

(родственников или медперсонала), а также низкий уровень терапевтического альянса.

Клиническими предикторами низкого МК при ПШ НП были выраженность негативной симптоматики (уплощение и ригидность аффекта, апатобулические расстройства); высокая частота обострений; низкий уровень социального функционирования в работе, учебе, семейных отношениях и общении и частичная критика к болезни.

У пациентов с ПШ ЭТ в качестве предикторов выступали выраженность продуктивной симптоматики (враждебность, нарушение мыслительных процессов, напряженность); коморбидность со злоупотреблением алкоголем; частичная критика к болезни.

У больных ПШ с РТ к клиническим предикторам низкого МК отнесены выраженность продуктивной симптоматики (бредовое мышление, манерность, вычурность поведения); частичная критика к болезни (отсутствие инсайта на психологические механизмы болезни); суицидальные тенденции, меланхолическое и анозогнозическое отношения к болезни; низкий уровень функционирования в социальной и профессиональной сферах.

На основании полученных данных разработана система коррекции нарушенного МК у пациентов с ПШ.

УДК 616.831-005.1-082 (477)

І. С. Зозуля, А. І. Зозуля

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика МОЗ України, м. Київ

Необхідність організаційних змін в боротьбі з інсультом в Україні

В Україні склалася загрозна ситуація, яка обумовлена наслідками інсульту. Сьогодні реєструється в Україні до 175—200 тис. хворих на інсульт, в Росії — 700—750 тис., в той же час в США — 450 тис. В нашій державі кожні 3 хвилини виникає новий випадок інсульту. Смертність від інсульту коливається від 400 до 600 осіб на 100 тис. населення. Це становить в 11,2—12,75 рази вище, ніж в Швейцарії й інших країнах Європи. Слід наголосити, що смертність від інфаркту міокарда знижується, а від інсульту — збільшується.

Мета: загострити увагу на питаннях, які повинні вирішуватися уже сьогодні для покращання допомоги пацієнтам з інсультом.

Об'єкт дослідження: багаторічні спостереження в клініках великого міста (м. Київ).

Методи дослідження: аналітичний, статистичний.

Сьогодні гостро стоїть питання надання екстреної допомоги на догоспітальному та ранньому госпітальному етапах, впровадження в великих закладах охорони здоров'я відділень невідкладних станів, де повинні працювати мультидисциплінарні бригади лікарів, цілодобово нейровізуалізуючі методи дослідження (комп'ютерна томографія, магнітно-резонансна томографія, ангіографія, ультразвукова доплерографія) і надавати допомогу за принципом — «від дверей до голки».

Гостро стоїть питання медикаментозного забезпечення хворих з гострим інсультом. Всесвітньою організацією охорони здоров'я, Європейською протиінсультною ініціативою, Американською асоціацією інсульту розроблялися рекомендації лікарського забезпечення інсультних хворих. Однак ці рекомендації включають лише декілька препаратів нейропротекторної дії і не мають вазоактивних або ноотропних препаратів, більш широкого застосування нейпротекторів для захисту го-

ловного мозку від ішемії (типу цитиколіну, нейроксону, корвітину).

Навіть тромболітична терапія рекомбінантним тканинним активатором плазміногену, з впровадженням якого були великі надії, у відповідності до державних протоколів ведення інсультних хворих, може бути використаний лише у 1—2 % пацієнтів, а в судинних центрах — до 5 % пацієнтів.

Сьогодні в Україні не має єдиного системного підходу в лікуванні хворих з інсультом: не організовані спеціалізовані судинні центри (відділення) з палатами (блоками) інтенсивної терапії, нейрохірургічним, неврологічним відділеннями і відділенням ранньої реабілітації (відновного лікування) зі спеціально підготовленим персоналом. Поки що відсутні локальні протоколи, які відповідають світовим стандартам, відсутня єдина стратегія і тактика надання допомоги інсультним хворим. Стоїть питання спеціальної підготовки персоналу (лікарі, медичні сестри, молодші сестри) для роботи в інсультних центрах. Такий персонал ще мало інформований як в діагностичному, так і в лікувальному плані.

Сьогодні — недостатня інформованість як лікарів, так і населення в цілому, в результаті чого не використовуються в повній степені профілактичні заходи. Слід наголосити, що кожен невролог в Україні має свою думку щодо лікування інсульту, яка у більшості випадків відрізняється від світових стандартів. Ще простежується в лікуванні інсультних хворих поліпрагмація, нераціональне зниження артеріального тиску та ін.

Сьогодні центральною ланкою в протиінсультній службі повинні бути чотири основних напрямки боротьби з інсультом: первинна профілактика, допомога при гострому інсульті, вторинна профілактика і вичерпна реабілітація.

Головним принципом надання оптимальної допомоги при гострому інсульті повинен стати лозунг: «Гострий інсульт — це невідкладний медичний стан». Необхідною умовою ефективного надання медичної допомоги в гострий період інсульту є госпіталізація для обстеження і лікування, бажано не пізніше 3 годин з часу виникнення інсульту доставити пацієнта в спеціалізоване інсультне відділення.

В Україні хворі попадають в лікарні дуже пізно, як правило — більше, ніж через 6 годин після виникнення інсульту, а то і на другу добу. Потрібно впровадити в широкі маси лозунг «час — це мозок». Цей лозунг повинен бути орієнтиром для пацієнта і для лікаря. Тільки активна, цілеспрямована допомога (в тому числі тромболітична терапія) протягом перших 3 годин після виникнення інсульту може спасти мозок, а значить всі життєвоважливі функції.

Дуже важливим елементом є навчання диспетчерів центрів екстреної медичної допомоги навичкам розпізнавання ознак інсульту з урахуванням простих критеріїв уже при формуванні виклику. Важливе значення має симптомокомплекс «обличчя — рука — мова», який є прямим свідченням інсульту.

Диспетчер повинен професійно ставити питання хворому або його представникам для з'ясування діагнозу.

Надання медичної допомоги хворому інсультом повинно бути пріоритетним, як при гострому інфаркті міокарда або тяжкій травмі. Потрібно, щоб бригада екстреної (швидкої) медичної допомоги була не просто перевізником, а могла надати термінову допомогу на догоспітальному етапі (на місці катастрофи, при транспортуванні). В першу чергу бригада повинна здійснити

при необхідності всі реанімаційні заходи (за системою АВСДЕ), штучну вентиляцію легень, провести корекцію артеріального тиску, цукру, температури, запобігти набряку головного мозку (підняти головний кінець на 30°, вдихати зволожений кисень).

Госпіталізацію потрібно здійснити не куди-небудь, а в ближнє спеціалізоване судинне відділення (центр).

В інсультному відділенні підготовлені медичні працівники (мультидисциплінарна бригада) терміново обстежуючи хворого, надають допомогу, керуючись протоколами і алгоритмами з контрольними листами, в яких документують всі дані діагностики і лікування. Завданням лікарів в цей період є не тільки діагностика і лікування але й попередження ускладнень (тромбоемболії, набряк головного мозку, легень), проведення ранньої реабілітації (положення, мобілізація, дихання).

Дуже важливим є накопичення досвіду поширення передових технологій, і що дуже важливо — створити спеціальний реєстр, який буде мати достовірні дані про медичні і соціально-економічні наслідки інсульту, стан системи допомоги хворим з інсультом, потреби в матеріально-технічному та кадровому забезпеченні.

Реалізація перерахованих вище заходів потребує і єдиного наукового керівництва і методологічної координації, яку і проводять Українська асоціація боротьби з інсультом, ВГО «Асоціація швидкої, невідкладної медичної допомоги та медицини катастроф».

УДК 616.69-06:577.73:615.214

И. В. Калугин

Украинский научно-исследовательский институт социальной и судебной психиатрии и наркологии МЗ Украины, г. Киев

Проблема полиморбидности и адекватной фармакотерапии у пациентов геронтопсихиатрического профиля

Современная медицина обладает широким спектром диагностических и лечебных процедур, и в связи с этим возник вопрос — как правильно оценить больного, страдающего одновременно несколькими заболеваниями, с чего начать его обследование и на что в первую очередь и в последующем направить лечение. Сегодняшние реалии таковы, что обнаружив при обследовании больного нарушения многих функций организма, врачи спешат назначить лекарства для коррекции всех этих функций. В методологическом аспекте — это грубая врачебная ошибка. Более того, их одновременное назначение нередко ведет к серьезным последствиям: возникают токсические эффекты, различные осложнения, ухудшение субъективного состояния больного, тяжелый медикаментозный гепатит, обострение и генерализация различных инфекций, поражение кожи и слизистых оболочек и многое другое. В последние десятилетия вместе с научно-технической революцией произошел и «фармацевтический взрыв» — синтезированы и введены в обиход десятки тысяч новых препаратов со сложнейшим воздействием на организм человека. Особое значение данный факт имеет у лиц пожилого возраста. Так, в среднем у одного пациента старше 65 лет, обратившегося за амбулаторной или стационарной помощью, обнаруживается четыре-пять различных хронических патологических состояний в разных фазах и стадиях (полиморбидность). Явление полиморбидности заставляет пациентов пожилого возраста обращаться

и наблюдаться у врачей разных специальностей. Также необходимо отметить, что полиморбидность приводит к полипрагмазии (одновременное назначение врачами, нередко неоправданное, многих лекарственных веществ или лечебных процедур) и полифармазии (одновременный прием нескольких лекарственных средств пациентом), что делает невозможным контроль над эффективностью терапии, увеличивает материальные затраты пожилых пациентов, а поэтому снижает их комплаенс (приверженность к лечению). В мировой практике имеется достаточно примеров, свидетельствующих о негативном влиянии полипрагмазии и полифармазии у пожилых пациентов. В амбулаторных и стационарных условиях пожилым пациентам чаще всего одновременно назначают от 2—3 до 6—10 лекарственных препаратов и более. Количество назначаемых препаратов зависит не только от тяжести состояния, сопутствующих заболеваний больного, но и от настороженности врача и самого пациента. Последний сам себе нередко назначает антибиотики, слабительные, жаропонижающие и анальгезирующие препараты и даже седативные, снотворные, психотропные средства, не представляя всех последствий таких злоупотреблений, что зачастую приводит к развитию синдрома зависимости (фармакомания) и неконтролируемым межлекарственным взаимодействиям. Это значительно усложняет лечение пациентов пожилого возраста и также увеличивает риск развития побочных эффектов. Неблагоприятные эффекты, возникающие при попытке «поправить» возрастные и вызванные заболеванием расстройства с помощью множественной фармакотерапии, часто являются последней каплей, за которой следует неспособность для пожилого человека продолжать относительно самостоятельную жизнь.

С целью определения частоты возникновения явления полипрагмазии и полифармазии у лиц пожилого возраста нами было проведено исследование 578 пациентов геронтопсихиатрического отделения Мариупольской психиатрической больницы в течение 2013 и 2014 гг. Пилотное исследование длилось в течение 2 лет. Были проанализированы 578 историй болезни пациентов в возрасте старше 65 лет.

Нами проведено исследование и ретроспективный анализ данных 382 пациентов в возрасте старше 65 лет с психическими расстройствами, которые находились на лечении в психиатрической больнице № 7 г. Мариуполя с 01.01.2013 г. по 31.12.2013 г. Сформированы основная группа (пациенты с сопутствующей соматической патологией — 258 человек) и контрольная группа (пациенты без соматической патологии — 124 человека). Контрольная и основная группы репрезентативны по полу и возрасту.

Также проведено исследование и анализ историй болезни 196 пациентов (мужчин — 53, женщин — 143), которые поступили в геронтопсихиатрическое отделение больницы в течение 2014 года. Установлено, что из 196 пациентов в возрасте старше 65 лет — 170 человек кроме основного психиатрического диагноза имели два и более соматических заболеваний, что составляет 86,7 % (в абсолютных цифрах — 170 человек). Из общего количества у мужчин — 83 % (в абсолютных цифрах — 44), у женщин 88,1 % (в абсолютных цифрах — 126).

Нами было установлено, что у женщин чаще комбинируется деменция с ишемической болезнью сердца, цереброваскулярными заболеваниями, патологией мочеполовой системы и гипертонической болезнью. У мужчин достоверно чаще регистрируется сочетание деменции с ишемической болезнью сердца, цереброваскулярными