

Актуальні питання реабілітації сучасної неврології, психіатрії та наркології

25–26 листопада 2010 р. у столичному Будинку кіно відбувся науковий симпозиум «Медичні та соціальні аспекти в неврології, психіатрії та наркології» в рамках II Національного психоневрологічного тижня. Організаторами цього заходу виступили Національна академія медичних наук (НАМН) України, Міністерство охорони здоров'я України, Науково-практичне товариство неврологів, психіатрів та наркологів України, Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України та компанія «Нью Віво Комунікейшн Груп».



Мета симпозиуму — висвітлення сучасної проблематики лікування та реабілітації психоневрологічних хворих, удосконалення методів профілактики та діагностики неврологічних, психічних і наркологічних розладів. Розглядали можливі шляхи реформування психіатричної та наркологічної служб. Особлива увага приділялася застосуванню новітніх технологій в лікуванні та реабілітації хворих, які перенесли гостре порушення мозкового кровообігу (ПМК), а також використанню раціональної фармакотерапії у хворих психоневрологічного профілю.

Відкрив симпозиум та виступив із вільним словом Петро Волошин, доктор медичних наук, професор, директор Інституту неврології, психіатрії та наркології Національної академії медичних наук (НАМН) України. Відзначена необхідність проведення спільних конференцій серед неврологів, психіатрів та наркологів, оскільки проблеми в цих галузях суміжні та їх вирішення залежить від спільних зусиль лікарів цих напрямків.

Тамара Міщенко, головний позаштатний спеціаліст Міністерства охорони здоров'я (МОЗ) України зі спеціальності «Неврологія», завідувач відділення судинної патології головного мозку Інституту неврології, психіатрії та наркології НАМН України, у своїй доповіді приділила увагу проблемам реабілітації неврологічних хворих в Україні. Вона повідомила, що згідно з даними статистики за останні 10 років неврологічна захворюваність зростає в 1,5 рази, а в деяких регіонах України — навіть у 2 рази. Це пов'язано перш за все із поширеністю факторів ризику, таких як захворювання серцево-судинної системи, цукровий діабет, тютюнопаління, зловживання алкоголем, нейроінфекції, старіння населення. На цереброваскулярні захворювання страждає понад 3 млн українців, на інші хвороби нервової системи — 1 млн 728 тис. У 2009 р. зареєстровано 105 836 випадків гострого порушення мозкового кровообігу. Внаслідок перенесеного мозкового інсульту (МІ) щорічно помирають до 40 тис. жителів країни, 29 тис. — стають інвалідами, з них 20 тис. — працездатного віку. Для вдосконалення

системи діагностики та лікування хворих на МІ необхідне впровадження критеріїв якості надання допомоги та контролю за виконанням стандартів та протоколів лікування.

З цією метою в Інституті клінічної та експериментальної неврології і психіатрії НАМН України розроблено **Індикатори якості надання допомоги хворим на МІ:**

1) відсоток хворих МІ, госпіталізованих протягом перших 4–5 год;

2) відсоток хворих, які лікувалися у спеціалізованих інсультних відділеннях;

3) відсоток пацієнтів з інсультом, яким проведено комп'ютерну томографію головного мозку в перші години захворювання;

4) відсоток хворих на ішемічний інсульт, яким було проведено тромболітичну терапію;

5) летальність внаслідок інсульту через 1; 3; 12; 24 міс від початку захворювання;

6) відсоток хворих, які регулярно приймають препарати для вторинної профілактики МІ, через 1 та 2 роки після перенесеного інсульту;

7) відсоток хворих, які перенесли повторні судинні катастрофи (інсульт, інфаркт міокарда), через 1 та 2 роки після перенесеного інсульту.

Використання цих індикаторів дозволить оцінювати та порівнювати якість надання медичної допомоги в різних регіонах України.

Програма реабілітації має включати профілактику повторних інсультів, лікувальний масаж, відновлення рухових здібностей, психологічну корекцію. При наявності бульбарних порушень обов'язковими мають бути заняття з логопедом.

Під час доповіді Т. Міщенко також розповіла про сучасні принципи реабілітації неврологічних хворих в Європі, де у відновлювальний період основною є робота «Мультидисциплінарної бригади», яка складається з лікаря-невролога, фізіотерапевта, лікаря-методиста ЛФК, масажиста, рефлексотерапевта, логопеда, ерготерапевта, медичного психолога, медичної сестри та працівника соціальної служби. Іншим важливим напрямком реабілітації є використання фармакотерапії на засадах доказової медицини. Також у доповіді йшлося про перспективи трансплантології в неврології та використання факторів росту для стимулювання утворення клітин-попередників нервової тканини у субвен-трикулярній зоні мозку. Завершуючи доповідь, Т. Міщенко наголосила на тому, що реабілітація має посісти важливе місце у клінічній практиці лікаря-невролога.

Володимир Голік, кандидат медичних наук, завідувач відділення неврології Українського державного науково-дослідного

інституту медико-соціальних проблем інвалідності, висвітлив основні принципи медико-соціальної експертизи у практиці невролога, шляхи удосконалення науково-методичних та організаційних основ медико-соціальної експертизи при різних неврологічних захворюваннях.

На сьогодні для встановлення групи інвалідності спеціалісти керуються «Інструкцією про встановлення груп інвалідності», затвердженій наказом МОЗ України від 07.04.2004 р. № 183, згідно з якою інвалідом є особа зі стійким розладом функцій організму, зумовленим захворюванням, наслідком травм, або з уродженими дефектами, що призводить до обмеження життєдіяльності, до необхідності в соціальній допомозі та захисті.

Виділено три ступені обмеження життєдіяльності: помірно виражене, виражене, значне:

1. Помірно виражене обмеження життєдіяльності зумовлене такими порушеннями функцій органів і систем організму, що призводять до помірного обмеження можливості навчання, спілкування, орієнтації, контролю за своєю поведінкою, пересування, самообслуговування, участі у трудовій діяльності.

2. Виражене обмеження життєдіяльності зумовлюється порушенням функцій органів та систем організму, що полягає у вираженому порушенні можливості навчання, спілкування, орієнтації, контролю за своєю поведінкою, пересування, самообслуговування, участі у трудовій діяльності.

3. Значне обмеження життєдіяльності виникає внаслідок значних порушень функцій органів чи систем організму, що призводить до неможливості або значного порушення здатності чи можливості навчання, спілкування, орієнтації, контролю за своєю поведінкою, пересування, самообслуговування, участі у трудовій діяльності й супроводжується необхідністю у сторонньому догляді (сторонній допомозі).

Обмеження самообслуговування:

I ступінь — здатність до самообслуговування з використанням допоміжних засобів;

II ступінь — здатність до самообслуговування з використанням допоміжних засобів та за допомогою інших осіб;

III ступінь — нездатність до самообслуговування та повна залежність від інших осіб.

Обмеження здатності самостійно пересуватися:

I ступінь — здатність самостійно пересуватися з тривалішою витратою часу, пересування із зупинками і скорочення відстані;

II ступінь — здатність самостійно пересуватися з використанням допоміжних засобів та (чи) за допомогою інших осіб;

III ступінь — нездатність самостійно пересуватися та повна залежність від інших осіб.

Обмеження здатності до навчання:

I ступінь — здатність до навчання в навчальних закладах загального типу при дотриманні спеціального режиму навчального процесу та (чи) з використанням допоміжних засобів, за допомогою інших осіб (крім персоналу, який навчає);

II ступінь — здатність до навчання лише у спеціальних навчальних закладах або за спеціальними програмами в домашніх умовах;

III ступінь — нездатність до навчання.

Обмеження здатності до трудової діяльності:

I ступінь — здатність до виконання трудової діяльності за іншою спеціальністю при відсутності зниження кваліфікації чи зменшенні обсягу виробничої діяльності та неможливості виконання роботи за своєю попередньою професією;

II ступінь — здатність до виконання трудової діяльності у спеціально створених умовах з використанням допоміжних засобів та (чи) спеціально обладнаного робочого місця, за допомогою інших осіб;

III ступінь — нездатність до трудової діяльності.

Обмеження здатності до орієнтації:

I ступінь — здатність до орієнтації за умови використання допоміжних засобів;

II ступінь — здатність до орієнтації, що потребує допомоги інших осіб;

III ступінь — нездатність до орієнтації (дезорієнтація).

Обмеження здатності до спілкування:

I ступінь — здатність до спілкування, що характеризується зниженням швидкості, зменшенням обсягу засвоєння, отримання та передавання інформації;

II ступінь — здатність до спілкування з використанням допоміжних засобів та (чи) за допомогою інших осіб;

III ступінь — нездатність до спілкування.

Обмеження здатності контролювати свою поведінку:

I ступінь — часткове зниження здатності самостійно контролювати свою поведінку;

II ступінь — здатність частково чи повністю контролювати свою поведінку лише за допомогою сторонніх осіб;

III ступінь — нездатність контролювати свою поведінку.

Критеріями встановлення I групи інвалідності є обмеження однієї чи декількох категорій життєдіяльності значною мірою: обмеження самообслуговування III ступеня; обмеження здатності самостійно пересуватися III ступеня; обмеження здатності до навчання III ступеня; обмеження здатності до трудової діяльності III ступеня; обмеження здатності до орієнтації III ступеня; обмеження здатності до спілкування III ступеня; обмеження здатності контролювати свою поведінку III ступеня.

Критеріями встановлення II групи інвалідності є обмеження однієї чи декількох категорій життєдіяльності у вираженому ступені: обмеження самообслуговування II ступеня; обмеження здатності самостійно пересуватися II ступеня; обмеження здатності до трудової діяльності II ступеня; обмеження здатності до орієнтації II ступеня; обмеження здатності до спілкування II ступеня; обмеження здатності до навчання II ступеня; обмеження здатності до спілкування I ступеня; обмеження здатності до орієнтації I ступеня; обмеження здатності до спілкування I ступеня.

Критеріями встановлення III групи інвалідності є обмеження однієї чи декількох категорій життєдіяльності у вираженому ступені: обмеження самообслуговування II ступеня; обмеження здатності самостійно пересуватися II ступеня; обмеження здатності до трудової діяльності II ступеня; обмеження здатності до орієнтації II ступеня; обмеження здатності до спілкування I ступеня; обмеження здатності до орієнтації I ступеня; обмеження здатності до спілкування I ступеня.

II ступеня; обмеження здатності самостійно пересуватися II ступеня; обмеження здатності до навчання II ступеня; обмеження здатності до трудової діяльності II ступеня; обмеження здатності до орієнтації II ступеня; обмеження здатності до спілкування II ступеня; обмеження здатності до спілкування I ступеня; обмеження здатності до орієнтації I ступеня; обмеження здатності до спілкування I ступеня.

Критеріями встановлення III групи інвалідності є обмеження однієї чи декількох категорій життєдіяльності в помірно вираженому ступені: обмеження самообслуговування I ступеня; обмеження здатності самостійно пересуватися I ступеня; обмеження здатності до навчання I ступеня; обмеження здатності до трудової діяльності I ступеня; обмеження здатності до орієнтації I ступеня; обмеження здатності до спілкування I ступеня; обмеження здатності до спілкування I ступеня.

Також у доповіді розглянуто можливі шляхи розвитку мережі медико-соціальних експертних комісій та стаціонарних закладів соціального забезпечення. Особливий акцент зроблено на необхідності підвищення рівня професійної підготовки наукових співробітників та лікарів, актуальності застосування методів покращання показників медичної і соціально-трудової адаптації хворих та інвалідів. Відзначено, що Українським державним науково-дослідним інститутом медико-соціальних проблем інвалідності ведеться удосконалення існуючих методик експертизи хворих після перенесеного гострого порушення мозкового кровообігу, черепно-мозкових травм і демієлінізуючих захворювань, а також розробляється наукова тематика по хворобі Паркінсона, що дасть змогу підвищити рівень інтеграції інвалідів у суспільство.

Ігор Лінський, доктор медичних наук, завідувач відділу профілактики та лікування наркоманії Інституту неврології, психіатрії та наркології НАМН України, доповів згідно з нещодавно опублікованим звітом ООН «World Drug Report» 2010 р. про тенденції виробництва та вживання психоактивних речовин у світі.

Він повідомив, що за останні роки ринок наркотиків у світі зазнав значних змін. Рівень виробництва та вживання героїну і кокаїну знизився, але значно підвищилось виробництво синтетичних наркотичних речовин на основі амфетамінів.

Дані щодо вживання кокаїну представили 88 країн, Україна серед них посідає 65-те місце. Досвід вживання цієї наркотичної речовини в Україні мають 0,2% населення.

Серед 112 країн, що надали інформацію щодо вживання синтетичних наркотичних речовин, Україна займає 78-ме місце з досвідом вживання 0,4% населення і належить до країн з помірним ростом вживання амфетамінів, але з високим рівнем вживання опіюідів, за яким займає 8-ме місце у світі. Досвід вживання мали 1,16% мешканців України.

Досвід вживання канабіноїдів мали 2,5% населення України, але серед молоді цей показник набагато вищий.

Темпи росту наркоманії просто вражають і, на жаль, Україна займає не останнє

місце в цих рейтингах. Надзвичайно важливими статистичними даними є саме досвід вживання психотропних речовин, оскільки це дає змогу побачити куди саме ми рухаємося та яких невідкладних заходів необхідно вживати. В Україні розроблено проект Концепції та план заходів щодо виконання Концепції реалізації державної політики у сфері протидії поширенню наркоманії, боротьби з незаконним обігом наркотичних засобів, психотропних речовин та прекурсорів на 2011–2015 рр. (<http://www.apteka.ua/article/63181>), в якій велике значення приділяється реабілітації наркозалежних. У свою чергу, І. Лінський наголосив на тому, що реабілітація має бути зміщена на момент перших спроб вживання наркотиків, а не на момент виникнення залежності, оскільки в останньому випадку вона є трудомісткою та не завжди ефективною. Важливу роль у профілактиці необхідно приділяти ранньому виявленню та об'єктивній діагностиці, а також соціальній профілактиці, що включає альтернативні шляхи розвитку особистості.

Володимир Мардзвік, кандидат медичних наук, Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика, розглянув проблему летальних випадків інсульту у молодому віці. Інсульт в осіб молодого віку в клінічній практиці відзначають досить часто, проте більшість досліджень спрямована на вивчення захворюваності на МІ без вікової орієнтації, хоча за останні 5 років особи віком молодше 50 років становлять 1/3 від загальної кількості пацієнтів із порушенням мозкового кровообігу. Для поліпшення епідеміологічної ситуації з цереброваскулярними захворюваннями в Україні затверджена постановою КМУ від 31.15.2006 р. № 761 Державна програма запобігання та лікування серцево-судинних і судинно-мозкових захворювань на 2006–2010 роки. Мета Програми — запобігання та зниження захворюваності на серцево-судинні та судинно-мозкові хвороби, інвалідності та смертності від їх ускладнень, а також збільшення тривалості й підвищення якості життя населення.

Основні завдання програми:

1. Створення правової бази, розроблення соціальних та економічних нормативів з основних аспектів боротьби з серцево-судинними і судинно-мозковими хворобами.

2. Підвищення рівня обізнаності населення з питань кардіології та кардіохірургії шляхом залучення засобів масової інформації.

3. Поліпшення своєчасної ранньої діагностики серцево-судинних і судинно-мозкових захворювань, підвищення кваліфікації медичних працівників з питань раннього виявлення захворювання та забезпечення лікування хворих у спеціалізованих закладах.

4. Постійний моніторинг захворюваності населення на серцево-судинні і судинно-мозкові хвороби і стану надання кардіологічної та кардіохірургічної допомоги населенню.

5. Визначення потреб і пріоритетів в організації надання кардіологічної та кардіохірургічної допомоги населенню з ура-

хуванням рівня, динаміки і структури захворюваності.

Оскільки основними причинами інсульту у молодому віці є вроджені й набуті вади судин головного мозку, вади серця, цукровий діабет, артеріальна гіпертензія, затіснопаління, вживання наркотичних засобів та зловживання алкоголем, необхідна розробка ефективних методів динамічного спостереження груп ризику. Це дасть змогу проводити ефективну профілактику та лікування МІ і сприятиме суттєвому зниженню цереброваскулярної патології в Україні.

Доктор медичних наук Ольга Зінов'єва, кафедра нервових хвороб Московської медичної академії ім. І.М. Сеченова, розповіла колегам про сучасні підходи в лікуванні хворих на діабетичну та алкогольну нейропатію. Це питання надзвичайно актуальне як для російських, так і для українських фахівців, оскільки діабетична полінейропатія лежить в основі більш ніж половини нетравматичних ампутацій кінцівок при цукровому діабеті. Причому смертність після ампутації протягом 5 років становить 70%. Але 85% ампутацій можна запобігти завдяки своєчасній діагностиці, проведенню профілактичних заходів та адекватного лікування на ранніх стадіях виникнення ускладнень. Основним на-

прямком у профілактиці та лікуванні пацієнтів із діабетичною полінейропатією є досягнення стійкої компенсації цукрового діабету із застосуванням бенфотіаміну в комбінації з вітамінами групи В.

О. Зінов'єва також розповіла про проблеми, пов'язані з алкогольними нейропатіями, оскільки хронічна алкогольна інтоксикація призводить до ураження периферичних нервів. Згідно з даними епідеміологічних досліджень частота хронічного зловживання алкоголем серед населення віком від 18 років становит 3–10%. Відповідно до критеріїв доказової медицини доцільним, поряд із відмовою від алкоголю, є застосування протягом 2–3 міс препаратів α -ліпоєвої кислоти та бенфотіаміну, що сприяє структурному і функціональному відновленню периферичних нервів.

Олександр Дзюба, доктор медичних наук, професор кафедри нервових хвороб Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця, у своїй доповіді розповів про стан та перспективи подальшого розвитку соціальної і судової психіатрії та наркології в Україні. Зазначено, що захворюваність і поширеність розладів психіки та поведінки протягом останніх років невинно зростають. Сьогодні відбувається процес активного первосмислення

пріоритетів та цінностей в галузі психічного здоров'я. Повноцінна реалізація суспільно орієнтованої психіатричної допомоги неможлива без розробки цільової державної програми, спрямованої на поліпшення психічного здоров'я населення України. У процесі реалізації цієї програми необхідно зосередити увагу на вирішенні питань щодо подолання явищ стигматизації серед населення та удосконалити нормативно-правову базу надання психіатричної допомоги. Також для роботи в системі психосоціальної терапії та реабілітації необхідним є впровадження моделі роботи поліпрофесійної бригади, що потребує підготовки психотерапевтів та медичних психологів. Поліпшення взаємодії різних секторів, які працюють у сфері охорони здоров'я, та залучення до надання психіатричної допомоги громадських організацій дозволить надавати висококваліфіковану допомогу в повному обсязі.

Підводячи підсумки симпозіуму, хочеться наголосити на нагальній необхідності реформування галузі охорони здоров'я та прийнятті невідкладних заходів для реалізації програми надання ефективної психоневрологічної допомоги.

Олександр Масний, фото автора
© Michaeljung / Dreamstime.com / Dreamstock.ru

Адміністративна реформа: що чекає українських вчених



Адміністративна реформа, яку обіцяв провести Президент України, незважаючи на потаємні сподівання численних чиновників, все ж таки розпочалася. Своім Указом від 09.12.2010 р. № 1085/2010

«Про оптимізацію системи центральних органів виконавчої влади» (<http://www.apteka.ua/article/64357>) Віктор Янукович радикально змінив структуру і чисельність цих самих органів, залишивши внаслідок ліквідації, реорганізації, злиття і перейменування лише 63 із 112, що існували раніше.

Серед ліквідованих центральних органів виконавчої влади опинилася і Вища атестаційна комісія України — установа, від якої значною мірою залежала доля вчених усіх фахів, які здобували науковий ступінь. Функції її мають бути покладені на Міністерство освіти, науки, молоді та спорту України, яке очолює Дмитро Табачник.

Редакція «Українського медичного часопису» спробувала розібратися із ситуацією, що склалася, і звернулася за коментарем до вченого секретаря Вищої атестаційної комісії України Миколи Держалюка. Він повідомив, що згідно з п. 2 вищезазначеного Указу Президента України Вища атестаційна

комісія справді має бути ліквідована. Проте слід звернути увагу на п. 7 Указу, відповідно до якого Кабінету Міністрів України доручено до завершення реформування системи центральних органів виконавчої влади забезпечувати належне виконання функцій центральних органів виконавчої влади, що ліквідуються, реорганізуються; забезпечити у процесі ліквідації, реорганізації центральних органів виконавчої влади скорочення чисельності державних службовців, які працюють у центральних органах виконавчої влади, не менше ніж на 30%; подати у 2-місячний строк проекти положень про центральні органи виконавчої влади.

Отже, Вища атестаційна комісія продовжує свою роботу у звичному режимі, її ліквідація відбудеться не раніше, ніж через декілька місяців, тому Микола Степанович закликав здобувачів наукових ступенів не зволікати з оформленням та поданню документів.

Хочеться також додати, що на виконання доленосного Указу Президента Кабінет Міністрів України затвердив розпорядження від 10.12.2010 р. № 2219-р «Про утворення комісії з проведення реорганізації та ліквідації деяких центральних органів виконавчої влади» (<http://www.apteka.ua/article/64761>), згідно з яким призначено голів цих комісій. Цим документом головою комісії з реорганізації Міністерства освіти і науки України призначено першого заступника міністра Бориса Жебровського, а головою комісії з ліквідації Вищої атеста-

ційної комісії — першого заступника голови ВАК Віктора Бондаренка.

Медична галузь також не залишилася осторонь адміністративної реформи, започаткованої Президентом. Зокрема, передбачається створення Державної служби України з питань протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та іншим соціально небезпечним захворюванням; Державної служби України з лікарських препаратів і контролю за наркотиками завдяки реорганізації Державної інспекції з контролю якості лікарських засобів Міністерства охорони здоров'я України та Державного комітету України з питань контролю за наркотиками та Державної санітарно-епідеміологічної служби України. Діяльність цих новостворених органів спрямовуватиметься і координуватиметься Кабінетом Міністрів України через міністра охорони здоров'я, яким залишається Зіновій Митник.

Для підприємців та лікарів, які займаються інформацією про ліквідацію Державного комітету України з питань регуляторної політики та підприємництва. Його функції буде покладено на Міністерство економічного розвитку і торгівлі України, діяльність якого спрямовуватиметься та координуватиметься Кабінетом Міністрів України через Першого віце-прем'єр-міністра Андрія Клюєва.

Редакція «Українського медичного часопису» і надалі інформуватиме читачів про хід проведення адміністративної реформи.

Олександр Устінюк