

21. Преображенский Д.В., Сидоренко Б.А. Успехи и неудачи в разработке новых подходов к медикаментозной терапии хронической сердечной недостаточности (обзор результатов рандомизированных исследований, выполненных в 90-е годы). Часть V. // Кардиология. – 2001. – № 10. – С. 57.
22. Сидоренко Б.А., Преображенский Д.В. Современные подходы к диагностике и лечению хронической сердечной недостаточности (изложение Рекомендаций Американской коллегии кардиологов и Американской ассоциации сердца 2001 г.) // Кардиология. – 2002. – № 6. – С. 65-78.
23. Сидоренко Б.А., Преображенский Д.В. Достижения медикаментозной терапии хронической сердечной недостаточности // Российский кардиологический журнал. – 2000. – № 1 (21). – С. 63-67.
24. Сидоренко Б.А., Шарошина И.А., Романова Н.Е., Преображенский Д.В. Клинико-инструментальная диагностика хронической сердечной недостаточности и ее медикаментозная терапия // Российский кардиологический журнал. – 2003. – № 1 (39). – С. 63-73.
25. Смирнова О.В., Федоров В.Н., Хохлов А.Л. Сравнительное влияние бета-блокаторов различных групп (анаприлин, атенолол, небилет) на содержание катехоламинов и 11-оксикортикостероидов у крыс с экспериментальной хронической сердечной недостаточностью // Российский кардиологический журнал. – 2002. – № 1 (33). – С. 56-58.
26. Смоленская О.Г., Жданова И.В., Семьяникова Н.М., Силкина Н.Н. Эгилек в лечении хронической сердечной недостаточности у больных ИБС с нормальным и повышенным уровнем артериального давления // Российский кардиологический журнал. – 2002. – № 4 (36). – С. 48-52.
27. Терещенко С.Н., Демидова И.В., Левчук Н.Н., Кобалава Ж.Д. Клинико-статистический анализ хронической сердечной недостаточности // Терапевтический архив. – 1999. – № 1. – С. 42-46.
28. Шушляпин О.И., Шушляпин А.О. Сердечная недостаточность: роль факторов геномики и значение генетических механизмов в ее развитии в аспекте обоснования известных и перспективных путей ее лечения // Журнал практического врача. – 2002. – № 5. – С. 41-47.
29. Cowburn P, Cleland J, Komajada M. Risk stratification in chronic heart failure // European Heart Journal. – 1998. – Vol. 19. – P. 696-703.
30. Guidelines for the diagnosis and treatment of chronic heart failure. Task Force for the Diagnosis and Treatment of Chronic Heart Failure, European Society of Cardiology // European Heart Journal. – 2001. – Vol. 353. – P. 1527-1560.
31. Kjekshus H., Smiseth O.A., Klinge R. et al. Vascular and myocardial endothelin-1 in RNA in a pacing model of chronic heart failure // European Heart Journal. – 1997. – Vol. 18. – P. 178-180.
32. Madsen B.K., Keller N., Christiansen E., Christensen N.J. Prognostic value of plasma catecholamines, plasma rennin activity, and plasma atrial natriuretic peptide at rest and during exercise on congestive heart failure: comparison with clinical evaluation, ejection fraction, and exercise capacity // Cardiac Failure. – 1995. – Vol. 1. – P. 207-216.
33. Niebauer J., Coats A.G. Treating chronic heart failure: time to take stock // Lancet. – 1997. – Vol. 349 (9057). – P. 966-967.
34. Weber K.T., Brilla C.G., Campbell S.E. Myocardial fibrosis: role of angiotensin II and aldosterone // Basic Research Cardiology. – 1993. – Vol. 88. – P. 107-124.

Пострелко В.М., Коновалов О.Г., Картель М.Т., Ставицька С.С., Петренко Т.П.

КЛІНІЧНА ДИНАМІКА ПРИ ЛІКУВАННІ СТАНУ ВІДМІНИ ЗА ДОПОМОГОЮ СОРБЕНТУ “УЛЬТРАСОРБ” У ХВОРИХ З КОМОРБІДНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ

Інститут сорбції та проблем ендоекології НАН України, м. Київ

КЛІНІЧНА ДИНАМІКА ПРИ ЛІКУВАННІ СТАНУ ВІДМІНИ ЗА ДОПОМОГОЮ СОРБЕНТУ “УЛЬТРАСОРБ” У ХВОРИХ НА КОМОРБІДНУ ПАТОЛОГІЮ – Проведені клінічні випробування препарату “Ультрасорб” в трьох клінічних групах в кількості 215 хворих. Отримано позитивні результати. Негативних результатів та ускладнень при прийомі ентеросорбенту “Ультрасорб” не спостерігалося.

КЛИНИЧЕСКАЯ ДИНАМИКА ПРИ ЛЕЧЕНИИ СОСТОЯНИЯ ОТМЕНЫ ПРИ ПОМОЩИ СОРБЕНТА “УЛЬТРАСОРБ” У БОЛЬНЫХ КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ – Проведены клинические испытания препарата “Ультрасорб” в трех клинических группах в количестве 215 больных. Получены положительные результаты. Негативные результаты и осложнения при приеме энтеросорбента не наблюдались.

THE CLINICAL DYNAMICS DURING THE STATE OF ABOLITION TREATMENT WITH THE HELP OF THE SORPTION “ULTRASORB” OF THE PATIENTS WITH COMORBID PATHOLOGY – The therapy was carried out in three clinical groups with the help of the sorbent “Ultrasorb”. 215 patients were being treated. The positive dynamics has been received. During the sorption use, negative results and complications were not observed.

Ключові слова: стан відміни, ентеросорбційна детоксикація, коморбідні стани, сорбент “Ультрасорб”.

Ключевые слова: состояние отмены, энтеросорбционная детоксикация, коморбидное состояние, сорбент “Ультрасорб”.

Key words: state of abolition, enterosorption detoxication, comorbid states, sorbent “Ultrasorb”.

ВСТУП При вивченні розвитку нервово-психічних порушень неспсихотичного рівня, з ендogenous інтоксикацією під впливом дії іонізуючого випромінювання, має місце утворення та розвиток радіаційного ендотоксикозу [1,2,3].

Також відомо, що в стані відміни синдрому залежності від алкоголю має місце інтоксикація продуктами елімінації останнього [4,5,6].

При лікуванні цих станів патогенетично обґрунтовано прийом сорбційних матеріалів [7,8]. Нещодавно фахівцями Інститут сорбції та проблем ендоекології НАН України було спеціально здійснена розробка нового препарату “Ультрасорб” [9,10,11].

Мета роботи – вивчення ефективності дії препарату “Ультрасорб” у хворих трьох клінічних груп та дати рекомендації для його застосування.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ Для вивчення дії ентеросорбенту “Ультрасорб” було сформовано 3 клінічних групи. Основна група – 56 чоловік віком від 29 до 51 року, з них 45 чоловіків, 11 жінок. Це були учасники ліквідації аварії на ЧАЕС, в яких виникли нервово-психічні розлади радіаційного характеру, і вони стали страждати від синдрому залежності від алкоголю. Перша порівняльна група – 72 чоловіки віком від 27 до 59 років, з них 59 чоловіків та 13 жінок. Це хворі з органічним ураженням центральної нервової системи радіаційного походження. Друга порівняльна група – 87 чоловік віком від 24 до 58 років, з них 62 чоловіки та 25 жінок. Це хворі на залежність від алкоголю у стані відміни, не обтяжені впливом радіаційного фактору. Всього обстежено та проліковано за допомогою сорбенту “Ультрасорб” 215 чоловіків.

Препарат “Ультрасорб” призначався хворим всіх трьох груп у дозах від 0,5 до 7 г на добу залежно від стану хворих та лабораторних показників 3 рази на добу протягом від 3 до 14 днів. Суб’єктивні показники, рівень їх валідності, об’єктивна симптоматика в основній та першій порівняльній групі, що мали нервово-психічні порушення радіаційного походження оцінювалась за 3-бальною шкалою: наявність вираженої симптоматики – 3 бали; покращання стану – 2 бали; відсутність прояву даного прояву – 1 бал.

При динамічному нагляді розвитку стану відміни при синдромі залежності від алкоголю у основній та другій порівняльній групі проводилась за 4-бальною системою: сильно виражений симптом – 4 бали; помірно виражений – 3 бали; слабо виражений – 2 бали; відсутність симптомів – 1 бал.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ При лікуванні пацієнтів основної та першої порівняльної групи сорбентом “Ультрасорб” були одержані наступні результати, які наведені в таблицях 1, 2. Це динаміка перебігу неспсихотичних психічних порушень у хворих основної та першої порівняльної групи.

Як бачимо, за даними таблиці 1 відмічається позитивна динаміка при лікуванні хворих основної групи.

Неспсихотичні психічні порушення у хворих основної групи, для яких вони являлись проявами сукупної патології

(радіаційного походження на тлі залежності від алкоголю) зазнавали найбільшої інтенсивності редукції у перші 2-3 доби, протягом яких застосовувалась найбільш виражена детоксикаційна терапія.

Таблиця 1. Динаміка регресії симптомів у пацієнтів основної групи (n=56)

Симптоми	До терапії	Після терапії
1. Головний біль	3 ± 1	1 ± 1
2. Головокружіння	3 ± 1	1 ± 1
3. Пітливість (гіпергідроз)	3 ± 1	2 ± 1
4. Дратівливість	3 ± 1	2 ± 1
5. Плаксивість	3 ± 1	1 ± 1
6. Порушення сну	3 ± 1	1 ± 1
7. Погіршення пам'яті	3 ± 1	3 ± 1
8. Зниження працездатності	3 ± 1	2 ± 1
9. Втомлюваність	3 ± 1	1 ± 1
10. Коливання настрою	3 ± 1	1 ± 1
11. Потяг до нікотину/алкоголю	3 ± 1	1 ± 1
Сума балів	33 ± 3	16 ± 3

Необхідно відмітити, що також відбувалась позитивна динаміка при лікуванні сорбентом "Ультрасорб" пацієнтів першої порівняльної групи. Дані позитивної динаміки представлені в таблиці 2.

Таблиця 2. Дані регресії симптомів 1-ї порівняльної групи хворих протягом лікування сорбентом "Ультрасорб" (n=72)

Симптоми	До лікування	Після лікування
1. Головний біль	3 ± 1	1 ± 1
2. Головокружіння	3 ± 1	1 ± 1
3. Пітливість (гіпергідроз)	3 ± 1	1 ± 1
4. Дратівливість	3 ± 1	1 ± 1
5. Плаксивість	3 ± 1	1 ± 1
6. Порушення сну	3 ± 1	1 ± 1
7. Погіршення пам'яті	3 ± 1	3 ± 1
8. Зниження працездатності	3 ± 1	2 ± 1
9. Втомлюваність	3 ± 1	1 ± 1
10. Коливання настрою	1 ± 1	1 ± 1
11. Потяг до нікотину/алкоголю	2 ± 1	1 ± 1
Сума балів	30 ± 3	14 ± 3

За розрахунками, представленими в таблиці 2, ми бачимо позитивну динаміку у пацієнтів 1 порівняльної групи.

В зв'язку з тим, що пацієнти основної групи поряд з симптоматикою наслідків радіаційного впливу мали симптоми залежності від алкоголю у стані відміни, тому при проведенні детоксикації мала місце позитивна динаміка, яка представлена в таблиці 3.

Таблиця 3. Динаміка регресії симптомів стану відміни у хворих основної групи (за 4-бальною системою)

Симптоми	До лікування	Після лікування
Спрага	4 ± 1	1 ± 1
Втрата апетиту	3,8 ± 1	1 ± 1
Потреба похмелитись	4 ± 1	1 ± 1
Тремор рук	4 ± 1	1,2 ± 1
Нестійкість у позі Ромберга	4 ± 1	2 ± 1
Пітливість (гіпергідроз)	3,6 ± 1	1,3 ± 1
Головний біль	3 ± 1	1 ± 1
Дратівливість	4 ± 1	1,5 ± 1
Агресивність	3,7 ± 1	1,1 ± 1
Провали пам'яті	3,2 ± 1	1,8 ± 1
Порушення сну	4 ± 1	1 ± 1
Коливання настрою	3,8 ± 1	1 ± 1
Сума балів	45,1	14,9

Згідно клінічних спостережень, результати яких відображені у таблиці 3, найбільш інтенсивна позитивна динаміка (у першу добу терапії) стосувалась вегетативної симптоматики. Повністю зниження проявів стану відміни спостерігалось через 2 доби після початку лікування.

При клінічному спостереженні за хворими другої порівняльної групи, які страждали від синдрому залежності від алкоголю в стані відміни, лікування сорбентом "Ультрасорб" теж відмічалась позитивна динаміка, яка представлена в таблиці 4.

Таблиця 4. Динаміка регресії симптомів стану відміни у хворих 2-ї порівняльної групи (за 4-бальною системою)

Симптоми	До лікування	Після лікування
Спрага	3,9 ± 1	1 ± 1
Втрата апетиту	3,7 ± 1	1 ± 1
Потреба похмелитись	4 ± 1	1 ± 1
Тремор рук	4 ± 1	1 ± 1
Нестійкість у позі Ромберга	3,9 ± 1	1,8 ± 1
Пітливість (гіпергідроз)	3,2 ± 1	1 ± 1
Головний біль	2,1 ± 1	1,2 ± 1
Дратівливість	3,8 ± 1	1,6 ± 1
Агресивність	2,7 ± 1	1,2 ± 1
Провали пам'яті	2,2 ± 1	1 ± 1
Порушення сну	3,6 ± 1	1 ± 1
Коливання настрою	3,7 ± 1	1 ± 1
Сума балів	35,8	14,1

При порівнянні даних, наведених у таблицях 3, 4 докладно відзначається позитивна динаміка симптомів стану відміни, що свідчить про високу ефективність сорбенту "Ультрасорб", як при коморбідних станах, так і для категорії хворих, що мають класичну форму залежності від алкоголю.

Наведена вище посимптома позитивна динаміка відповідає регресиві патологічних порушень на синдромологічному рівні. Характерною ознакою редукції симптомокомплексів, що характеризують перебіг коморбідних станів пацієнтів основної групи є те, що симптоми, які умовно можна віднести до астено-невротичних складових синдромів, в цілому піддаються курації легше. Водночас порушення, які стосуються афективної сфери, потребують більш ретельної уваги, обов'язкового підтримуючого лікування та психокорекції. Особливо звертає увагу на себе той факт, що при застосуванні запропонованої комплексної терапії, спостерігається відносно суттєва позитивна динаміка мнестичних функцій, яка залишалась завжди резистентною до курації, оскільки є проявом супро органічних змін. Це пояснюється етіопатогенетичним спрямуванням методу сорбційної детоксикації у комплексі з терапією, спрямованою на корекцію метаболічних процесів, що сприяє позитивним структурним змінам головного мозку і певним відновленням відповідних його функцій.

Після проведення терапевтичних комплексів конкретні клінічні форми неспсихотичних психічних порушень у осіб, що є залежними від алкоголю, зазнали ряд позитивних змін. При досягненні стану ремісії, критерієм якої визначались відсутність проявів стану відміни та потягу до алкоголю, провідним у клінічній картині коморбідних станів залишились астено-дистимічні стани, інтенсивність прояву яких суттєво знизились. Редукція проявів астенічної складової у структурі астено-депресивного синдрому відзначалась підвищенням загального життєвого тону, меншою мірою висловлювались скарги на швидку втому, необхідність обмеження фізичного та розумового навантаження. До певної міри спостерігалось відновлення усталених стереотипів діяльності, поведінки, відпочинку, кола інтересів. Спектр розладів у зазначеному симптомокомплексі набував вигляду афективно-астенічних. Але інтенсивність афективних проявів, що до лікування характеризувалась субдепресивним рівнем досить стійкого характеру, який детермінував загалом поведінку

хворого, в тому числі і систематичні алкогольні ексцеси, суттєво знизилась і в цілому могла бути позначена на рівні ситуаційних реакцій.

Загальне підвищення життєвого тону сприяло позитивні зміни у вольовій сфері. Покращання активної уваги, здатності до її концентрації, зменшення компоненти дратівливої слабкості як дезорганізуючого фактору певною мірою спричинило компенсації більш стійких мнестичних розладів, зокрема фіксації та ретенції. Це спричинило зростання працездатності, впевненості у власній силі і у можливий, загалом, позитивний прогноз на майбутнє.

Все це разом стимулювало формування настановою на тверезий спосіб життя та сприяло стійкості та тривалості ремісії. Нормалізації афективної сфери додатково сприяв факт відсутності наслідків алкогольних ексцесів, переживання яких є суттєвим чинником вторинного депресивного афекту психогенно-ситуативного клану. Для перебігу проявів синдрому дратівливої слабкості також характерна певна регідність афективного компонента за відношенням до астено-невротичного. В цілому позитивному перебігу курації хворих з переважними сензитивно-дистимічними проявами сприяла досить висока збереженість особистості, не дивлячись на велику кількість скарг психоневрологічного та соматичного характеру. Меншою мірою спостерігалось зовнішнє враження про зв'язок психічної травматизації у пацієнтів з функціональними емоційними розладами. Дистимічні прояви органічного характеру набували значно пом'якшеного характеру як за рахунок суттєвої редукції невротичної симптоматики, так і внаслідок відсутності додаткового токсичного алкогольного компонента.

Проведене лікування, коригуючи поріг збудливості структур головного мозку, сприяло зниженню частоти та інтенсивності емоційних спалахів як пускових факторів алкоголізації, та емоційно-поведінкової дезорганізації взагалі.

ВИСНОВКИ Внаслідок проведеного лікування за допомогою комбінованого глинисто-вуглецевого ентеросорбенту "Ультрасорб" при лікуванні хворих з радіаційним ендотоксикозом та одночасним розвитком залежності від алкоголю одержано позитивні результати.

Також отримано позитивні результати при проведенні лікування в першій та другій порівняльних групах.

Негативні результати та ускладнення при прийомі ентеросорбенту "Ультрасорб" ми не спостерігали.

Перспективи Характерними позитивними рисами препарату "Ультрасорб" є його широкі некорпоративні властивості, що надає можливість його застосування при патологічних станах різної етіології. Він може бути препаратом вибору при сукупних (коморбідних) станах, зокрема на тлі залежності від алкоголю, або інших психотропних речовин. Як і всі інші методи ентеросорбційної детоксикації його застосування не потребує якихось спеціальних умов і може відбуватись як у стаціонарних, так і амбулаторних умовах.

ЛІТЕРАТУРА

1. Винницький О.Р. Послерадіаційна енцефалопатія / Под. ред. А.П. Ромоданова. – К., 1993. – С.161-166.
2. Винницький О.Р. Дослідження хронічного ендогенного впливу малих доз іонізуючого опромінення на головний мозок // Укр.вісн.психоневрології. – 1996. – № 2 (12). – С.21-23.
3. Ефективні методи лікування радіаційних і токсичних енцефалопатій / Деденко І.К., Старикив А.В., Торбін В.Ф., Пострелко В.М. – К.: Нора принт, 1998. – 396 с.
4. Ревенко О.А., Жабокрицький С.В., Приліпко В.Г. Формування та особливості перебігу алкогольного делірію в осіб, які постраждали внаслідок аварії на Чорнобильській атомній електростанції // Арх. психіатрії. – 2000. – 3-4 (22-23). – С. 66-70.
5. Сыропятов О.Г., Джеруминская И.А. Патогенез и биологическое лечение алкоголизма // Пособие для врачей. – К.: УВМА, 2000. – 46 с.
6. Сосин И.К. Преформированные аксиомы классической наркологии (на модели алкогольной зависимости) // Арх. психіатрії. – 2002. – 4(31). – С. 51-59.
7. Пострелко В.М. Новый подход в терапии при сочетанном воздействии экологических факторов и алкоголя у пострадавших в результате Чернобыльской катастрофы // Арх. психіатрії. – 1999. – № 1. – С. 78-79.
8. Пострелко В.М., Картель М.Т., Стрелко В.В. Доцільність використання нового комбінованого ентеросорбенту "Ультрасорб" у лікуванні психопатологічних розладів радіаційного генезу // Арх. психіатрії. – 2000. – 1-2 (20-21). – С. 93-97.
9. Адсорбирующий препарат "Ультрасорб" для извлечения радионуклеидов из организма / Стрелко В.В., Картель Н.Т., Ставицкая С.С. и др. // Патент Украины № 20718 Б от 07.10.97 г.
10. Элиминация радионуклеидов комбинированным адсорбирующим препаратом "Ультрасорб" из организма людей с повышенным уровнем загрязненности / Стрелко В.В., Герасименко Н.В., Ставицкая С.С. и др. // Эфферентная терапия. – 1999. – Т.5, № 4. – С. 66-71.
11. Сорбция ионов тяжелых металлов и радиоактивного цезия сорбентом "Ультрасорб" / Картель Н.Т., Ставицкая С.С., Викарчук В.М. и др. // Теоретич. і експерим. химія. – 2000. – Т. 36, № 1. – С. 53-57.

Зіменковський А.Б.

РОЛЬ КЛІНІЧНОГО ПРОВІЗОРА В ПІДВИЩЕННІ ЯКОСТІ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ НАСЕЛЕННЮ УКРАЇНИ

Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького

РОЛЬ КЛІНІЧНОГО ПРОВІЗОРА В ПІДВИЩЕННІ ЯКОСТІ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ НАСЕЛЕННЮ УКРАЇНИ – Проаналізовано функціональні обов'язки клінічного провізора в Україні та за кордоном. На основі дослідження виявлено роль клінічного провізора як важливого чинника впливу на забезпечення та підвищення якості надання медичної та фармацевтичної допомоги населенню України на сучасному етапі реформування галузі.

РОЛЬ КЛИНИЧЕСКОГО ПРОВИЗОРА В ПОВЫШЕНИИ КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ УКРАИНЫ – Проанализировано функциональные обязанности клинического провизора в Украине и за рубежом. На основании исследования представлена роль клинического провизора как важного фактора влияния на обеспечение и повышение качества оказания медицинской и фармацевтической помощи населению Украины на современном этапе реформирования отрасли.

THE ROLE OF CLINICAL PHARMACEUTICALS IN THE INCREASE OF THE QUALITY OF MEDICAL CARE FOR THE PEOPLE OF UKRAINE – The analysis of functional responsibilities of clinical pharmaceuticals in Ukraine and foreign countries was conducted. The trial gave the possibility to recognize the role of clinical pharmaceutical as important factor of influence on the guarantee and increase of the quality of medical and pharmaceutical care for the people of Ukraine at the up to day stage of the reforming of branch.

Ключові слова: якість медичної допомоги, клінічний провізор.

Ключевые слова: качество медицинской помощи, клинический провизор.

Key words: quality of medical care, clinical pharmaceuticals.

ВСТУП Якість медичної допомоги – це система критеріїв, які дозволяють визначити якість надання медичної допомоги як на окремій території, в певній медичній установі, у певного лікаря, так і конкретному пацієнту. Це діяльність, скерована на створення таких умов медичної допомоги населенню, які дозволяють виконати заявлені державою (медичним закладом) гарантії відповідно до задоволення населення в одержанні медичної допомоги. Отож, такий інтегральний показник, що відображає відповідність медичної допомоги сучасному рівню розвитку науки, встановленим вимогам, стандартам, оптимальному (ефективному) використанню ресурсів, задоволенню потреб пацієнтів. Крім того, якість медичної допомоги – це характеристика, що відображає ступінь адекватності