

1. Систему здравоохранения и ее работу формируют нужды пациентов.

2. Обеспечение качества является приоритетной целью деятельности отрасли здравоохранения.

3. Высокое качество медицинской помощи является следствием качественных систем организации помощи, технологических процессов и ресурсов.

4. Достижение высокого качества невозможно без принципиального изменения системы менеджмента в здравоохранении.

Таким образом, лечебно-профилактические учреждения могут быть конкурентными на рынке медицинских услуг при условии предоставления им хозяйственной самостоятельности и внедрения модели целевого планирования процесса управления качеством медицинской помощи;

Улучшение качества требует дополнительные ресурсы – это утверждение справедливо отчасти или в той степени, что работы по улучшению качества требуют вложений времени и усилий сотрудников. Существует другая концепция, которая говорит, что имеется обратная связь между затратами и качеством – с ростом качества уменьшаются потери в системе, что повышает ее продуктивность.

Целесообразно внести в штатную структуру поликлиники должность менеджера по качеству для исполнения технической стороны вопроса

управления качеством и взаимодействия с экспертами страховых медицинских организаций.

Нечеткие стандарты лечения и неясные задачи производственных систем в ЛПУ могут быть источником проблем в обеспечении качественной медицинской помощи. Вместо того чтобы критиковать людей, работающих в этих системах, за плохую работу, деятельность по обеспечению качеством включает людей в мероприятия по профилактике, обнаружению и решению проблем внутри производственных систем с целью улучшить качество медицинских услуг.

Для контроля качества медицинских услуг необходимо анкетировать не только пациентов, но и врачей, проводить для них обучающие семинары и тренинги.

Литература

1. Гришин В.В. Финансово-экономические проблемы развития ОМС // Экономика здравоохранения. – 1996. – №1. – С. 12-14.

2. Деятельность медицинских организаций в сфере обязательного медицинского страхования // Обязательное медицинское страхование в Российской Федерации. – 2012. – №4. – С.22.

3. Всероссийское совещание по вопросам организации защиты прав застрахованных в сфере обязательного медицинского страхования и заседание межрегионального координационного совета по организации защиты прав застрахованных лиц в сфере ОМС // Обязательное медицинское страхование в Российской Федерации. – 2012. – №3. – С. 4-9.

Модонова Туяна Чойнхоровна – главный врач государственного автономного учреждения здравоохранения «Студенческая поликлиника», тел. 89021664535, e-mail: modont@mail.ru

Шурыгина Юлия Юрьевна – доктор медицинских наук, профессор, зав. кафедрой социальных технологий Восточно-Сибирского государственного университета технологий и управления, тел. 89148468497, e-mail: juliaju@mail.ru

ModonovaTuyanaChoynkhorovna – chief doctor of public health autonomous institution «Student Health Center», ph. 89021664535, e-mail: modont@mail.ru

Shurygina Yulia Yurevna – doctor of medical sciences, professor, head of the department of social technologies, East Siberian State University of Technology and Management, ph. 89148468497, e-mail: juliaju@mail.ru

УДК 616.72-002.775-053.9

© Т.И. Батудаева, А.М. Данчинова, Т.Е. Спасова

АНАЛИЗ ТЕРАПИИ ОСТЕОАРТРОЗА СИМПТОМАТИЧЕСКИМИ ПРЕПАРАТАМИ У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Проведено сравнительное исследование эффективности и переносимости мелоксикама, ацеклофенака, кетопрофена и диклофенака у пациентов пожилого возраста, страдающих остеоартрозом. Выявлено, что все использованные препараты сравнимы по эффективности.

Ключевые слова: остеоартроз, нестероидные противовоспалительные препараты, побочные эффекты, диспепсия.

ANALYSIS OF THERAPY OF OSTEOARTHRITIS BY SYMPTOMATIC MEDICATIONS IN ELDERLY PATIENTS

A comparative study has been conducted aimed at determination of efficiency and tolerability of meloxicam, aceclofenac, ketoprofen and diclofenac in elderly patients suffering from osteoarthritis. It has been revealed that all medicines used in the study are comparable in efficiency.

Keywords: osteoarthritis, nonsteroidal anti-inflammatory medicines, side effects, dyspepsia.

Введение. Остеоартроз (ОА) – гетерогенная группа заболеваний различной этиологии со сходными биологическими, морфологическими, клиническими проявлениями и исходом, в основе которого лежит поражение всех компонентов сустава, в первую очередь хряща, а также субхондральной кости, синовиальной оболочки, связок, капсулы и околоуставных мышц [8]. В 2000-х гг. в России было проведено многоцентровое изучение распространенности ОА, которое выявило, что среди лиц старше 15 лет заболевание встречается у 6,4% населения [2], в г. Иркутске среди лиц старше 18 лет распространенность ОА составляет 8% [6]. Частота выявления ОА увеличивается с возрастом – у людей старше 60 лет он диагностируется в 97% случаев. Прогнозируют, что к 2020 г. встречаемость ОА в популяции может достичь 57%. В Бурятии также отмечается рост этого заболевания. По данным обращаемости в поликлиники г. Улан-Удэ распространенность ОА в с 2003 по 2011 г. увеличилась с 1558,1 до 2638,1 на 100 000 населения. Заболеваемость за тот же период возросла почти вдвое – с 188,8 до 474,0 на 100 000 населения [1].

ОА длительное время протекает бессимптомно, выявить заболевание можно только на основании инструментальных методов обследования (рентгенографии, ультразвукового исследования, магнитно-резонансной томографии суставов). Присоединяющиеся позже клинические проявления – боль, крепитация, нарушение функции пораженных суставов, имеют прогрессирующее течение, нередко требующее постоянной медикаментозной терапии.

Для симптоматического лечения ОА Ассоциация врачей общей практики РФ и Ассоциация ревматологов России [5] рекомендуют немедикаментозное и медикаментозное лечение. Немедикаментозные методы включают рекомендации по снижению избыточной массы тела, ограничение физических нагрузок, лечебную физкультуру, физиотерапевтические методы лечения, использование вспомогательных средств (трости, ортопедические стельки, фик-

сирующие повязки, ортезы и др.). Перечисленные методы оказывают значимое положительное влияние на болевой синдром и функциональную активность больных ОА, в ряде случаев позволяют затормозить дальнейшее прогрессирование заболевания и предотвратить раннюю инвалидизацию.

Медикаментозная терапия предполагает использование лекарственных средств с обезболивающей и противовоспалительной активностью, а также препаратов, обладающих некоторым хондропротективным действием.

В качестве лекарственных средств с обезболивающей и противовоспалительной активностью используются нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП). Целесообразность применения НПВП в комплексной терапии ОА хорошо обоснована, поскольку возникающее в суставах воспаление, которое может протекать субклинически, играет важнейшую роль в прогрессировании деструкции хряща и развитии хронической суставной боли [7]. При этом хорошо известно, что НПВП вызывают множество побочных эффектов, в том числе ассоциированных с неблагоприятным прогнозом, в первую очередь, поражение верхних отделов желудочно-кишечного тракта. К факторам риска НПВП-гастропатии относятся: возраст старше 65 лет, язвенная болезнь в анамнезе, злоупотребление алкоголем, сопутствующий прием антикоагулянтов и/или глюкокортикостероидов, одновременный прием нескольких НПВП, сопутствующие тяжелые соматические заболевания. Пациентам, имеющим более одного фактора риска НПВП-гастропатии, рекомендуется назначать селективные ингибиторы циклооксигеназы-2 (ЦОГ-2), обладающие меньшим раздражающим влиянием на слизистую оболочку желудка [3]. Пожилые пациенты с остеоартрозом входят в группу риска по НПВП-гастропатии, что диктует необходимость в приеме селективных ингибиторов ЦОГ-2 [4]. Из группы неселективных НПВП рекомендуется выбирать препараты, обладающие наименьшим раздражающим желудок потенциалом. Не выяв-

лено существенной разницы в выраженности лечебного действия отдельных представителей группы НПВП (при длительном использовании), при этом селективные НПВП не уступают по своему эффекту неселективным НПВП [7].

Нами проведено сравнительное исследование эффективности и переносимости ацеклофенака, мелоксикама, кетопрофена (в лекарственной форме капсул) и диклофенака при ОА у пациентов пожилого возраста. Работа проводилась в отделениях терапевтического профиля Бурятского республиканского госпиталя для ветеранов войн.

Цель исследования. Оценить эффективность и переносимость ацеклофенака, мелоксикама и кетопрофена в форме капсул с замедленным высвобождением препарата с «золотым стандартом» НПВП диклофенаком.

Материалы и методы. В исследование были включены 89 пациентов с достоверным диагнозом остеоартроза, без явлений синовита, имеющих хронический болевой синдром «механического» ритма. Больные были рандомизированы на 4 группы, сопоставимые по полу и возрасту. В первой группе было 22 человека, из них 8 мужчин (средний возраст – 83,9 г.) и 14 женщин (средний возраст – 78,9 г.); во второй группе – 24 человека: 10 мужчин (средний возраст – 79,7 лет) и 14 женщин (средний возраст – 78,4 г.); в третьей группе – 23 пациента: 11 мужчин (средний возраст – 79,8 г.), 12 женщин (средний возраст – 79,3 г.), в четвертой группе – 20 человек: 9 мужчин (средний возраст – 81,8 г.) и 11 женщин (средний возраст – 80,1 г.).

Пациенты 1-й группы после обследования получали ацеклофенак по 100 мг 2 раза в день, 2-й группы – 7,5 мг мелоксикама в сутки, при необходимости доза препарата увеличивалась до 15 мг в сутки, 3-й группы – диклофенак внутрь в дозе 75 мг в сутки, 4-й группы – кетопрофен в дозе 200 мг в сутки.

Продолжительность лечения составила 10 дней. Оценка интенсивности суставной боли и выраженности диспепсического синдрома проводилась перед исследованием, на 3-5 сут. и на 10 сут. лечения. Лабораторное обследование проводилось до начала терапии НПВП и на 10-11 сут.

Критериями включения в исследование были:

- возраст от 70 до 90 лет;
- остеоартроз коленных и/или тазобедренных суставов, диагностированный согласно критериям Altmann R. et al., 1986 г.;
- отсутствие реактивного воспаления синовиальной оболочки;

- II-III рентгенологическая стадия по Келлгрену-Лоуренсу;

- хронический (более 3 месяцев) умеренный болевой синдром «механического» ритма;

- сопутствующие хронические заболевания в стадии компенсации или ремиссии.

Критерии исключения:

- возраст моложе 70 и старше 90 лет;
- ОА, осложненный синовитом;
- выраженный диспепсический синдром – более 2 симптомов;
- сопутствующие тяжелые хронические заболевания в стадии обострения или декомпенсации.

Оценка болевого синдрома проводилась по визуально-аналоговой шкале (ВАШ) с ценой деления – 1 балл, так как все пациенты имели нарушения зрения, связанные с возрастом, и использование традиционной миллиметровой шкалы было затруднено. 0 баллов соответствовал отсутствию боли, 10 баллов – максимально выраженной боли.

Оценка диспепсического синдрома проводилась по 6-балльной шкале. Оценивались следующие симптомы:

- боль в эпигастриальной области;
- дискомфорт в эпигастриальной области;
- чувство тяжести или переполнения в эпигастрии после еды;
- изжога;
- тошнота;
- кислая отрыжка.

0 баллов – отсутствие диспепсических симптомов, наличие каждого диспепсического симптома оценивалось по 1 баллу.

Лабораторные критерии безопасности лечения включали:

- общий анализ крови;
- общий анализ мочи;
- определение уровня креатинина псевдокинетическим методом на основе реакции Яффе без депротеинизации на полуавтоматическом биохимическом анализаторе «Stat-fax 1905+»;
- определение уровня аланинаминотрансферазы (АЛТ) и аспартатаминотрансферазы (АСТ) динитрофенилгидразиновым методом на фотоэлектроколориметре КФК-3.

Артериальное давление контролировалось ежедневно методом Короткова, при необходимости проводилась коррекция гипотензивной терапии.

Результаты. Всего участие в исследовании приняли 89 человек. 69 участников, вошедших в первые три группы, удовлетворительно перенесли лечение. Отмены НПВП вследствие появления/усиления выраженности диспепсического

синдрома или неконтролируемого повышения артериального давления, появления отеков не было. Из 20 человек, составлявших 4-ю группу, трое выбыли из исследования на 3-5 сутки после начала приема кетопрофена в связи с нарастанием симптоматики хронической сердечной недостаточности, отеочного синдрома.

Выраженность болевого синдрома в суставах, измеренная с помощью ВАШ, до лечения составляла: в 1-й группе в среднем $6,7 \pm 0,2$ бал-

ла, во 2-й группе $6,3 \pm 0,2$ балла, в 3-й – $6,7 \pm 0,2$ балла, в 4-й – $6,8 \pm 0,3$ балла. На третьи сутки отмечено умеренное уменьшение боли у пациентов всех групп: до $5,0 \pm 0,3$ балла в 1-й группе, $3,8 \pm 0,4$ балла во 2-й группе, до $3,3 \pm 0,2$ балла в 3-й группе и до $5,5 \pm 0,5$ балла в 4-й группе. К концу лечения зафиксировано достоверное уменьшение болевого синдрома во всех группах (табл. 1).

Таблица 1

Динамика болевого синдрома

Интенсивность боли в суставах	До лечения M $\pm$ SD	3-и сутки лечения M $\pm$ SD	10-е сутки лечения M $\pm$ SD	Достоверность изменений в группе
1 группа (n=22)	$6,7 \pm 0,2$	$5,0 \pm 0,3$	$3,4 \pm 0,4$	$p \leq 0,002$
2 группа (n=24)	$6,3 \pm 0,2$	$3,8 \pm 0,4$	$2,1 \pm 0,3$	$p \leq 0,002$
3 группа (n=23)	$6,7 \pm 0,2$	$3,3 \pm 0,2$	$1,1 \pm 0,2$	$p \leq 0,002$
4 группа (n=17)	$6,8 \pm 0,3$	$5,5 \pm 0,5$	$3,9 \pm 0,4$	$p \leq 0,002$

В группе лиц, получавших ацеклофенак, до лечения отсутствие диспепсии отметили 68,2% человек, 1 симптом выявлен у 18,2% пациентов, 2 симптома у 13,6% больных. После 10-дневного курса лечения усугубления симптоматики диспепсического синдрома в группе не отмечено.

В группе пациентов, принимавших мелоксикам, до лечения отсутствие диспепсии отметили 45,8% пациентов, 1 диспепсический симптом выявлен у 54,2% обследованных. После 10-дневного приема препарата выраженность диспепсического синдрома у пациентов этой группы несколько изменилась. 45,8% пациентов по-прежнему не испытывали дискомфорта в животе, но у 16,7% больных появился дополнительный диспепсический симптом (на 2 балла), у 37,5% пациентов сохранялся 1 диспепсический симптом.

У больных, лечившихся диклофенаком, отмечено усиление субъективных диспепсических симптомов на фоне лечения. До начала терапии диспепсические симптомы отсутствовали у 60,9% пациентов, 1 симптом отметили 39,1% больных. После курса лечения жалобы на возникновение или усиление боли, дискомфорта в эпигастральной области, чувства тяжести, переполнения в эпигастрии после еды, изжогу предъявили все пациенты: 1 симптом отметили 65,2% пациентов, 2 симптома – 26,1% больных, 3 симптома – 8,7% обследованных.

В 4-й группе пациентов, получавших кетопрофен, до начала приема препарата диспепсия

отсутствовала у 70,6% больных, 1 симптом отмечен у 23,5% и 2 симптома – у 5,9% пациентов. После проведенного курса лечения кетопрофеном лишь у одного пациента, имевшего до приема препарата 1 симптом, добавился второй симптом диспепсии. Таким образом, все 70,6% больных, не предъявлявших жалоб на диспепсию до лечения, после курса приема препарата, по-прежнему, не испытывали симптоматики желудочной диспепсии, 1 симптом сохранялся у 17,6% обследованных, 2 симптома отметили 11,8% пациентов.

Согласно полученным результатам, лучшая переносимость по диспепсии отмечена в группе ацеклофенака. В группе больных, получавших диклофенак, переносимость лечения оказалась хуже, однако изменения были статистически недостоверными, возможно в связи с малочисленностью группы.

Патологических изменений в общих анализах крови, общих анализах мочи, показателей АСТ, АЛТ, креатинина у больных всех четырех групп до назначения НПВП не выявлено. По окончании 10-дневного курса лечения значимых изменений перечисленных показателей в 1-й, 2-й и 4-й группах не произошло. В группе больных, получавших диклофенак, отмечено небольшое (на 7,5%), но достоверное увеличение азотемии. Среди пациентов, получавших кетопрофен, также зарегистрировано нарастание азотемии, однако изменения были статистически недостоверными.

Таблица 2

Динамика биохимических показателей

группы	АЛТ (ммоль/л)		АСТ (ммоль/л)		Креатинин (мкмоль/л)	
	до лечения	после лечения	до лечения	после лечения	до лечения	после лечения
1 группа (n=22)	0,58±0,05	0,67±0,07	0,52±0,05	0,55±0,05	80,3±3,0	77,7±2,5
2 группа (n=24)	0,83±0,05	0,8±0,06	0,65±0,04	0,69±0,05	92,0±2,6	93,4±2,4
3 группа (n=23)	0,84±0,04	0,83±0,04	0,67±0,04	0,68±0,03	87,1±1,7	93,6±2,0*
4 группа (n=17)	0,51±0,10	0,57±0,11	0,52±0,10	0,62±0,12	89,0±4,0	95,4±4,6

* – $p \leq 0,05$ **Выводы**

1. Ацеклофенак, мелоксикам и кетопрофен показали сравнимую с классическим НПВП диклофенаком эффективность при симптоматическом лечении ОА у пациентов старше 70 лет.

2. Субъективно переносимость ацеклофенака оказалась лучшей в сравнении с кетопрофеном, мелоксикамом и диклофенаком, в свою очередь, выявлена лучшая сравнительная переносимость кетопрофена и мелоксикама, чем диклофенака.

3. Число субъективных симптомов диспепсии у лиц, получавших диклофенак, статистически недостоверно увеличилось.

4. Выявлено достоверное нарастание уровня креатинина в сыворотке крови у пациентов, получавших диклофенак.

5. Кетопрофен в новой форме (Быструмакс) показал хорошую переносимость со стороны верхних отделов желудочно-кишечного тракта, однако у части больных (15%) вызвал нарастание отеков в связи с усугублением симптомов сердечной недостаточности.

6. При назначении кетопрофена в форме капсул с замедленным высвобождением препарата пациентам пожилого возраста необходимо учитывать состояние сердечно-сосудистой системы и с осторожностью назначать препарат при наличии признаков хронической сердечной недостаточности.

Литература

1. Батудаева Т.И., Дашанимаева И.М. Распространенность ревматических заболеваний среди взрослого населения г. Улан-Удэ в 2007-2011 гг. // Вестник БГУ. – 2012. – № 2. – С. 27-35.

2. Беневоленская Л.И., Бржезовский М.М. Эпидемиология ревматических болезней. – М.: Медицина, 1988. – 115 с.

3. Каратеев А.Е. Гастродуоденальные осложнения на фоне приема мелоксикама в реальной клинической практике // Науч.-практ. ревматология. – 2006. – №1. – С. 28-33.

4. Моисеев В.С. Клиническая фармакология в гериатрии // Клиническая фармакология и терапия. – 2008. – №4. – С. 62-76.

5. Остеоартрит. Диагностика и ведение больных остеоартритом коленных и тазобедренных суставов: клинические рекомендации / под ред. О.М. Лесняк. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. – 176 с.

6. Петрачкова Т.Н., Меньшикова Л.В. Распространенность остеоартроза и ревматоидного артрита в популяции г. Иркутска // Науч.-практ. ревматология. – 2006. – №2. – С. 80.

7. Применение нестероидных противовоспалительных препаратов: клинические рекомендации / А.Е. Каратеев и др. – М.: ИМА-ПРЕСС, 2009. – С. 23.

8. Ревматология: национальное руководство / под ред. Е.Л. Насонова, В.А. Насоновой. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 720 с.

Батудаева Татьяна Ивановна – доцент кафедры геронтологии и гериатрии Иркутской государственной медицинской академии последипломного образования, заведующая кафедрой терапии № 2 Бурятского государственного университета, тел. 416670, e-mail: batudaeva@gmail.com

Данчинова Александра Михайловна – ассистент кафедры геронтологии и гериатрии Иркутской государственной медицинской академии последипломного образования, тел. 416670, e-mail: danchinova@mail.ru

Спасова Татьяна Евгеньевна – ассистент кафедры терапии № 2 БГУ, тел. 448255, e-mail: spaso-va@yandex.ru

Batudaeva Tatyana Ivanovna – associate professor, department of gerontology and geriatrics, Irkutsk State Medical Academy of Continuing Education, head of the department of therapy № 2, Buryat State University, ph. 416670.

Danchinova Alexandra Mikhailovna –assistant lecturer, department of gerontology and geriatrics, Irkutsk State Medical Academy of Continuing Education, ph. 416670.

Spasova Tatyana Evgenevna –assistant lecturer, department of therapy № 2, Buryat State University, ph. 448255.

УДК613.2:614.31(571.54)

© О.Г. Богданова

СОСТОЯНИЕ И ОСНОВНЫЕ АСПЕКТЫ ОБЕСПЕЧЕНИЯ КАЧЕСТВА И БЕЗОПАСНОСТИ ПИЩЕВЫХ ПРОДУКТОВ В РЕСПУБЛИКЕ БУРЯТИЯ

Проведенный анализ данных лабораторных исследований пищевых продуктов свидетельствует о нестабильности показателей загрязнения химическими и микробиологическими контаминантами. Еще раз подчеркивают необходимость программного подхода к решению существующих проблем в обеспечении полноценным и безопасным питанием населения Республики Бурятия.

Ключевые слова: продукты питания, продовольственное сырье, качество, безопасность, контаминанты.

O.G. Bogdanova

STATE AND MAIN ASPECTS OF PROVISION THE QUALITY AND SAFETY OF FOOD PRODUCTS IN THE REPUBLIC OF BURYATIA

The analysis of the data of laboratory research of food products shows instability of contamination indicators by chemical and microbiological contaminants. Once again a necessity of program approach to solution of existing problems is emphasized. It will provide with adequate and safe nutrition the population of the Republic of Buryatia.

Keywords: food products, food raw material, quality, safety, contaminants.

Одним из наиболее значимых факторов окружающей среды, влияющих на состояние здоровья как отдельного индивидуума, так и популяции в целом, является фактор питания. Еще первобытным человеком сделан вывод о том, что неизвестные растения и плоды пригодны в пищу в том случае, если они без очевидного вреда потребляются животными. В Аюрведе (санскр. – «наука о жизни» – медицинская наука Древней Индии, насчитывающая более 5000 лет, указывающая пути сохранения здоровья и продления жизни) и в тибетской медицине соблюдается ряд строгих правил в отношении пищи и питания, например, строго указывается, что через 3 ч после приготовления пища становится ядовитой [1].

О прямой зависимости состояния здоровья человека от состава продуктов питания говорил один из основателей науки о медицине, древнегреческий ученый Гиппократ: «Да будет лекарство твое – пищей твоей». С развитием общества в целом стали возникать пищевые законодательства, регламентирующие требования к пищевым продуктам. Так, например, в Вавилонии в XVIII в. до н.э. впервые появились законы Хаммурапи, предусматривающие меры ответственности за выпуск и сбыт некачественных пи-

щевых продуктов. В 1624 г. в России составлена специальная правительственная инструкция: «Память приставам для смотра за печением и продажей хлеба», в которой определялись основные требования к качеству. В начале XX в. в отдельных штатах США существовали законы «О чистых продуктах».

Доступ к безопасному и качественному многообразию пищевых продуктов является одним из основных прав человека, как было отмечено на международной конференции по проблемам питания в 1992 г. и на всемирных встречах на высшем уровне по вопросам продовольствия и питания в 1996 и 2002 гг. Качество и безопасность пищевых продуктов представляют проблему общественного здравоохранения, значение которой неуклонно продолжает расти. Практически все страны мира наращивают усилия по улучшению безопасности пищевых продуктов, что напрямую связано с ростом числа проблем в этой области и с возрастающей обеспокоенностью потребителей. Инфекционные и неинфекционные заболевания, связанные с питанием населения, являются широко распространенной и растущей проблемой общественного здравоохранения как в развитых, так и в развивающихся странах. В Российской Федера-