



Рис. 2. Биопрофиль отдельных представителей условно-патогенных энтеробактерий по фенотипическим маркерам патогенности.

ности, однако данное превышение не носило значимого характера ($p > 0,05$).

Проведенная оценка вирулентности клинических

штаммов энтеробактерий *in vivo* показала, что при тестировании 13 культур, обладающих комплексом фенотипических признаков, гибель 88,2% мышей наблюдалась через 24 часа, 11,8% – через 48 часов.

Таким образом, проведенные исследования показали, что условно-патогенные бактерии семейства Enterobacteriaceae, выделенные от детей, больных острыми кишечными инфекциями, обладают фенотипическими маркерами патогенности (антилизоцимная, адгезивная, фосфатазная активность – 40-50%, гемолитическая, протеолитическая, ДНКазная активность – около 30%), способствующими реализации их патогенного потенциала и обеспечивающими их участие на различных этапах инфекционного процесса, а также характеризуются выраженной фенотипической неоднородностью.

как возбудителей острых кишечных инфекций // Вестник Военно-медицинской академии. – 2008. – Прил. 2 (22). – С.535-536.

5. Гизатулина С.С., Биргер М.О., Кулинич Л.И. и др. Способ оценки состояния микрофлоры кишечника человека по количеству адгезивно-активных бактерий и типу адгезинов // Клиническая микробиология. – 1991. – №4. – С.21-23.

6. Частная медицинская микробиология с техникой микробиологических исследований: Учебное пособие / Под ред. А.С. Лабинской, Л.П. Блинковой, А.С. Ещиной. – М.: Медицина, 2005. – 600 с.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бондаренко В.М. Генетические маркеры вирулентности условно патогенных бактерий // Журнал микробиологии, эпидемиологии и иммунобиологии. – 2011. – №3. – С.94-99.
2. Бухарин О.В. Метод определения антилизоцимной активности микроорганизмов // Журнал микробиологии, эпидемиологии и иммунологии. – 1984. – №2. – С.27-28.
3. Гланц С. Медико-биологическая статистика. – Пер. с англ. – М.: Практика, 1999. – 459 с.
4. Егорова С.А., Кафтырева Л.А., Макарова М.А. Патогенный потенциал микроорганизмов рода *Klebsiella*,

Информация об авторах: 664079 г. Иркутск, м/р Юбилейный, 100, ИГМАПО, (3952) 333425, e-mail: eva.irk@mail.ru, Савилов Евгений Дмитриевич – заведующий кафедрой, проректор по научной и лечебной работе, д.м.н., профессор; Анганова Елена Витальевна – доцент кафедры, с.н.с. к.м.н.; Духанина Алла Владимировна – с.н.с., к.б.н.; Чемезова Наталья Николаевна – н.с., к.м.н.

ЗДОРОВЬЕ, ВОПРОСЫ ОРГАНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

© ШПРАХ В.В., САЮТИНА С.Б. – 2012
УДК 614.2:616.858-07-08

ПРОБЛЕМЫ СТАНДАРТИЗАЦИИ ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ БОЛЕЗНИ ПАРКИНСОНА

Владимир Викторович Шпрах, Светлана Борисовна Саютина
(Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования, ректор – д.м.н., проф. В.В. Шпрах, кафедра неврологии и нейрохирургии, зав. – д.м.н., проф. В.В. Шпрах)

Резюме. Проведен анализ медицинской документации 293 больных с болезнью Паркинсона, проживающих в Иркутской области. Выявлена высокая частота несоответствия диагностики, лечения, сроков диспансеризации стандарту и протоколу ведения пациентов с болезнью Паркинсона.

Ключевые слова: болезнь Паркинсона, стандарт медицинской помощи, диагностика, лечение.

PROBLEMS IN STANDARDIZATION OF MEDICAL DIAGNOSTIC AID IN PARKINSON'S DISEASE

V.V. Shprah, S.B. Sayutina
(Irkutsk State Medical Academy of Continuing Education)

Summary. The analysis of medical documents of 293 patients with Parkinson's disease in Irkutsk region has been conducted. We have detected a high frequency of discrepancy of diagnosis, treatment, terms of clinical examination and protocol of treatment of patients with Parkinson's disease.

Key words: Parkinson's disease, standard of care, diagnostics, treatment.

Стандартизация лечебно-диагностической помощи является одной из наиболее актуальных проблем современной

клинической медицины. В Федеральном законе РФ №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской

Федерации» от 21.11.2011 г. особое внимание уделяется необходимости введения единых для всех регионов стандартов лечения и требований к качеству медицинских услуг. Ожидается, что утверждение единых требований по оказанию медицинской помощи, обязательных для всех учреждений здравоохранения, независимо от их ведомственной подчиненности, формы собственности и места проживания больных, позволит повысить качество лечения, приблизить его к лучшим мировым стандартам, добиться существенной экономии финансовых средств.

Широко распространенные заболевания оказывают большое влияние на увеличение государственных расходов на здравоохранение. Болезнь Паркинсона (БП) занимает лидирующие позиции по распространенности среди неврологических заболеваний лиц пожилого и старческого возраста. Согласно популяционным исследованиям, распространенность БП составляет от 100 до 250 случаев на 100 тысяч населения [6], достигая своего максимума в возрасте 70-79 лет [3]. В ближайшие десятилетия ожидается рост численности больных, страдающих БП, что связано с «постарением» населения, увеличением продолжительности жизни больных на фоне стабильной заболеваемости.

БП относится к числу наиболее дорогостоящих заболеваний. Ежегодные затраты на ведение одного больного с БП в различных странах варьируют от 5 до 25 тысяч долларов США [4,7]. Затраты при БП в России намного ниже, чем в странах Западной Европы, но превышают таковые в развивающихся странах Азии. В исследовании Е.И. Гусева и соавт. шестимесячные общие затраты на 1 больного с БП составили 2790 евро, при этом на долю прямых затрат пришлось 48% от общей суммы (15% составили затраты на противопаркинсонические препараты, 19% – затраты, связанные с официальным уходом, другие прямые затраты – 14%). Непрямые затраты вследствие утраты трудоспособности больных составили 27%, затраты больных вследствие потери дохода и доплат – 25% в структуре общих затрат [1].

Следует признать, что доступность медицинской помощи в крупных городах и регионах, сельской местности значительно отличаются. Поэтому задача повышения доступности и качества медицинской помощи для всего населения страны поставлена российским правительством в категорию приоритетных. В условиях современной России оптимальная организация медицинской помощи и ее экономическое обеспечение достижимы только на основе стандартизации диагностических и лечебных подходов.

БП является одним из немногих неврологических заболеваний, при которых в нашей стране разработаны стандарты и протоколы, основанные на доказательной медицине и регламентирующие оказание медицинской помощи больным с этой патологией. К их числу относятся приказ Минздравсоцразвития России №447 от 27.06.2007 г. «Об утверждении стандарта медицинской помощи больным с болезнью Паркинсона (при оказании специализированной помощи)», приказ Минздравсоцразвития России №717 от 21.11.2007 г. «Стандарт медицинской помощи больным болезнью Паркинсона» (приложение 8), «Протокол ведения больных болезнью Паркинсона», утвержденный Минздравсоцразвития России 14.01.2005г.

Целью нашего исследования было изучение соответствия стандартам и протоколу объема и характера медицинской помощи больным с БП в Иркутской области.

Материалы и методы

Был проведен ретроспективный анализ медицинской документации 293 больных с БП, наблюдающихся в ЛПУ. Общий объем репрезентативной выборки исследования определялся по таблице В.И. Паниотто, с допущением 5-процентной ошибки. При размере генеральной совокупности 1000-2000 человек (1518 больных с БП в Иркутской области), объем исследования должен составлять 286-333 случая соответственно. При работе с медицинской документацией было

получено специальное разрешение этического комитета ИГМАПО (протокол заседания №4 от 21.01.2010), строго соблюдались требования Хельсинкской декларации Всемирной Медицинской Ассоциации и российского законодательства в области защиты персональных данных. В работе не использовались персональные данные о больном, включающие фамилию, имя, отчество, место проживания, национальность. Каждому случаю присваивался индивидуальный цифровой номер. Нами была разработана анкета, включающая анализ объема первичной диагностики, формулировку диагноза, частоту и диагностический объем при диспансерном наблюдении, характера лечения. Статистическую обработку данных проводили с помощью пакета программы MS Excel.

Результаты и обсуждение

Первичная диагностика БП на амбулаторно-поликлиническом этапе выполняется в течение 3 месяцев и включает ежемесячный осмотр невролога, измерение АД на периферических артериях с проведением ортостатической пробы, измерение внутриглазного давления (всем больным старше 40 лет до назначения противопаркинсонической терапии), исследование сред глаза в проходящем свете, исследование уровня церулоплазмينا и свободной меди в крови (всем больным с дебютом заболевания до 50 лет), консультацию психиатра, патопсихологическое обследование (при наличии аффективных, когнитивных нарушений), консультацию уролога (при наличии нарушений мочеиспускания), магнитно-резонансную томографию головного мозга (всем пациентам при наличии атипичных признаков, нехарактерных для БП), консультацию врача-диетолога (при запорах, нарушениях моторики ЖКТ, дефиците массы тела), консультацию врача ЛФК, физиотерапевта, рефлексотерапевта (по потребности). При наличии сопутствующего цереброваскулярного заболевания обследование дополняется консультацией терапевта/кардиолога, ЭКГ, исследованием липидов сыворотки крови, ультразвуковым исследованием магистральных артерий головы, консультацией окулиста с осмотром глазного дна.

Анализ результатов исследования выявил значительный дефицит магнитно-резонансного и ультразвукового исследований, психиатрического консультирования (табл. 1). Проблема применения нейровизуализационных методов исследования связана с недостаточным квотированием ЛПУ для проведения МРТ и высокой стоимости этого метода диагностики, что делает его недоступным для большинства пациентов с БП. В половине случаев до назначения противопаркинсонической терапии, способствующей повышению внутриглазного давления, не проведена тонометрия глаза. Подобная ошибка особенно опасна у лиц пожилого возраста в связи риском развития острой глаукомы. При наличии жалоб на нарушения мочеиспускания трети больных не была

Таблица 1
Частота несоответствия стандарту медицинской помощи при БП (в %)

	%
Первичная диагностика	
Не проведена МРТ головного мозга	85,7
Не проведена консультация психиатра	89,1
Не проведено ультразвуковое исследование магистральных артерий головы	76,1
Не проведена тонометрия глаза	49,5
Не проведено исследованием липидов сыворотки крови	41,0
Не проведена консультация уролога	35,3
Не проведена ЭКГ	6,1
Не проведен ОАК	3,8
Не проведен ОАМ	6,1
Не проведен скрининг на нарушения медно-белкового обмена	3,8
Не проведена консультация терапевта	2,4
Лечение	
Назначение препаратов леводопы 2 раза в сутки	26,3
Раннее назначение препаратов леводопы	22,5
Не назначение препаратов леводопы при большой длительности БП	10,6
Недостаточная доза пирибедила (50 мг сутки и менее)	9,6
Применение тригексифенидила у лиц старше 60 лет	7,8
Высокая доза леводопы (более 1200 мг в сутки)	7,2
Назначение бензодиазепинов	4,8
Назначение циннаризина	5,1
Комбинация амантадина с гипотиазидом	2,4

проведена консультация уролога.

В 88,7% случаев формулировка диагноза была неполной и включала в себя лишь клиническую форму заболевания, реже – стадию по Хен-Яру (64,2%). В 82,9% случаев не указаны имеющиеся аффективные расстройства, в 79,9% – вегетативные нарушения, в 67,6% – нарушения тазовых функций, в 61,8% – когнитивные расстройства. Более чем в половине диагнозов отсутствуют данные о темпе прогрессирования заболевания (64,2%), нет данных о наличии флуктуаций, дискинезий при длительной терапии препаратами леводопы (30,4%).

Минимальная частота диспансерных неврологических осмотров в поликлинике больных с БП при стабильном ответе на противопаркинсонические препараты составляет 1 раз в 3 месяца (4 осмотра в год). При наличии нестабильного ответа на противопаркинсоническую терапию, осложненный, деменции – осмотр невролога ежемесячный. Результаты нашего исследования показали, что в 57% случаев частота осмотров не соответствует требованиям стандарта. Средняя частота осмотров – $3,2 \pm 2,8$ в год.

Стартовая терапия при БП предусматривает применение агонистов дофаминовых рецепторов (АДР) у больных в возрасте до 70 лет, при отсутствии деменции, имеющих легкие или умеренные двигательные нарушения. При их недостаточности рекомендуется смена агониста или комбинация с амантадинами, ингибитором МАО. Инициальная терапия препаратами леводопы проводится у больных в возрасте старше 70 лет, при наличии деменции и тяжелых двигательных нарушениях (2,5 стадия по Хен-Яру и более).

Лечебные ошибки чаще всего были связаны с нерациональным применением препаратов леводопы (табл. 1). Более четверти больных (26,3%) получали препараты леводопы два раза в сутки. В 22,5% случаев наблюдалось раннее назначение препаратов леводопы. Согласно современной концепции постоянной дофаминергической стимуляции рекомендуется не менее трех приемов препаратов леводопы в сутки. Поддержание стабильной концентрации леводопы в крови,

обеспечивает близкую к физиологической тоническую стимуляцию дофаминовых рецепторов в стриатуме, что способствует нормализации функционального состояния постсинаптических нейронов стриатума и тем самым позволяет добиться необходимого противопаркинсонического эффекта при более низком риске развития флуктуаций и дискинезий, а также способствовать их регрессу, если они уже развились [5]. Среди других проблем леводопотерапии следует отметить позднее ее назначение у больных с выраженными двигательными нарушениями и применение чрезмерно высоких доз. Как известно, монотерапия АДР способна обеспечить достаточную компенсацию двигательного дефекта в течение ограниченного периода времени. Если на ранней стадии БП АДР по эффективности не уступают леводопе, то по мере прогрессирования заболевания эффективность АДР падает. Оптимальным на сегодняшний день считается назначение препаратов леводопы с 2,5-3 стадия по Хен-Яру [2].

В 9,6% наблюдалось применение чрезмерно низких доз пирибедила (50 мг сутки и менее). Следует помнить, что при БП минимальная суточная доза пирибедила при комбинации его с леводопой составляет 100 мг, а при монотерапии – 150 мг.

Применение антихолинергических препаратов у больных с БП ограничено высокой частотой побочных эффектов, относительно небольшой эффективностью и целым рядом серьезных противопоказаний. Не рекомендуется их назначение у лиц старше 60 лет. Результаты нашего исследования выявили применение тригексифенидила у лиц старше 60 лет в 7,8% случаев.

Таким образом, выявлена высокая частота несоответствия диагностики и лечения установленным стандартам при БП. Совершенствование качества и повышение доступности медицинской помощи больным с БП требует активного внедрения разработанных стандартов и протоколов в клиническую практику и работу страховых компаний. Выявленные проблемы позволят провести целенаправленную коррекцию диагностики и лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гусев Е.И., Гехт А.Б., Павлов Н.А., Попов Г.Р. Болезнь Паркинсона: фармакоэкономические аспекты // Тезисы I Национального конгресса «Болезнь Паркинсона и расстройств движений», 22-23 сентября 2008 г., Москва. – М., 2008. – С.173-177.
2. Левин О.С. О рациональном применении леводопы при болезни Паркинсона // Трудный пациент. – 2006. – №7 – С.59-65.
3. Экстрапирамидные расстройства: Руководство по диагностике и лечению / Под ред. В.Н. Штока, И.А. Ивановой-Смоленской, О.С. Левина. – М.: МЕДпресс-информ, 2002. –

С.87.

4. Dodel R.C., Eggert K.M., Singer M.S., et al. Costs of drug treatment in Parkinson's disease // Movement Disorders. – 1998. – Vol. 13. №2. – P.249-254.
5. Stocchi F, Olanow C.W. Continuous dopaminergic stimulation in early and advanced Parkinson's disease // Neurology. – 2004. – Vol. 62. – P.23-27.
6. Walters E.S., van Laar T., Berendse H.W. (eds.). Parkinsonism and related disorders. – Amsterdam: YU University Press, 2007. – 186 p.
7. Warner J., Nazario B. Cost of Treating Parkinson's Rising // Movement Disorders. – 2003. – №3. – P.43-45.

Информация об авторах: 664079, г. Иркутск, м-н Юбилейный, 100, ИГМАПО, кафедра неврологии и нейрохирургии, Шпрах Владимир Викторович – ректор, зав. кафедрой, д.м.н., профессор; Саютина Светлана Борисовна – доцент, к.м.н., доцент, e-mail: ain2000@rumbler.ru

© ВЕРЛАН Н.В., ПУСТОЗЕРОВ В.Г., АНАНЬЕВ А.А., КОЧКИНА Е.О. – 2012
УДК: 616.831.005.4 – 085.2.03

ОЦЕНКА ФАРМАКО-ЭКОНОМИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ ИШЕМИИ В СТАЦИОНАРНЫХ УСЛОВИЯХ

Надежда Вадимовна Верлан, Виктор Георгиевич Пустозеров,
Александр Александрович Ананьев, Елена Олеговна Кочкина

(Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования, ректор – д.м.н., проф. В.В. Шпрах, кафедра клинической фармакологии, зав. – д.м.н., проф. Н.В. Верлан, кафедра геронтологии и гериатрии, зав. – к.м.н., доц. В.Г. Пустозеров)

Резюме. Анализ фармакотерапии хронической ишемии мозга в стационарных условиях показал наличие проблемы рационального выбора лекарственных средств, высокую частоту назначения препаратов, не входящих в современные рекомендации, и существование полипрагмазии.

Ключевые слова: хроническая ишемия мозга, рациональная фармакотерапия, анализ.

ASSESSMENT OF PHARMACOLOGICAL AND ECONOMIC PERFORMANCE OF TREATMENT OF CHRONIC CEREBRAL ISCHEMIA OF THE BRAIN IN STATIONARY CONDITIONS