

multiple pregnancy should undergo ultrasound screening in the second half of pregnancy. To reduce the rate of perinatal morbidity and mortality in multiple pregnancies is necessary to adequately assess the functional state of the fetoplacental complex.

Key words: *multiple pregnancy, placental insufficiency.*

Стаття надійшла до редакції 10.12.2014 р.

Гайструк Наталія Анатоліївна - д.мед.н., професор кафедри акушерства та гінекології №2 Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова; +38 050 383-20-80; anata21g@gmail.com

© Галаченко О.О., Очередько О.М., Галаченко В.В.

УДК: 614.2: 616.12-005.8

Галаченко О.О.*, **Очередько О.М.****, **Галаченко В.В.*****

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова, * кафедра медичної реабілітації та медико-соціальної експертизи, ** кафедра соціальної медицини та організації охорони здоров'я (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21000), *** клінічний санаторій "Хмільник" (вул. Курортна, 2, м. Хмільник, Вінницька обл., Україна, 22003)

ВПЛИВ КАРДІОРЕАБІЛІТАЦІЙНИХ ПРОГРАМ НА ВІРОГІДНІСТЬ ПРОДОВЖЕННЯ ВІДНОВЛЮВАЛЬНОГО ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ З ГОСТРИМ ІНФАРКТОМ МІОКАРДА В СПЕЦІАЛІЗОВАНОМУ САНАТОРНО-КУРОРТНОМУ ЗАКЛАДІ

Резюме. *Наведені результати когортного дослідження 1122 пацієнтів, госпіталізованих з приводу вперше в житті встановленого гострого інфаркту міокарда в кардіологічне відділення м. Вінниці протягом 2006-2008 рр. Аналітичний фрейм базувався на лог-лінійному моделюванні з основною тестовою статистикою χ^2 -квадрат. Показано достовірне збільшення вірогідності продовження реабілітаційного процесу у спеціалізованій санаторно-курортній установі під впливом різних модифікацій кардіореабілітаційних програм, застосованих в умовах стаціонару $2(1)=30,98$; $p<0,0001$. При цьому не вдалося виявити достовірних розбіжностей у дії варіантів призначення реабілітаційних програм (когорти 1-3) на вірогідність наступного санаторного етапу відновлювального лікування постінфарктних хворих.*

Ключові слова: *гострий інфаркт міокарда, кардіореабілітаційні програми, стаціонарний етап, санаторно-курортна установа.*

Вступ

Гострий інфаркт міокарда (ГІМ) є одним з головних клінічних станів, включених до кардіореабілітаційних програм (КРП) у Європі. Складові КРП - це клінічна оцінка стану пацієнта, програми фізичної активності, план дієти/характеру їжі, контроль ваги, корекція порушень ліпідного обміну, моніторинг артеріального тиску, припинення куріння, психосоціальна допомога, тобто поняття КРП значно ширше, ніж просто відновлення фізичного стану, та містить в собі вторинну профілактику ішемічної хвороби серця [Наказ МОЗ України, 2014; McManus, 2011; Roger, 2012]. За даними метааналізу, проведеного R. Teaylor зі співав. [2004], застосування таких КРП призвело до достовірного зниження смертності від усіх причин на 20%, від серцево-судинних - на 26%.

Як відомо, кардіореабілітація здійснюється послідовно. Після гострої серцево-судинної катастрофи перший етап відбувається в стаціонарі. Тривалість стаціонарного лікування в середньому становить 18-19 днів (в наших дослідженнях - $17,8\pm 0,13$) [Галаченко, 2014]. Фаза ж реконвалесценції проходить в спеціалізованому реабілітаційному відділенні санаторно-курортної установи (СКУ) - санаторний етап. При аналізі ефективності санаторної реабілітації (СР) більш ніж у 12 тис. хворих, що перенесли ГІМ, встановлено істотне поліпшення стану, показників діяльності серцево-судинної системи та фізичної працездатності [Аронов, 2010]. Однак, направ-

лення на цей етап потребує певної підготовки у стаціонарі. Загалом, ця підготовка вимагає тривалішої госпіталізації, ніж у Європейських країнах, але багаторічний досвід роботи інфарктних та реабілітаційних відділень виправдовує цю затримку.

Звісно, особливі вимоги до КРП необхідні для пацієнтів старшого віку, хворих зі специфічними коморбідними станами, такими як транзиторні ішемічні атаки або інсульти, хронічне обструктивне захворювання легень та хронічна ниркова недостатність [Hampt, 2011; Wijns, 2010]. Успіх реабілітації і вторинної профілактики залежить від високого рівня індивідуального ведення пацієнта та підтримки і оцінки кардіоваскулярних функцій, включаючи психосоціальний статус.

Традиції в системі надання медичної допомоги та економічні можливості відрізняються в різних країнах. Приміром, за даними американських дослідників, участь у КРП покращує виживаність пацієнтів після ГІМ майже на 30% [Brandi, 2004]. Проте навіть у США цей резерв використовує лише кожний третій вибувший зі стаціонару. Мета роботи - вивчити питання впливу різних варіантів КРП, призначених в стаціонарі, на вірогідність наступної реабілітації в спеціалізованих СКУ.

Матеріали та методи

У проспективному когортному дослідженні обстежено 1122 хворих з вперше діагностованим ГІМ. КРП

розрізняли за тривалістю перебування (Т) у кардіологічному стаціонарі (короткострокова - до 20 днів, довгострокова - понад 20 днів) та за інтенсивністю, І (повнокомпонентна і двокомпонентна). Комбінації цих варіантів зумовили чотири когорти втручання: 1-ша (44 пацієнта) - повна КРП понад 20 днів; 2-га (107) - двокомпонентна КРП понад 20 днів; 3-тя (69) - повна КРП до 20 днів; 4-та (160) - двокомпонентна КРП до 20 днів.

Контрольна група складалась з хворих, пролікованих за стандартним протоколом. З метою валідизації співставлень виділяли вставлені когорти з терміном госпіталізації "20 днів включно" та "понад 20 днів" (відповідно, 366 і 376 хворих).

Діагноз ГІМ верифікували на підставі клінічного обстеження з визначенням динаміки лабораторних та інструментальних даних.

Для визначення варіантів КРП, найбільш ефективно збільшуючих вірогідність наступної кардіореабілітації в спеціалізованих відділеннях СКУ, нами застосовано логлінійне моделювання за допомогою аналітичної статистичної системи SAS 9.1 Level 1M3 XPHome platform, S/N 882876, Site #12300001 licensed to Ocheredko Oleksandr (процедура CATMOD). Аналіз проведений без урахування ефектів важливих клінічних факторів, а саме: віку, статі, характеру зайнятості, стану пацієнта на момент госпіталізації, наявності патологічного зубця Q, локалізації інфаркту, обтяженості супутньою патологією. Особливістю моделі є відсутність правого та лівого цензурування.

Результати. Обговорення

Кількісний розподіл хворих на ГІМ за фактом проходження санаторного етапу реабілітації представлено у табл. 1. Питома вага пацієнтів, охоплених КРП (1-4 когорти), серед тих, хто не продовжив лікування у СКУ, склала 30,24% (частка 293 в 969), а поміж отримавших подальший курс реабілітації - 56,86 %. Відмінності достовірні з $p < 0,0001$. При оцінці зв'язку між проходженням СР та можливими варіантами застосування КРП (табл. 2) суттєвим ($2(1)=30,98$; $p < 0,0001$) виявився лише контраст сполучень градацій "не проходив СР ()" з "КРП не призначалась (контроль)" проти "проходив СР" з "повна КРП понад 20 днів (1 когорта)". Окремі різновиди КРП (когорти 1-3) з "не проходив СР ()" не проявляли істотних відмінностей проти "проходив СР" з "повна КРП понад 20 днів (4 когорта)".

Ми також перевірили гіпотезу щодо можливості модифікації окремими елементами КРП вірогідності наступної реабілітації в спеціалізованій СКУ. Результати аналізу залежності проходження СР від І та Т призначених КРП наведені в табл. 3. Лише факт призначення КРП через контраст СР*Т, тобто відмінність сполучень градацій "не проходив СР ()" з "КРП не призначалась (контроль)" проти "проходив СР" з "КРП понад 20 днів (1+2 когорти)" виявився суттєвим детермінантом вірогідності наступної реабілітації в спеціалізованих СКУ

Таблиця 1. Розподіл кількості представників когорт за фактом проходження санаторного етапу реабілітації після стаціонарного лікування.

СР	Т	І	Когорта	Кількість	Всього	
-	-	-	Контроль	676	676	969
	+	+	4	114	293	
		++	3	61		
		+	2	71		
	++	++	1	47		
+	-	-	Контроль	66	66	153
	+	+	4	40	87	
		++	3	14		
		+	2	22		
	++	++	1	11		

Примітки: Т (++) - понад 20 днів; Т (+) - до 20 днів включно; І (++) - повна КРП; І (+) - двокомпонентна КРП.

Таблиця 2. Залежність проходження санаторного етапу реабілітації від варіантів кардіореабілітаційної програми.

СР	Когорта	β	m	$\chi^2(1)$	p
-	Контроль	0,416	0,0748	30,98	<,0001
	1	-0,021	0,1411	0,02	0,8827
	2	-0,161	0,1097	2,16	0,1418
	3	-0,011	0,1275	0,01	0,9310

Примітка: Тест СР*когорта: $2(4)=41,87$, $p < 0,0001$.

Таблиця 3. Оцінки залежності проходження санаторного етапу реабілітації від інтенсивності і тривалості призначення кардіореабілітаційних програм за градаціями факторів (Г1 та Г2).

Ефект	Г1, Г2**	β	m	$\chi^2(1)$	p
СР*Т	- , -	0,595	0,280	4,52	0,0336
	- , +	-0,329	0,187	3,09	0,0788
СР*І	- , -	0,212	0,174	1,48	0,2234
	- , +*	,	,	,	,
Т*І	- , -	0,285	0,271	1,11	0,293
	- , +*	,	,	,	,
	+ , -*	,	,	,	,
	+ , +*	,	,	,	,
СР*Т*І	- , - , -	0,072	0,271	0,07	0,7905
	- , - , +*
	- , + , -*
	- , + , +*

Примітки: * - контрасти не можуть бути обраховані внаслідок незбалансованого дизайну; ** - градації факторів І та Т аналогічні до таких у таблиці 1.

($\beta=0,595$; $p=0,0336$). Позитивність коефіцієнта регресії свідчить про збільшення ймовірності нижчих градацій СР та елементів КРП ("не проходив СР", "програма не призначалась", відповідно). Досить цінним тестом є також ефект сполучень Т*І. Відтак, хоча коефіцієнт регресії і позитивний, проте не достовірний ($\beta=0,285$; $p=0,293$), тобто складові програми (І та Т) між собою

теж призначені рандомізовано, що важливо для незміщеного вивчення ефективності саме окремих елементів, комбінації яких утворюють варіанти КРП.

Таким чином, застосування за умов стаціонару програм з реабілітаційними інтервенціями різного ґатунку збільшувало вірогідність санаторного етапу відновного лікування пацієнтів з ГІМ, $2(1)=30,98$; $p<0,0001$. При цьому не вдалося виявити достовірних розбіжностей в ефектах впливу досліджених варіантів призначення КРП (когорти 1-3) на ймовірність санаторної фази реабілітаційної допомоги (зокрема, йдеться про елементи І та Т, що склали основу розподілу КРП).

Висновки та перспективи подальших розробок

1. Призначення постінфарктним хворим різних модифікацій КРП на етапі стаціонару статистично достові-

рно збільшувало вірогідність продовження реабілітації у спеціалізованому відділенні СКУ, $2(1)=30,98$; $p<0,0001$.

2. Не виявлено достовірних розбіжностей у дії вивчених варіантів КРП (когорти 1-3) на ймовірність подальшого періоду СР.

3. Оцінка ефективності госпітальних КРП має здійснюватись з урахуванням їхнього потенційного впливу на наступну санаторну фазу відновлювального лікування.

Перспективи подальших розробок пов'язані з можливістю активної модуляції вірогідності настання санаторного етапу реабілітації в хворих на ГІМ за допомогою КРП, призначених за умов стаціонару. Даний підхід допоможе здійснити вибір найкращої стратегії для комплексного та скоординованого використання заходів у послідовному реабілітаційному процесі.

Список літератури

- Аронов Д. М Реальный путь снижения в России смертности от ишемической болезни сердца / Д. М. Аронов, М. Г. Бубнова // Кардиосоматика. - 2010. - Т 1. - №1. - С. 11-17.
- Галаченко О. О. Дослідження впливу програми реабілітації на тривалість перебування у спеціалізованому стаціонарі пацієнтів з гострим інфарктом міокарда / О. О. Галаченко, О. М. Очередько // Вісник ВНМУ. - 2014. - Т. 18. - №2. - С. 590-593.
- Гострий коронарний синдром з елевацією сегмента ST. Адаптована клінічна настанова, заснована на доказах (Додаток до Уніфікованого клінічного протоколу екстреної, первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги "Гострий коронарний синдром з елевацією сегмента ST") / Наказ МОЗ України, 2014. - 110 с. [Електронний ресурс]. - Режим доступу: URL: http://www.dec.gov.ua/mtd/_gks.html - Назва з екрана.
- Cardiac Rehabilitation After Myocardial Infarction in the Community / J. W. Brandt, J. Jacobsen Steven, Susan A. Weston [et. al.] // J. of the Am. Coll. of Cardiol. - 2004. - Vol. 44(5). - P. 987-996.
- Executive summary: heart disease and stroke statistics-2012 update: a report from the American Heart Association / V. L. Roger, A. S. Go, D. M. Lloyd-Jones [et. al.] // Circulation. - 2012. - Vol. 125. - P. 188-197.
- Exercise-based rehabilitation for patients with coronary heart disease: eview and metaanalysis of randomized controlled trials / R. S. Taylor, A. Brown, S. Ebrahim [et. al.] // Am. J. Med. - 2004. - Vol. 116 (10). - P. 682-692.
- Guidelines on myocardial revascularization: The Task Force on Myocardial Revascularization of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS) / W. Wijns, P. Kolh, N. Danchin [et. al.] // Eur. Heart J. - 2010. - Vol. 31. - P. 2501-2555.
- Hamm C. W. ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation: The Task Force for the management of acute coronary syndromes (ACS) in patients presenting without persistent ST-segment elevation of the European Society of Cardiology (ESC) / C. W. Hamm, J. P. Bassand, S. Agewall, J. Bax [et. al.] // Eur. Heart J. - 2011. - Vol. 32. - P. 2999-3054.
- Recent trends in the incidence, treatment, and outcomes of patients with STEMI and NSTEMI / D. D. McManus, J. Gore, J. Yarzebski, F. Spencer [et. al.] // Am. J. Med. - 2011. - Vol. 124. - P. 40-47.

Галаченко А.А., Очередько А.Н., Галаченко В.В.

ВЛИЯНИЕ КАРДИРЕАБИЛИТАЦИОННЫХ ПРОГРАММ НА ВЕРОЯТНОСТЬ ПРОДОЛЖЕНИЯ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА В СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОМ САНАТОРНО-КУРОРТНОМ УЧРЕЖДЕНИИ

Резюме. Приведены результаты когортного исследования 1122 пациентов, госпитализированных по поводу впервые в жизни установленного острого инфаркта миокарда в кардиологическое отделение г. Винницы, 2006-2008 гг. Аналитический фрейм базировался на лог-линейном моделировании с основной тестовой статистикой хи-квадрат. Показано достоверное увеличение вероятности продолжения реабилитационного процесса в специализированном санаторно-курортном учреждении под влиянием различных модификаций кардиореабилитационных программ, примененных в условиях стационара, $2(1)=30,98$; $p<0,0001$. При этом не удалось обнаружить достоверных различий в действии вариантов назначения реабилитационных программ (когорты 1-3) на вероятность последующего санаторного этапа восстановительного лечения постинфарктных больных.

Ключевые слова: острый инфаркт миокарда, кардиореабилитационные программы, стационарный этап, санаторно-курортное учреждение.

Galachenko O.O., Ocheredko O.M., Galachenko V.V.

THE INFLUENCE OF CARDIOREHABILITATION PROGRAMS ON THE PROBABILITY OF FOLLOWING REHABILITATION IN SPECIALIZED SANATORIUM OF PATIENTS WITH ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION

Summary. Results of a cohort study of 1122 patients, hospitalized with first-ever acute myocardial infarction in Vinnytsya cardiological department, 2006-2008 are presented here. Analytical frame was based on log-linear modeling with the main chi-square statistic test. It showed a significant increase in the probability of continuing the rehabilitation process in specialized sanatorium under the influence

of various modifications cardiorehabilitation programs applied in a hospital environment, 2(1)=30,98; $p < 0,0001$. At the same time, it was not possible to detect significant differences in the action of the variants of appointment rehabilitation programs (cohorts 1-3) on the likelihood of subsequent sanatorium stage of rehabilitation treatment in postinfarction patients.

Key words: acute myocardial infarction, cardiorehabilitation program, hospital phase, sanatorium rehabilitation.

Стаття надійшла до редакції 11.12.2014 р.

Галаченко Олександр Олександрович - к.мед.н., доцент кафедри медичної реабілітації та медико-соціальної експертизи Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова; +38 067 430-75-50; o.galachenko@gmail.com
Очередько Олександр Миколайович - д.мед.н., професор, завідувач кафедри соціальної медицини та організації охорони здоров'я Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова; +38 098 001-75-99; ocheredko@yachoo.com
Галаченко Вікторія Віталіївна - к.мед.н., доцент, заступник головного лікаря клінічного санаторію "Хмільник"; +38 067 430-75-50; galachenko@mail.ru

© Гнатишин М.С., Буздиган О.Г.

УДК: 616.895.87

Гнатишин М.С., Буздиган О.Г.

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова (вул. Пирогова, 57, м. Вінниця, Україна, 21100)

ОПТИМІЗАЦІЯ КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ ШИЗОФРЕНІЇ З УРАХУВАННЯМ КЛІНІКО-ФУНКЦІОНАЛЬНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ

Резюме. З метою оптимізації існуючих схем лікування шизофренії з урахуванням гендерного фактору, клінічних особливостей, якості життя (ЯЖ) та функціонального стану вегетативної нервової системи (ВНС) було удосконалено стандартну схему лікування відповідно до чинних нормативних документів шляхом вибору антипсихотичного препарату та дозування на підставі попереднього аналізу клініко-функціональних особливостей: гендерного фактору, виразності продуктивної, негативної та загальної симптоматики, ЯЖ, функціонального стану ВНС, та періоду менструального циклу та особливостей овуляції у жінок. Вибір психотропного препарату, дозування та особливості застосування здійснювалися на підставі аналізу виразності та характеру продуктивної, негативної та загальної симптоматики шизофренії за допомогою шкали PANSS, ЯЖ за даними шкал ВООЗ КЖ-26 та ВООЗ КЖ-СМ та функціонального стану ВНС. При аналізі результатів лікування було виявлено, що оптимізація схеми лікування дозволяє скоротити терміни стаціонарного лікування, покращити показники за шкалами негативної та загальної симптоматики шизофренії, покращити ЯЖ хворих, особливо у сферах, пов'язаних з повсякденною діяльністю, соціалізацією та емоційним реагуванням, а також досягти нормалізації функціонального стану ВНС.

Ключові слова: шизофренія, оптимізація лікування, клініко-функціональні особливості.

Вступ

Питання покращення якості надання медичної допомоги хворим на шизофренію є одними з найбільш актуальних та складних у сучасній психіатричній науці і практиці. Ефективність лікувально-реабілітаційних заходів при шизофренії залишається недостатньою, що зумовлює потребу у пошуку нових лікувально-реабілітаційних та профілактичних схем [Malla et al., 2005; McGorry et al., 2008; Данилов, Морозова, 2010].

Основу сучасного лікування шизофренії складає нейрорепетитивна терапія. Хоча сучасні покоління нейролептичних препаратів мають високу терапевтичну активність щодо продуктивної та негативної симптоматики [Белоусов и др., 2011; Снедков, 2006], ефективність антипсихотичної терапії шизофренії на даному етапі розвитку психофармакотерапії оцінюється більшістю авторів як недостатня [Narrow, Jobe, 2007; Murphy et al., 2006]. Перспективи удосконалення лікування шизофренії пов'язують із більшою диференціацією терапевтичних схем, у тому числі з урахуванням гендерних особливостей перебігу шизофренічного процесу [Соколов, 2011; Лепилкіна, 2012].

Метою цього дослідження була оптимізація існуючих схем лікування шизофренії з урахуванням гендерного фактору, клінічних особливостей, якості життя та

функціонального стану (ВНС).

Матеріали та методи

Нами було обстежено 354 хворих на шизофренію (177 чоловіків та 177 жінок). Контрольну групу склали 88 чоловіків та 88 жінок, які отримували лікування відповідно до наказу Міністерства охорони здоров'я України № 226 від 27 липня 1998 року "Про затвердження Тимчасових галузевих уніфікованих стандартів медичних технологій діагностично-лікувального процесу стаціонарної допомоги дорослому населенню в лікувально-профілактичних закладах України та Тимчасових стандартів обсягів діагностичних досліджень, лікувальних заходів та критерії якості лікування дітей", наказу Міністерства охорони здоров'я України № 507 від 28 грудня 2002 року "Про затвердження нормативів надання медичної допомоги та показників якості медичної допомоги" та наказу Міністерства охорони здоров'я України № 59 від 5 лютого 2007 року "Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю "Психіатрія". Основну групу чисельністю 89 чоловіків та 89 жінок склали хворі, які отримували лікування відповідно до зазначених схем, однак вибір препарату, дозування та особливості застосування ан-