СИСТЕМА КАРДІОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ В УКРАЇНІ З ПОЗИЦІЙ ФІЗИЧНОЇ ТА РЕАБІЛІТАЦІЙНОЇ МЕДИЦИНИ

О. Г. Юшковська

Одеський національний медичний університет, Одеса, Україна

Розвиток нової та вкрай необхідної для України спеціальності «фізичної та реабілітаційної медицини» (ФРМ), поряд із запозиченням світового досвіду, повинен враховувати також існуючі у країні традиційні підходи та тлумачення, наявні системи, що довели свою ефективність. Щодо хвороб системи кровообігу, необхідно наголосити, що починаючи з середини минулого століття, їхнє поширення у більшості країн світу набуло епідемічного характеру. Ці захворювання становлять основну проблему сучасної медицини не лише в світі, а й в Україні, де вони набули особливої актуальності. Рівень смертності від серцево-судинних захворювань останніми роками невпинно зростає, сьогодні цей показник перевищив 1000 на 100 000 населення та становить близько 68 % загальної структури смертності, втричі перевищуючи рівень смертності від онкологічних та інших захворювань.

Сучасний розвиток ФРМ в Україні характеризується наявністю трьох етапів надання реабілітаційної допомоги: гостра допомога, підгостра допомога та довготривала допомога. Етап гострої допомоги для кардіологічних хворих повинен проводитись у палатах гострої реабілітації (відділеннях відновного лікування) фахівцями мультидисціплинарної команди, яку очолює фахівець з ФРМ. Мультидисциплінарна команда — це організаційно оформлена, функціонально відокремлена група фахівців, які об'єднані спільними цілями реабілітаційного процесу, проводять реабілітацію високої інтенсивності в закладах охорони здоров'я стаціонарного й амбулаторного типів у гострому, підгострому та довгостроковому реабілітаційних періодах. Формою роботи мультидисциплінарної команди є збори, на яких після обговорення результатів реабілітаційного обстеження, визначається індивідуальна програма реабілітації, розглядаються показники моніторингу й оцінки виконання програми та здійснюється її коригування. Індивідуальна програма реабілітації та зміни до неї затверджуються фахівцем реабілітації, який очолює команду.

Ми пропонуємо з метою найбільш ефективної роботи такий склад мультидисціплинарної команди: лікар ФРМ (голова), лікар-кардіолог, лікар-нефролог, лікар-невролог, дієтолог, медичний психолог, соціальний працівник, фізичний терапевт, ерготерапевт, реабілітаційна медична сестра, асистенти фізичних терапевтів і ерготерапевтів.

Таким чином, враховуючи велику кількість хворих, що потребують кардіологічної реабілітації в Україні, значущість та ефективність запропонованих засобів, етапність побудови реабілітаційних програм, новітні тенденції в розбудові нової для держави спеціальності, можливості організації реабілітаційної допомоги фахівцями у складі мультидисциплінарної команди, можна розглядати цей напрямок як один з пріоритетних у фізичній та реабілітаційній медицині. Важливими аспектами цього напрямку є дотримання сучасних світових вимог як в організації роботи відповідних реабілітаційних відділень, так і в підготовці майбутніх фахівців — лікарів з фізичної та реабілітаційної медицини, спроможних очолювати мультидисциплінарні реабілітаційні команди. Ці процеси у державі необхідно організовувати паралельно, змінюючи систему підготовки фахівців відповідно до побудови нової системи надання реабілітаційних послуг.

ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЭРДОСТЕИНА В ЛЕЧЕНИИ КАШЛЯ У БОЛЬНЫХ ВНЕБОЛЬНИЧНЫМИ ПНЕВМОНИЯМИ

В. И. Березняков, М. Н. Лебединская, О. В. Дорошенко, Ю. В. Левадная, В. И. Пожар

Харьковская медицинская академия последипломного образования, Харьков, Украина

Цель: изучить эффективность и переносимость мукоактивных препаратов для лечения кашля у госпитализированных больных

с внебольничными пневмониями на фоне лечения стандартной антибактериальной терапии.

Материалы и методы. Было обследовано 110 пациентов с внебольничными пневмониями в возрасте от 27 до 82 лет (39 мужчин и 71 женщина). Все больные получали стандартную антибактериальную терапию сроком на 7–10 дней и были распределены на две группы дополнительного приема эрдостеина (Муцитус) — 54 человека и амброксола — 56 человек в стандартных дозировках на срок 5–10 дней. Группы лечения эрдостеином и амброксолом были сопоставимы по возрасту, половому составу, индексу массы тела. Для оценки связанных с пневмонией симптомов использовали опросник CAP-Sym-12.

Результаты. Все обследованные больные предъявляли жалобы на кашель, однако выделение мокроты регистрировалось несколько чаще в группе больных, принимавших амброксол (43 чел.; 76,8 %), чем в группе принимавших эрдостеин (34 чел.; 62,9 %, $p<0,05$). Спустя (7±1) день от начала терапии количество больных с жалобами на кашель сократилось в группе лечения эрдостеином и не изменилось в группе лиц, получавших амброксол. Во время заключительного осмотра, через (12±2) дня от начала терапии, в группе лечения эрдостеином жаловались на кашель только 5 пациентов, в то время как в группе лечения амброксолом — 23. Начальные различия в количестве больных, выделявших мокроту, исчезли спустя 2–3 суток от начала лечения. Однако на (7±1) день от начала терапии количество пациентов, выделявших мокроту, в группе лечения эрдостеином вновь было меньшим, нежели в группе лечения амброксолом ($p<0,05$). Во время заключительного осмотра в группе лечения эрдостеином никто из больных не предъявлял жалобы на выделение мокроты; в группе лечения амброксолом таковых оставалось 4 человека.

Спустя 2–3 суток от начала терапии больные из группы лечения эрдостеином стали оценивать свое самочувствие (состояние) и интенсивность кашля (по данным опросника CAP-Sym-12) лучше, чем в группе лечения амброксолом. В последующие сроки наблюдения, через (7±1) и (12±2) дня от начала лечения превосходство эрдостеина документировалось как объективными (меньшее количество больных с жалобами на кашель и на выделение мокроты), так и субъективными методами (опросник CAP-Sym-12).

Выводы. При лечении кашля у госпитализированных больных с внебольничными пневмониями на фоне стандартной антибактериальной терапии эрдостеин эффективен, превосходит амброксол и отличается хорошей переносимостью.

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ МОМЕНТЫ ГЕНЕТИЧЕСКИ ОБУСЛОВЛЕННОЙ МИГРЕНИ У ПАЦИЕНТОВ, ПОСТУПАЮЩИХ НА ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЕ ЛЕЧЕНИЕ

В. С. Волянская, Ю. В. Прокопчук, Э. В. Серафимова

Одесский национальный медицинский университет, Одесса, Украина

Введение. Согласно ВОЗ, мигрень относится к группе наиболее дезадаптирующих хронических заболеваний. Один из ключевых аспектов изучения болезни — выяснение механизмов ее наследования. Если приступы мигрени случались у обоих родителей, риск заболевания у детей достигает 60–90 %. В 2/3 случаев болезнь передается по линии матери, в 1/3 — по линии отца. Механизм описанных явлений не совсем ясен: одни авторы указывают на преобладание доминантного, другие — рецессивного типа наследования. Высказывается предположение, что наследуется не сама болезнь, а дефект функционирования эндогенных нейромедиаторных систем (в частности, недостаточность метаболизма моноаминов мозга, особенно серотонина) и предрасположенность к определенному типу реагирования сосудистой системы на различные раздражители. Несмотря на наличие большого количества специфических противомигренозных препаратов, терапия пациентов с мигренью все еще недостаточно эффективна.

Цель работы — исследование особенностей мозговой гемодинамики у больных с генетически обусловленной мигренью, поступающих на санаторно-курортный этап лечения.

Материалы и методы. Для определения особенностей церебральной гемодинамики при мигрени нами в межприступном периоде обследовано 40 больных, поступающих на санаторно-курортный этап лечения, которые страдают мигренью. У 32 пациентов мигрень была без ауры, у 8 пациентов — с аурой. Мужчин было 7, женщин — 33, средний возраст составил (24,5±3,2) года. Всем пациентам проведено допплерографическое обследование экстра- и интракраниальных сосудов по общепринятой методике. Измеряли пиковую систолическую, конечную диастолическую, среднюю линейную скорость кровотока (ЛСК) и индексы периферического сосудистого сопротивления в средних мозговых, задних мозговых, интракраниальном сегменте позвоночных артерий и в базилярной артерии. Указанные параметры регистрировали в покое, а также при функциональных пробах: с гиперкапнией и компрессией об-