кафедрою, виконано кандидатську дисертацію старшого лаборанту Г.М. Завгородней: «Діагностичні критерії та медикаментозна корекція церебрального ішемічного інсульту з урахуванням структурно-функціонального стану судинного ендотелію», офіційний захист якої відбувся 23 січня 2008 р.

Виконуються 3 докторські дисертації: доц. М.А. Гаєвою: «Клініко-саногенетичне обґрунтування нових методів (аерокріотерапія, краніоцеребральна гіпотермія, озонотерапія, транскраніальна низькочастотна імпульсна електромагнітостимуляція) в нейрореабілітації хворих з наслідками черепно-мозкових травм з урахуванням стану імунонейроендокринної системи» (науковий консультант – проф. В.О. Малахов); ас. О.С. Балабухою: «Програма медико-психологічної реабілітації онкологічних хворих на амбулаторному етапі відновлювального лікування» (під керівництвом проф. О.Г. Луценка); та лікарем-пошукачем В.Л. Курило: «Сімейна дезадаптація. Причини, механізми розвитку, клінічні прояви, система корекції та психопрофілактики» (науковий консультант – проф. Т.І. Ахмедов).

Основним науковим напрямком кафедри на цей час є вивчення генетичних механізмів очагових уражень нервової системи з урахуванням стану імуноендокринної системи (сумісно з членом-кореспондентом АН України, доктором медичних наук, проф. Анатолієм Миколайовичем Гольцевим) та серцево-судинної системи (сумісно з головним лікарем міської клінічної лікарні № 8 м. Харкова, міським кардіологом Євгеном Левовичем Сіротніковим) з метою оптимізації й індивідуалізації реабілітаційних заходів.

Розробляються нові методи оптимізації та реабілітації хворих з очаговими ураженнями головного мозку: аерокріотерапія, краніоцеребральна гіпотермія, клітинна терапія, озонотерапія, використання електромагнітних хвиль різного діапазону [3].

Кафедра має тісні наукові контакти з кафедрами ХМАПО: неврології та нейрохірургії; травматології, вертеб্রології та анестезіології; фізіотерапії та курортології; народної та нетрадиційної медицини; а також з академічними

зкладами України: ІРЕ, НІПІ, інститутом озонотерапії та медичного обладнання.

Перспективами подальшого науково-практичного, навчального та лікувального розвитку кафедри є:

1. Створення нейрореабілітації, як нового, актуального, практично значимого напрямку в системі медикаментозної та немедикаментозної реабілітації;

2. Впровадження в практичну роботу нових методів відновлювального лікування (озонотерапії, аерокріотерапії, краніоцеребральній гіпотермії, транскраніальній низькочастотній магнітотерапії, апітерапії, ароматерапії, гірудотерапії, лікування з використанням ботулотоксину [7] та ін.);

3. Виконання програми медико-психологічної реабілітації онкологічних хворих [1]; хворих з мовними розладами (афазії, дізартрії); геріатричного контингенту (сумісно з доктором біологічних наук, зав. каф. нормальної фізіології ХНУ ім. В.Н. Каразіна Валерієм Антоновичем Бондаренко);

4. Використання в психологічній реабілітації хворих самого різноманітного профілю сучасних методик психотерапії (тілесно-орієнтованої психотерапії, системно-сімейної психотерапії, різних методик психоаналізу);

5. Подальша розробка та впровадження в клінічну практику нових заходів реабілітації кардіологічних хворих [5]; медикаментозна та немедикаментозна терапія кардіалгій.

В своїй подальшій праці співробітники кафедри сподіваються зайняти належне місце у Вітчизняній реабілітології.

Література

1. Ахмедов Т.И., Балабуха О.С. Онкологические заболевания с позиций общей теории систем и психосоматического подхода // Медицинская психология. – 2007. – Т1. – № 4. – С. 16-19.

2. Волошин П.В., Малахов В.А., Завгородняя А.Н. Эндотелиальная дисфункция при цереброваскулярной патологии. – Харьков: «Артериум», 2006. – 92 с.

3. Гаевая М.А. Применение озона в комплексной реабилитации больных, перенесших закрытую черепно-мозговую травму // Харківська хірургічна школа. – 2007. – № 5. – С. 68-69.

4. Клепиков Э.Н., Шутов В.В. Актуальные вопросы реабилитации в медицине // Харьковский медицинский журнал. – 1995. – № 2. – С. 39-40.

5. Кучеренко О.Д., Галагура Н.И., Жерновенков А.О. Влияние половых гормонов на показатели липидного обмена у больных ИБС и климактерическими нарушениями // Врачебная практика. – 2006. – № 1. – С. 15-18.
6. Малахов В.А. Начальные стадии хронических церебральных ишемий (патогенез, клиника, лечение, профилактика). – Харьков: «Шуст», 2006. – 242 с.
7. Мышечная спастичность при органических заболеваниях нервной системы и её коррекция (методические рекомендации). – Малахов В.А., Гаевая М.А., Важенина Г.В. и др. – Харьков, 2007 г. – 25 с.
8. Озонотерапія для неврологів та вертебологів / М.І. Хвисюк, В.О. Малахов, В.В. Ганічев, І.М. Пасюра. – Харків: «ХНУРЕ», 2002. – 254 с.
9. Основы классического психоанализа / Т.И. Ахмедов, И.А. Григорова, О.А. Несен, А.И. Сердюк. – Харьков: Восточно-региональный центр гуманитарно-образовательных инициатив, 2004. – 208 с.
10. Проблема клеточно-мембранной реабилитации в неврологии / Малахов В.А., Ганичев В.В., Гаевая М.А. и др. // Український вісник психоневрології. – 2007. – Т. 15 (додаток). – Вип. 1 (50). – С. 79-80.

ХМАПО И ЧУГУЕВСКАЯ ЦРБ: ИТОГИ СОТРУДНИЧЕСТВА И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ

Гл. врач Ф.А. Волох, к.м.н. О.С. Балабуха

Чугуевская центральная районная больница

Харьковская медицинская академия последипломного образования

Медицина Чугуевского района имеет свою давнюю и славную историю, но мы хотим остановиться на ее настоящем.

В настоящее время благодаря помощи губернатора Харьковской области А.Б. Авакова завершается строительство нового корпуса больницы. И это событие чрезвычайной важности.

Но медицина сильна, в первую очередь, медицинским персоналом. В настоящее время в ЦРБ работает много замечательных врачей, медицинских сестер, младшего медицинского персонала. Мы вырастили двух кандидатов наук. В 1992 году Чугуевская ЦРБ стала базой Украинского Института Экологии Человека. А в 2001 г. был заключен первый договор о сотрудничестве с ХМАПО – с кафедрой реабилитации и психотерапии. В 2005-2006 годах были заключены договора еще с 14 кафедрами академии. За время совместной работы сделано немало.

Наши врачи самых разных специальностей прошли циклы усовершенствования на кафедре реабилитации и психотерапии. Внедрены в практику лечения больных новейшие методы и методики психотерапии: эриксоновский гипноз, нейролингвистическое программирование, методы саморегуляции, телесно-ориентированная и системная семейная психотерапия, успешно проводится психотерапия детей и подростков, психодинамическая психотерапия и многое другое. На базе нашей ЦРБ осуществляется медико-психологическая реабилитация онкологических больных.

Еженедельно проводятся выездные консультации больных неврологического профиля сотрудниками кафедры: профессором В.А. Малаховым, доцентами В.В. Шутовым и М.А. Гаевой, к.м.н. Г.В. Важениной.

Чугуевская ЦРБ сотрудничает с кафедрой артрологии, спортивной медицины и лечебной физкультуры, которой заведует д.м.н., профессор Александр Николаевич Хвисюк.

Внедрены новые перспективные методики лечения и реабилитации больных с заболеваниями опорно-двигательной системы, проводятся научные исследования на базе травматологического, физиотерапевтического отделений и отделения лечебной физкультуры.

Более 20 лет ЦРБ сотрудничает с кафедрой физиотерапии и курортологии. За это время изобретены, запатентованы и внедрены в практическую медицину совместные разработки, в частности, аппарат «Призма-люкс» для свето- и цветолечения. Проводится многолетняя новаторская работа по исследованию влияния на организм человека геометрических объемных форм. В настоящее время ее результатом является публикация «Применение геометрических объемных форм в лечении и оздоровлении» (авторы Леонид Дмитриевич Тондий и Елена Юрьевна Чернышова). Ведутся научно-практические разработки по микрофизиотерапии и информационной терапии. Внедрено в практику около 20 новых методов и методик физиотерапии. Создан кабинет лечения боли немедикаментозными методами.

Положительные результаты дает сотрудничество с кафедрой народной и нетрадиционной медицины. Мы совместно проводим исследования по гирудотерапии и в настоящее время готовится к выходу монография по этой теме. Внедрены методы аромо- и апитерапии.

В этом году на базе Чугуевской ЦРБ на серьезном уровне была проведена областная научно-практическая конференция, которая называлась «Содействие физическому, психологическому и духовному развитию детей и подростков», в которой активное участие приняли кафедры реабилитации и психотерапии, физиотерапии и курортологии, народной и нетрадиционной медицины.

Следует уделить внимание не только нашим совместным достижениям, но и актуальным проблемам.

В настоящее время в медицине имеет место устойчивая тенденция к сокращению сроков стационарного лечения. В этом есть свои преимущества, но возникают и определенные сложности. Встает настоятельная необходимость долечивания больных, развития системы реабилитации. Ведь речь идет не только о том, чтобы сохранить жизнь больным. Мы стремимся к тому, чтобы они могли вернуться к прежней активной социальной жизни, к труду.

Восстановительная терапия имеет стационарный, поликлинический и санаторно-курортный этапы. На уровне районных больниц требуют своего дальнейшего развития и совершенствования первые два этапа.

Чугуевская ЦРБ одна из первых в Украине пытается развивать оказание реабилитационной помощи больным.

У нас есть прекрасное физиотерапевтическое отделение, которое возглавляет Е.Ю. Чернышова. Благодаря использованию в нем новейших немедикаментозных методов лечения возможности этого отделения в

настоящее время приравниваются к возможностям малого курорта. Используются мануальная терапия, рефлексотерапия, массаж, лечебная физкультура, озокерито-, грязе-, электролечение, высокочастотная терапия, гирудо-, аромо- и апитерапия, самая современная психотерапия и другие немедикаментозные методы лечения.

В настоящее время благодаря сотрудничеству с кафедрами ХМАПО речь идет о внедрении новейших методов немедикаментозной реабилитации, таких как озонотерапия, СВЧ- и КВЧ- терапия, методы микрофизיותרпии и информационной терапии, в том числе терапия геометрическими объемными формами, фитотерапия, гомеопатия.

Мы тесно сотрудничаем с Чугуевским телевидением, которое вещает на территорию пяти районов, охватывая 100 тыс. человек. Мы с гордостью можем говорить о том, что уже на протяжении 5 лет наше телевидение активно освещает вопросы практической медицины. Создан цикл телепередач, который называется «Ваш доктор». На каждую передачу мы приглашаем районных специалистов, заведующих отделениями нашей больницы. Показано множество передач с участием сотрудников кафедр ХМАПО, так что в настоящее время фонд нашей фильмотеки о здоровье составляет более 40 передач.

А сегодня мы говорим уже о создании дистанционного обучения, а в недалекой перспективе – и телемедицины.

Мы настроены на продолжение совместной работы с ХМАПО. Мы нуждаемся в вас, вы – в нас. И это является прекрасной основой для развития плодотворного сотрудничества.

Мы считаем, что не обязательно так много больных направлять в область. Наши врачи не хуже харьковских. А сотрудничество с кафедрами академии поможет еще больше повысить квалификацию наших врачей, внедрить наиболее эффективные методики восстановительного лечения, поднять реабилитацию на такой уровень, что к нам поедут лечиться больные из соседних районов Харьковской области, а в перспективе – возможно, и всего северо-восточного региона Украины.

У нас в планах – создание реабилитационного отделения для больных неврологического, кардионеврологического и травматологического профилей. Надеемся, что наука разработает программы реабилитации, которые мы сможем внедрить в практическое здравоохранение.

Таким образом, Чугуевская ЦРБ и ХМАПО являются подтверждением возможности эффективного сотрудничества науки и практики, центра и периферии.

НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В НЕЙРОРЕАБИЛИТАЦИИ

Д.м.н., проф. В.А. Малахов

Харьковская медицинская академия последипломного образования

Реабилитация – это система государственных, социально-экономических, психологических, медицинских, профессиональных и педагогических мероприятий, направленных на восстановление здоровья человека, его трудоспособности и социального статуса, которое базируется на биологических, социально-экономических, психологических, морально-этических и научно-медицинских основах.

Задачи реабилитации:

- максимально возможное восстановление здоровья
- функциональное восстановление (полное или компенсация при недостаточности либо отсутствии возможности восстановления)
- возвращение к повседневной жизни
- приобщение к трудовому процессу

Основные принципы реабилитации:

- принцип партнёрства
- принцип разносторонности усилий
- принцип единства психосоциальных и биологических методов воздействия
- принцип ступенчатости проводимых воздействий.

Медицинская реабилитация (ВОЗ, 1980) – это активный процесс, целью которого является достижение полного восстановления нарушенных вследствие заболевания или травмы функций либо оптимальная реализация физического, психического и социального потенциала инвалида, наиболее адекватная интеграция его в обществе.

Задачи медицинской реабилитации:

- восстановление здоровья
- устранение патологического процесса
- предупреждение осложнений и рецидивов
- восстановление, либо частичная или полная компенсация утраченных функций
- подготовка к бытовым и производственным нагрузкам
- предупреждение стойкой утраты трудоспособности (инвалидности).

В последние годы выделились определенные направления медицинской реабилитации: кардиореабилитация, иммунореабилитация, нейрореабилитация и др.

Нейрореабилитация – это реабилитация больных с поражениями нервной системы (Белова А.Н., 2002). Нейрореабилитация – или реабилитация больных неврологического профиля, является разделом медицинской

реабилитации. Нейрореабилитация выходит за рамки классической неврологии, поскольку рассматривает не только состояние нервной системы при том или ином неврологическом заболевании, но и изменение функциональных возможностей человека в связи с развившейся болезнью.

Основными саногенетическими направлениями в нейрореабилитации следует считать: механизм центральной компенсации – нейропластичность и реадaptацию, основанную на полноценном функционировании иммунонейроэндокринной системы.

Ведущим механизмом центральной компенсации является нейропластичность.

В основе нейропластичности лежат следующие механизмы:

- изменение функциональной активности синапсов
- использование коммисуральных связей и перестройка уже имеющихся для поступающей информации
- формирование функционально новых нейронов (Lacour, 2004)
- перепрограммирование синапсов для восстановления спонтанной активности с пораженной стороны.

В связи с явлениями нейропластичности все медикаментозные средства можно разделить на 3 группы:

- 1) не влияющие на нейропластичность (большинство препаратов)
- 2) отрицательно влияющие на нейропластичность (например, циннаризин, фезам)
- 3) улучшающие нейропластичность: цитиколин («Сомазина»), ноотропы (пирацетам, «Ноотропил», прамирацетам «Прамистар»).

Ноотропные препараты улучшают такие функции: память, восприятие, внимание, мышление, ориентация, повседневная активность.

Характеристика *ИДЕАЛЬНОГО* ноотропа:

- Улучшение процессов обучения и памяти как в норме, так и при патологических нарушениях, в т.ч. и в процессе естественного физиологического старения
- Облегчение межполушарной транскаллозальной передачи в головном мозге (способствуя как межполушарному, так и внутримушарному переносу информации).

...ноотроп обращен к разуму, гаснущему либо в связи с патологическими процессами, либо в связи со стрессом, обусловленным физическими, химическими (в т.ч. алкогольными), биологическими и социальными факторами, действующими на организм человека...

Г.В.Ковалев, 1990

Ноотропный препарат нового поколения – прамирацетам – «Прамистар» находит все большее применение в нейрореабилитации.

В течении последствий перенесенных очаговых поражений центральной нервной системы (инсульты, черепно-мозговая травма, спинальная травма, энцефалиты), весьма часто наблюдаются патологические состояния, ограничивающие восстановление (компенсацию): болевой синдром, мышечная спастичность, вестибулярная дисфункция, когнитивные нарушения, депрессия, тревожные нарушения и другие. Так, когнитивные нарушения требуют назначения цитиколина («Сомазина»), ноотропов («Ноотропил», «Прамистар»).

Таблица 1. Факторы, оказывающие влияние на вестибулярную компенсацию:

+	Ускоряющие	Тормозящие	-
Активное бодрствование		Неподвижность	
Визуальные стимулы		Темное пространство	
Комплекс специальных упражнений		Постельный режим	
Препараты, не обладающие седативным действием		Препараты, обладающие седативным действием, транквилизаторы, алкоголь	

Усиление визуальных, проприоцептивных и остаточных вестибулярных импульсов способствует ускорению вестибулярной компенсации.

Восстановление вестибулярной функции:

- восстановление вестибулярной функции на самых ранних этапах
- сочетание адекватной медикаментозной терапии с вестибулярной тренировкой
- исключение препаратов с седативным эффектом
- назначение препаратов, ускоряющих механизмы вестибулярной компенсации, нейропластичность («Бетасерк» в дозе 24 мг по 2-3 раза в день).

Принципы восстановления вестибулярной функции:

- 1-й – Адекватная медикаментозная терапия
- 2-й – Вестибулярная тренировка (физические методы реабилитации)
- 3-й – Нейропластичность мозга
- 4-й – Механизмы центральной компенсации
- 5-й – Восстановление вестибулярной функции.

Спастичность – это повышение мышечного тонуса, которое характеризуется возрастанием сопротивления мышц или группы мышц пассивному растяжению (возрастанием тонического рефлекса на растяжение), зависящем от скорости.

Влияние спастичности на функционирование пациента:

Положительное (компенсация отсутствия супраспинальных влияний в пассивных и активных мышцах):

- может улучшать двигательные возможности при умеренной степени выраженности

- поддерживает мышечную массу
- редуцирует риск глубоких тромбозов.

Отрицательное:

- может мешать сидеть, передвигаться
- является предрасположенностью к развитию контрактур суставов, пролежней
- причина боли и нарушения сна (нередко наступает развитие болезненных мышечных спазмов).

Сирдалуд – самый современный, эффективный и безопасный миоспазмолитик центрального действия, наиболее широко используемый в нейрореабилитации; является уникальным препаратом двойного действия: оказывает миорелаксирующий и обезболивающий эффекты.

Таблица 2. Схема применения препарата Сирдалуд при спастичности

Применение	Первая доза препарата	1-3-и сутки	4-7-е сутки	2-я неделя	3-8-я неделя	9-16-я неделя	
Утро		2 мг	2 мг	2 мг	4 мг	4 мг	
Обед		2 мг	2 мг	4 мг	4 мг	8 мг	
Вечер	2 или 4 мг	2 мг	4 мг	6 мг	8 мг	8 мг	
Примечание	Перед сном	Не более 6 мг	Всего- 8 мг	Всего- 12 мг	Всего- 16 мг	Всего- 20мг	Далее-в зависимости от потребности

По современным представлениям различные физико-химические стимулы усиливают процессы центральной компенсации – нейропластичность (Скворцова В.И., 2006, Белова А.Н., 2002).

На кафедре разрабатываются методы повышения нейропластичности:

Озонотерапия

- Метод немедикаментозной терапии, который предусматривает применение с лечебной целью озono-кислородной смеси и обработанных ею материалов.
- Озон – молекула, образованная тремя атомами кислорода, что обеспечивает её высокую активность; озон является более сильным окислителем, чем кислород.

Электромагнитотерапия низкой частоты и интенсивности

- Показания: ишемический инсульт, преходящие нарушения мозгового кровообращения, нейроциркуляторная астенция, вертебробазилярная недостаточность на фоне остеохондроза шейного отдела позвоночника, вегетативная дисфункция.
- Эффекты: анальгетический, седативный, миорелаксирующий, гипотензивный, спазмолитический.

КВЧ-терапия

- Воздействие осуществляется на синокаротидную либо воротниковую зону (В.А. Малахов и соавт., 1995).

- Эндоназальная широкодиапазонная КВЧ-терапия (В.А. Малахов и соавт., 1999)
- Эффекты: антиноцицептивный, симпатолитический, гипотензивный.

СВЧ-терапия

- Применяется низкоинтенсивная импульсномодулированная СВЧ-терапия при хронических нарушениях мозгового кровообращения (В.А. Малахов и соавт., 1999, V.A.Malakhov et al., 2003).
- Эффекты: улучшает микроциркуляцию, влияет на клеточно-мембранный гомеостаз, гипотензивный, вегетотропный.

Апипрофилактика и апитерапия в реабилитологии – лечение в реабилитации продуктами пчеловодства

Продукты пчеловодства: мёд, цветочная пыльца, пчелиный хлеб, личиночное молочко, маточное молочко, прополис, пчелиный воск, забрус, пчелиный подмор, пчелиный яд.

Гирудотерапия в реабилитологии

Применение медицинской пиявки показано при следующих заболеваниях: хроническая недостаточность мозгового кровообращения; тромбозы церебральных сосудов; геморрагический инсульт; черепно-мозговая травма; постинсультный период; воспалительные процессы нервных стволов, корешков; гипертоническая болезнь; ишемическая болезнь сердца (стенокардия, инфаркт миокарда); мигрень; тромбофлебиты; воспалительные процессы органов дыхания, суставов.

Лечебное и рациональное питание в реабилитологии

Лечебное питание – это метод лечения питанием, соответствующий изменениям и состоянию органов и процессов обмена, которые нарушились при развитии заболевания. Нами применяются различные пищевые рационы, диеты при следующих заболеваниях и состояниях: артериальная гипертензия, острые и хронические нарушения мозгового кровообращения, постинсультный период, вегетативная дистония, мигрень, остеохондроз, остеопороз, невриты и невралгии, рассеянный склероз, эпилепсия, боковой амиотрофический склероз, болезнь Паркинсона, болезнь Вильсона-Коновалова, инфекционные заболевания ЦНС, миастения и миастенические синдромы, лечение глюкокортикоидами и др.

Перспективными направлениями восстановления и реабилитации больных с очаговыми поражениями головного мозга, разрабатываемыми на кафедре реабилитации и психотерапии ХМАПО следует считать:

- *Краниоцеребральная гипотермия* (совместно с ИПК и КНАН Украины проф. Г.А. Бабийчуком)
- *Аэрокриотерапия (криосиумы)* (совместно с ИПК и КНАН Украины проф. Г.А. Бабийчуком)

- *Препараты кордовой крови* (совместно с ИПК и КНАН Украины проф. Б.П. Сандомирским)
- *Озонотерапия* (совместно с ООО «Институтом озонотерапии и медоборудования», член-корр. МАНЭб, В.В. Ганичевым)
- *Оксид-азототерапия*
- *Применение ЭМГ волн разного диапазона, СВЧ- и КВЧ-модифицированная аутогемотерапия* (совместно с ИРЭ НАН Украины, доктором физико-математических наук, проф. А.И. Фисуном и др.)
- *Ароматерапия* (совместно с Е.Ю. Чернышовой)
- *Гирудотерапия* (совместно с Е.Ю. Чернышовой)
- *Разгрузочно-диетическая терапия* (совместно с Е.Ю. Чернышовой)
- *Апитерапия* – лечение продуктами пчеловодства (совместно с Е.Ю. Чернышовой).

В последнее время активно изучаются методы реабилитации с учетом состояния иммунонейроэндокринной системы (совместно с член-корр. НАН Украины, проф. А.Н. Гольцевым). Эти методы планируется внедрить в практику на базе реабилитационного отделения Чугуевской ЦРБ.

Литература

1. Белова А.Н. Нейрореабилитация: руководство для врачей. – М.: Антидор, 2002 – С. 736.
2. Бурлаков Б.М., Малахов В.А., Яворская В.А. и др. Широкополосная КВЧ-терапия в комплексном лечении начальной стадии атеросклеротической дисциркуляторной энцефалопатии // Радиофизика и электроника. – 2000. – Т. 5, №1. – С. 171-173.
3. Волошин П.В., Малахов В.О. Клітинно-мембранна дисфункція – вузловий патогенетичний механізм початкових стадій хронічних церебральних ішемій // Укр. вісник психоневрології. – 2003. – Т.11, вип. 3 (36). – С. 5-8.
4. Волошин П.В., Малахов В.А., Завгородняя А.Н. Эндотелиальная дисфункция при цереброваскулярной патологии. – Харьков: Издательство «Тарбут Лаам», 2007. – 136 с.
5. Гусев Е.И., Скворцова В.И. Ишемия головного мозга. – М.: Медицина, 2001. – 328 с.
6. Густов А.В., Котов С.А., Конторщикова К.Н., Потехина Ю.П. Озонотерапия в неврологии. – Н.Новгород, 2001. – 179 с.
7. Малахов В.О. Початкові стадії хронічних церебральних ішемій. – Х., 2004. – 228 с.
8. Малая Л.Т., Корж А.Н., Балковая Л.Б. Эндотелиальная дисфункция при патологии сердечно-сосудистой системы. – Х.: Торсинг, 2000. – 432 с.

9. Медична та соціальна реабілітація: Навчальний посібник/За заг.Ред.І.Р. Місули, Л.О. Вакуленко. – Тернопіль: ТДМУ, 2005. – 402 с.
10. Міщенко Т.С. Епідеміологія цереброваскулярних захворювань в Україні // Судинні захворювання головного мозку. – 2006. – №1. – С. 3-7.
11. Хвисюк М.І., Малахов В.О., Ганічев В.В., Пасюра І.М. Озонотерапія для неврологів та вертебрологів. – Харків: Харківська медична академія післядипломної освіти МОЗ України, Українська асоціація озонотерапевтів і виробників медобладнання, 2002. – 256 с.
12. Малахов В.А., Чернышова Т.И., Завгородняя А.Н. и др. Аппрофилактика и апитерация нервных болезней. – Харьков, 2004. – 152 с.
13. Малахов В.А., Гетманенко А.В., Дорошенко Г.И. и др. Гирудотерапия (лечение медицинскими пиявками). – Харьков, 2004. – 64 с.
14. Малахов В.А., Кузьмин Е.И., Гетманенко А.В. и др. Лечебное и рациональное питание в клинике нервных болезней. – Харьков: Константа, 2003. – 116 с.
15. Bocci V., Valacchi G., Corradeschi F., Fanetti G. Studies on the biological effects of ozone: 8. Effects on the total antioxidant status and on interleukin-8 production // Mediators Inflamm. – 1998. – Vol. 7, № 5. – P. 313-317.
16. Guidelines for the Early Management of Patients With Ischemic Stroke: A Scientific Statement From the Stroke Council of the American Stroke Association: H.P. Adams, R.J. Adams, T. Brott et al. // Stroke. – 2003. – № 34 (4). – P. 1056-1083.
17. Holloway R.G., Benesch C.G., Burgin W.S., Zentner J.B. Prognosis and Decision Making in Severe Stroke // JAMA, Aug. 10. – 2005. – Vol. 294. – P. 725-733.
18. Malakhov V.A., Doroshenko G.I., Belous O.I., Sirenko S.P., Fisun A.I. Comparative Study into Efficiency of Treating the Initial Stage of Cerebral Ischemia with Low-Intensity Millimeter and Centimeter Electromagnetic Waves // Telecommunications and Radio Engineering. – 2003. – Vol. 59 (3@4). – P. 151-153.

ВДОСКОНАЛЕННЯ ЕКОНОМІЧНИХ МЕХАНІЗМІВ ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ В СИСТЕМІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Канд. екон. наук, В.Г. Ковальчук,

Чугуївська районна державна адміністрація, заступник голови

Здоров'я населення є багатогранною категорією, що відображає ступінь розвитку суспільства, є основою якості життя і водночас похідною від соціального, культурного, економічного, політичного та природного середовищ. У міжнародній декларації охорони здоров'я, програмі ВОЗ «Здоров'я-21» проголошено, що покращання здоров'я і добробуту людей – кінцева мета соціального та економічного розвитку. Здоров'я – показник національного престижу, що стабілізує фактор довіри до всіх галузей влади, органів управління і політико-економічної системи в цілому.

Реформування економіки та соціальної сфери України неможливе без корінних змін у системі охорони здоров'я. Проблема збереження і зміцнення здоров'я населення настільки важливі й актуальні, що становлять одну із найважливіших внутрішніх функцій держави. Саме широтою і складністю завдань з охорони здоров'я пояснюється необхідність виконувати ті чи інші функції державного управління з питань охорони здоров'я всіма без винятку органами державної влади в Україні [2-4].

Ефективна система охорони здоров'я має відповідати таким вимогам: забезпечувати збереження і зміцнення здоров'я населення України; гарантувати надання якісної кваліфікованої медичної допомоги населенню; стримувати зростання вартості медичних послуг; забезпечувати раціональне використання фінансових, матеріальних і кадрових ресурсів.

На основі проведеного аналізу, існуючих проблем і цілей в проекті Державної програми економічного і соціального розвитку України на 2008 рік, який був затверджений розпорядженням Кабінету Міністрів України від 19 вересня 2007 року №759-р, визначено, що діяльність галузі охорони здоров'я спрямована на забезпечення рівного доступу усіх членів суспільства до необхідних медичних послуг, високої якості, економічності, ефективності та результативності цих послуг, поліпшення стану здоров'я населення.

Державна політика в галузі охорони здоров'я повинна розглядатися за такими основними напрямками:

– удосконалення організації медичної допомоги населенню, насамперед, на селі, дооснащення сільських амбулаторно-поліклінічних закладів та фельдшерсько-акушерських пунктів медичними виробами, забезпечення санітарним автотранспортом сільських закладів охорони здоров'я для надання невідкладної медичної допомоги;

- забезпечення технічного переоснащення діючих та утворення нових закладів охорони здоров'я з метою створення сучасної матеріально-технічної бази для впровадження нових ефективних технологій діагностики, лікування та профілактики найпоширеніших захворювань;
- оптимізація мережі закладів охорони здоров'я відповідно до потреб населення;
- забезпечення програмно-цільового підходу до розвитку галузі охорони здоров'я;
- впровадження контрактної моделі відносин між замовником послуг (державою) та їх надавачами (закладами охорони здоров'я різних форм власності), створення умов для поширення приватної медичної практики;
- розроблення та впровадження державних стандартів медичної допомоги.

Становлення України, як правової держави та послідовна інтеграція її у Всесвітнє економічне Співтовариство вимагають проведення цілеспрямованої політики впровадження системи соціальних стандартів, в тому числі в галузі медицини.

Організація моніторингу за дотриманням державних соціальних стандартів [1, ст. 24] у сфері охорони здоров'я, на наш погляд, буде сприяти подальшому вдосконаленню економічних механізмів державного управління, підвищенню ефективності використання наявних фінансових та управлінських ресурсів.

При проведенні моніторингу необхідно використовувати такі показники:

- розрахункова потреба коштів на дотримання вимог нормативів;
- профінансовані видатки;
- співвідношення обсягу виділених коштів з потребою.

Розрахункова потреба коштів повинна встановлюватися на основі вартості заходів, спрямованих на дотримання вимог державних соціальних стандартів. У випадку стандартів надання медичної допомоги базисні величини необхідних обсягів коштів слід визначати, виходячи з вартості одного випадку надання медичної допомоги (обстеження та лікування пацієнта) при певному виді захворювання. Цей показник можливо встановити з урахуванням вимог державних соціальних стандартів надання медичної допомоги. Для розрахунків потреби річних коштів на дотримання державних соціальних стандартів необхідно також враховувати показники захворюваності населення. Добуток вартості одного випадку на кількість хворих, які щорічно потребують медичної допомоги, дозволить визначити суму необхідних грошових засобів.

Крім того, під час здійснення моніторингу слід визначати обсяги профінансованих видатків на дотримання державних соціальних стандартів.

Загальна величина цих коштів повинна враховувати всі види надходжень на охорону здоров'я, які не заборонені чинним законодавством. Доцільно окремо здійснювати облік обсягів бюджетних коштів (державного бюджету та місцевих бюджетів), залучених позабюджетних коштів, власних коштів громадян. Джерела фінансування державних соціальних стандартів за видами бюджетних надходжень повинні включати державний бюджет і місцеві бюджети (обласні, районні, міські, селищні, сільські). Отримані дані дозволять здійснювати аналіз не тільки абсолютних величин фінансових затрат, але і структуру витрат на дотримання державних соціальних стандартів.

На сьогодні суттєва проблема у забезпеченні моніторингу стану фінансування державних соціальних стандартів полягає в тому, що відсутня єдина, затверджена Міністерством охорони здоров'я України, методика розрахунку вартості надання медичної допомоги, хоча науково-теоретичних розробок із зазначеної проблеми проведено достатньо.

Інформаційну цінність для здійснення моніторингу представляє також показник співвідношення профінансованих видатків на дотримання нормативів з розрахунковою потребою коштів. Цей показник відобразить реальний стан фінансового забезпечення дотримання державних соціальних стандартів.

Оскільки моніторингові показники можуть мати відмінності стосовно різних категорій населення, то крім загального обсягу коштів, необхідно визначати видатки на соціальні стандарти з розрахунку на одну особу (виходячи з розрахункової потреби, фактично профінансованих видатків та кількості хворих). Це дозволить зробити співставними показники витрат, наприклад, у різних регіонах держави.

У випадку дослідження стану фінансування державних соціальних стандартів забезпечення населення ліжками для лікування в стаціонарних умовах, необхідно вираховувати обсяги фінансування з розрахунку на одне ліжко.

Результати моніторингу за фінансовим забезпеченням державних соціальних стандартів дозволять спрямувати заходи державного управління на досягнення соціальної рівності у питаннях охорони здоров'я стосовно громадян, які належать до різних соціальних груп населення, що є особливо актуальним в умовах формування ринкового механізму функціонування галузі.

Наявність і різноманіття форм власності і видів господарювання в охороні здоров'я, необмежене число учасників конкуренції, рівний вільний доступ на ринках і вихід у нього, доступність сприяють не тільки

становленню ринкових відносин, але й потребують регулювання з боку держави, що також може стати предметом наукових досліджень.

Таким чином, подальше вдосконалення організаційних та економічних механізмів державного управління во всіх рівнях системи охорони здоров'я, в тому числі шляхом становлення ринкових відносин, впровадження державних соціальних стандартів буде сприяти прискоренню процесу реформування галузі та виконанню Програмних цілей щодо забезпечення високоякісної та доступної медичної допомоги населенню.

Література

1. Закон України «Про державні соціальні стандарти та державні соціальні гарантії» //Офіційний вісник України. – 2000. – №44. – С. 18-76.
2. Гладун З.С. Державне управління в галузі охорони здоров'я. – Тернопіль: Укрмедкнига, 1999. – 312 с.
3. Гладун З.С. Поняття і зміст державного управління: адміністративно-правовий аспект. – Л., 2000. – 22 с.
4. Радиш Я.Ф. Державне управління охороною здоров'я в Україні: генезис, проблеми та шляхи реформування: Моногр. / Передмова і заг. ред. – проф. Н.Р. Нижник. – К.: Вид-во УАДУ, 2001. – 360 с.

НОВЫЙ МЕТОД МЕДИКАМЕНТОЗНОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТЕОАРТРОЗА

*Проф. А.Н. Хвисьук, доц. В.В. Жеребкин, проф. И.Г. Березняков
Харьковская медицинская академия последипломного образования*

Проведена апробация нового метода медикаментозного лечения остеоартроза. Сделан вывод, что внутрисуставное введение актовегина у больных с начальными стадиями гонартроза оказывает выраженный и стойкий симптоматический эффект.

Остеоартроз (ОА) – самое частое заболевание суставов, клинические симптомы которого наблюдаются у 10 – 20 % населения земного шара [2]. Современное лечение наиболее социально значимых форм заболевания – коксартроза и гонартроза предполагает сочетание целого ряда как немедикаментозных, так и медикаментозных методов [3]. Тем не менее, коксартроз и гонартроз остаются одними из основных причин преждевременной потери трудоспособности и инвалидности и самыми частыми показаниями для эндопротезирования суставов [2-4].

В свете современных представлений о патогенезе ОА, уже на ранних стадиях заболевания в патологический процесс вовлекаются все суставные структуры, а не только суставной хрящ [2,3]. Появление клиники остеоартроза, характеризующейся болью в суставе и нарушением его функции, которые, собственно и вынуждают назначать медикаментозную терапию, отражает именно это обстоятельство. Следовательно, применение препарата, который является неспецифическим стимулятором репаративных процессов, может оказывать положительное влияние на клиническое течение ОА. Авторами предложено внутрисуставное введение больным ОА неспецифического активатора тканевого метаболизма – актовегина [1,3].

Цель работы – клиническая апробация внутрисуставного введения актовегина у больных ОА.

Материалы и методы. В исследование отобрано 190 пациентов с первичным гонартрозом I – II стадии рентгенологических изменений по Келгрону в возрасте от 43 до 65 лет, из которых сформированы две группы: контрольная и основная (табл. 1).

Пациентам контрольной группы внутрисуставно вводился алфлутоп по 2 мл. через три дня на четвёртый в течение 20 дней, всего пять инъекций на курс лечения. Пациентам основной группы внутрисуставно вводился актовегин по 5 мл. по такой же схеме. На протяжении курса лечения другие препараты не назначались. Все больные получали однотипное физиотерапевтическое лечение (УВЧ, амплипульс-терапия).

Результаты лечения оценивались по динамике болевого синдрома, оценивавшегося по шкале Ликерта, и динамике алгофункционального индекса Лекена.

Для статистического анализа результатов исследования использовалась описательная статистика (программное обеспечение: «Анализ данных» в MS Excel 2003).

Таблица 1. Распределение отобранных в исследование лиц по возрасту, полу и стадиям рентгенологических изменений в коленных суставах.

Характеристики	Группы больных	
	Контрольная (n = 60)	Основная (n = 130)
Мужчины (n)	21	47
Женщины (n)	39	83
Средний возраст (лет)	52	54
I стадия	32	67
II стадия	28	63

Результаты исследования и их обсуждение. В обеих группах сравнения не отмечено побочных реакций на внутрисуставное введение указанных препаратов. До лечения выраженность болевого синдрома и значение алгофункционального индекса в обеих группах статистически не различались, а после лечения значения обоих показателей существенно уменьшились, при этом в основной группе они стали достоверно меньше, чем в контрольной (табл. 2). Абсолютные значения показателей основной группы свидетельствуют о нормализации состояния у части пациентов.

Таблица 2. Распределение отобранных в исследование лиц по возрасту, полу и стадиям рентгенологических изменений в коленных суставах.

Показатели (баллы)	Группы больных			
	Контрольная (n = 60)		Основная (n = 130)	
	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения
Шкала Лекена	2,43 ± 0,23	1,84 ± 0,15*	2,38 ± 0,22	0,32 ± 0,19**
Индекс Ликерта	5,34 ± 0,89	3,21 ± 0,42*	5,31 ± 0,27	1,24 ± 0,13**

Примечание: * – $p < 0,01$ по сравнению со значением показателя до лечения

Примечание: ** – $p < 0,01$ по сравнению с контрольной группой.

Данное обстоятельство свидетельствует о том, что при начальных стадиях гонартроза внутрисуставное введение актовегина оказывает быстрый симптоматический эффект и позволяет в ряде случаев достичь полного устранения болевого синдрома и нормализации функции сустава.

После завершения курса лечения была оценена стойкость достигнутого эффекта по повторной обращаемости пролеченных больных (Рис. 1). У пациентов, получавших внутрисуставные введения алфлутопа, возврат симптоматики начался уже с первого месяца после завершения лечения. Необходимость в повторении курса лечения возникла у всех больных контрольной группы в течение первых 6 месяцев.

У пациентов, которые получали внутрисуставно актовегин повторной обращаемости в первые 6 месяцев не было. С 7-го по 12-й месяцы после лечения повторно обратилось 59 больных (45 %). Еще 58 больных этой группы (45 %) обратились повторно в сроки от 13 до 18 месяцев после завершения лечения. Остальные 13 пациентов (10 %) обратились в сроки от 19 до 24 месяцев.

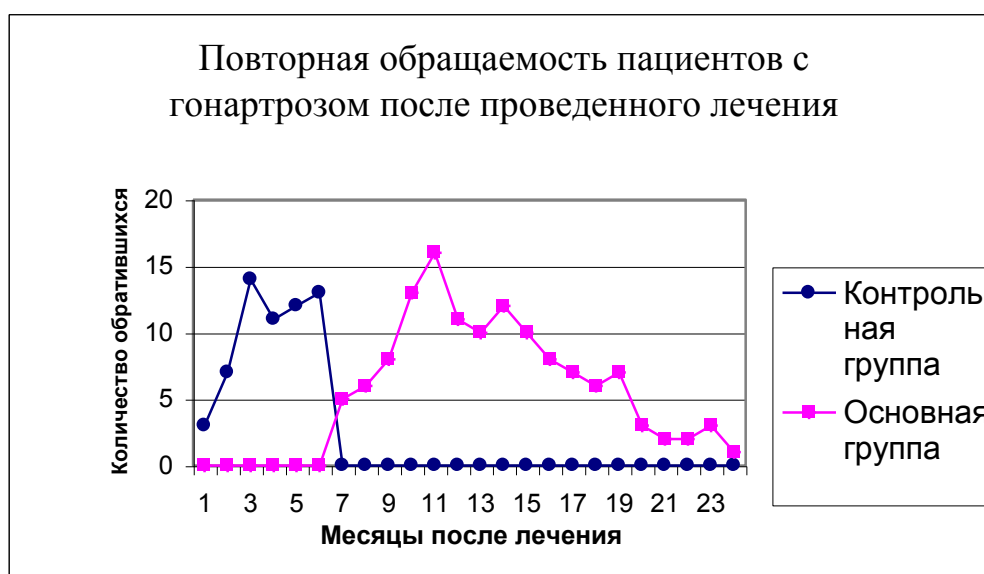


Рисунок 1. Оценка стойкости достигнутого терапевтического эффекта.

Следовательно, эффект внутрисуставного введения актовегина сохраняется не менее 6 месяцев, у большей части больных – от 6 месяцев до полутора лет, а у отдельных пациентов возможно сохранение эффекта до двух лет.

Выводы. Внутрисуставное введение актовегина при начальных стадиях гонартроза хорошо переносится больными и оказывает выраженный и устойчивый симптоматический эффект. Представляются *перспективными* дальнейшие исследования по изучению влияния данного метода лечения ОА на клиническое течение и прогрессирование заболевания.

Литература

1. Березняков І.Г., Жеребкін В.В., Метелиця С.А. Новий підхід до консервативного лікування остеоартрозу. Клінічна фармація. – 1997. – № 1. – С. 12-14.
2. Коваленко В.Н., Борткевич О.П. Остеоартроз. Практическое руководство. – К.: Морион, 2003. – 448 с.

3. Остеоартроз: консервативная терапия: Монография / Авт. Кол.: Н.А. Корж, А.Н. Хвисюк, Н.В. Дедух и др.; Под ред. Н.А. Коржа, Н.В. Дедух, И.А. Зупанца. – Харьков: Золотые страницы, 2007. – 424 с.

4. Рекомендации Европейской антиревматической лиги (EULAR) 2003 г: Доказательный подход к лечению пациентов с остеоартрозом коленных суставов. Отчет специальной комиссии Постоянного комитета по международным клиническим, в том числе терапевтическим исследованиям (Jordan K.M. et al.) – Укр. ревматол. журн. 2004. – №3 (17). – С. 26-43.

ПРОГРАММА СОДЕЙСТВИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОМУ, ФИЗИЧЕСКОМУ И ДУХОВНОМУ ЗДОРОВЬЮ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Е.Ю. Чернышова,

*советник главы областной государственной администрации А.Б. Авакова,
президент международного движения «III тысячелетие»,
директор Чугуевского филиала Украинского института экологии человека,
заведующая физиотерапевтическим отделением Чугуевской ЦРБ*

По определению ВОЗ, здоровье – это не столько отсутствие болезней, как состояние физического, социального, психологического и духовного комфорта.

Эпоха перемен, которая в той или иной степени затрагивает все сферы человеческой жизни, жизни общества, все страны и континенты, но особенно пространство бывшего СССР, требует комплексного подхода как к системе здравоохранения в целом, так и к поиску новых или незаслуженно забытых старых методов оздоровления населения.

Необходим более широкий и разноплановый подход к человеку не только как к биологическому объекту, но и как к социальной и духовной личности. Цивилизация достигла того уровня, что ментальные, духовные и культурные ценности в большей степени влияют на уровень здоровья населения, чем даже чисто физические причины.

Особенно актуальны проблемы здоровья для детского и подросткового возраста, когда формируются адекватные реакции общения с окружающей средой. В последние десятилетия поднимается вопрос об акселерации молодого поколения, так называемых «детях-индиго», требующих более внимательного отношения к индивидуальному развитию личности.

В медицине как Запада, так и Востока все больше внимания уделяется так называемым нетрадиционным методам оздоровления, хотя, возможно, правильнее было бы их обозначить как традиционные, уходящие корнями в древние, проверенные временем методы сохранения здоровья.

Решение этих задач невозможно без интеграции всех аспектов жизнедеятельности человека. В отношении детей и подростков – это современные усилия медицины, системы образования, культурных и социальных институтов. Древняя мудрость «в здоровом теле – здоровый дух» приобретает расширенный смысл: «здоровый дух формирует здоровое тело».

Особенно актуально и благоприятно внедрение программы содействия психологическому, физическому и духовному здоровью детей и подростков может быть в г. Чугуеве и Чугуевском районе, где традиционно большое

внимание уделяется именно культурным, духовным, историко-воспитательным мероприятиям. В городе Чугуев, на родине И.Н. Репина, сформировалась музейная база, которая в состоянии выполнить, в том числе и функции просветительского и культурного центра.

Традиции Репинских плэнеров, выставок, концертов, творческих вечеров, концентрация деятелей культуры, художников, литераторов ставят город Чугуев на уровень культурного центра не только Слобожанщины, но и Украины в целом, что в то же время возлагает на этот регион особую ответственность за духовное, психологическое и культурное здоровье его жителей.

Целями программы являются:

- повышение уровня физического, психического и духовного здоровья детей и подростков Чугуевщины;
- развитие в городе Чугуеве и Чугуевском районе культурных и духовных традиций, исторически сложившихся в этом регионе;
- внедрение в практику социальной жизни культурных, медицинских учреждений научно-практических разработок, способствующих формированию здорового образа жизни;
- пропаганда широких комплексных подходов к сохранению физического, психологического и духовного здоровья населения.

Поставленные цели возможно достичь посредством разработки и проведения мероприятий в области здравоохранения, народного образования, культуры и науки, социальных институтов, органов местного самоуправления и др., повышающих уровень формирования и развития физически, психологически и духовно здорового подрастающего поколения.

Реализация программы осуществляется в нескольких направлениях.

1. Работа в лечебных учреждениях:

- создание на базе Чугуевской поликлиники кабинетов арттерапии, ароматерапии;
- разработка совместно с кафедрами ХМАПО учебно-методических пособий по арттерапии, ароматерапии, ЛФК для детей и подростков;
- проведение учебных семинаров;
- подготовка методических рекомендаций для учителей физкультуры, учителей младших классов школ по вопросам коррекции осанки и профилактики ее нарушений;
- применение в комплексном лечении и профилактике болезней принципа оздоровительного воздействия геометрических объемных форм;
- дальнейшее изучение и практическое применение принципов «пирамидотерапии» совместно с кафедрами ХМАПО и Институтом экологии человека г. Киев.

2. Работа учреждений народного образования:

- разработка учебно-методических программ, проведение семинаров по вопросам арттерапии, ароматерапии, цветотерапии и ЛФК для учителей средних школ, техникумов, ПТУ, родителей детей и подростков;
- подготовка и проведение семинаров по применению принципов «золотого сечения», цветотерапии для детей и подростков с целью моделирования рациональной одежды, оборудования учебных помещений, дизайна школ и домашних мест для занятий;
- разработка программ рационального питания школьников, применения фитотерапии в целях укрепления иммунитета и защитных сил детского организма;
- включение вопросов арттерапии и профилактики в программу подбора тем для Малой академии наук.

3. Работа выставочного зала «Имидж»:

- создание на базе выставочного зала творческой лаборатории «содействия психологическому, физическому и духовному здоровью детей и подростков»;
- проведение в г. Чугуеве Малых Репинских пленэров;
- издание артальбомов, песенников, поэтических сборников и др. литературы в рамках программы арттерапии;
- разработка программы «Чугуев – творческий центр Слобожанщины».

4. Работа ТРК «Слобожанка»:

- создание цикла телепередач по вопросам содействия культурному, психологическому, физическому и духовному здоровью детей и подростков;
- подготовка учебно-методических видеокассет по вопросам здоровья детей.

5. Работа научных учреждений:

- разработка кафедрами народной и нетрадиционной медицины, реабилитации и психотерапии, физиотерапии и курортологии ХМАПО научно-практических работ по тематике содействия психологическому, физическому и духовному здоровью детей и подростков;
- совместная работа с Институтом экологии человека НАН Украины в рамках программы «Дети» Всемирной лаборатории.

6. Координационные мероприятия:

- разработка и учреждение «Программы содействия психологическому, физическому и духовному здоровью детей и подростков» органами местного самоуправления г. Чугуева и Чугуевского района;
- подготовка к участию в конкурсах, грандах по тематике программ содействия здоровью детей и подростков.

Инициаторами разработки Чугуевской районной и городской программы «Содействие психологическому, физическому и духовному здоровью детей и подростков» стали:

- Чугуевская центральная районная больница;
- Дом детского творчества;
- КСК, выставочный зал «Имидж»;
- Ивановская средняя школа;
- кафедра народной и нетрадиционной медицины ХМАПО;
- кафедра реабилитации и психотерапии ХМАПО;
- кафедра физиотерпии и курортологии ХМАПО;
- Международное движение III тысячелетие;
- Киевский Всеукраинский институт экологии человека;
- ТРК «Слобожанка».

Цели и задачи работы в рамках программы были приняты на областной конференции 13.02.2007.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ В ПРАКТИКЕ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА

Д.м.н., проф. А.Н. Корж

Харьковская медицинская академия последипломного образования

Опыт высокоразвитых стран показал, что успешное решение задач по снижению инвалидизации и смертности от сердечно-сосудистых заболеваний может быть осуществлено только на основе стратегии комплексного подхода. Пожалуй, именно так можно понимать термин «глобальной концепции развития сердечно-сосудистых заболеваний». На настоящий момент лучшим вариантом выражения последней, безусловно, является концепция сердечно-сосудистого континуума.

Сегодня под сердечно-сосудистым континуумом понимается совокупность связанных между собой патологических процессов в сердечно-сосудистой системе, а также вариантов их исходов, развивающихся на единой патофизиологической базе.

Практический смысл создания этой концепции заключается в следующем:

1. Определение главного направления профилактики инвалидизации и смерти от сердечно-сосудистых заболеваний.
2. Изучение взаимосвязей в патогенетических механизмах основных элементов континуума.
3. Поиск способов эффективного и, по возможности, универсального воздействия на патофизиологические механизмы континуума в целях отдаления времени наступления неблагоприятных исходов основных сердечно-сосудистых заболеваний.

Особое место в структуре сердечно-сосудистого континуума занимает артериальная гипертония. Это обусловлено тремя причинами:

1. В целом ряде многоцентровых исследований была показана связь основных осложнений сердечно-сосудистых заболеваний (инфаркт миокарда, инсульт, сердечная недостаточность, смерть).
2. Показано, что снижение уровня артериального давления сопровождается достоверным уменьшением числа развития этих осложнений.
3. Вероятность развития таких осложнений, как инфаркт миокарда, инсульт или сердечно-сосудистая смерть, определяется комбинацией факторов.

4. Артериальная гипертензия в настоящее время является одним из самых регулируемых элементов сердечно-сосудистого континуума, как по фармакологическим возможностям, так и с учётом экономического фактора.

Два патологических состояния – артериальная гипертензия и сердечная недостаточность – имеют много общих причинно-следственных связей. Так артериальная гипертензия остаётся одной из важнейших причин развития хронической сердечной недостаточности. Общность патогенеза артериальной гипертензии и хронической сердечной недостаточности заключается в однонаправленном изменении эндогенных систем, участвующих в становлении и прогрессировании артериальной гипертензии и хронической сердечной недостаточности. Достижения фундаментальной и клинической медицины, интеграция знаний молекулярной кардиологии, эндокринологии и иммунологии позволили установить, что артериальная гипертензия является не только одним из ведущих этиологических факторов развития хронической сердечной недостаточности, но имеет с последней общность в ключевых звеньях патогенеза.

Мы можем констатировать, что, к сожалению, на сегодняшний день в нашей стране ситуация с лечением артериальной гипертензии и хронической сердечной недостаточности остаётся неудовлетворительной. При этом в сельской местности дела обстоят ещё хуже, чем в городах.

По распространённости артериальной гипертензии мы ничем не отличаемся от Швеции, Канады, США. Однако число эффективно леченых пациентов ничтожно мало. С возрастом процент эффективно леченых пациентов уменьшается. Так, если у пациентов в возрасте до 30 лет лечение оказывается эффективным в более чем 50 % случаев, то у лиц старше 40 лет, количество пациентов достигших целевого уровня артериального давления, не превышает 10 %.

В целом же тактика ведения пациентов с артериальной гипертензией, используемая нашими врачами, несколько не зависит от тяжести заболевания, а также возраста пациента. К сожалению, наши пациенты в основной массе получают устаревшие и неэффективные гипотензивные препараты, такие как папазол, дибазол, адельфан и др.

Успех в лечении артериальной гипертензии зависит не только от знаний врача и достижений фармацевтической промышленности. Стабилизация состояния больного, предупреждение осложнений и частых госпитализаций в большей степени зависит от приверженности самих больных к рекомендуемой лекарственной терапии.

Нами проведено изучение «комплаентности» больных с артериальной гипертонией, получающих лечение в условиях поликлиники семейной медицины.

Для этого было проанализировано 82 амбулаторные карты больных гипертонической болезнью II-III стадии в первичном звене амбулаторно-поликлинической сети г. Харькова. Отбор амбулаторных карт проводился методом случайной выборки. Также проводился личный анонимный опрос больных, который касался приёма лекарственных препаратов, рекомендованных врачом-терапевтом по поводу лечения АГ.

Опрос больных показал, что только в 42 % больные соблюдают все рекомендации по назначению лекарственной терапии. Из тех больных, кто не выполняет рекомендации в полном объёме по лечению – 79% указывают на экономические трудности, 11% на «забывчивость» и 10% больных не совсем адекватно оценивают своё состояние. Всего 12% выполняли правила немедикаментозной терапии.

Из рекомендаций по лекарственной терапии из опроса больных выявлено, что 80% больных принимают ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента. Чаще всего генерические формы эналаприла в дозе от 5 до 20 мг в сутки. Диуретики в лечении используют 57% больных артериальной гипертонией. Гипотиазид принимают 46% больных, фуросемид, как самостоятельный диуретик, принимает 11% больных. Бета-блокаторы принимают 52% больных, из них 39% – атенолол и 8% – анаприлин. Антагонисты кальция принимали 43% больных, при этом 38% принимали дигидропиридины короткого действия.

Таким образом, выявлена крайне низкая приверженность больных артериальной гипертонией к выполнению рекомендаций немедикаментозной и медикаментозной терапии. Большое значение в приёме лекарственных препаратов имеет цена и закупочный арсенал, имеющийся в аптеках. Сложившаяся ситуация требует создания и внедрения образовательных программ для обучения больных артериальной гипертонией и повышения приверженности их к своему лечению.

В практике семейного врача очень важно учитывать факторы, определяющие приверженность к терапии. Так к факторам, повышающим приверженность относятся: высокий исходный уровень артериального давления, женский пол, высокий уровень образования, более высокий уровень доходов, состояние в браке, высокий уровень культуры.

К факторам, снижающим приверженность относят – сложный режим дозирования препаратов, побочные эффекты, высокая цена, быстрое снижение артериального давления, курение, молодой возраст, длительное

лечение, негативное отношение к лечению, злоупотребление алкоголем, низкий уровень культуры.

Результаты многочисленных рандомизированных и популяционных клинических исследований показывают, что нормализация артериального давления в обычных условиях и в режиме монотерапии достигается лишь у 9–30% пациентов, однако применение 2-х лекарственных препаратов и более увеличивает шансы нормализации и адекватного контроля за артериальным давлением до 70–90%. Следовательно, наиболее оправданным с современной точки зрения будет являться подход к лечению артериальной гипертензии комбинированной терапией.

Каковы основные положения комбинированной терапии артериальной гипертензии?

Во-первых, это **потенцирование гипотензивного эффекта комбинируемых препаратов.**

Во-вторых, это **снижение частоты развития побочных эффектов.**

В-третьих, **дополнительные гемодинамические, нейрогуморальные, метаболические механизмы двух типов лекарственных препаратов помогут достигнуть синергизма реакций.**

Одним из вариантов оптимальной комбинации антигипертензивных средств является комбинация антагонистов кальция и ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента (ИАПФ).

Как ИАПФ, так и антагонисты кальция снижают артериальное давление за счет вазодилатации; оба класса этих антигипертензивных средств обладают и натрийуретическим действием. При этом пути, с помощью которых осуществляется гипотензивное действие ИАПФ и антагонистов кальция, кардинально различаются. Это определяет потенцирование действия препаратов данных классов при их совместном применении у больных артериальной гипертензией. Подобная комбинация эффективна у самого широкого круга пациентов как с высоко-, так и с низкорениновыми формами гипертензии. Совместное применение ИАПФ и антагонистов кальция позволяет «нейтрализовать» контррегуляторные механизмы, снижающие эффективность препаратов. Например, ИАПФ подавляют активность ренин-ангиотензиновой и симпатoadреналовой систем, активация которых снижает действенность кальциевых антагонистов. В свою очередь отрицательный баланс натрия, вызываемый последними, усиливает антигипертензивную эффективность ИАПФ.

Помимо высокой эффективности и отличной переносимости совместное применение ИАПФ и антагонистов кальция обладает еще одним важным преимуществом – выраженным органопротективным действием.

Кроме того, комбинированное назначение препаратов этих классов позволяет значительно уменьшить число побочных эффектов терапии.

Необходимость оптимизации ведения больных с ХСН в деятельности врачей общей практики – семейной медицины возникла в связи с происшедшим в последнее десятилетие смещением «точки отсчёта» развития сердечной недостаточности. Если раньше считалось, что процесс стартует с момента острого события, повлекшего за собой снижение сократимости миокарда, то сегодня акценты смещены в сторону исходного сердечно-сосудистого заболевания, что и привело к формированию понятия сердечно-сосудистого континуума. Традиционно сердечная недостаточность ассоциируется в сознании обыкновенного врача с тяжёлым заболеванием, при котором одышка, отёки, низкая фракция выброса требуют обязательного стационарного пребывания больного с ежедневным внутривенным введением мочегонных, использованием мощных вазодилататоров, гликозидов и с другими атрибутами отделения интенсивной терапии.

На самом деле проблема хронической сердечной недостаточности напоминает известный «айсберг», у которого тяжёлые стационарные больные составляют лишь его видимую, надводную часть, а основная масса не столь тяжёлых, но не менее нуждающихся в лечении пациентов остаётся под водой и не заметна для врачей стационара. Следует предположить, что эта часть менее тяжёлых больных с хронической сердечной недостаточностью наблюдается и лечится в поликлиниках, амбулаторно.

Анализ эпидемиологических данных свидетельствует, что в нашей стране основные медицинские усилия направлены не на амбулаторное лечение начальных стадий сердечной недостаточности и профилактику её прогрессирования и осложнений, а в сторону стационарного лечения уже терминальной декомпенсации.

Поэтому улучшение ситуации с сердечной недостаточностью ассоциируется с повышением роли врачей общей практики – семейной медицины в ранней диагностике и лечении амбулаторных больных, демонстрирующих симптомы и признаки сердечной недостаточности.

Вне зависимости от того, лечится больной в стационаре или амбулаторно, почти в 80 % случаев причиной развития хронической сердечной недостаточности или ассоциированным с ней заболеванием у него является артериальная гипертония.

Помимо причинно-следственных взаимоотношений следует обратить внимание ещё на то, что столь широкое распространение артериальной гипертонии среди больных с хронической сердечной недостаточностью определяет ещё одну очень важную деталь: особенности клинической

картины, диагностики и лечения амбулаторных пациентов с сердечной недостаточностью.

По нашим данным для амбулаторных больных с диагнозом хроническая сердечная недостаточность не характерны жалобы и признаки, связанные с систолической дисфункцией и застоем: влажные хрипы, периферические отёки, увеличение печени наблюдаются у них не более чем в 10-15 % случаев. Ведущими в клинической картине являются неспецифические показатели, такие как одышка, утомляемость, слабость, сердцебиение. Из клинических признаков обращает на себя внимание увеличение сердца, более ассоциированное с гипертрофией левого желудочка, а не с дилатацией полостей.

Сегодня мы имеем дело с другой сердечной недостаточностью, чем 20-30 лет назад. В связи с изменением её этиологической структуры в пользу артериальной гипертонии, расстройства диастолы стали всё более частой причиной декомпенсации, чем систолическая дисфункция, и нормальная фракция выброса и отсутствие дилатации сердца у больного с хронической сердечной недостаточностью не должны вводить врача в заблуждение. Сегодня хроническая сердечная недостаточность всё более становится болезнью амбулаторной, с более стёртым и длительным течением и более благоприятным прогнозом. Однако это не должно расслаблять и расхолаживать: итог у диастолической такой же, как и у «классической» систолической сердечной недостаточности. Усугубляет ситуацию то, что мы не имеем чёткой концепции лечения больных сердечной недостаточностью с сохранённой систолической функцией, хотя исследования в этом направлении уже ведутся.

Итак, правильно ли мы выбираем лекарственные препараты для лечения артериальной гипертонией в повседневной амбулаторной практике? К сожалению, скорее «нет», чем «да». Это касается и выбора препаратов, которые часто неэффективны, а подчас просто опасны. Это касается и порочной стратегии ведения больных с «курсовым» назначением гипотензивных средств, с неверным акцентом на монотерапию и использование неадекватных дозировок. Это касается и полного отсутствия какой-либо работы по созданию у больного стойкой мотивации к правильному и регулярному лечению и по обучению пациентов и их родственников элементарной фармакоэкономической грамотности.

Так ли уж всё безнадежно в этой ситуации и существует ли выход из неё? Скорее «да», чем «нет». Опыт наших исследований с больными артериальной гипертонией показал огромное желание и стремление врачей и пациентов к освоению и применению на практике современных подходов к профилактике

и лечению этих заболеваний. Главным итогом этих исследований стало доказательство возможности повсеместного эффективного контроля за артериальным давлением при соблюдении определённых правил. Эти правила подразумевают использование препаратов эффективных, соответствующих конкретной клинической ситуации, доказавших свою безопасность.

Наконец, показано, что положительный опыт лечения, регулярный врачебный контроль и доказательства экономической целесообразности активного лечения являются важнейшим фактором, побуждающим больного к полноценной терапии.

Всё это вселяет веру в возможность исправить ситуацию и дарит надежду на лучшее будущее.

Литература

1. Белоусов Ю.Б., Тхостова Э.Б. Классы гипотензивных препаратов: стратегия и тактика выбора первого препарата // Сердце. – 2002. – №5. – С.220-226.
2. Кобалава Ж.Д., Котовская Ю.В. Артериальная гипертензия 2000. Под ред. В.С.Моисеева. М.: Форте Арт, 2001; 208 с.
3. Моисеев В.С., Кобалава Ж.Д. Комбинированная фармакотерапия артериальной гипертензии // Сердце. – 2002. – №5. – С.228-231.
4. Ольбинская Л. И. Общность патогенеза АГ и ХСН // Сердечная недостаточность – 2002. – Т.3, №1(11). – с.17-18.
5. Carretero OA, Oparil S. Essential hypertension. Part I: definition and etiology // Circulation. – 2000. – Vol.101. – P.329-335.
6. Carretero OA, Oparil S. Essential Hypertension. Part II: Treatment // Circulation. – 2000. – Vol.101. – P.446-453.
7. Guidelines Committee. 2003 European Society of Hypertension–European Society of Cardiology guidelines for the management of arterial hypertension // J.Hypertension. – 2003. – Vol.21. – P.1011-1053.
8. Seven report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure // Hypertension. – 2003. – Vol.42. – P.1206-1252.

ЛЕЧЕБНЫЕ ФИЗИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ В ЭТАПНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ. СОВРЕМЕННЫЕ ДОСТИЖЕНИЯ, ПУТИ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ, ПЕРСПЕКТИВЫ

*Д.м.н., проф. Л.Д. Тондий, д.м.н., проф. О.Н. Роздильская
Харьковская медицинская академия последипломного образования*

Совершенствование системы преемственности лечения больных на этапах: стационар, поликлиника, санаторий является одной из актуальных проблем медицинской реабилитации и физиотерапии.

Лечебные физические факторы (ЛФФ) как источники энергии обладают весомыми преимуществами перед другими методами восстановительного лечения, позволяющими им быть тем связующим звеном, которое и обеспечивает истинную преемственность в лечении, а именно:

- могут назначаться на всех этапах лечения различных категорий больных, включая реанимационное отделение, поликлинику и стационар, санаторий;
- совершенствуют другие методы лечения и могут сочетаться с медикаментозной терапией (МП), психотерапией, ЛФК и массажем, методами народной и нетрадиционной медицины;
- обладают способностью оказывать положительное влияние на патогенез хронических заболеваний и признаются в ряде случаев методами базисной терапии;
- одновременно влияют на течение не только основного, но и сопутствующих заболеваний.

Наряду с этим, актуальность проблемы совершенствования лечения и курортной реабилитации больных с сочетанной патологией внутренних органов, в том числе радиационно-индуцированной, не вызывает сомнения.

На кафедре физиотерапии и курортологии и её клинических базах последние 10 лет накоплен большой и весьма успешный опыт применения природных и преформированных физических факторов в лечении сочетанной патологии сердечно-сосудистой и тиреоидной систем и других внутренних органов как в условиях стационара, так и этапе курортной реабилитации.

Разработана и внедрена методология научного исследования, включающая анализ эффектов ЛФФ в сравнении с плацебо и последовательного разового действия ЛФФ на фоне МП.

Разработки ведутся в рамках плановых НИР и являются материалом защищённых и выполняемых диссертационных работ.

У лиц с кардио-тиреоидной, гастро-тиреоидной, церебро-тиреоидной, гастро-кардиальной патологией, при сочетанном поражении периферических, церебральных и коронарных сосудов, осложнённом остеохондрозе позвоночника, острой закрытой черепно-мозговой травмой применяли хлоридные натриевые, йодобромные, радоновые, скипидарные ванны, подводный душ-массаж, пелоидотерапию, импульсные токи низкой частоты, ультразвук, магнитные поля, ингаляции вазоактивных препаратов в различных вариантах и сочетаниях.

Разработанные лечебные способы защищены 12 патентами Украины.

Вместе с тем, получены новые убедительные результаты оптимизации использования фармакологических препаратов с помощью ЛФФ в практике лечения и реабилитации кардиологических, неврологических, пульмонологических, гастроэнтерологических и отоларингологических больных.

Разработана система реабилитации сочетанной патологии внутренних органов с использованием методов водобальнеолечения, физикотерапии и ФП. Обоснована целесообразность включения физических методов в лечение и предупреждение осложнений радикальной противоопухолевой терапии у онкологических больных.

Полученные **результаты** свидетельствуют о том, что:

- состояние сердечно-сосудистой и тиреоидной систем является одним из ведущих факторов в клиническом прогнозе данной категории больных и определяет выбор медикаментозного и физиобальнеотерапевтического лечения;

- медикаментозная терапия у данной категории лиц характеризуется фрагментарностью, требует применения зачастую несовместимых между собой препаратов или медикаментозной коррекции осложнений фармакотерапии;

- *лечебные физические факторы являются методом выбора в лечении сочетанной категории пациентов, учитывая их способность одновременного влияния на ряд патогенетических механизмов развития заболеваний сердечно-сосудистой системы и патологии щитовидной железы, а также – на течение и исходы сопутствующих заболеваний.*

Таким образом, имеются все основания утверждать, что применение сочетанных лечебных способов: физические факторы и медикаментозные препараты теоретически обосновано и практически целесообразно. Данное направление позволяет совершенствовать как фармакотерапию, так и физиотерапию и курортное лечение сочетанной патологии внутренних

органов, позволяя расширить показания для использования препаратов и физических факторов на различных этапах медицинской реабилитации.

В настоящее время обосновывается необходимость дальнейшего совершенствования клинической физиотерапии.

Разрабатываются конкретные пути совершенствования преемственности лечебно-профилактических мероприятий с использованием лечебных физических факторов на разных этапах медицинской реабилитации, совершенствование вопроса дозировок физических факторов, методов и условий проведения преформированной физиотерапии с учётом достижений клинической фармакологии и (или) по типу использования природных лечебных факторов и диагностических методов.

Литература

1. Оганов Р.Н., Масленникова Г.Я. Проблемы сердечно-сосудистых заболеваний в Российской Федерации и возможности их решения // Российский кардиологический журнал. – 2000. – № 4. – С. 4-7.

2. Роздільська О.М., Афанас'єв М.В., Колесник Е.О., Фісенко Л.І. Фізичні фактори в комплексному лікуванні серцевої недостатності у хворих на ішемічну хворобу серця: Метод. рекомендації МОЗ України. – Харків, 2002. – 19 с.

3. Роздильская О.Н., Рачиба О.А. Клинико-физиологическое обоснование возможности лечебного применения ультразвука у больных гипертонической болезнью // Проблемы медичної науки та освіти. – 2005. – № 1. – С. 82-86.

4. Bakris G.L., Houston M.S., Messerli F.N. Effective use of combination therapy in hypertension // Patient Care. Fall. – 1997. Suppl: 10-12.

МЕТОДЫ НАРОДНОЙ И НЕТРАДИЦИОННОЙ МЕДИЦИНЫ В РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ

К.м.н. А.Н. Тубольцев, доц. А.П. Омельченко, к.м.н. И.Д. Ладная,
доц. И.Л. Вихтинская, доц. Л.Л. Загоруева, проф. И.И. Лещинюк,
доц. Е.С. Некрасова

Харьковская медицинская академия последипломного образования

Представлены методы народной и нетрадиционной медицины в комплексной реабилитации больных. Показана эффективность при затяжном течении и хронических формах заболеваний, а также при непереносимости фармакологических препаратов и для снижения медикаментозной нагрузки.

В реабилитации больных, требующих длительного и противорецидивного лечения, существенная роль принадлежит народным и нетрадиционным методам лечения. В последние годы в этом аспекте возрастает интерес к различным народным и нетрадиционным приемам воздействия. В настоящее время считается, что основы народной и нетрадиционной медицины базируются на концепции А. Эйнштейна в понимании мира, где материя взаимосвязана с полями и энергиями: электрическими, магнитными, гравитационными, квантовыми. Человек рассматривается как единство материи и энергии. Гармоничные связи и состояния между ними обуславливают здоровье, нарушение же их приводит к болезни [1].

Научная и философская основы народной и нетрадиционной медицины приходятся на XX-XXI века и базируются на современных научных знаниях. Как гласит народная мудрость: новое – это хорошо забытое старое.

Оказалась незаслуженно забытой народная медицина во многих странах. В Китае, Индии и других восточных странах сохранили свою философию, связь с миром и свои традиции в медицине и пришли с ними в XXI век. В Китае – это цигун, чжэнь-цзю терапия – основа сегодняшней рефлексотерапии. В Индии – аюрведа, йога – основа современной фитотерапии, дыхательной и лечебной гимнастики. В свете современных взглядов восстановление здоровья будет более успешным, если комплекс реабилитационных мероприятий будет проводиться в направлении коррекции нарушенного энергетического баланса (биоэнергоинформтерапия).

В настоящее время не вызывает сомнения эффективность использования в различных областях медицины такого метода как рефлексотерапия, особенно в сочетании с классическими методами лечения. Многовековой опыт, приобретенный восточной медициной, сегодня особенно необходим в связи с увеличением количества аллергических реакций у пациентов и многочисленными побочными эффектами от современных лечебных методов [10].

Рефлексотерапия – это объединение различных методов (массаж, вакуум-массаж, лазеротерапия, электростимуляция, микроволновая резонансная терапия, прижигание и прогревание, введение лекарственных средств в акупунктурные точки – фармакопунктура). Выбор и сочетание акупунктурных точек, расположенных на туловище, голове и конечностях, на ушной раковине, зависят от заболевания того или иного органа или системы, а также от стадии и выраженности процесса [10]. Достаточно эффективна рефлексотерапия при заболеваниях центральной и периферической нервной системы, сердечно-сосудистой системы, органов дыхания, опорнодвигательного аппарата, эндокринных желез и мочеполовых органов, а также в гинекологии. Сочетанное воздействие иглорефлексотерапии (ИРТ) и гирудотерапии может быть методом выбора при функциональных нарушениях желез внутренней секреции. Гирудотерапия известна с давних времен как метод положительного воздействия на нейроэндокринный баланс. Пиявка «работает» на эфирном теле человека и «отдаёт» до 80 биологически активных веществ, участвующих в гомеостазе [8].

За последние десятилетия значительное развитие получила фитотерапия – наука о профилактике и лечении заболеваний с помощью лекарственных растений [12, 13]. На протяжении всей истории человечества мир растений был источником ценных лекарственных средств. Сегодня треть лечебных препаратов добывают из растительного сырья. Многолетняя история взаимоотношений официальной медицины с эмпирическим траволечением не всегда базировалась на принципиальной оппозиции. Нередко в случаях лечения пациентов, особенно с хроническим течением, когда методы и средства официальной медицины оказывались бессильными, эффективно проявляли себя лечебные формы, изготовленные из лекарственных растений. В продолжающемся загрязнении окружающей среды, с расширением аллергизации населения и появлением «лекарственной» болезни растёт интерес к использованию лекарственных растений. Особый интерес представляет поиск забытых сборов старых «травников». Лекарственные растения широко используются в различных областях клинической медицины: акушерстве и гинекологии, аллергологии, гастроэнтерологии, дерматологии, эндокринологии, стоматологии, урологии и др. Основная цель фитотерапии – это индивидуальный подбор лекарственных растений для патогенетически обоснованного лечения и профилактики заболеваний. К наиболее изученным биологически активным веществам в растениях относятся алколоиды, флавоноиды, гликозиды, фенольные и дубильные вещества, витамины, эфирные масла и др. Начинать фитотерапию целесообразнее с малокомпонентных сборов, постепенно увеличивая (строго

индивидуально) количество лечебных трав, в зависимости от имеющихся симптомов [13].

Одним из альтернативных направлений в медицине и, как показывает практика, – достаточно перспективным, является гомеопатия, использующая лечение малыми дозами лекарств по закону «подобия» и активирующая «самопомощь» и «самолечение» организма [11]. Это особенно ценно в реабилитации больных с затяжным течением заболеваний.

Комплексная медицинская реабилитация больных немыслима без правильного питания, рассчитанного индивидуально на каждого пациента в зависимости от характера, стадии заболевания и функционального состояния. В отличие от других факторов окружающей среды, пища – это в высшей степени сложный многокомпонентный фактор [2]. С нею в организм поступает более полусотни незаменимых питательных веществ. В зависимости от свойств и состава пища по-разному влияет на организм. С её помощью мы можем изменять функцию и трофику тканей, органов, систем организма в целом в сторону их усиления или ослабления. В питании человека в современных условиях научно-технического прогресса диспропорция в химическом составе (недостаток одних и чрезмерное количество других пищевых веществ) составляет основной фактор риска. На фоне недостаточной пластической функции питания, и ещё менее выраженной биорегуляторной и защитно-реабилитационной, её энергетическая функция увеличена. Установлено, что значительное число взрослых людей в разных странах мира имеет избыточную массу тела. Поэтому особое значение приобретает обеспечение сбалансированности и полноценности питания при минимальной его энергетической ценности. Под «рациональным» понимают питание здоровых групп населения, которое обеспечивает постоянство внутренней среды организма (гомеостаз) и поддерживает жизненные его проявления на высоком уровне в различных условиях труда и быта [5]. На этапе восстановительного лечения больных, когда уже не требуется строгое соблюдение принципов химического и механического щажения, предусматривается вариант диетотерапевтического и лечебно-профилактического питания, создаются условия оптимального приёма пищи: хорошая сервировка стола, микроклиматический комфорт, музыка, высокая культура обслуживания и т.д. Это способствует хорошему настроению, положительным эмоциям и скорейшему выздоровлению [2, 5].

Нетрадиционные виды питания (раздельное питание, сыроедение, вегетарианство, питание макробиотиков, голодание и т.п.), претендующие на универсальность и «чудодейственность», содержат в себе как рациональные рекомендации, так и антинаучные положения, способные принести в

процессе их практического использования большой вред здоровью. Одним из наиболее агрессивных вариантов самодеятельных диет, получивших широкое распространение, является голодание. Наиболее оптимальным является не просто лечебное голодание, а разгрузочно-диетическая терапия (РДТ), которая дополняется рядом процедур, способствующих реабилитации и выведению из организма токсичных продуктов («шлаков»): душ, массаж, очистительные клизмы, дыхательная гимнастика, прогулки. В целях борьбы с чрезмерной массой тела наиболее эффективным является сочетание гипокалорийных диет с разгрузочными днями и дозированными физическими нагрузками. Подобные реабилитационные программы должны составляться строго индивидуально с учетом показаний и противопоказаний [2].

В народе давно для лечения используют мед и пчелиный яд и такие продукты пчеловодства, как цветочная пыльца, перга, маточное молочко, прополис, воск (апитерапия). Показания – истощение, длительное течение болезни, хроническое перенапряжение, стресс, вегето-сосудистая дистония, анемия, язвы любой локализации, заболевания печени, почек, лёгких. Ограничивает применение апитерапии только индивидуальная непереносимость [4].

Становится популярной ароматерапия – комплексное лечение ароматическими веществами, позволяющее защищать иммунную систему, давать дополнительную энергию, или, наоборот, стабилизировать эмоции. Фитотерапевтические аромакомпозиции используются для массажа, втираний, ванн, душей, аппликаций, в косметическом уходе за лицом и телом [6].

Возрастает интерес к такому методу лечения, как агрило-, или болюсо-терапия. Это лечение глиной. Глина содержит макро- и микроэлементы необходимые человеку, отдаёт их организму и, обладая сорбционными свойствами, поглощает шлаки, токсины и канцерогенные вещества. Обладает бактерицидным и ранозаживляющим действием. Оказывает целебный эффект при артрозах, артритах, остеохондрозе, остеомиелите. Стимулирует кровообращение и обмен веществ в коже. Поэтому её с успехом применяют в косметологии для нормализации водно-солевого баланса и замедления процесса старения кожи.

Значительную роль в процессе восстановительного лечения играет активное участие самого больного. Но не все больные осознают необходимость длительного поэтапного лечения. Очень эффективной в таких случаях оказывается психотерапия, которая способствует переосмыслению и осознанию больным своего состояния и стремлению к выздоровлению. Увеличивается количество больных молодого и среднего возраста, у которых заболевания внутренних органов, позвоночника, суставов, нервной системы

сопровожаются психосоматическими расстройствами [7]. Вот почему в комплексе индивидуальной реабилитационной программы каждого больного очень важным звеном является вариант психотерапии: внушение, самовнушение, рациональная психотерапия, аутогенная тренировка [9].

С давних времен известно значение движения в жизни человека, важна активность не только скелетно-мышечная, но и осознанно-регулируемая. Потребность в движении в общебиологическом плане является основой жизни и здоровья. Механизм соединения элементов психотерапии и физических упражнений обоснован еще в теориях восточных школ (цигун, йога и др.). Важнейшим в освоении методов психофизической гимнастики является умение регулировать процессы дыхания, мышечный тонус и состояние психики. Специальные дыхательные методики (К. Бутейко и др.) тренируют организм и способствуют реализации резервов, повышают эффективность идеомоторных актов. Повышается стойкость организма к кислородному голоданию, что благотворно влияет на ферментные системы, кровообращение, обменные процессы, улучшается сон, повышается настроение и работоспособность. Особое место психофизическая гимнастика занимает в реабилитации больных с болевыми синдромами, обусловленными так называемым остеохондрозом шейного и грудного отдела позвоночника. Хорошие результаты даёт сочетание массажа и самомассажа с ИРТ и приёмами мануальной терапии (МТ) [3]. В острых и подострых случаях предпочтительнее применять мягкие техники МТ в сочетании с постизометрической релаксацией и массажем [14]. Для профилактики рецидивов в стадии ремиссии проводят «наращивание мышечного корсета»: курсы изометрической гимнастики в сочетании с массажем шейно-воротниковой зоны.

Таким образом, широкий спектр представленных методов народной и нетрадиционной медицины может с успехом использоваться для комплексного лечения и реабилитации больных, которые длительно болеют и плохо переносят фармакологические препараты.

Литература

1. Биоэнергетика человека. Энциклопедия. – М.: Формопрогресс, 1994. – 73с.
2. Ванханен В.В., Ванханен В.Д., Циприян В.І. Нутріціологія. – Донецьк, /Донеччина/, 2001. – 474с.
3. Веселовский В.П. Практическая вертеброневрология и мануальная терапия. – Рига, 1991. – 340с.
4. Лудянский Е.А. Очерки практической апитерапии – М.: Медицина, 1993. – 450с.

5. Мартинчик А.Н., Маев И.В., Янушенич О.О. Общая нутрициология. Учебное пособие. М.: / Медпресс – информ / , 2005. – 392с.
6. Миргородский С.Н. Ароматерапия. Мир запахов – запахи мира. – М.: Навеус, 1998. – 118с.
7. Михайлов Б.В., Сердюк А.И., Федосеев В.А. Психотерапия в общесоматической медицине: Клин. рук-во. Х.: 2002. – 108с.
8. Никонов Г.И. Пиявка медицинская. Основы гирудотерапии – СПб: СДС, 1998. – 298с.
9. Психотерапия / Под ред. Б.Д. Карвасарского. – СПб., 2000. – 544с.
10. Табеева Д.М. Практическое руководство по иглорефлексотерапии. М.: Медпресс, 2001. – 456с.
11. Тихонов А.И., Тихонова С.А. Основы гомеопатической фармации. Учебник для студентов. Фарм. спец. вузов. Х.: Изд-во НФАУ /Золотые страницы/, 2002. – 574с.
12. Универсальная энциклопедия лекарственных растений. Минск, 2002. – 650с.
13. Чекман І.С. Клінічна фітотерапія. К.: Вид. А.С, 2003. – 290с.
14. Чикуров Ю.В. Мягкие техники в мануальной медицине. М.: Триада, 2003. – 144с.

ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

К.м.н. О.С. Балабуха

Харьковская медицинская академия последипломного образования

Психотерапевтическая реабилитация онкологических больных рассматривается с позиции психосоматической концепции в медицине. Акцент делается на показателе качества жизни.

Онкологические заболевания – одна из актуальных проблем медицины во всем мире. В Украине, по данным за 2005 год, общее количество случаев заболевания составило 157 170 человек. У мужчин наиболее распространен рак трахеи, бронхов и легких – он выявлен у 20,2% среди общего числа больных, что составило 18 779 человек. У женщин наиболее распространен рак молочной железы: в 2005 году в Украине им заболело 15 690 человек – 19,4% от общего числа заболевших.

В Харьковской области в 2005 году выявлено 9 299 онкологических больных. При этом рак трахеи, бронхов и легких имел место у 1 088 мужчин, рак молочной железы – у 1 135 женщин [1].

В Чугуевском районе (по данным на конец ноября 2007 года) общее количество случаев заболевания составило 224 человека; при этом на диспансерном учете у онколога состоит 1 444 больных.

Весь мир работает над разработкой новых методов лечения. Их эффективность оценивается по определенным критериям. Наиболее значимым является показатель выживаемости. Вторым по надежности в Европе, США, а в последние годы и в России, считается показатель качества жизни онкологических больных [2-4]. В результате многочисленных научных исследований доказано, что качество жизни является более важным критерием эффективности противоопухолевой терапии, чем первичный опухолевый ответ. Также установлено его надежное прогностическое значение [5,6].

Качество жизни представляет собой интегральный показатель физического, психологического, эмоционального и социального благополучия. А оно существенно нарушается в связи с наличием онкологического заболевания [2].

В последние десятилетия в зарубежной медицине имеет место тенденция ставить целью лечения онкологических больных не только продление их жизни: не менее важным считается повышение ее качества. В связи с этим лечение таких больных стает все более щадящим, операции – все более органосберегающими. Параллельно акцент ставится на расширении

психологической, психотерапевтической помощи больным в течение всего процесса лечения и реабилитации [7]. Это обусловлено быстрым развитием медицинской психологии и психотерапии, возможности которых в настоящее время таковы, что их можно эффективно использовать для повышения качества жизни онкологических больных, а именно влиять на ее психологическую и эмоциональную составляющие, что в итоге приводит к улучшению социального функционирования.

Психотерапия онкологических больных опирается на психосоматическую концепцию рака [8]. В ней выделяют два аспекта. Первый аспект – соматопсихические влияния, то есть воздействие соматического заболевания на психику человека. В случае онкологической патологии оно несомненно. И здесь, в свою очередь, следует обратить внимание на тяжелейшее психотравмирующее влияние самого факта заболевания. Известно, что каждый психически нормальный человек, узнав о том, что у него рак, испытывает тревогу, страх, иногда доходящие до уровня паники, имеют место депрессивные нарушения различной степени тяжести, нередко появляется ипохондрическая сосредоточенность на своем самочувствии, многие больные самоизолируются – уходят от активной социальной жизни.

Вторым источником психических нарушений у онкологических больных являются биологические причины: патологические процессы, протекающие в организме и нарушающие его нормальную жизнедеятельность. Это создает неблагоприятные условия для работы головного мозга – материального субстрата психической деятельности. Кроме того, проводимое лечение (например, наркоз во время операции, химиотерапия, лучевая терапия и др.) также оказывает влияние на состояние и работу головного мозга.

Каковы возможности психотерапии соматопсихических нарушений у онкологических больных? Безусловно, психотерапия является эффективным средством коррекции расстройств адаптации – прямого следствия психической реакции человека на болезнь [9]. Установлено, что психотерапия показана практически всем онкологическим больным уже потому, что высокий уровень ситуативной тревоги имеют 100% больных на догоспитальном этапе, 97% больных – на госпитальном и 91% больных – на постстационарном этапе; высокая личностная тревога установлена у 84% больных. Наиболее часто тревога и страх выявляются в структуре тревожно-депрессивного синдрома, который встречается у 45-53% онкологических больных. При этом психогенные реакции имеют разную степень тяжести – от легкой (у 26% больных) до тяжелой (у 39%). В последнем случае обязательное условие – сочетание психотерапии с медикаментозным лечением. Препаратом выбора является феварин – антидепрессант с

выраженным анксиолитическим эффектом [10]. По способности устранять тревогу он значительно опережает такие препараты, как пароксетин, флуоксетин и сертралин. При этом феварин не вызывает седации и имеет благоприятный профиль переносимости.

Кроме устранения у онкологических больных психопатологических нарушений, психотерапия ставит целью коррекцию у пациентов внутренней картины болезни, оказание психологической помощи членам семьи, психологическую реабилитацию с целью скорейшего возвращения к активной, полноценной социальной жизни [8]. Все это улучшает качество жизни онкологических больных.

Вторым аспектом психосоматической концепции являются собственно психосоматические соотношения, то есть влияние психологических факторов на протекание патологических и физиологических процессов в теле. В последние годы в Европе, в США проводятся многочисленные научные исследования психологических факторов этиологии рака. Так, установлено, что у подавляющего большинства больных за несколько лет до обнаружения опухоли имела место серьезная психическая травма, а нередко – целый ряд травм, в результате чего жизнь таких людей стала для них настолько тяжела, что им легче было умереть, чем продолжать жить [11]. Именно поэтому для онкологических больных является характерным выраженное бессознательное стремление к смерти. Это означает, что на сознательном уровне такой человек готов пройти любые испытания, чтобы выжить, а в подсознании у него постоянно звучит «Я не могу, не хочу так жить. Я хочу умереть». И, по мнению ряда ученых, именно такое состояние психики и стимулирует в организме процессы, которые приводят к возникновению и развитию опухоли; появляется все больше работ, в которых рак причисляется к числу психосоматических заболеваний. Современные системные, гомеостатические теории психосоматики обращают внимание ученых на важную роль психики в развитии рака [8, 11].

В настоящее время психотерапия посредством разнообразных методов может помочь человеку решить психологические проблемы и, таким образом, также повлиять на эмоциональную, психологическую и социальную составляющие качества их жизни.

Учитывая потребность онкологических больных в психотерапевтической помощи, кафедра реабилитации и психотерапии ХМАПО начала реализовывать на базе Чугуевской центральной районной больницы программу психотерапевтической реабилитации онкологических больных. Она проводится в два этапа: в первую очередь устраняются соматопсихические нарушения, а затем, совместно с больным, проводится

работа над его психологическими проблемами. Это приводит к повышению качества жизни больных и улучшению прогноза.

Литература

1. Рак в Україні, 2004-2005. Захворюваність, смертність, показники діяльності онкологічної служби //Бюлетень національного канцер-реєстру України, 2006. – № 7. – 96 с.
2. Новик А.А., Ионова Т.И. Руководство по исследованию качества жизни в медицине. – М.: ЗАО «ОЛМА Медиа Групп», 2007. – 320 с.
3. Переводчикова Н.И. Обеспечение качества жизни больных в процессе противоопухолевой терапии. // Терапевтический архив. – 1996. – Т.10. – С.37-41.
4. Ионова Т.И., Новик А.А., Сухонос Ю.А. Качество жизни онкологических больных // Вопросы онкологии, 1988. – Т. 44. – № 6. – С.
5. Coates A.S., Gebiski V., Signorini D. et al. Prognostic value of quality-of-life scores during chemotherapy for advanced breast cancer // J. Clin. Oncol. – 1992. – № 10. – P. 1025-1030.
6. Kaasa S., Mastekaasa A., Lund E. Prognostic factors for patients with inoperable non-small lung cancer, limited disease. The importance of patients' subjective experience of disease and psychological well-being. // Radiother. Oncol. – 1989. – Vol. 15. – P. 235-242.
7. Дроздова И.В. Психологические аспекты реабилитации больных // Международный медицинский журнал, 2002. – Т.8. – ; 4. – С. 50-52.
8. Сидоров П.И., Соловьев А.Г., Новикова И.А. Психосоматическая медицина: Рук-во для врачей / Под ред. акад. РАМН П.И. Сидорова. – М.: МЕДпрессинформ, 2006. – 568 с.
9. Ахмедов Т.І., Балабуха О.С. Психотерапевтична корекція вираженого анкіозного синдрому при онкологічних захворюваннях.
10. Феварин (флувоксамин): безопасность, проверенная временем (Материалы, предоставленные представительством компании Солвей-Фарма в Украине). Клинический обзор // нейрон-ревью, 2007. – № 2. – С. 29-32.
11. Менегетти А. Психосоматика. – М.: ННБФ «Онтопсихология», 2003. – 328 с.

БОЛЕЗНЬ ПАРКИНСОНА: СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ И РЕАБИЛИТАЦИИ

К.м.н. Г.В. Важенина

Харьковская медицинская академия последипломного образования

Болезнь Паркинсона – хроническое прогрессирующее заболевание головного мозга, преимущественно связанное с дегенерацией дофаминергических нейронов черной субстанции и нарушением функции базальных ганглиев.

Распространенность болезни Паркинсона колеблется в значительных пределах и в среднем составляет 100 случаев на 100 000 человек. Показатель заболеваемости болезнью Паркинсона, по данным разных авторов, колеблется от 4,5 до 23,8 случаев на 100 000 населения в год. Заболеваемость и распространенность болезни Паркинсона увеличиваются с возрастом: редко встречается в возрасте до 40 лет, частота встречаемости существенно увеличивается после 50 лет и достигает наибольшей величины в возрасте старше 70 лет (до 300-1800 на 100 000 населения). Среди больных незначительно преобладают мужчины – соотношение числа больных мужчин и женщин колеблется от 1,1 до 1,6 по данным разных исследований. На долю болезни Паркинсона приходится около 80% всех случаев синдрома паркинсонизма [1,5].

Этиология болезни Паркинсона неизвестна. Многочисленные исследования привели к выводу о том, что существует наследственная предрасположенность к болезни Паркинсона, а возможное влияние таких факторов, как возрастная экстрапирамидная недостаточность, цереброваскулярная патология, психоэмоциональный стресс, возможный генетический дефект, нейротоксический фактор, лекарственные препараты, инфекционные заболевания, черепно-мозговая травма предопределяет начало и течение процессов дегенерации нейронов.

В результате сложных патобиохимических процессов, вследствие активации генетически запрограммированного механизма апоптоза происходит гибель дофаминергических нейронов. Снижение количества дофаминергических нейронов в компактной части черной субстанции приводит к уменьшению содержания дофамина в головном мозге, что, в свою очередь, вызывает дисфункцию других групп нейронов: относительное или абсолютное повышение активности холинергических и глутаматергических систем, снижение активности норадренергических систем и др. [2].

Дофамин – основной нейротрансмиттер головного мозга. Снижение синтеза и высвобождения дофамина запускает каскад сложных изменений в

нейротрансмиттерных механизмах функционирования базальных ганглиев и других структур головного мозга, приводящих к развитию характерных для этого заболевания двигательных, когнитивных, психических и вегетативных нарушений.

Ядро клинической картины болезни Паркинсона составляет классическая триада симптомов:

1) акинезия (гипокинезия), которая проявляется замедленностью движений, снижением моторной инициативы (у больных особенно затруднено начало движения: больному трудно встать со стула, сделать первый шаг, изменить положение тела в постели и встать с кровати), быстрым уменьшением амплитуды и скорости при повторяющихся движениях, (например, при сжимании и разжимании кисти), гипомимией, редким миганием, гипофонией, микрографией, укорочением длины шага и т.д.;

2) ригидность – повышение мышечного тонуса, субъективно проявляющееся чувством скованности и затрудняющее произвольные движения;

3) тремор покоя чаще всего возникает в дистальном отделе руки или ноги, уменьшается при ее движении, напоминает движения при скатывании пилюль или счета монет.

Заболевание может начаться с каждого из этих симптомов, а в последующем к нему присоединяются другие, в некоторых случаях в дебюте отмечают сразу два или три основных симптома.

Четвертый важнейший признак Болезни Паркинсона, который присоединяется на более поздней стадии – постуральная неустойчивость: больному трудно удержать равновесие при изменении положения тела или ходьбе (возможны падения, внезапные спонтанные переходы к быстрой ходьбе вперед, назад или в сторону).

Болезнь Паркинсона неуклонно прогрессирующее заболевание, требующее непрерывного постоянного лечения, с неизбежно возникающими в результате длительной терапии побочными эффектами.

Основные принципы лечения:

1) Лечение на разных этапах должно обеспечивать удовлетворительный фармакотерапевтический эффект и предупреждать раннее появление побочных эффектов.

2) Лечение принято начинать, когда двигательный дефект существенно ухудшит функциональные возможности больного: затруднит продолжение работы или ограничит его бытовую независимость – обычно не позднее, чем через год после появления первых симптомов болезни.

3) В начале болезни применяется монотерапия.

4) Монотерапия любым противопаркинсоническим препаратом первого выбора начинается с субпороговых доз.

5) Оптимальная индивидуальная доза подбирается постепенно в течение не менее 3-4 недель с установлением оптимальной однократной дозы и кратности приема в течение дня: на первой стадии обычно бывает достаточным 2-х или 3-х кратный прием, на второй и третьей стадиях – 3-х или 4-х кратный прием.

6) При снижении эффективности монотерапии добавляются другие противопаркинсонические препараты (применяется комбинированная терапия).

7) Для определения начальной терапии исключительно важное значение имеют возраст больного и состояние психических функций.

8) Наряду с медикаментозным лечением необходимо осуществлять социально-психологическую и физическую реабилитацию. В комплекс лечения и реабилитации должны входить нейропсихологический тренинг, речевая терапия, лечебная гимнастика, включающая аэробные упражнения, упражнения в изометрическом режиме, на растяжение и координацию, что улучшает подвижность больных, важное значение имеет полноценное питание, препятствующее снижению мышечной массы.

9) При неэффективности консервативной терапии ставится вопрос об оперативном лечении.

В настоящее время лечение проводят, ориентируясь главным образом на симптоматический и патогенетический эффекты противопаркинсонических препаратов. На данный момент к числу противопаркинсонических средств, применяемых при болезни Паркинсона, относят 6 групп лекарственных средств:

Для повышения дофаминергической активности применяются препараты леводопы, агонисты дофаминовых (ДА) рецепторов, ингибиторы моноаминоксидазы (МАО) типа В, ингибиторы катехол-О-метилтрансферазы (КОМТ), для коррекции относительного или абсолютного повышения холинергической активности применяются холинолитики, для снижения активности глутаматергической системы – препараты амантадина. Препараты этих групп можно сочетать в рамках комбинированной терапии.

В настоящее время препараты леводопы остаются наиболее эффективными противопаркинсоническими средствами, золотым стандартом лечения [3,4,6]. Применение леводопы улучшает степень реабилитации больных, увеличивает ожидаемую продолжительность жизни, однако не останавливает прогрессирование заболевания.

В зависимости от целей лечения применяют препараты чистой леводопы (редко), препараты содержащие леводопу и ингибиторы периферической ДОФА-декарбоксилазы, препараты леводопы длительного действия и препараты леводопы быстрого действия.

В течение нескольких лет леводопа у 95% пациентов с болезнью Паркинсона способна обеспечить адекватный уровень двигательной активности (период медового месяца), однако через несколько лет почти неизбежным является снижение эффективности лечения, развитие моторных колебаний эффекта (моторных флуктуаций) и избыточных движений (дискинезий), которые сами по себе инвалидизируют больных.

Поэтому, желательно отсрочить момент назначения леводопы, заменив ее другими препаратами, особенно, это касается больных более молодого возраста: чем моложе больной, тем позже следует вводить препараты леводопы.

Европейские и американские руководства по лечению болезни Паркинсона рекомендуют в качестве препаратов первой линии терапии назначать агонисты дофамина.

Современные препараты агонисты дофаминергических рецепторов, назначаемые на ранней стадии болезни Паркинсона, способны оказывать терапевтический эффект, сопоставимый с действием леводопы, практически не вызывают дискинезий и позволяют отсрочить развитие флуктуаций, а назначаемые на более поздних стадиях в комбинации с препаратами леводопы, позволяют уменьшить дозу леводопы и, тем самым, уменьшить проявления клинического патоморфоза болезни и побочные эффекты [5].

Агонисты дофаминергических рецепторов непосредственно стимулируют дофаминовые рецепторы на стриарных нейронах в обход дегенерирующих нигростриарных клеток. Антипаркинсоническое действие агонистов дофамина обусловлено в основном воздействием их на D2 и D3-дофаминергические рецепторы.

При болезни Паркинсона снижается активность как дофаминергической, так и норадренергической систем. Препарат, недавно появившийся на украинском фармацевтическом рынке, пирибедил (проноран) – единственный агонист дофамина, одновременно повышающий активность и дофаминергической и норадренергической систем, стимулирующий постсинаптические D2/D3 рецепторы и блокирующий альфа2 пресинаптические рецепторы, что увеличивает высвобождение норадреналина в структурах мозга.

Проноран эффективен при лечении как основных двигательных нарушений, так и симптомов, возникающих в результате дефицита

норадреналина (расстройств походки, снижения настроения, сонливости и когнитивных расстройств). Эффективен как на ранних стадиях болезни в качестве монотерапии, так и на поздних стадиях в комбинации с L-Допой.

Литература

1. Голубев В.Л., Левин Я.И., Вейн А.М. Болезнь Паркинсона и синдром паркинсонизма. – М.: Медпресс, 1999. – 416 с.
2. Карабань И.Н., Карабань Н.В., Мищенко Т.С., Карасевич Н.В., Калищук Т.Н. Болезнь Паркинсона // Новости медицины и фармации. – 2007. – №215. – С. 16-19.
3. Карабань Н.В. Препараты леводопы в патогенетической терапии болезни Паркинсона // Український медичний часопис. – 2006. – №5(55). – С.46-50.
4. Хаас А. Новые аспекты терапии болезни Паркинсона // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2001. – № 5. – С. 54-55.
5. Шток В.Н., Иванова-Смоленская И.А., Левин О.С. Экстрапирамидные расстройства: руководство по диагностике и лечению. – М.: МЕДпресс-информ, 2002. – 608 с.
6. Fahn S. Parkinson disease, the effect of levodopa, and the ELLDOPA trial. Earlier vs Later L-DOPA // Arch. Neurol. – 1999. – № 56 (5). – С. 529-535.

ОЗОНОТЕРАПИЯ В РЕАБИЛИТАЦИИ

В.В. Ганичев, Е.И. Клочко, Т.Т. Джанелидзе

Институт озонотерапии и медоборудования, г. Харьков

Харьковская медицинская академия последипломного образования

Реабилитация и восстановление нарушенного здоровья больных после различных заболеваний, представляет собой серьёзную медико-социальную и экономическую проблему, в решении которой всё большее значение придаётся использованию естественных и преформированных физических факторов. Это обусловлено прежде всего тем, что клиническая эффективность медикаментозного лечения не всегда высокая. Наличие побочных эффектов, аллергических реакций при медикаментозном лечении является существенной причиной в ограничении применения фармакологических лекарственных средств. Поэтому, весьма актуальной в лечебной практике остаётся проблема поиска и применения комплексных немедикаментозных методов реабилитации больных. Одним из перспективных направлений в медицине является применение озонотерапии.

Озон представляет собой аллотропную форму кислорода, а следовательно, является для живого организма естественным природным фактором. Применение озона во многом устраняет нарушения метаболизма, структуры и функций кардиомиоцитов, что служит показанием использования озонотерапии у больных для коррекции клинических, гемодинамических и метаболических нарушений, в том числе и при неэффективности традиционной терапии.

Институт озонотерапии и медоборудования при реабилитации больных широко использует озонотерапию – эффективный, немедикаментозный метод лечения, оказывающий иммунорегулирующее, противогипоксическое воздействие, при котором практически нет побочных эффектов.

Применение озона в практической медицине имеет более чем столетнюю историю. Лечение озоном широко применялось в Германии, Италии, США, на Кубе и других государствах. В 70-е годы прошлого столетия озонотерапию начали применять при лечении в России. На Украине первая школа озонотерапевтов сформировалась в Харькове в 90-е годы 20 столетия. Её появление было обусловлено поиском новых, высокоэффективных методов лечения и профилактики различных заболеваний, реабилитации больных после тяжёлых болезней и воздействия внешних патогенных факторов.

Однако широкое внедрение методов озонотерапии в Украине сдерживалось отсутствием высококачественной и сертифицированной

отечественной аппаратуры для озонотерапии и разрешения Министерства Здравоохранения Украины на практическое применение данного метода лечения.

Новый этап в истории украинской школы озонотерапевтов и озонотерапии связан с созданием в Харькове Украинской ассоциации озонотерапевтов и производителей медоборудования, зарегистрированной в апреле 2000 года с целью распространения новых методов лечения, координации и объединения научно-исследовательской, учебной, лечебной и информационной деятельности в области озонотерапии, что позволило обобщить и систематизировать европейский, российский и украинский опыт за несколько десятков предыдущих лет.

Членами Украинской ассоциации озонотерапевтов и производителей медоборудования (председатель – член-корр. МАНэб В.В. Ганичев) являются медицинские учебные университеты и академии, научно-исследовательские и лечебные учреждения, фонды и организации со всех регионов Украины и из-за рубежа.

Создание в Харькове Института озонотерапии и медоборудования способствовало получению в Минздраве Украины официального разрешения на применение озонотерапии, внедрению в различные медицинские учреждения и клиники Украины разнообразных методов озонотерапии, разработке новых методик и способов применения озона, выполнению широкого спектра научно-исследовательских работ, созданию и производству новых видов аппаратуры.

В Институте озонотерапии и медоборудования были разработаны оригинальные методики озонотерапии (Патенты: «Спосіб визначення індивідуальної дози озону», «Спосіб приготування лікувально-оздоровчого озono-кисневого коктейлю», «Спосіб інгаляційної озонотерапії», «Спосіб проведення великої аутогемоозонотерапії» та ін.).

Впервые в Украине и СНГ Украинской ассоциацией озонотерапевтов и производителей медоборудования (г. Харьков) совместно с Институтом озонотерапии и медоборудования и Харьковской медицинской академией последипломного образования разработаны и утверждены Министерством Здравоохранения Украины 11.01.2001 года методические рекомендации «Методики озонотерапии» (Л.Д. Тондий, В.В. Ганичев), в которых изложены показания и противопоказания применения озono-кислородной смеси, виды озонаторов и их характеристики, способы приготовления озонированных материалов и методики лечения при различных заболеваниях.

Издано и утверждено МОЗ Украины 21.06.2001 года учебное пособие для медицинских ВУЗов «Основные принципы и методы озонотерапии в

медицине» (Л.Д. Тондий, В.В. Ганичев, Ю.И. Козин), разработанное Украинской ассоциацией озонотерапевтов и производителей медоборудования совместно с Харьковской медицинской академией последипломного образования и Институтом озонотерапии и медоборудования, обобщившее опыт различных европейских школ озонотерапии, и, в частности, пятнадцатилетний опыт работы украинских врачей, детально осветившее медицинские аспекты использования озона и его органических соединений при различных заболеваниях, влияние строго дозированных концентраций озона на больных с различной патологией, пути обеспечения эффективности их лечения и реабилитации.

Однако длительное отсутствие лечебной аппаратуры, соответствующей всем необходимым требованиям, существенно тормозило широкое использование озона для лечения и профилактики заболеваний. Поэтому коллективом под руководством В.В. Ганичева были разработаны и утверждены «Основные медико-технические требования и рекомендации», которым должны соответствовать современные медицинские озонаторы.

В соответствии с утверждёнными медико-техническими требованиями, Институтом озонотерапии и медоборудования был создан аппарат – универсальный медицинский озонатор нового поколения «Озон УМ-80». Он предназначен для системного и местного применения и позволяет выполнять более 30 различных методик лечения. В разработке уникального аппарата, не имеющего аналогов в СНГ, принимали активное участие Институт физики плазмы Национального Научного Центра «Харьковского физико-технического института» НАНУ (разработчик электронных ускорителей, термоядерных установок «Уратан»), атомных реакторов и Научно-производственное предприятие «Хартрон» (ведущий разработчик электронного оборудования, программ и систем управления для ракетно-космической техники).

В соответствии с утверждёнными медико-техническими требованиями, обязательным условием является применение в озонотерапии высокоочищенной озono-кислородной смеси (ОКС), что достигается за счёт применения фильтров доочистки кислорода и специальной конструкцией разрядной камеры генератора озона с двойным барьером.

Выпускаемый Институтом озонотерапии и медоборудования универсальный медицинский озонатор «Озон УМ-80» сертифицирован и внесён в Реестр МОЗУ Украины (Свидетельство о государственной регистрации № 2578/2004 от 26.03.2004г.). Аппарат работает в заданном режиме автоматически, контролируя и поддерживая концентрацию озона от 0,2 до 80 мг/л. с шагом 0,1 мг/л, погрешность измерения $\pm 5\%$ вне

зависимости от скорости подачи кислорода. Использование двухступенчатой системы фильтров очистки кислорода и конструкции разрядной камеры с двойным барьером гарантирует выработку абсолютно чистой ОКС. Безопасность работы обеспечивается системой полной автоматизации работы озонатора с обратной связью регулирования всех его режимов и поддержания заданных концентраций озона, а также остановку и отключение аппарата при нарушении режимов работы или ошибочных действиях обслуживающего персонала.

Благодаря появлению медицинского озонатора нового поколения, позволяющего точно варьировать дозы озона на таком низком уровне, который раньше вообще не признавался весомым для терапии, используя в полном объёме опыт украинской и зарубежных школ озонотерапии, отечественная медицина, применяя озон в качестве лекарственного и профилактического средства, имеет возможность значительно повысить общую эффективность терапии, в ряде случаев заменяя или уменьшая фармакологическую нагрузку на пациента.

Конкурентоспособный, серийно выпускаемый отечественный медицинский озонатор «Озон УМ-80», вобравший в себя последние современные достижения науки и техники, по своим техническим и клиническим возможностям является лучшим среди выпускающихся в странах СНГ. Этот аппарат работает в ведущих медицинских ВУЗах, медицинских академиях, научно-исследовательских институтах и медицинских центрах во всех областных центрах Украины, районных центрах, на ведущих курортах страны, ближнем и дальнем зарубежье.

Применение озонотерапии в комплексе медицинских реабилитационных мероприятий позволяет эффективно повышать общий иммунитет организма, усиливать сопротивляемость воздействия внешних и внутренних патогенных факторов.

Как показали научные клинические исследования и медицинская практика, озон, благодаря своему выраженному бактерицидному противовоспалительному обезболивающему детоксикационному иммуностимулирующему действию, всё шире применяется для реабилитации больных в различных отраслях медицины.

В хирургии озонотерапия применяется при реабилитации больных с заболеваниями грудной и брюшной полостей, остеомиелитами, трофическими язвами, тромбозами и др.

В терапии хорошие результаты получены при реабилитации послеинфарктных больных, где озонотерапия позволяет значительно снизить медикаментозную нагрузку, а также реабилитации больных с заболеваниями

лёгких (хронические бронхиты, пневмонии, бронхиальная астма). Отмечается положительное влияние озонотерапии при реабилитации больных туберкулёзом лёгких. Озон эффективно действует при реабилитации больных с болезнями желудочно-кишечного тракта (язвенная болезнь желудка, двенадцатиперстной кишки, хронические панкреатиты и др.).

Озонотерапия показала свою высокую эффективность в реабилитации больных с ишемическими инсультами, хронической цереброваскулярной недостаточностью, вегето-сосудистой дистонией и др.

Являясь универсальным немедикаментозным лечебным средством, озонотерапия широко применяется в реабилитации гинекологических, дерматологических, офтальмологических больных.

Авторы рекомендуют для реабилитации использовать внутривенные инфузии озонированного физиологического раствора (ОФР), большую и малую аутогеомоозонотерапию, рефлексотерапию ОКС, озono-кислородный коктейль и др. Внутривенные инфузии ОФР выполняются через день № 7-10 с концентрацией озона 1,5-2,5 мг/л, чередуя или заменяя её БАГОТ с индивидуально определённой дозой озона.

В курс реабилитации включается рефлексотерапия ОКС, при которой в выбранные по общепринятой методике биологически активные точки вводят шприцом озono-кислородную смесь по 1,0-3,0 мл в каждую точку, с концентрацией озона 3,0-5,0 мг/л. Хорошо дополняет вышеперечисленные методики приём внутрь озono-кислородных коктейлей.

После проведения курса реабилитации у пациентов улучшается самочувствие, повышается работоспособность, улучшаются объективные показатели гемодинамики, обмена веществ.

Все вышесказанное позволяет говорить о высокой эффективности и перспективности применения озонотерапии в процессе реабилитации.

Литература

1. Малахов В.А., Белоус А.М., Пасюра И.Н., Дорошенко Г.И. Клеточно-метаболические аспекты патогенеза, лечения и профилактики хронических церебральных ишемий и нейродегенеративных процессов. – Харьков, Ранок, 1999. – С. 175.

2. Пасюра І.М. Клініко-патогенетичне обґрунтування використання озонотерапії у комплексному лікуванні хворих на дисциркуляторну атеросклеротичну енцефалопатію // Автореферат на здобуття наукового ступеня к.м.н. – Харків, 2005. – С. 11.

3. Пасюра І.М. Гемодинамічні ефекти озонотерапії у хворих з хронічною церебральною ішемією // Міжнародний медичний журнал. – Третя Українська науково-практична конференція з міжнародною участю «Місцеве та

парентеральне використання озонотерапії в медицині» (Харків, 23-24 вересня 2003 р.). Збірник наукових робіт. – Харьков, 2003 (приложение). – С. 115.

4. Патент України № 43689 МПК7 А 61Л 35/14 «Спосіб лікування початкової дисциркуляторної енцефалопатії гіпертонічного та атеросклеротичного генезу» // Малахов В.О., Гетманенко А.В., Пасюра І.М., Кравець Л.О., Ганічев В.В. Опубл. 17.12.2001 р. Бюл. № 11.

5. Патент України №11330 А61К33/00, А61Р25/00 «Спосіб диференційованого лікування цефалгічного синдрому» // Малахов В.О., Трифонова О.О. Опубл. 15.12.2005 р. Бюл. № 12.

6. Патент України № 11331 А61К33/00, А61Р25/00 «Спосіб лікування головного болю при вегетативній дистонії» // Трифонова О.О., Малахов В.О. Опубл. 15.12.2005 р. Бюл. № 12.

7. Тондій Л.Д., Ганічев В.В. Методики озонотерапії (методичні рекомендації). – Київ, Міністерство охорони здоров'я України. Український центр наукової медичної інформації і патентно-ліцензійної роботи, 2001. – 23 с.

8. Тондій Л.Д., Ганічев В.В., Козін Ю.І. Основні принципи та методи озонотерапії в медицині. Навчальний посібник – Харків: Харківська медична академія післядипломної освіти МОЗ України. Українська асоціація озонотерапевтів і виробників медобладнання. – 2001. – 104 с.

ЭКОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЗДОРОВЬЯ И РЕАБИЛИТАЦИИ ЖИТЕЛЕЙ СЛОБОЖАНЩИНЫ

Т.В. Бурейко,

*ООО Инженерно-производственное предприятие «Энергоочистка»,
г. Харьков*

Тема показалась мне очень интересной, поскольку проблема экологии очень меня волнует, и хочется верить, что наше потомство не будет так подвержено негативным факторам окружающей среды, как в настоящее время. Однако, мы до сих пор не осознаем важности и глобальности той проблемы, которая стоит перед человечеством относительно защиты экологии. Во всем мире люди стремятся к максимальному уменьшению загрязнения окружающей среды, также и в Украине в 2001 году принят уголовный кодекс, один из разделов которого «Преступления против окружающей среды» посвящен установлению наказания за экологические преступления.

Но, конечно, не все пути к преодолению данной проблемы найдены и нам стоит самостоятельно заботиться об окружающей среде и поддерживать тот природный баланс, в котором человек способен нормально существовать.

В настоящее время хозяйственная деятельность человека все чаще становится основным источником загрязнения биосферы. В природную среду во все больших количествах попадают газообразные, жидкие и твердые отходы производств. Различные химические вещества, находящиеся в отходах, попадая в почву, воздух или воду, переходят по экологическим звеньям из одной цепи в другую, попадая, в конце концов, в организм человека, чем влияют на его здоровье.

Рассмотрим это на примере Харьковской области (исключая город Харьков), обратив особое внимание на Чугуевский район.

Мы, экологи, тесно работаем с медиками. Мы боремся за охрану окружающей среды, а результаты нашей работы могут оценивать врачи по состоянию здоровья нашего населения. Мы же в свою очередь, не успеваем за учеными и бизнесом. В настоящее время список новых синтетических веществ ежегодно пополняется 1500 новыми химическими веществами. Экологи в таком темпе даже не успевают разрабатывать методики определения этих веществ. А как следствие и борьбы с ними [2].

Приведу пример. Мусоросжигательные заводы, в одно время, считались панацеей для утилизации бытового мусора. А когда, наконец, определили весь спектр выбрасываемых вредных веществ в атмосферу при сжигании и влияние их на здоровье, то отказались от такого метода утилизации. Сейчас экологи

работают над тем, чтобы обезвредить эти выбросы на уже существующих заводах.

Как правило, основным компонентом негативного влияния загрязненной окружающей среды является попадание вредных веществ в организм человека с едой и питьевой водой, а также через органы дыхания.

Неблагоприятное экологическое влияние на здоровье человека проявляется в основном вследствие накопления вредных веществ в высоких концентрациях в грунтах, растениях и пищевых цепочках за долгий период, который влияет в первую очередь на иммунную и генетическую системы человека. Аналогичное действие имеет загрязнение поверхностных и подземных вод и употребление питьевой воды, которая не соответствует гигиеническим требованиям.

Признаками накопления вредных веществ и хронического отравления являются нарушение нормального поведения, привычек, а также нейропсихического отклонения: быстрое утомление или чувство постоянной усталости, сонливость или, наоборот, бессонница, апатия, ослабление внимания, рассеянность, забывчивость, сильные колебания настроения. При хроническом отравлении одни и те же вещества у разных людей могут вызывать различные поражения почек, кроветворных органов, нервной системы, печени. Высокоактивные в биологическом отношении химические соединения могут вызвать эффект отдаленного влияния на здоровье человека: хронические воспалительные заболевания различных органов, изменение нервной системы, действие на внутриутробное развитие плода, приводящее к различным отклонениям у новорожденных. Медики установили прямую связь между ростом числа людей, болеющих аллергией, бронхиальной астмой, раком, и ухудшением экологической обстановки в данном регионе [1].

Какая же ситуация в нашей области? К сожалению, неутешительная.

По данным исследований Института географии НАН Украины (г. Киев) и Украинского государственного НИИ ВОДГЕО (г. Харьков) в Харьковской области более 50% сбросов сточных вод в водные объекты составляют сбросы без очистки. Во всей Украине такая неблагоприятная ситуация еще в Черновицкой и в Запорожской областях. Низкое качество питьевой воды в нашей области в Близнюковском, Коломакском и Чугуевском районах. Анализ проводился по санитарно-гигиеническим нормативам качества питьевой воды в централизованных источниках по химическим и бактериологическим показателям.

По результатам исследований Украинского НИИ экологических проблем, в Чугуевском районе неблагоприятное общее экологическое состояние в

области. Это складывается из качества питьевой воды и поверхностных вод, состояния атмосферного воздуха, уровня загрязнения продуктов питания, образования и обращения с отходами, загрязнения грунтов.

По состоянию атмосферного воздуха Чугуевский район занимает первое место по превышению санитарно-гигиенических нормативов (превышение составляют от 10 до 15%).

Следствием этого Чугуевский район является одним из четырех районов области, где высокая общая заболеваемость населения (Чугуевский, Балаклеевский, Изюмский и Лозовской) и один из трех районов, где высокая детская заболеваемость (Чугуевский, Коломакский, Лозовской). Преобладают заболевания органов дыхания и системы кровоснабжения. При этом заметим, что Чугуевский район является одним из густонаселенных районов в области (60-80 чел/кв. км).

Оценка радиологической ситуации – это важный показатель состояния окружающей природной среды и ее влияние на здоровье людей.

Радиационное состояние территории Харьковской области определяется значительной мерой наличия природных радионуклидов уранового и ториевого рядов, а также калия-40 в окружающей среде. Кроме этого, после аварии на Чернобыльской АЭС, Харьковская область попала в зону радиоактивных осадков и оказалась в той или иной мере загрязненной радионуклидами – продуктами распада ядер урана.

Частичному радиоактивному загрязнению грунтов подвержены Волчанский, Печенежский, Чугуевский и Великобурлукский районы.

Также проводились исследования по определению загрязнения продуктов питания. Контроль качества проводился по таким группам продуктов:

- мясо и мясопродукты;
- птица и продукты птицеводства;
- яйца и продукты, приготовленные из яиц;
- молоко и молочные продукты;
- овощи, фрукты, ягоды и бахчевые культуры.

Большой процент превышения в санитарно-гигиенических пробах наблюдался в Харьковском и Дергачевском районах, затем в Чугуевском и Лозовском [4].

Чтобы проследить зависимость определенных заболеваний населения от качественных и количественных характеристик загрязнений в регионе, нужно провести дополнительную большую общую работу врачей и экологов. По результатам такой работы можно будет разработать медицинскую программу по реабилитации здоровья населения: детей, беременных женщин

и женщин репродуктивного возраста, проживающих в городах с неблагоприятной экологической обстановкой.

Система реабилитации включала бы мероприятия по гигиенической диагностике, лечению и восстановлению в санаториях. Были бы разработаны меры по повышению индивидуальной устойчивости населения к воздействию загрязнителей окружающей среды (биопрофилактика). Дети относятся к группе повышенного риска, и последние годы среди детей в возрасте до 14 лет ежегодно возрастают показатели заболеваемости. Среди детей раннего возраста показатели также очень высокие: каждый ребенок болеет не менее трех раз на первом году жизни. В структуре заболеваемости детей на первом месте стоят болезни органов дыхания, распространены также болезни органов пищеварения, инфекционные заболевания. Думаю, что, кроме всего, достаточно высок экономический ущерб в связи с повышенной заболеваемостью детей.

Для снижения риска заболеваний можно разработать систему реабилитации здоровья населения. Результатом ее являлось бы снижение случаев заболевания, удлинение периодов ремиссии, у 90-95% детей улучшилось бы общее состояние здоровья.

Беременные женщины также относятся к группе повышенного риска. По последним данным, в результате применения профилактического комплекса, можно значительно снизить содержание токсических веществ в организме [3].

Реабилитацию необходимо направить на снижение и предотвращение вредного воздействия неблагоприятных факторов среды обитания на здоровье населения и будущих поколений, а также на создание современной системы медико-профилактической помощи населению, проживающего в городах с экологически неблагоприятной обстановкой. Важная составляющая программы – информирование населения о влиянии индивидуальных факторов риска. В программе могут участвовать лечебно-профилактические, школьные и дошкольные учреждения, а также необходимо привлекать промышленные предприятия, как основные загрязнители окружающей среды.

Первый этап программы – гигиеническая диагностика и формирование списков жителей, которые должны подлежать реабилитационным мероприятиям, определение оценки токсической нагрузки. Второй этап – это биологическая профилактика, клинико-лабораторная диагностика, лечение на базе лечебно-профилактических учреждений, санаторно-курортное лечение. Но вначале нужно определить список вредных веществ и пути их поступления в организм человека. На всех этапах определялась бы оценка эффективности проведенных мероприятий.

Теперь рассмотрим, каким образом эта проблема решается за рубежом. Возьмем Израиль. Израильская медицина по праву занимает одно из ведущих мест в мире. При этом хотелось бы выделить несколько направлений, в которых израильские медики достигли особых успехов. Самой лучшей иллюстрацией уровня медицины Израиля является одна из самых больших в мире продолжительность жизни жителей Израиля. Этого добиваются профилактическими мероприятиями, а также разработанными программами реабилитации населения, в том числе и после воздействия.

Среди эмигрантов, приехавших в Израиль после распада Советского Союза в девяностые годы прошлого века, оказалось немало людей, которые принимали участие в ликвидации последствий аварии на Чернобыльской АЭС – строили укрытие над взорвавшимся реактором, проектировали и возводили защитные гидросооружения, заслонившие воды Днепра от заражения, снимали загрязненный грунт, – словом, находились в центре беды. Другие приняли на себя атомный удар уже в силу того, что проживали не только по соседству с ЧАЭС, но и на пути радиационных осадков. Эмигрировав в Израиль, все они составили немалую группу людей, отмеченных печатью Чернобыля. Это 350 тысяч человек, из которых 1200 – ликвидаторы. Было ясно, что эти люди нуждаются в особой заботе, особом учете, профилактике и лечении. Для них разработана специальная программа реабилитации, которую они проходят сразу после приезда в Израиль.

Эта программа стала важнейшим проектом всеизраильского Центра здоровья эмигрантов из СНГ, который обеспечивает не только медицинскую, но и социальную, психологическую поддержку чернобыльцам. Создана огромная база данных на каждого из взятых на учет чернобыльцев, в которой оцениваются состояние здоровья, условия жизни, работы, прогнозируется возможное развитие болезни, содержатся рекомендации по профилактике и лечению. На вооружении – современнейшая аппаратура. Это имеет особое значение при комплексных осмотрах, которые чернобыльцы, взятые на учет, проходят ежегодно и бесплатно. Мониторинг здоровья проводится на высоком уровне и отслеживает все изменения в организме, что позволяет незамедлительно принять меры. В зоне внимания программы не только ликвидаторы, но и их семьи, а также те, кто проживал в экологически загрязненных районах. Приезд такого большого контингента в Израиль явился как бы имитацией стихийной эвакуации людей из зараженных зон. И в этом смысле опыт работы с такими людьми представляет собой особую ценность для дальнейших исследований. Этот подстроенный жизнью эксперимент дает ответы на многие вопросы медиков, подтверждая, в частности, давно известную истину, что чистый воздух и здоровое питание –

профилактика от дальнейших осложнений, вызванных радиационным излучением и загрязнением окружающей среды [5].

Еще один пример. Качество питьевой воды в Израиле. Этому придают большое значение в стране, как экологи, так и врачи.

В Израиле под руководством профессора Ю. И. Колодного за последние 17 лет разработан принципиально новый подход к решению выбора оптимальных технологий очистки природных вод. Данные технологии полностью или частично исключают применение химических реагентов для обработки воды (коагулянтов, флокулянтов, дезинфектантов и т.д.).

Есть такая очень интересная статистика: каждый год порядка 3 219 ингредиентов-загрязнителей добавляется в водоемы. К тем десяткам тысячам, которые были. Это таблица Менделеева в десятой степени. В среднем сейчас применяется порядка 310 химических реагентов для очистки воды.

На сегодняшний день в мире ежегодно для очистки всех видов природных, промышленных и сточных вод используется $\approx 20\,000\,000$ тонн химических реагентов, которые, с одной стороны, способствуют интенсификации процессов очистки воды, но с другой стороны, наносят громадный ущерб здоровью людей, так как продуцируют создание побочных продуктов – канцерогенов, таких как тригалогенметаны и сотни других вредных комплексов. Кроме того, применение этих химических реагентов приводит к образованию больших количеств осадков, которые совершенно не поддаются утилизации. На сегодняшний день в мире скопилось $\approx 6,5$ млрд. тонн таких осадков. Это грозит экологической мировой катастрофой. В Израиле разработаны технологии очистки природных, промышленных и сточных вод, основанные только на физических методах обработки воды. Это воздействие на воду магнитным полем, электрополем, ультрафиолетовым облучением с интенсивностью в сотни раз превышающей существующие в мире технологии, требующие высокой прозрачности воды, ультразвуковая обработка воды, лазерная обработка воды и различные комбинации этих физических методов обработки [6].

Разработанные технологии на сегодняшний день внедрены в системы очистки природных, промышленных и сельскохозяйственных вод в 65 странах мира на всех континентах.

С практикой израильских специалистов можно ознакомиться, если принять участие в семинарах для экологов и врачей, проводимых в Израиле при поддержке Министерства иностранных дел Израиля и Харьковской общественной организацией «Партнерство».

Литература

1. Е. Сергеева «Экология и здоровье человека». Академический правовой университет при институте государства и права. Москва, 1997.
2. «Стойкие органические загрязнители и здоровье людей». Проект ВУЭОО «Мама-86», Харьков, 2005.
3. “Environmental Health Secrets”, Hanley & Belfus, inc. Philadelphia, 200.
4. Экологический атлас Харьковской области, УкрНИИЭП, Харьков, 2004
5. Стелла Гурова «Эхо длиной в 10 поколений», «Вечерний Донецк», № 68 от 11.05.2006 г.
6. Сергей Виноградов «Интервью с профессором Колодным Ю. И.», 5-й Международный Форум по безопасности окружающей среды в регионе Средиземного моря ENTERECOLOGY 2007, «Вестник Кипра», Выпуск № 633 от 16.11.2007 г.

К ВОПРОСУ О РАЦИОНАЛЬНОЙ ГИПОЛИПИДЕМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ЛЕКАРСТВЕННЫМИ ПРЕПАРАТАМИ ГРУППЫ СТАТИНОВ

К.м.н., доц. А.Н. Семенов

Национальный фармацевтический университет, г. Харьков.

Основными представителями сердечно-сосудистых заболеваний, лидирующих в структуре смертности населения в Украине (62%), как и во всем мире, являются ишемическая болезнь сердца (ИБС) и цереброваскулярные заболевания, патогенетической основой которых является атеросклероз кровеносных сосудов. В свою очередь доказано, что гиперхолестеринемия – один из главных факторов риска развития атеросклероза и его осложнений, заболеваемость и смертность от ИБС находится в прямой зависимости от уровня холестерина в крови [1,3]. Целесообразность гипохолестеринемической терапии может быть продемонстрирована тем фактом, что снижение среднего уровня холестерина крови на 1% приводит к снижению смертности от кардиальных причин на 3% и более [5,6].

Однако, кроме гиперхолестеринемии, факторами риска ИБС и атеросклероза являются гипертриглицеридемия и низкий уровень холестерина липопротеинов низкой плотности (ХС ЛПВП) в плазме крови. Исходя из данных, свидетельствующих о более высокой пользе от проведения профилактических мероприятий у пациентов с высоким суммарным абсолютным риском развития ИБС [7], следует предположить, что наиболее эффективными будут гиполипидотропные лекарственные средства (ЛС), обеспечивающие комплексное влияние на все факторы риска, имеющиеся у пациента: уровни показателей общего холестерина сыворотки (ОХС), ХС ЛПНП, триглицеридов (ТГ), холестерина липопротеинов высокой плотности (ХС ЛПВП).

Таким образом, оптимизирующее влияние ЛС на липидный спектр крови и широта его фармакодинамического спектра действия [2] являются определяющими, при выборе препарата для лечения и профилактики атеросклероза. В этой связи статины, обладающие помимо прямого действия плеiotропными свойствами [5,9], имеют неоспоримые преимущества. Именно с этими свойствами указанной группы лекарственных препаратов (ЛП), с достаточно высокой степенью вероятности, связывают их благоприятное действие на прогноз ИБС и показатели сердечно-сосудистой смертности у лиц с нормальным уровнем холестерина (CARE, HPS).

Липидснижающая терапия благоприятно действует на частоту осложнений и летальность от коронарной патологии и при первичной (WOSCOPS, AFCAPS), и при вторичной профилактике (4S, CARE, LIPID), у пациентов с острым инфарктом миокарда (MIRACL) [9]. Исследования, показавшие преимущества активной гипохолестеринемической терапии даже по сравнению с коронарной ангиопластикой (AVERT), подтверждают целесообразность подобной стратегии в фармакологической коррекции дислипидемий.

В частности, результаты, полученные в ходе исследования CHES (Comparative HDL Efficacy and Safety Study, 917) свидетельствуют о том, что и симвастатин и аторвастатин снижают ХС ЛПНП более чем на 40% к 6-й неделе приема. При применении обоих препаратов в высокой дозе (80 мг/сут) уровень ХС ЛПНП за время исследования снижался до 50% обоими препаратами. Аторвастатин более эффективно снижал уровень ТГ. Однако, симвастатин был в 2 раза более эффективен по действию на ХС ЛПВП и апо-ЛП А-1. Несмотря на сходство фармакологических эффектов, сравниваемые статины продемонстрировали различное влияние на липидный спектр крови, что в описанных выше условиях делает более предпочтительным применение симвастатина. К тому же, в данном исследовании симвастатин по уровню безопасности превосходил аторвастатин: повышение уровня печеночных ферментов значительно реже происходило в группе симвастатина (0,4 %) в сравнении с аторвастатином (2,8 %).

Увеличение применения статинов, более широкое использование интенсивных схем лечения актуализирует вопрос безопасности данной группы ЛП. Такие побочные эффекты как миопатия, рабдомиолиз, повышение уровня трансаминаз имеют, как правило, отношение ко всем статинам и при использовании препаратов в стандартных дозах встречаются редко или довольно не часто [12]. Таким образом, наиболее актуальным представляется вопрос безопасности достижения и поддержания низких уровней ОХС и ХС ЛПНП, прежде всего, ввиду длительного применения статинов в высоких дозах.

Объединенные результаты больших рандомизированных контролируемых исследований терапии статинами, полученные к настоящему времени, подтверждают суждение о том, что снижение уровня холестерина и поддержание его на низком уровне в течение не менее 5 лет является безопасным и приносит пользу [9]. Ранее, на основании наблюдательных исследований, предполагали, что снижение уровня ХС ЛПНП значительно ниже средних значений, повышает риск смерти по причинам, не связанным с сосудистыми заболеваниями. Однако при общей

оценке результатов исследований и при оценке отдельных испытаний, в которых достигали указанных значений ХС ЛПНП [11,13], это предположение не подтвердилось. Результаты метаанализа [7] данных, полученных в 14 контролируемых испытаниях статинов (90056), указывают на то, что летальность от причин, не связанных с сосудистыми заболеваниями, не зависела от того, лечили ли их статинами (1730 (3,8%) пациентов) или нет (1801 (4,0%) пациентов; $p=0,1$).

В трех испытаниях по применению статинов в стандартных дозах при более длительном периоде наблюдения [14] были продемонстрированы позитивные эффекты гиполипидемической терапии в отношении снижения смертности и заболеваемости, а также положительные данные по безопасности статинов при длительном применении.

В исследованиях более интенсивной терапии статинами, при стойком снижении уровня ХС ЛПНП (ниже 2,0 ммоль/л) [7,8,10] у пациентов (27 000) не определялось каких-либо серьезных побочных эффектов, ассоциированных с низкими уровнями ЛПНП на протяжении 5-ти летнего периода наблюдения. В тоже время рядом исследований доказано, что удвоение дозы статинов, вызывающее дополнительное снижение уровня ХС ЛПНП на 6%, либо длительное использование высоких доз препаратов инициирует тенденцию к увеличению риска развития прогнозируемых типичных побочных эффектов [7].

Эффективность гиполипидемической терапии статинами в значительной мере зависит от продолжительности лечения (пожизненная терапия), в связи с чем, далеко не последнюю роль в достижении цели, занимает финансовая возможность пациентов длительно принимать достаточно дорогостоящие препараты. Фармацевтический рынок Украины представлен сегодня препаратами группы статинов от двух десятков производителей. В их числе присутствуют и отечественные компании, высокотехнологичное производство которых отвечает требованиям GMP, представляющие качественные генерические ЛП. Появление на фармацевтическом рынке Украины первого отечественного симвастатина – препарата Симвакор, производства ЗАО «Фармацевтическая фирма «Дарница», сделало гиполипидемическую терапию значительно более доступной для большинства пациентов, нуждающихся в подобного рода лечении.

Результаты исследования по оценке эффективности и переносимости препарата Симвакор у больных хронической ишемической болезнью сердца с гиперлипидемией, а также у больных с артериальной гипертензией и гиперлипидемией в составе комплексной терапии, проведенного в клинике отдела дислипидемий Института кардиологии им. Н.Д.Стражеско АМН

Украины, согласуются с Рекомендациями по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний Европейского общества кардиологов и соответствуют данным международных исследований.

Под влиянием проводимой терапии уже через первые 4 недели отмечалась тенденция к снижению ОХС и ХС ЛПНП. Через 8 недель лечения наблюдалось: достоверное снижение уровней ОХС, ХС ЛПНП более чем на 10% (от исходного уровня) и коэффициента атерогенности (< 3 у.е.; $p < 0,01$). Также была отмечена недостоверная тенденция к снижению уровня ТГ, тенденция к увеличению уровня ХС ЛПВП. Уровень ТГ достоверно снижался через 12 недель лечения. Целевые уровни показателей липидного спектра крови пациентов всей группы на фоне приема Симвакора были достигнуты через 3 месяца непрерывной терапии. При этом следует отметить, что за время проведения исследования гиполипидемической терапии препаратом Симвакор, производства ЗАО «Фармацевтическая фирма «Дарница» ни у одного из больных не наблюдалось каких-либо побочных эффектов, реакций непереносимости, либо значимого повышения трансаминаз крови [4]. Данные, приведенные в работе, позволили обосновать ряд выводов.

Выводы

1. Статины – группа ЛП с хорошо изученными свойствами, хорошей переносимостью и доказанным снижением риска развития сердечно-сосудистых заболеваний.

2. Статины являются достаточно безопасной группой лекарственных средств, при условии их применения в обычных дозах.

3. Наиболее важными побочными эффектами статинов являются миопатия и рабдомиолиз, отмечающиеся редко; риск развития этих побочных эффектов повышается при использовании ЛП статинов высоких дозах.

4. Выбор статина для проведения гиполипидемической терапии является многофакторным процессом, основой которого являются безопасность, эффективность и доступность данного ЛП.

5. Препарат симвастатина Симвакор, производства ЗАО «Фармацевтическая фирма «Дарница»» является высокоэффективным, безопасным, доступным средством профилактики и лечения ИБС и гипертонической болезни с гиперхолестеринемией.

Литература

1. Климов Н.А., Никульчева Н.Г. Липиды, липопротеиды и атеросклероз. –1995. – СПб. – Питер. – С. 89-199.

2. Лякишев А.А. Клиническое применение статинов, 2003. // РМЖ. – 2003. – №11(4). – С. 193-196 .

3. Митченко Е.И. Дислипидемия как фактор риска развития сердечно-сосудистых заболеваний. – Український кардіологічний журнал 2004. – Додаток №1. – С. 28-39.

4. Митченко Е.И. Эффективность Симвакора в коррекции гиперлипидемии у больных ишемической болезнью сердца и гипертонической болезнью // Мистецтво лікування, – 2006. – №32. – С.45-46.

5. Шевченко О.П., Шевченко А.О. Статины. Ингибиторы ГМГ–КоА–редуктазы. – Москва. Реафарм, 2003. – 67с.

6. AHA Guidelines for Preventing Heart Attack and Death in Patients With Atherosclerotic Cardiovascular Disease: 2001 Update. // Circulation. – 2001. – № 104. – P. 1577-1579.

7. Cannon CP, Braunwald E, McCabe CH et al. Intensive versus moderate lipid lowering with statins after acute coronary syndromes. N Engl J Med 2004. 350: 1495-504.

8. Cannon CP, Steinberg BA, Murphy SA, Mega JL, Braunwald E. Meta-analysis of cardiovascular outcomes trials comparing intensive versus moderate statin therapy. J Am Coll Cardiol 2006. 48: 438-45.

9. Cholesterol Treatment Trialists'(CTT) Collaborators. Efficacy and safety of cholesterol-lowering treatment: prospective meta-analysis of data from 90 056 participants in 14 randomised trials of statins. Lancet 2005. 366: 1267-78.

10. de Lemos JA, Blazing MA, Wiviott SD, et al. Early intensive vs a delayed conservative simvastatin strategy in patients with acute coronary syndromes: phase Z of the A to Z trial. JAMA 2004. 292: 1307-16.

11. Downs JR, Clearfield M, Weis S, et al. Primary prevention of acute coronary events with lovastatin in men and women with average cholesterol levels: results of AFCAPS/ TexCAPS. Air Force/Texas Coronary Atherosclerosis Prevention Study. JAMA 1998. 279: 1615-22.

12. Guidelines for Preparing Core Clinical Safety Information on Drugs–Report of CIOMS Working Group III. Geneva, WHO, 1995. (Chapter 5, Good Safety Information Practices).

13. Heart Protection Study Collaborative Group. MRC/BHF Heart Protection Study of cholesterol lowering with simvastatin in 20 536 high-risk individuals: a randomised placebo-controlled trial. Lancet 2002. 360: 7-22.

14. Holdaas H, Fellstrom B, Cole E, et al. Long-term cardiac outcomes in renal transplant recipients receiving fluvastatin: the ALERT extension study. Am J Transplant 2005. 5: 2929-36.

ЭЛЕКТРОМАГНИТНОЕ ИЗЛУЧЕНИЕ МИКРОВОЛНОВОГО ДИАПАЗОНА – НОВЫЙ ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ ФАКТОР

А.В. Носатов, О.И. Белоус, С.П. Сиренко, А.И. Фисун,

И.О. Безуглова, В.А. Малахов

Харьковская медицинская академия последипломного образования

Природный и техногенный фон микроволнового электромагнитного излучения

Зарождение и эволюция жизни на Земле происходили в присутствии электромагнитного шумового излучения всех диапазонов, которое попадало на Землю из космоса или зарождалось в земной атмосфере в результате электрофизических процессов. Исключением из этого правила является излучение миллиметрового диапазона, которое задерживается верхними ионизированными слоями атмосферы и поглощается в самой атмосфере парами воды. Последние десятилетия сопровождаются интенсивным освоением микроволнового диапазона (длина волны от нескольких дециметров до долей миллиметра, сюда же входят и т.н. миллиметровые волны). В этот период получили развитие наземные и спутниковые системы телекоммуникации, радиолокации и радионавигации. В этой связи фон техногенного электромагнитного излучения возрастает и эта тенденция особенно характерна для крупных мегаполисов.

Механизмы действия микроволнового излучения на живую материю

В сложившейся ситуации особую актуальность получило развитие исследований влияния электромагнитных волн на живую материю на уровне клеток, органов и организмов в целом [1]. Здесь мы остановимся на исследовании действия низкоинтенсивного электромагнитного излучения (плотность потока энергии не превышает 10 мВт/см^2), при котором живая материя практически не нагревается при поглощении излучения. Такое действие и его результаты получило название информационного, а низкоинтенсивное облучение получило распространение в лечении различного вида заболеваний – КВЧ-терапия [2]. В настоящее время сформировалось несколько взглядов на механизм воздействия и терапевтический результат. Остановимся на наиболее важных из них. Г. Фрелих показал, что в этом диапазоне находятся собственные колебания многих биологических образований – мембран, отдельных участков клеток, сложных белковых соединений [1,2]. Вода и водные растворы также обладают повышенной чувствительностью к слабоинтенсивным волнам мм диапазона, а в процессе облучения происходит повышение отрицательного заряда ядра клетки [3]. Результатом облучения может быть усиление

транспорта воды и ионов через мембраны клеток, а также интенсификация капиллярного кровотока. Отмечено было также, что центральная нервная система организма реагирует на низкоинтенсивное облучение. В экспериментах на животных для корректного в математическом и физическом смысле описания активирующих влияний гипоталамуса и ретикулярной формации на неокортекс была выбрана функция частной когерентности энцефаллограмм снятых с помощью электродов имплантированных в различные области мозга животных. Установлено, что микроволновое излучение низкой интенсивности воспринимается как фактор внешней раздражающей среды. Приложенный к системе биологически активных точек, он способен запускать цепь эндогенных компенсаторно-приспособительных реакций. Это позволяет понимать, каким образом облучение микроволнами вовлекает в процесс саморегуляции и нормализации широкий спектр физиологических функций [4]. При дозированном облучении организма электроэнцефалография может служить критерием эффективности микроволновой терапии, а также позволяет учитывать эти факторы (кроме теплового нагрева) в оценке предельно допустимых норм облучения населения и персонала, работающего с электронной излучающей аппаратурой[5].

Широкодиапазонная микроволновая терапия

Используемые в наше время твердотельные генераторы для микроволновой терапии, как правило, работают на частотах 42.2 ГГц, 53.2ГГц и 61.2ГГц с электронной или ручной перестройкой в интервале $\Delta f = \pm 2 \div 3$ ГГц, что не всегда соответствует индивидуальным особенностям пациента. Основным качеством широкодиапазонного метода является то, что источник излучения перестраивается в интервале до $\Delta f = 30 \div 35$ ГГц и охватывает практически все биологически активные частотные интервалы. Плавная автоматическая перестройка источника, как правило, это лампа обратной волны, с частотой 10ГГц упрощает эксплуатацию приборов, построенных по указанному принципу. В работе [6] описаны методика и результат лечения атеросклеротической дисциркуляторной энцефалопатии разных стадий. В процессе 10-11 процедур улучшалось кровяное давление, улучшалось самочувствие больных и другие объективные и субъективные факторы.

Применение микроволнового активирования крови в аутогемотерапии

Одним из немедикаментозных методов лечения является аутогемотерапия, различные варианты которой (озонотерапия, ультрафиолетовое и лазерное облучение крови) широко используется в лечении различных заболеваний [7]. Здесь представлены качественно новые

результаты лечения больных с использованием аутокрови, обработанной излучением миллиметрового диапазона по специальной методике [8]. Суть методики заключается в минимизации контактов дозы крови, забранной у больного, с внешней средой. В этом случае сохраняется высокая вероятность стерильности. В исследованиях действия волнового излучения на кровь человека и в использовании этих волн в целях терапии есть ряд противоречий: падающий поток энергии неравномерно распределен на объекте, неконтролируемых внешний фон и фон, который возникает в результате переотражений от внешних объектов. Эти явления имеют место при использовании антенн-облучателей разного типа (рупор, спиральная антенна, открытый конец металлического или диэлектрического волновода и др.). Кроме этого размещение дозы крови в открытом пространстве или ее перемещение из одного объема в другой повышает вероятность нарушения стерильности облучаемой дозы крови.

В описываемой методике в качестве облучателя использовался объемный цилиндрический резонатор, в котором асимметрично размещается облучаемая доза (рис.1). Облучение дозы крови осуществляется в закрытой резонансной камере. Это исключает облучение обслуживающего персонала. Размеры объемного резонатора выбирались на основе электродинамического моделирования таким образом, чтобы он устойчиво возбуждался только на высшем типе колебаний. Возбуждение объемного резонатора на высшем типе колебаний позволяет обеспечить достаточную равномерность облучения дозы крови и организовать измерение уровня облучения. Структура электромагнитного поля в резонаторе и в одноразовом шприце с кровью показана на рис. 2 .

Аутогемотерапию в комплексном лечении ноотропами, оптимизаторами мозгового кровообращения и антиоксидантами проводили у 40 больных, у 23 больных аутогемотерапия проводилась в качестве монотерапии. Для обеих групп курс состоял из 10 процедур.

По субъективным критериям клиническое улучшение состояния пациентов имело место у 92% больных. Оно выражается в ощущении «подъема сил», «просветления» в голове, снижении интенсивности и продолжительности головных болей, уменьшении утомляемости. Применение активированной миллиметровыми волнами крови в аутогемотерапии больных с дисциркуляторной энцефалопатией атеросклеротического и гипертонического генезиса вызвало также улучшение в неврологическом состоянии больных: наблюдалось уменьшение лицевой асимметрии, вестибулоатактического синдрома и улучшение в эмоционально-волевой сфере.

Применение аутогемотерапии в комплексном лечении больных с дисциркуляторной энцефалопатией на фоне атеросклероза мозговых сосудов или в комбинации с артериальной гипертензией вызывает, наряду с клиническими улучшениями, улучшение в структуре показателей липидного обмена и улучшение реологических свойств крови, т.е., снижение агрегативности тромбоцитов.

Необходимо отметить также положительные сдвиги в динамике лечения антиоксидантной системы. Об этом свидетельствует увеличение в крови содержания ферментов: супероксиддисмутаза при всех стадиях и каталазы при 1 стадии заболевания.

Заключение. Следовательно, результаты проведенных исследований позволяют причислить данный метод комплексного лечения с облучением крови электромагнитными волнами мм диапазона больных дисциркуляторной энцефалопатией на фоне атеросклероза мозговых сосудов в соединении с артериальной гипертензией к патогенетически адекватному методу терапии и рекомендовать его к широкому применению.

Устройство для облучения крови не требует больших затрат на изготовление и несложно в эксплуатации.

Литература

1.Бинги Н.В. Магнитобиология: эксперименты и модели, Москва, «Милта», 2002, – 592с.

2.Бецкий О.В., Яременко Ю.Г. Становление мм-терапии. Биофизические механизмы (эволюция взглядов), 15-ая Междунар. конф. КрыМиКо – 2005, с. 22-26.

3.Шахбазов В.Г., Григорьева Н.Н., Колупаева Т.В. Новый цитобиологический показатель биологического возраста и физиологического состояния организма человека, Физиология человека, 1996, т.22, № 6, с. 71-75.

4.Сулима Т.Н., Фисун А.И. Экспериментальное обоснование физиологических механизмов терапевтического действия излучения микроволнового диапазона, Доклады Национальной академии наук Украины, 1996, № 10, с. 155-160.

5.Sulima T.N. and Fisun A.I. A New Approach to Safety Estimation of the Low-Level Microwave Radiation, Telecommunication and Radio Engineering, 2001, v. 55, No 9,p. 53-62.

6.Belous O.I., Fisun A.I., Malakhov V.A., Sirenko S.P., and Yavorskaya V.A. Physiotherapeutic Effect of Wideband EHF-Radiation in Treatment of Atherosclerotic Discirculatory Encephalopathy, Telecommunication and Radio Engineering, 2001, v.55, No1, p. 83-86.

7.Хвисяук М.І., Малахов В.О., Ганічев В.В., Пасюра І.М. Озонотерапія для неврологів та вертебрології. – Харків: Харківська медична академія післядипломної освіти МОЗ України, Українська асоціація озонотерапевтів і виробників медобладнання, 2002. – 256 с.

8.Малахов В.А., Носатов А.В., Белоус О.И., Задачаина А.В., Сиренко С.П., Фисун А.И. Аутогемотерапия с использованием облучения электромагнитными волнами мм диапазона крови в комплексном лечении нарушения мозгового кровообращения, 17-ая Международная конференция КрыМиКо – 2007, с. 795-796.

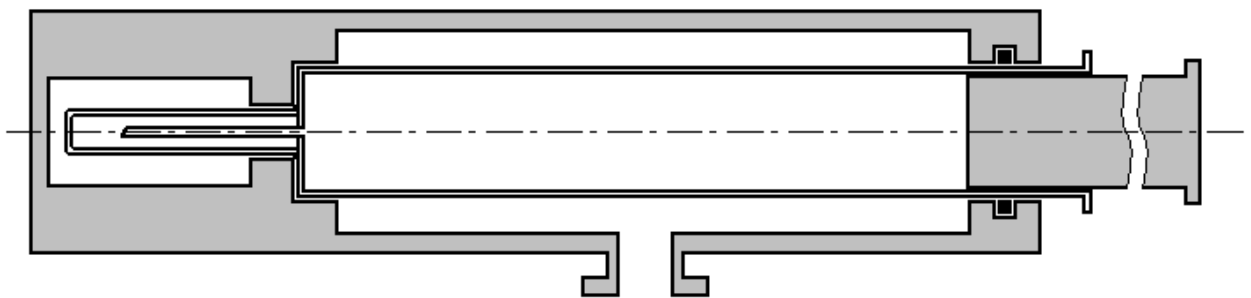


Рис. 1.

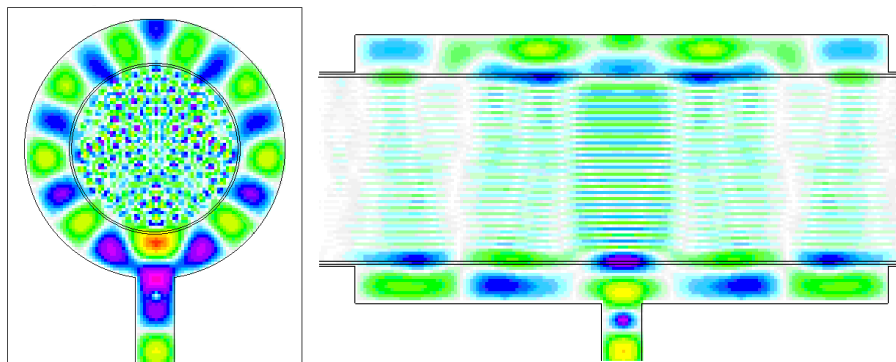


Рис. 2.

**КЛИНИКО-ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ
ОТЕЧЕСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ
«L-ЛИЗИНА ЭСЦИНАТ» И «ТИОТРИАЗОЛИН»
В ОСТРОМ И РАННЕМ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОМ ПЕРИОДАХ
ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА**

А.Н. Завгородняя

Харьковская медицинская академия последипломного образования

В ходе исследования изучена динамика показателей свободнорадикального окисления, нитрита, эндотелина-1 у больных церебральным ишемическим инсультом. Оценивали влияние различных лечебных программ на изменение содержания эндотелиальных факторов и продуктов свободнорадикального окисления у данных больных.

Ишемический инсульт остается ключевой проблемой современной клинической медицины и находится в центре внимания не только неврологов, но и профессионалов смежных специальностей [1,3]. Острые нарушения мозгового кровообращения являются чрезвычайно важной медико-социальной проблемой. В патогенезе острой церебральной ишемии важная роль отводится следующим факторам: нарушение реологических свойств крови и микроциркуляции, свободнорадикальные механизмы клеточного повреждения, роль биологически активных веществ (простагландины, простаглицлины, тромбоксаны, лейкотриены, нейротрансмиттеры), изменение структурных и функциональных свойств эндотелия [1,6-8]. Именно последние на сегодняшний день изучены недостаточно, что определяет актуальность проведенного исследования.

С учётом активной роли сосудистого эндотелия в патогенезе острой церебральной ишемии целесообразно назначение препаратов ангиопротекторного ряда. Исходя из этого, мы применили в лечении больных ишемическим инсультом препараты комплексного воздействия на сосудистую систему: L-лизина эсцинат и тиотриазолин. Известно, что препарат L-лизина эсцинат оказывает следующие эффекты: эндотелиотропный, противовоспалительный и противоотечный, мембранотропный, а тиотриазолин способен оказывать церебропротективное, мембранотропное, антиишемическое, антиоксидантное, модифицирующее синтез оксида азота действие [2,4,5].

Материал и методы. Основой работы являются материалы комплексного обследования 129 больных с первым ишемическим инсультом в остром и раннем восстановительном периодах заболевания. В зависимости от получаемой медикаментозной терапии все больные инсультом были

разделены на 2 группы: I группа (n=65 больных): больные получали базисный комплекс лекарственных препаратов; II группа (n=64 больных): базисная терапия+комплекс 0,1% раствора L-лизина эсцината по 10,0 мл в/в кап 5 дней, 2,5% раствора тиотриазолина по 2,0 мл в/в 10 дней в остром периоде с переходом на приём тиотриазолина по 2 табл. 3 раза в день 20 дней, затем по 1 табл. 3 раза в день 20 дней.

Мы провели комплексную оценку клинико-неврологических данных, патобиохимических показателей степени повреждения эндотелия: определение уровня нитрита и эндотелина-1, содержания конечных продуктов свободнорадикального окисления – оснований Шиффа (ОШ) и карбонилированных белков (КБ) у больных в остром и раннем восстановительном периодах ишемического инсульта в динамике медикаментозной коррекции L-лизина эсцинатом и тиотриазолином.

Результаты и их обсуждение. В ходе исследования нами выявлены клинически значимые эффекты при применении L-лизина эсцината и тиотриазолина в виде достоверной динамики регресса чувствительных нарушений, вестибулярных и мозжечковых нарушений, показателей вегетативной дисфункции.

Сопоставление клинической динамики в группах больных инсультом, получавших различные лечебные комплексы, показало достоверное ускорение регресса неврологического дефицита по среднему баллу оригинальной шкалы Гусева Е.И., Скворцовой В.И. (1991), более значимой к 10-м суткам заболевания.

Уровень нитрита в крови больных I группы в 1-е сутки заболевания достоверно ниже контрольных значений (I группа – $3,77 \pm 0,34$ мкмоль/л, контроль – $3,90 \pm 0,13$ мкмоль/л), с тенденцией к нарастанию к 21-м суткам заболевания ($4,06 \pm 0,33$ мкмоль/л) и дальнейшим снижением к 3 мес. от начала инсульта ($3,25 \pm 0,78$ мкмоль/л). Наряду с этим значение нитрита во II группе наблюдения сохраняется на уровне, приближённом к контролю, во все сроки наблюдения (1-е сутки – $3,62 \pm 0,46$ мкмоль/л, 21-е сутки – $3,82 \pm 0,54$ мкмоль/л, 3 мес. – $3,87 \pm 0,32$ мкмоль/л). Это может свидетельствовать о более благоприятном ответе эндотелия путём выработки сосудорасширяющего агента - NO – во II группе больных.

Одним из важнейших показателей эндотелиальной функции является исследование продукции эндотелина. В 1-е сутки заболевания значение эндотелина-1 достигает значительного роста в сравнении с контролем: I группа – $0,7 \pm 0,12$ пмоль/л, II группа – $0,66 \pm 0,10$ пмоль/л, контроль –

0,47±0,03 пмоль/л. В дальнейшем, происходит снижение величины данного показателя во все сроки наблюдения, более значимое во II группе (21-е сутки: I группа – 0,65±0,13 пмоль/л, II группа – 0,60±0,04 пмоль/л; 3 мес.: I группа – 0,64±0,07 пмоль/л, II группа – 0,56±0,10 пмоль/л).

При нарушении мозгового кровообращения интенсивно активируется свободнорадикальное окисление, что приводит к качественным изменениям белково-липидных компонентов клеточных мембран, в том числе, эндотелиальных. В первые часы развития инсульта у больных наблюдается резкое нарастание содержания как ОШ, так и КБ в I и II группах по сравнению с контрольными значениями, что отражает высокую интенсивность окислительных процессов (ОШ: I группа – 3,29±0,33 ЕД/мл, II группа – 3,33±0,34 ЕД/мл, контроль – 0,82±0,45 ЕД/мл; КБ: I группа – 1,43±0,53 ЕД/мл, II группа – 1,52±0,24 ЕД/мл, контроль – 0,93±0,58 ЕД/мл). В динамике лечения отмечена тенденция ($p>0,05$) к снижению содержания окисленных продуктов ОШ и КБ у больных I группы. Вместе с тем у больных II группы наблюдается достоверное по сравнению с исходными показателями снижение уровня ОШ и КБ (уровень ОШ на 21-е сутки: I группа – 2,56±0,45 ЕД/мл, II группа – 2,05±0,24 ЕД/мл; 3 мес.: I группа – 2,07±0,37 ЕД/мл, II группа – 1,45±0,31 ЕД/мл; уровень КБ на 21-е сутки: I группа – 1,47±0,33 ЕД/мл, II группа – 1,14±0,35 ЕД/мл; 3 мес.: I группа – 1,24±0,47 ЕД/мл, II группа – 1,02±0,21 ЕД/мл).

Выводы. Выявленные изменения в системе эндотелиальной вазорегуляции (по данным стабильных метаболитов оксида азота и уровню эндотелина-1), свободно-радикальные механизмы повреждения эндотелия (по данным конечных продуктов свободно-радикального окисления – карбонилированные белки и основания Шиффа) позволили сделать вывод об эндотелийзависимых механизмах патогенеза ишемического инсульта. Существует связь повреждающих механизмов при острой церебральной ишемии со структурно-функциональными изменениями эндотелия.

Нами при лечении больных ЦИИ комплексом препаратов L-лизина эсцината и тиотриазолина обнаружен положительный эндотелиопротекторный эффект, который выражался в виде достоверного увеличения содержания конечных метаболитов оксида азота и регресса уровня эндотелина-1 плазмы крови, что свидетельствует о коррекции эндотелиальной функции у больных в остром периоде ишемического инсульта, а также выявлена достоверная положительная динамика конечных продуктов свободнорадикального окисления – снижение уровня карбонилированных белков и оснований Шиффа, клинического балла по

оригинальной шкале, что является перспективным направлением в коррекции клинико-биохимических нарушений у больных в остром и раннем восстановительном периодах церебрального ишемического инсульта.

Литература

1. Волошин П.В., Малахов В.А., Завгородняя А.Н. Эндотелиальная дисфункция при цереброваскулярной патологии. – Харьков: Издательство «Тарбут Лаам», 2007. – 136 с.
2. Мазур И.А., Волошин Н.А., Чекман И.С. и др. Тиотриазолин: фармакологические аспекты и клиническое применение. – Запорожье, 2005. – 156 с.
3. Міщенко Т.С. Епідеміологія цереброваскулярних захворювань в Україні // Судинні захворювання головного мозку. – 2006. – №1. – С.3-7.
4. Пулик А.Р., Тимченко Н.Д., Изай Н.И. и др. Опыт применения L-лизина эсцината при острой сосудистой патологии головного мозга // Новости медицины и фармации. – 2005. – №14 (174). – с.10.
5. Черний В.И., Кардаш А.М., Страфун С.С. и др. Применение препарата L-лизина эсцинат в нейрохирургии, неврологии, травматологии и ортопедии. – Методические рекомендации, Киев. – 40 с.
6. Pretnar-Oblak J., Zaletel M., Zvan B. et al. Cerebrovascular reactivity to L-arginine in patients with lacunar infarctions // Cerebrovasc. Dis. – 2006. – № 21(3). – P. 180-186.
7. Todd J. Anderson. Assessment and treatment of endothelial dysfunction in humans // J. Amer. Coll. Cardiol. – 1999. – № 34 (3). – p. 631-638.
8. Vita J., Keaney J. Endothelial dysfunction: a barometer for cardiovascular risk // Circulation. – 2002. – V.106. – p. 640-643.

РЕЗУЛЬТАТЫ РАБОТЫ КОНФЕРЕНЦИИ

В начале XXI века актуальными стали вопросы восстановительной медицины. В свете решений президента Украины В.А. Ющенко в нашей стране большое значение приобрело движение от центра к периферии.

Проведение данной конференции явилось одним из результатов плодотворного многолетнего сотрудничества ряда кафедр Харьковской медицинской академии последипломного образования и Чугуевской центральной районной больницы. Целью конференции стало приближение Харьковской медицинской науки к врачам, работающим в районном звене здравоохранения. Им предоставлены новые знания, а ХМАПО – возможность внедрения новейших разработок в практическое здравоохранение не только г. Харькова, но и небольших городов и населенных пунктов.

В результате работы конференции приняты следующие **РЕШЕНИЯ**:

- учитывая многолетнее функционирование на базе Чугуевской центральной районной больницы кафедр Харьковской медицинской академии последипломного образования, передовой опыт развития семейной медицины, обратиться в районную государственную администрацию с предложением об обращении в МОЗ Украины о присвоении Чугуевской ЦРБ статуса клинической больницы;
- решить вопрос о возможности создания стационарного реабилитационного отделения на базе Чугуевской центральной районной больницы;
- инициировать создание районной ассоциации специалистов восстановительной медицины;
- обратиться к коллегам других районов и городов Харьковской области с предложением организовать межрайонную ассоциацию специалистов восстановительной медицины;
- опубликовать материалы конференции.

Организационный комитет конференции

14.12.2007