

физиотерапию, массаж.

Субъективная оценка болевого синдрома у пациентов с вибрационной болезнью до лечения по методу описательных определений средняя по группе была определена как терпимая, после лечения — снизилась до умеренной; по ВАШ до лечения 5,7 баллов после лечения — 4,9 балла. Различия между группами до и после лечения, доказывают положительный эффект проводимой комплексной терапии. Показатели шкалы боли по опроснику MOS-SF 36 также значимо увеличились с $51,92 \pm 2,33$ до $62,29 \pm 1,8$, что свидетельствует об уменьшении болевого синдрома. Однако наличие болевого синдрома, пусть даже уменьшенного, снижает трудоспособность, а порой приводит к инвалидизации трудоспособного населения. Таким образом, необходимо разрабатывать новые методы комплексной терапии вибрационной болезни, включающие своевременное и адекватное обезболивание, что послужит профилактике хронического болевого синдрома.

УДК 616.831-005.1/4:616.133.33-007

Сташинова Е. А., Коценко Ю. И.

*Донецкий национальный медицинский университет
им. М. Горького (г. Донецк)*

АНОМАЛИИ ИНТРАЦЕРЕБРАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ КАК ПРИЧИНА РАЗВИТИЯ ТЯЖЕЛОГО ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА

Цель: Выявить роль аномалий интрацеребральных артерий (ИЦА) в развитии церебрального ишемического инсульта (ЦИИ).

Обследовано 72 пациента в возрасте от 36 до 49 лет (средний возраст $41,1 \pm 1,7$ лет) с ЦИИ, обусловленным аномалиями церебральных артерий (ЦА). Всем больным проведено комплексное клиничко-неврологическое обследование с использованием шкалы ком Глазго (GCS) и шкалы инсульта Национального института здоровья (NIHSS), клиничко-лабораторное (общеклинические анализы крови и мочи, коагулограмма, ревмопробы), клиничко-инструментальное (магнитно-резонансная томография головного мозга в режиме ангиографии). Статистическую обработку проводили с использованием стандартных методик оценки критериев и программ EXCEL 7.0.

Все пациенты разделены на две группы с учетом выявленных аномалий ЦА. I группу составили 39 (54,2 %) пациентов с аномалиями ИЦА: аплазия передней и одной задней соединительной артерии (ЗСА) — у 13 (33,3 %), аплазия обеих ЗСА — у 14 (35,9 %), аплазия левой ЗСА и полная задняя трифуркация левой внутренней сонной артерии (ВСА) — у 2 (5,1 %), гипоплазия одной задней мозговой артерии — у 9 (23,1 %), гипоплазия правой средне-мозговой артерии и полная передняя трифуркация правой ВСА — у 1 (2,6 %) больного. II группу сформировали 33 (45,8 %) пациента с аномалиями прецеребральных артерий (ПЦА): односторонняя S-образная извитость ВСА выявлена у 18 (54,5 %), петлеобразование одной ВСА — у 4 (12,1 %), двусторонняя гипоплазия позвоночных артерий (ПА) и S-образная извитость левой ВСА — у 3 (9,1 %) пациентов, S-образная извитость правой ВСА и гипоплазия правой ПА — у 8 (24,3 %) больных.

При осмотре пациентов I группы выявлены основные неврологические синдромы: правосторонний гемипарез — у 6 (15,4 %), левосторонний гемипарез — у 17 (43,6 %), правосторонняя гемиплегия — у 11 (28,2 %), левосторонняя гемиплегия — у 5 (12,8 %) пациентов. Во II группе обнаружены левосторонний гемипарез — у 22 (66,7 %), правосторонний гемипарез — у 11 (33,3 %). При оценке тяжести неврологического дефицита по шкале NIHSS у пациентов I группы установлена легкая степень тяжести состояния ИИ — у 5 (12,8 %), средняя степень — у 13 (33,4 %) и тяжелая степень — у 21 (53,8 %) пациентов. Во II группе зарегистрированы: легкая степень тяжести — у 19 (57,6 %) больных, средняя степень — у 11 (33,3 %) и тяжелая степень — у 3 (9,1 %) пациентов.

При оценке нарушения уровня сознания (по GCS) в I группе выявлен ясный уровень — у 8 (20,5 %), оглушение — у 11 (28,2 %), сопор — у 13 (39,4 %), кома I степени — у 5 (12,8 %), кома II степени — у 2 (5,1 %) пациентов. Во II группе зафиксированы: ясный уровень — у 14 (42,4 %), оглушение — у 11 (33,3 %), сопор — у 8 (24,2 %). Ни у одного больного II группы тяжелых нарушений уровня сознания не наблюдалось.

В результате проведенного комплексного клиничко-неврологического и клиничко-инструментального обследования

у пациентов с ЦИИ, обусловленным аномалиями ИЦА (аплазия передней и задней соединительной артерии, гипоплазия одной ЗМА, гипоплазия правой средне-мозговой артерии и полная передняя трифуркация правой ВСА) наблюдалось более тяжелое клиническое течение ЦИИ и выраженный неврологический дефицит по сравнению с пациентами, у которых ЦИИ был обусловлен аномалиями ПЦА.

УДК 614.2.002 (083.74)

Сташинова Е. А., Омельченко Р. Я.

*Донецкий национальный медицинский университет
им. М. Горького (г. Донецк)*

РОЛЬ МЕДИЦИНСКИХ ИНФОРМАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ВО ВНЕДРЕНИИ ГОСУДАРСТВЕННЫХ СОЦИАЛЬНЫХ СТАНДАРТОВ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Медицинские стандарты — это технологии, влияющие на процесс оказания качественной медицинской помощи. Задачей специалистов, создающих медицинские стандарты, является изучение, сравнение, анализ и внедрение лучших доказательств из систематических исследований в клиническую практику для использования их в интересах пациентов. Детальные методики, схемы лечения, дозировки, организационный маршрут пациента прописываются в локальном клиническом протоколе. Сравнение медицинских стандартов и методов лечения, которые используют сегодня врачи лечебных учреждений (ЛУ), выявляют частые случаи необоснованных дополнительных методов обследования, назначения лекарственных средств, не приносящих пациентам ощутимой пользы. Соблюдение медицинских стандартов дает возможность избежать подобных неоправданных затрат со стороны государства. С помощью стандартов, посредством индикаторов качества, обеспечивается обратная связь с ЛУ или отдельным врачом, прослеживаются потребности ресурсного обеспечения здравоохранения.

Целью работы явился обзор ситуации в сфере использования информационных технологий (ИТ) по внедрению стандартов и клинических протоколов в здравоохранении.

Современная медицина имеет два приоритетных направления развития: первое — создание новейших лекарственных препаратов, способных избавить человечество от ряда пока еще неизлечимых заболеваний и разработка вакцин против новых вирусов; второе — повсеместное и поэтапное внедрение в медицину ИТ. Медицинские ИТ предполагают разработку программного обеспечения для медицинских целей, подготовку и обучение персонала основам медицинской информатики.

В ближайшем будущем медицинские ИТ должны справиться со следующими проблемами: максимально сократить период диагностики; устранить очереди в ЛУ; устранить побочные эффекты лечения и минимизировать врачебные ошибки; справиться с отсутствием новых методов и разработок в лечении ряда серьезных заболеваний.

В Украине завершается первый этап медицинской реформы — создание Центров первичной медико-санитарной помощи. Семейные врачи должны оказывать первую помощь пациентам, их задачей является не только оказание лечебно-диагностической помощи, но и проведение мероприятий направленных на профилактику болезней. На 2011 год существуют национальные действующие государственные стандарты предоставления медицинской помощи населению по 115 (из них 53 — помощь детям) профилям в амбулаторно-поликлинических и стационарных условиях; клинические протоколы по 69 (из них 37 — помощь детям) профилям оказания медицинской помощи населению. Современные медицинские ИТ дают возможность семейному врачу использовать компьютерные технологии в качестве помощника для решения клинических задач, помогают автоматизировать лечебно-диагностический процесс. Внедрение электронных информационно-аналитических систем медицинских стандартов и клинических протоколов позволит улучшить осуществление трансфера новейших медицинских технологий, диспетчеризацию и мониторинг оказания первичной медицинской помощи.

Таким образом, во избежание ошибок на этапе оказания первичной медицинской помощи применение ИТ позволит получить лучший результат, поможет своевременному прогнозированию заболеваний и правильному определению тактики лечения, быстрейшему выздоровлению пациентов, уменьшению затрат на закупку лекарственных средств и стоимости обслуживания медицинской техники.