

ким чином гемодинаміку в малому колі кровообігу. Позитивний вплив антимікобактеріальної терапії підтверджується також зменшенням кількості хворих з патологічними показниками електрокардіограми у вигляді деформацій і розширення зубців P_{II} , R_{II} , R_{aVF} , патологічно зниженого чи від'ємного зубця T , зміщення інтервалу $S-T_{I-III}$, а також депресії сегмента $S-T_{VI}$, $S-T_{V6}$ і патологічного систолічного показника.

Разом з тим, до 6-го місяця антимікобактеріальної терапії намітилась деяка тенденція до зростання амплітуди P_{III} , P_{aVF} порівняно з попередніми місяцями. Це може бути зумовлено порушеннями в малому колі кровообігу, внаслідок репаративних і метатуберкульозних змін в легенях. Зниження сумарного вольтажу зубців $R_I+R_{II}+R_{III}$, а також збільшення числа хворих з низьким вольтажем слід розцінювати як негативний вплив антимікобактеріальних препаратів на міокард, які сприяють погіршенню його скоротливої здатності.

ВИСНОВКИ Вивчення стану серцево-судинної системи у 150 хворих на вперше діагностований туберкульоз легень в процесі 6-місячної антимікобактеріальної терапії показало, що вплив протитуберкульозних препаратів на серцево-судинну систему доволі складний.

З одного боку, вони, ліквідуючи туберкульозну інток-

сикацію, сприяють покращенню обмінних процесів в міокарді, знижують опір в малому колі кровообігу і тим самим покращують роботу серця, зокрема, правих його відділів. З іншого боку, слід припустити і безпосередній вплив протитуберкульозних препаратів на міокард, оскільки тривале їх застосування, очевидно, погіршує його скоротливу здатність. В світлі цього цілком виправданими є застосування лікарських препаратів, які направлені на швидку ліквідацію інтоксикації, покращання гемодинаміки в малому колі кровообігу і, зокрема, препаратів, які покращують метаболізм серцевого м'яза і посилюють його працездатність.

ЛІТЕРАТУРА

1. Гаврилюк В.К., Ячник А.И., Солдатченко С.С., Кубышкин В.Ф., Поливода С.Н., Мельник В.П. Клиническая классификация дыхательных и гемодинамических нарушений при заболеваниях лёгких // Укр. пульмонологичний журнал. – 2003. – № 1. – С. 30 – 32.
2. Малая Л.Т. Диагностика и лечения болезней сердца и сосудов, обусловленных туберкулезом. – К.: Здоров'я, 1969. – 508 с.
3. Стукало И.Т., Кулачковский Ю.В. Система кровообращения и туберкулез лёгких. – М.: Медицина, 1967. – 340 с.
4. Шмелёв Н.А., Степанян Э.С. Побочное действие протитуберкулёзных препаратов. – М.: "Медицина", 1977. – 340 с.
5. Фещенко Ю.І., Мельник В.М. Стан і проблеми протитуберкульозної допомоги населенню України та шляхи її поліпшення // Укр. пульмонологичний журнал. – 2004. – № 2. – С. 6 – 11.
6. Фещенко Ю.І., Мельник В.М. Сучасні методи діагностики, лікування і профілактики туберкульозу. – К.: Здоров'я, 2002. – 904 с.

Зіменковський А.Б.

РОЛЬ КЛІНІЧНОГО ПРОВІЗОРА В ДЕРЖАВНІЙ СИСТЕМІ МЕДИЧНОЇ СТАНДАРТИЗАЦІЇ УКРАЇНИ

Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького

РОЛЬ КЛІНІЧНОГО ПРОВІЗОРА В ДЕРЖАВНІЙ СИСТЕМІ МЕДИЧНОЇ СТАНДАРТИЗАЦІЇ УКРАЇНИ – На основі міжнародного, вітчизняного та власного досвіду проаналізовано ситуаційні моделі участі клінічного провізора в становленні, впровадженні та практичному застосуванні системи медичної стандартизації в Україні на сучасному етапі. Виділено пріоритетні напрямки діяльності клінічного провізора в цьому процесі.

РОЛЬ КЛИНИЧЕСКОГО ПРОВИЗОРА В ГОСУДАРСТВЕННОЙ СИСТЕМЕ МЕДИЦИНСКОЙ СТАНДАРТИЗАЦИИ УКРАИНЫ – На основании международного, отечественного и личного опыта проанализировано ситуационные модели участия клинического провизора в становлении, внедрении и практическом использовании системы медицинской стандартизации в Украине на современном этапе. Выделены приоритетные направления деятельности клинического провизора в этом процессе.

ROLE OF CLINICAL PHARMACIST IN STATE SYSTEM OF MEDICAL STANDARDIZATION OF UKRAINE - On the basis of international, national and own experience were analyzed the situational models of clinical pharmacist's participation in fundation, implementation and practical application of the medical standardization system in Ukraine in a current situation. Priority directions of clinical pharmacist's activity in this process have been defined.

Ключові слова: клінічний провізор, медична стандартизація.

Ключевые слова: клинический провизор, медицинская стандартизация.

Key words: clinical pharmacist, medical standardization.

ВСТУП Державна система стандартизації в охороні здоров'я України (система медичної стандартизації) перебуває сьогодні на стадії опрацювання. Міжнародний досвід свідчить, що стандартизація в медицині є одним із сучасних важелів покращення якості організації та надання медичної і фармацевтичної допомоги [1-3,5,6,8,11,12]. Провідними елементами системи медичної стандартизації (МС) є протоколи надання медичної допомоги населенню (П) [4,7,10]. Їх призначення виходить далеко за межі лише упорядкування діагностично-лікувального процесу. Сьогодні П є інструментом багаточислового використання, який може слугувати чинником у вирішенні багатьох завдань:

організації безперервного лікування (визначення на всіх рівнях необхідних медичних заходів та критеріїв скерування на інші рівні медичної допомоги, що дозволяє уникнути дублювання аналізів та діагностичних процедур); досягнення балансу якості та ефективності (аналіз зайвих діагностичних та лікувальних втручань, визначення витрат на ці надмірні діагностичні процедури та надлишково застосовані лікарські засоби (ЛЗ), вивчення потенційної ефективності, якої можна досягти без втрати якості); контроль за використанням ресурсів (аналіз своєчасності початку повноцінного лікування у стаціонарі: число днів очікування результатів лабораторних аналізів та рентгенівських прозорок, можливість перенесення дати шпиталізації у неекстрених випадках, обсяг втручання в останні дні стаціонарного лікування і можливість їх здійснення у домашніх умовах або у денному стаціонарі); покращення комунікації медичних працівників (можливість обговорювати (та погоджувати) з колегами чіткий і зрозумілий графік проведення сучасного курсу лікування за нозологіями, отримання необхідних консультацій); як засіб навчання (П як метод самопідготовки, який можна використовувати без офіційного нагляду з освітніми цілями шляхом порівняння варіативної фактичної практики з типовими клінічними протоколами); як засіб стратегічного планування (виявлення тенденцій, що зустрічаються у клінічній практиці, і на цій основі планування структурних перетворень в установі, визначення ЛЗ чи медичного обладнання, яке доцільно придбати для забезпечення сучасного рівня якості медичного (фармацевтичного) обслуговування) тощо [9].

Метою цього дослідження було виявлення, аналіз та наукове обґрунтування змодельованої ролі клінічного провізора в системі медичної стандартизації України на сучасному етапі.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ У цьому дослідженні на основі вітчизняного, закордонного та власного досвіду про-

аналізовано ситуаційні моделі участі КП в становленні, впровадженні та практичному застосуванні системи медичної стандартизації в Україні на сучасному етапі. Виділено пріоритетні напрямки участі КП в цьому процесі.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕНЬ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ Аналіз вітчизняного, закордонного та власного досвіду дозволив ідентифікувати, диференціювати та систематизувати участь КП в системі медичної стандартизації. Зокрема, у ході дослідження виявилось, що КП дотичний до всіх пунктів клінічного протоколу, де йдеться про ЛЗ.

Найважливішим елементом клінічного протоколу є розділ, що стосується критеріїв та ознак, які визначають модель пацієнта. Адаже він дозволяє лікарю і іншому медичному персоналу та КП порівняти характеристики конкретних пацієнтів з описанням моделі хворого, вибрати при наданні допомоги певну модель, визначивши обсяг і алгоритм діагностичної та лікувальної допомоги. Клінічний провізор має подвійне відношення до П – в часі його розробки та під час його виконання. Дотичність КП в опрацюванні П визначилась в наступних аспектах його діяльності: збір, аналіз та включення в П даних стосовно фармакоепідеміологічних досліджень конкретних ЛЗ, а відтак формування бази фармакопейних статей цих ЛЗ; замовлення чи пошук додаткових фармакоепідеміологічних досліджень певних ЛЗ; збір, аналіз та представлення даних доказової фармації стосовно конкретних ЛЗ, контроль за постійним поповненням бази даних стосовно цього питання; консультативна допомога КП іншим розробникам П стосовно класифікацій ЛЗ; систематичне поповнення та аналіз бази ЛЗ в цьому ракурсі; консультативна допомога КП іншим розробникам П стосовно раціональності комбінацій ЛЗ в П, їх взаємодії та сумісності, шляхів та форм введення, тривалості застосування в різних моделях пацієнтів, варіантів заміни, профілактики лікових ускладнень; фармакоекономічна та клініко-економічна оцінка схем фармакотерапії.

Дотичність КП в часі виконання П визначається в наступних аспектах його діяльності: замовлення КП додаткових діагностичних заходів для виявлення лікових усклад-

нень при підозрі на їх наявність; замовлення КП додаткових лабораторних та фармакокінетичних досліджень для конкретного пацієнта при індивідуальній необхідності (наприклад, проби на антиген тощо); фармакотерапевтичний моніторинг та виявлення побічної дії ліків; погоджена з лікарем корекція фармакотерапії конкретному пацієнту; прогнозування результатів та тривалості фармакотерапії; фармакоекономічна та клініко-економічна оцінка схем фармакотерапії; оцінка сумісності ЛЗ при комбінованій фармакотерапії у конкретного пацієнта тощо.

Може скластись думка, що при наявності клінічних П, зокрема їх фармакотерапевтичних складових чи стандартів, допомога чи консультація КП не потрібна. Однак, слід врахувати в цьому питанні низку моментів: клінічний провізор повинен входити в робочу групу розробників П; постійне збільшення асортименту ЛЗ в зв'язку із світовим прогресом фармацевтичного синтезу та еволюція діагностично-лікувальних технологій вимагає періодичного перегляду існуючих П та їх корекцію згідно з розвитком науки; далеко не завжди можна в повному обсязі стандартизувати медичні технології та врахувати при опрацюванні П всі моделі пацієнтів, отже, індивідуалізація діагностично-лікувального процесу абсолютно не виключається навіть при існуванні найдосконаліших П.

Особлива роль КП передбачається у наступних випадках моделей пацієнта: з великою кількістю одночасно призначених ЛЗ; з супровідними захворюваннями, які потребують додаткової фармакотерапії; із тривалою фармакотерапією (найчастіше це антибіотикотерапія) без отримання бажаних результатів протягом досить тривалого часу; особливо витратна та тривала фармакотерапія (наприклад, хіміотерапія); ускладнення фармакотерапії тої чи іншої тяжкості; відповідні (специфічні) ризики фармакотерапії (пов'язані, наприклад, з вагітністю чи непереносимістю багатьох ЛЗ або наявністю лікових ускладнень в анамнезі тощо).

Проведене дослідження дозволило промодельовувати можливість впливу КП на існуючу ситуацію, яка склалась в галузі (табл.1).

Таблиця 1. Моделювання можливості впливу КП на існуючу ситуацію в галузі

Існуюча ситуація	Моделювання можливості та характеру впливу на існуючу ситуацію клінічного провізора
Недостатня якість надання медичної та фармацевтичної допомоги при досить повному насиченні фармацевтичного ринку України різноманітними ЛЗ	Покращення здоров'я пацієнтів та якості надання медичної і фармацевтичної допомоги шляхом підвищення безпеки, ефективності та раціональності використання ЛЗ; підвищення інформованості медперсоналу стосовно ЛЗ
Працівники практичної охорони здоров'я України ще остаточно не переконані через різні причини в необхідності клінічного провізора як фахівця	Клінічному провізору треба довести, що його діяльність необхідна практичній медицині
Відповідальність за лікування лежить на практичному лікарєві	Клінічний провізор повинен взяти на себе відповідальність за свої поради зокрема та фармацевтичну допомогу взагалі
Подорожчання медичної та фармацевтичної допомоги в сучасних умовах розвитку галузі	Вплив на раціоналізацію витрат на медичну допомогу, зокрема пов'язаних з ЛЗ
Фармацевтична справа втрачає елементи аптекарського мистецтва, перетворюючись на суто реалізацію готових лікарських форм	Варіант сучасного розвитку фармацевтичної справи – через трансформацію одного з її напрямків в економічно рентабельну прикладну клінічну фармацію
Достатня частина майбутніх клінічних провізорів бачить перспективу своєї майбутньої діяльності в аптеці чи в ролі представника фармацевтичної фірми - виробника	У зв'язку із збільшенням арсеналу ЛЗ сьогодні саме в клініці назріла необхідність у фахівцеві, компетентному в питаннях, пов'язаних з ЛЗ
Недостатність і необ'єктивність інформації про ЛЗ в клініці	Необхідність у фахівцеві, який би стежив за об'єктивністю та вчасним наданням інформації про ЛЗ і доводив її до споживача
Міжнародний досвід свідчить, що робота клінічних провізорів в клініках дозволяє зменшити витрати ЛПЗ на ліки в 1,5–2 рази	Необхідність в достатніх адміністративних повноваженнях клінічних провізорів в ЛПЗ України
Існує нагальна необхідність опрацювання формулярів ЛПЗ, однак практично відсутні фахівці з цього питання	Внесення відповідних змін до освітньої підготовки клінічних провізорів; залучення клінічних провізорів до активної методичної та технічної участі в розробці формулярів ЛПЗ

ВИСНОВКИ 1. Клінічний провізор повинен бути означеною ланкою із усіма пунктами протоколу надання медичної допомоги, де йдеться про лікарські засоби.

2. У робочі та експертні групи з розробки клінічних протоколів повинні входити клінічні провізори.

3. Клінічний провізор повинен займати чинне місце в

державній системі медичної стандартизації України як на етапі її опрацювання та становлення, так і в період впровадження та моніторингу. Розробка та контроль за виконанням фармакотерапевтичної складової протоколів надання медичної допомоги безпосередньо пов'язана з функціональними обов'язками клінічного провізора в лікувально-профілактичних закладах України.

ЛІТЕРАТУРА

1. Авксеньєва М.В., Бальчевский В.В., Воробьев П.А., Лукьянцева Д.В. Стандартизация в решении задач управления качеством медицинской помощи // Тезисы V Научно-практической конференции «Проблемы стандартизации в здравоохранении» / Проблемы стандартизации в здравоохранении. – 2003. – № 1. – С.41.
2. Быкова Ж.Е., Боярский С.Г., Федоров Э.Г. Медико-экономический стандарт как инструмент оценки объемов и качества медицинской помощи, оказываемой по программе обязательного медицинского страхования // Экономика здравоохранения. – 1997. – №2.-С.22-25.
3. Вардосанидзе С.Л., Лихота А.И. Управление качеством медицинской помощи с использованием лечебно-диагностических стандартов // Проблемы стандартизации в здравоохранении. – 2001. – №1. – С.81 – 82.
4. Васишин Р.И. На шляху створення медичних протоколів (стандартів) при лікуванні виразкової хвороби, ускладненої кровотечею //

Вісник наукових досліджень. – 2001. – № 4. – С. 84 – 85.

5. Воробьев П.А., Авксеньєва М.В. – Современное состояние системы стандартизации в здравоохранении как основы управления качеством медицинской помощи // Ремедиум, сентябрь, 2002. – С.12–15.
6. Вялков А.И. Стандартизация как основа создания государственной программы обеспечения качества медицинской помощи // // Проблемы стандартизации в здравоохранении. – 2001. – № 2. – С. 3–10. / Тезисы III научно-практической конференции «Проблемы стандартизации в здравоохранении», М., 22–24 марта 2001.
7. Горохова С.Г., Воробьев П.А., Вялков А.И. и др. Анализ хода подготовки отраслевых стандартов «Протоколы ведения больных» // Проблемы стандартизации в здравоохранении. – 2001. – № 2. – С. 61– 62.
8. Контроль качества оказания медицинской помощи в условиях медицинского страхования в ведущих странах мира / Гришин В.В., Киселев А.А., Кардашев В.Л. и др. – М., 1995. – 64 с.
9. Лехан В., Гук А. Стандартизація медичної практики: від міфів до реалій // Фармацевтична Україна. – 2004, жовтень. – С.35 – 39.
10. Протоколи з надання екстреної допомоги у разі невідкладних станів; посіб./ Москаленко В.Ф., Рошнін Г.Г., Анкін Л.М. та ін.; За ред. В.Ф. Москаленка, Г.Г. Рошніна, К.: ФармАрт, 2001. – 112 с.
11. Степаненко А.В. Система забезпечення якості медичної допомоги населенню України та наукове обґрунтування її реалізації. Автореф. дис... докт. мед. наук. – 2001. – К.: – 35 с.
12. Ступаков И.Н., Самородская И.В. Вопросы стандартизации в улучшении организации помощи при сердечно-сосудистых заболеваниях // Проблемы стандартизации в здравоохранении. – 2001 – №1. – С.122.

Пловецька І.А.

ЗАЛЕЖНІСТЬ ПОКАЗНИКІВ ІМУННОГО СТАТУСУ РОБІТНИКІВ ВИРОБНИЦТВА МЕДИЧНОГО СКЛА ВІД ПРОФЕСІЙНОГО СТАЖУ

Українська медична стоматологічна академія

ЗАЛЕЖНІСТЬ ПОКАЗНИКІВ ІМУННОГО СТАТУСУ РОБІТНИКІВ ВИРОБНИЦТВА МЕДИЧНОГО СКЛА ВІД ПРОФЕСІЙНОГО СТАЖУ – вивчали імунний статус робітників виробництва медичного скла залежно від стажу роботи. Розподіл за віком та професією в кожній стажовій групі відбувся рівномірно. Визначили, що зміни, які відбуваються в показниках імунітету, носили імуносупресивний характер і проявлялися вірогідним зниженням популяції лімфоцитів Т-Е-РУЛ. Особливі зрушення в показниках імунітету відбувалися в 1-3-ій групі. В 4-ій групі, зі стажем понад 20 років, спостерігалася лише тенденція до змін в показниках імунного статусу.

ЗАВИСИМОСТЬ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ИММУННОГО СТАТУСА РАБОЧИХ ПРОИЗВОДСТВА МЕДИЦИНСКОГО СТЕКЛА ОТ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО СТАЖА – Изучали иммунный статус работников производства медицинского стекла в зависимости от стажа работы. Разделение по возрасту и профессии в каждой стажевой группе осуществлялось равномерно. Было определено, что изменения показателей иммунитета носили иммуносупрессивный характер и проявлялись достоверным снижением популяции лимфоцитов Т-Е-РУЛ. Особенно заметные изменения показателей иммунитета были выявлены в 1-3-ей группах. В 4-ой группе, со стажем более 20 лет, обнаружены тенденции к изменениям в показателях иммунного статуса.

THE DEPENDENCE OF IMMUNE STATUS PARAMETERS IN MEDICAL GLASS PRODUCTION WORKERS ON THE PROFESSIONAL RECORD OF THEIR SERVICE – Immune status was studied in workers of the medical glass production depending on the record of their service. The division by the age and profession in each record of the service group was equal. It was established that the changes of immunity parameters had immunosuppressive feature and were expressed in reliable decrease of the T-E-RUL lymphocyte population. The most essentially expressed changes of the immunity parameters were evident in groups 1-3. In group 4 where the record of service was more than 20 years, the tendency to alterations in immune status parameters occurred.

Ключові слова: імунний статус, виробництво медичного скла, професійний стаж.

Ключевые слова: иммунный статус, производство медицинского стекла, профессиональный стаж.

Key words: immune status, medical glass production, professional record of service.

ВСТУП Ускладнення екологічних умов на сьогодні ставлять більш високі вимоги до вивчення впливу шкідливих факторів окремих виробництв на організм людини [1]. Пиліві ушкодження легень належать до однієї з найбільш поширених форм професійної патології і займають значне місце в загальній структурі пульмонологічної захворюваності [3,5]. Незворотні явища, які виникають при прогресуванні професійних захворювань легень, і практично повна відсутність патогенетичних методів лікування роблять особливо актуальними завдання з раннього виявлення та прогнозування перебігу [2,5].

Донині основою діагностики в професійній пульмонології залишається стандартна рентгенографія органів грудної клітки (ВООЗ, 1988), що зумовлює запізнення діагностики, оскільки численними морфологічними дослідженнями доведено, що розвиток патологічного процесу в легеневій тканині випереджує рентгенологічне виявлення. Це виправдовує пошук та застосування нових підходів в пульмонологічній діагностиці. Тим більше, що захворювання органів дихання за числом випадків та днів непрацездатності посідають одне з перших місць серед інших захворювань. Імунологічні дослідження один з найбільш чутливих методів діагностики, так як, імунна система бере участь у підтримці гомеостазу, визначає стійкість організму до дії різноманітних професійних та екологічних чинників [5,6].

В попередніх наших роботах ми вивчали залежність захворюваності органів дихання від стажу та професії [7].

Було показано, що найбільша питома вага ГРВІ, бронхіту, пневмоній була найбільшою у засильників шихти і операторів склоформуючих машин, які пропрацювали на даному виробництві до 5 років [7].

Метою нашого дослідження було вивчення залежності змін імунного статусу робітників Полтавського заводу медичного скла від тривалості роботи в умовах даного виробництва.