

3. Naziroplu M, Gumral N. – Modulator effects of L-carnitine and selenium on wireless devices (2.45 GHz)-induced oxidative stress and electroencephalography records in brain of rat. – Int J Radiat Biol. – 2009. – Aug;85(8):680-9. 15

4. Ozguner F, Altinbas A, Ozaydin M, Dogan A, Vural H, Kisioglu AN, Cesur G, Yildirim NG. – Mobile phone-induced myocardial oxidative stress. – Toxicol Ind Health. – 21(9):223-230. – 2005. 16

5. Vignal R, Crouzier D, Dabouis V, Debouzy JC. - Effects of mobile phones and radar radiofrequencies on the eye. - Pathol Biol (Paris). 2009 Sep;57(6):503-8. Epub 2008 Nov 25. 19

УДК 616.12-039

ПЕРЕБІГ ХРОНІЧНОЇ СЕРЦЕВОЇ НЕДОСТАТНОСТІ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ НА ФОНІ СУПУТНЬОЇ АНЕМІЇ

М.М.Козачок, М.М.Селюк, М.М. Єрьомін

Українська військово-медична академія

Резюме. *Серцева недостатність – найбільш поширене ускладнення захворювань серцево-судинної системи. Серед хворих з тяжкою ХСН смертність протягом найближчого року сягає 50%. Досить часто у пацієнтів з СН розвивається анемія. Проаналізувавши частоту виникнення анемії у даній категорії хворих, виявивши кореляцію, можна прогнозувати перебіг захворювання та запобігати розвитку тяжких ускладнень.*

Ключові слова: *серцева недостатність, анемія, важкість перебігу.*

Вступ. Хронічна серцева недостатність (ХСН) – найчастіше ускладнення всіх захворювань серцево-судинної системи. Саме тому хронічна серцева недостатність залишається актуальною медико-соціальною проблемою у всьому світі, у тому числі в Україні. Здебільшого ХСН зустрічається у пацієнтів похилого та старечого віку. Зважаючи на демографічну тенденцію, у т. ч. і в Україні, до зростання питомої ваги населення старших вікових груп, питання щодо надання медичної допомоги хворим з ХСН набуває дедалі більшої актуальності. [2]

Про серйозність прогнозу клінічно маніфестованої ХСН свідчить те, що приблизно половина таких пацієнтів помирають протягом 4 років, а серед хворих з тяжкою ХСН смертність протягом найближчого року сягає 50%. До 40% пацієнтів, що потрапили у стаціонар з приводу симптомів СН, помирають або повторно госпіталізуються впродовж наступного року.

Дослідження останніх десятиліть демонструють, що число хворих з ХНС суттєво збільшується. Вже на сьогодні ХНС одна з найбільших причин госпіталізації. Постійно ростуть витрати на лікування даної категорії хворих. [3, 2]

За даними національних реєстрів європейських країн та епідеміологічних досліджень, показник поширеності ХНС серед дорослого населення становить 2-5% та зростає пропорційно до віку, а в осіб віком понад 70 років він становить від 10 до 20%. [1].

Захворюваність в такому віці характеризується поліморбідністю, поєднанням цілого ряду патологічних станів, серед яких досить часто зустрічається анемія. Досить часто анемія розвивається як фоновий стан, що значно погіршує перебіг основного захворювання. В наш час, коли, завдяки сучасній фармакотерапії вдається продовжити життя пацієнтам з ХНС, супутня анемія має велике практичне значення [5, 6].

Ключову роль в патогенезі анемії при хронічних захворюваннях грає зниження продукції еритропоєтину і порушення чутливості еритроїдних клітин до даного цитокіну. Механізм неадекватної продукції еритропоєтину при анемії на фоні хронічного захворювання тісно пов'язаний з виробленням цитокінів. При інфекційних і запальних процесах лейкоцити, макрофаги, фібробласти і ендотеліальні клітини продукують імуномодулюючі пептиди (цитокіни), які в свою чергу, регулюють імунні реакції і гемопоез. Фактор некрозу пухлин і ІЛ-1 знижують продукцію еритроцитів в кістковому мозку. Ці ефекти спочатку пояснювали інгібуючою дією ЕПО на клітини-мішені, але в даний час отримані докази, що ІЛ-1 (β- та γ-), ФНП (β- та ν-) інгібують продукцію еритропоєтину що призводить до зменшення числа еритроїдних попередників в кістковому мозку і розвиток анемії. При спостереженні пацієнтів у віці 65 років та старше було показано [4], що більш низький гематокрит був пов'язаний з більш високою смертністю. При зменшенні його на 1 % смертність протягом року збільшилась на 2 %. В порівнянні з хворими з нормальним рівнем гематокриту (більше 42 %) смертність пацієнтів з низьким гематокритом (27 % та менше) збільшилась на 40 % та вище. В хворих з низьким гематокритом був також вищий рівень ризику повторної госпіталізації. Низький рівень гематокриту, по даним ще одного великого популяційного дослідження [6], є абсолютно незалежним предиктором ризику смерті хворих з СН. Летальність таких пацієнтів значно збільшилась при зниженні рівня гематокриту: при рівні гематокрита 40 % та більше летальність становила близько 31,2 %, а при рівні менше 30 % – біля 50 %. ХНС – одне із самих розповсюджених ускладнень хвороб серцево-судинної системи, яке суттєво знижує якість життя [2, 3].

Мета. Враховуючи актуальність даної проблеми, а також можливий вплив анемії на перебіг ХСН, метою нашого дослідження було вивчити кореляцію між ступенем анемії та важкістю перебігу СН.

Матеріали дослідження та обговорення результатів. Нами був проведений аналіз історій хвороб пацієнтів, що знаходились на лікуванні в кардіологічному відділенні клінічної бази УВМА (Ірпінь) за 2004–2006 роки. В 2004 році було виявлено 54 пацієнта (у 19 – повторна госпіталізація) з хронічною серцевою недостатністю різного ступеню за класифікацією NYHA і наявністю анемії. Середній вік обстежуваних становив $68 \pm 1,2$ років. В 2005 році таких пацієнтів було 46 (у 27 була повторна госпіталізація), а у 2006 році число пацієнтів с ХСН та анемією сягало 58 (серед них 32 – повторна госпіталізація).

До аналізу були включені хворі, які не мали патології системи крові, виразкової хвороби шлунку та дванадцятипалої кишки (ДПК), прихованих або явних кровотеч. Всі пацієнти були чоловічої статі.

Таки чином, протягом трьох років з анемією на фоні ХСН проходили стаціонарне лікування 158 пацієнтів (серед них 78 були повторно госпіталізовані). Структура хворих представлена в таблиці 1.

Таблиця 1

Хворі з ХСН та анемією

Рік	Загальна кількість	Повторна госпіталізація
2004	54	19
2005	46	27
2006	58	32

Таблиця 2

Ступінь важкості анемії визначався за класифікацією ВОЗ

Ступінь анемії	Вміст гемоглобіну, г/л
1 (легка)	100,0
2 (помірна)	80,0 – 100,0
3 (важка)	65,0 – 79
4 (життєво небезпечна)	Нижче 65

Аналізуючи ступінь анемії у обстежуваних хворих нами отримані наступні результати:

Таблиця 3

Ступінь важкості анемії

	Легкий		Середній		Важкий	
	Кіл-ть хворих	%	Кіл-ть хворих	%	Кіл-ть хворих	%
2004	3	5,6	26	48,1	25	46,3
2005	5	10,8	21	45,7	20	43,5
2006	2	3,4	40	69	16	27,6

Як видно з представлених даних переважали пацієнти з середнім та важким ступенем анемії. І лише у 10 хворих анемія була легкого ступеню.

Для проведення порівняльного аналізу були вивчені історії хвороб пацієнтів, із ХСН але без наявності анемії, які знаходились на лікуванні в тому ж відділенні і за той же період.

Серед госпіталізованих пацієнтів, у яких серцева недостатність поєднувалась з анемією переважав II та III функціональний клас (ФК) серцевої недостатності за класифікацією NYHA. Питома вага ФК II складала більше 50% протягом всіх трьох років. Дещо меншою була кількість пацієнтів з ФК III. Найменше число пацієнтів зустрічалось з ФК I та ФК IV. Розподіл хворих за функціональними класами представлений в таблиці 4., Рис. 1.

Таблиця 4

Ступінь важкості ХСН за NYHA у пацієнтів з анемією

Рік	ФК I	ФК II	ФК III	ФК IV
2004	2 (3,7%)	28 (51,8%)	23(42,6%)	1(1,9%)
2005	3 (6,5%)	24(52,2%)	17(37%)	2(4,3%)
2006	1(1,7%)	42(72,4%)	14(24,2%)	1(1,7%)

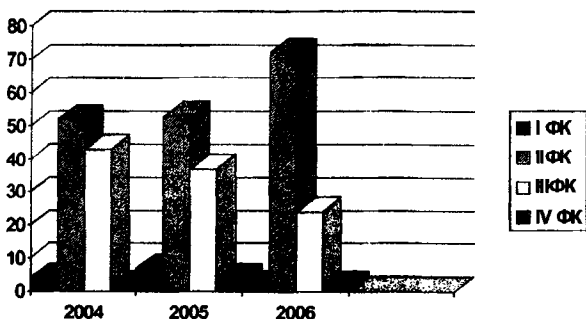


Рис.1.

Аналізуючи взаємозв'язок між ступенем вираженості анемії та ступенем важкості ХСН нами були отримані наступні дані.

Серед пацієнтів з легким ступенем анемії переважали I ФК та II ФУ СН, при середньому ступеню анемії домінували II ФК та III ФК і при важкому ступеню СН невелика кількість пацієнтів мали ФК I ступеню, переважали II ФК, III ФК та IV ФК. (таблиці 5-7).

Легка ступінь анемії

Рік	ФК I	ФК II	ФК III	ФК IV
2004	33.3%	66.7%		
2005	40%	20%	40%	
2006	50%	50%		

Таблиця 6

Середня ступінь анемії

Рік	ФК I	ФК II	ФК III	ФК IV
2004	11.5%	46.2%	34.6%	7.7%
2005	4.76%	61.91%	28.57%	4.76%
2006	7.5%	47.5%	37.5%	7.5%

Таблиця 7

Важка ступінь анемії

Рік	ФК I	ФК II	ФК III	ФК IV
2004	8%	20%	48%	24%
2005	5%	25%	25%	45%
2006		18.75%	37.5%	43.75%

Таким чином, продемонстровано, що не лише наявність анемії, а і її вираженість суттєво впливають на важкість перебігу серцевої недостатності.

Також було проаналізовано 157 історій хвороб пацієнтів з ХСН, що проходили стаціонарне лікування в кардіологічному відділенні клінічної бази УВМА з 2004 по 2006, але не мали супутньої анемії. 35 пацієнтів – були повторно госпіталізовані.

Таблиця 8

Хворі з СН без анемії

Рік	Загальна кількість	Повторна госпіталізація
2004	53	12
2005	49	9
2006	55	14

Вивчаючи структуру ХСН, ми відмітили, що серед пацієнтів без анемії більш часто зустрічалися ФК I, натомість значно менша кількість хворих були з ФК III (Таблиця 9, рис. 2)

**Розподіл хворих за функціональними класами по NYHA
(пацієнти без анемії)**

Рік	ФК I	ФК II	ФК III	ФК IV
2004	14(26,4%)	26(49,1%)	12(22,6%)	1(1,9%)
2005	16 (32,7%)	27 (55,1%)	6 (12,2%)	0
2006	8 (14,5)	37 (67,3%)	9 (16,4%)	1(1,8%)

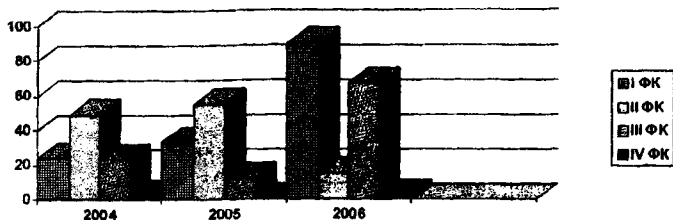


рис. 2.

Висновки

Таким чином, проаналізувавши історії хвороб пацієнтів, що знаходилися на стаціонарному лікуванні у кардіологічному відділенні протягом трьох років (2004-2006рр) було встановлено, що досить часто серед пацієнтів з ХСН зустрічається супутня анемія. Наявність анемії, а також ступінь її вираженості прямо пропорційна ступеню важкості перебігу СН. У пацієнтів без наявності анемії прояви СН були менш виражені.

Отже можна зробити висновок, що анеміє являється пре диктором більш важкого перебігу серцевої недостатності. Необхідно, обстежуючи хворих, навіть на початкових стадіях СН зважати на наявність анемії, як прогностичного маркера більш важкого перебігу захворювання.

Література

1. Арутюнов Г.П. Анемия у больных с ХСН // Сердеч. недостаточность. – 2003. – Т. 4. – № 5. – С. 224-228.
2. Лишневская В.Ю Особенности лечения хронической сердечной недостаточности у лиц пожилого возраста Украинський медичний часопис №6(80) XI-XII 2010
3. Складная Е.В., Кетинг Е.В., Захама С.Б. Анемии при хронической сердечной недостаточности // V Ежегодная Всероссийская конференция Общества специалистов по сердечной недостаточности “Спорные и нерешенные вопросы сердечной недостаточности”. – Москва, Россия, 9-10 декабря, 2003. – С.136.

4. Патофізіологія захворювань серцево-судинної системи / Под ред. Л. Лилли. – М.: БИНОМ, Лабораторія знань, 2003. – 598 с.

5. Crosato M., Steinborn W., Anker S.D. Anemia in chronic congestive heart failure: frequency, prognosis, and treatment // Heart Fail. Monit. – 2003. – Vol. 4, № 1. – P. 2-6.

6. Ezekowitz J.A., McAlister F.A., Armstrong P.W. Anemia is common in heart failure and is associated with poor outcomes: insights from a cohort of 12 065 patients with new-onset heart failure // Circulation. – 2003. – Vol. 107. – № 2. – P. 223-225.

УДК 616.342–002.44–057

МЕДИЧНА ТА СОЦІАЛЬНА ЕФЕКТИВНІСТЬ ПРОГРАМИ ПІДВИЩЕННЯ ПОІНФОРМОВАНІСТІ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ХВОРИХ НА ВИРАЗКОВУ ХВОРОБУ ДВАНДЦЯТИПАЛОЇ В УМОВАХ ДЕННОГО СТАЦІОНАРУ

Г.З. Мороз, О.М. Ткаленко

Українська військово-медична академія

Резюме. Проведено оцінку результатів медичної та соціальної ефективності програми підвищення поінформованості військовослужбовців хворих на ВХДПК в умовах денного стаціонару клініки амбулаторної допомоги Головного військово-медичного клінічного центру „ГВКГ”. Доведено, що медична ефективність лікування виразкової хвороби дванадцятипалої кишки (за оцінкою кількості загострень) у військовослужбовців в цілому по групі через рік після запровадження заходів зростає в три рази, соціальна ефективність використання рекомендацій, які вони отримували під час та після лікування в 1,2 рази.

Ключові слова: військовослужбовці, виразкова хвороба дванадцятипалої кишки, медична та соціальна ефективність, лікування.

Вступ. Виразкова хвороба дванадцятипалої кишки (ВХДПК) залишається однією з актуальних проблем клінічної медицини [2, 5]. Значна поширеність, часті рецидиви, важкість ускладнень, а також значні матеріальні витрати на лікування, зумовлюють її важливе медико-соціальне значення [4, 7]. Актуальною ця проблема залишається і для Збройних Сил (ЗС) України, так як виразкова хвороба (ВХ) одна з основних причин дискваліфікації військовослужбовців за медичними показами та дострокового звільнення з лав ЗС України. Так частка офіцерів, військовослужбовців за контрактом

оглянутих Центральною військово-лікарською комісією з основним клініко-експертним діагнозом ВХ впродовж 2004–2009 рр. коливалася від 6,9% до 8,7%, солдат строкової служби від 13,1% до 20,5% [2]. Потребує свого вирішення проблема профілактики загострень ВХДПК та досягнення стійкої ремісії [4, 6]. Ефективність лікування хворих з ВХДПК в значній мірі пов'язана з їх низькою прихильністю до лікування [1], що часто обумовлено недостатньою поінформованістю пацієнтів про захворювання. В світовій медичній практиці для підвищення поінформованості пацієнтів активно використовуються спеціальні навчальні програми. В Україні, такі підходи лише розпочинають впроваджувати в роботу лікувальних установ [2], а у військовослужбовців з ВХДПК подібні заходи ще не проводилися.

Мета: розробити, впровадити та провести оцінку результатів медичної та соціальної ефективності програми підвищення поінформованості військовослужбовців хворих на ВХДПК в умовах денного стаціонару (ДС) клініки амбулаторної допомоги (КАД) Головного військово-медичного клінічного центру „Головний військовий клінічний госпіталь” (ГВМКЦ „ГВКГ”).

Матеріали та методи дослідження. Для вивчення ефективності запропонованих заходів методом випадкової вибірки, проведений активний диспансерний моніторинг за 60 військовослужбовцями з ВХДПК, які проходили лікування в ДС КАД у 2008–2009 рр. та отримали інформаційні листи. В досліджувану групу ввійшли особи чоловічої (95%) та жіночої статі (5%), віком від 21 до 45 років, середній вік – $31,4 \pm 2,6$ р. Середній термін скарг на шлункову диспепсію до моменту виявлення ВХДПК склав $2,2 \pm 0,4$ р. Розподіл за тривалістю перебігу ВХДПК був наступним: тривалість захворювання менше року мало місце у 10% пацієнтів, 1–5 років у 41,7% хворих, 5–10 років у 31,7% хворих більше 10 років у 16,6% хворих. Середня тривалість виразкового анамнезу склала $4,8 \pm 1,7$ р. При аналізі частоти загострень ВХДПК було встановлено, що перше загострення було у 3 пацієнтів (5%), друге – п'яте у 31 (51,7%), більше п'яти загострень у 26 пацієнтів (43,3%), тобто у обстежених військовослужбовців мали місце значна тривалість і висока частота рецидивів ВХДПК. До початку моніторингу, для поглибленого вивчення анамнезу, всі хворі були оглянуті та проведено комплексне клініко-інструментальне обстеження. Дані, щодо кількості випадків загострень та днів тимчасової непрацездатності обумовлених загостреннями ВХДПК, були вкопійовані із медичної документації (форма 3) шляхом заповнення розробленої для даного дослідження спеціальної карти – „Карта виконання даних”.

Віддалені результати впроваджених програм оцінювали через 12 місяців. Ефективність впроваджених програм оцінювали за наступними показниками: наявність та кількість загострень і рецидивів ВХДПК; наявність та характер

ускладнень; кількість звернень за медичною допомогою з приводу ВХДПК протягом року; показники госпіталізації хворих в цілодобовий та ДС (дні); показники тимчасової непрацездатності за рік в зв'язку з загостреннями ВХДПК (дні); використання рекомендацій, які отримали після лікування в ДС та задоволеністю результатами їх використання (кількість осіб); використання лікування „за вимогою” та терапії „вихідного дня”.

Медичну та соціальну ефективність розроблених та впроваджених заходів ми визначали з використанням методики, запропонованої Ю. В. Вороненком [3] за формулами: K_m – коефіцієнт медичної ефективності – відношення кількості досягнутих медичних результатів до загальної кількості оцінюваних випадків; K_c – коефіцієнт соціальної ефективності – відношення випадків задоволення до загальної кількості випадків, що оцінювали пацієнти. Враховуючи вищевказані коефіцієнти, вираховували інтегральний коефіцієнт ефективності (K_i) за формулою: $K_i = K_m \cdot K_c$.

За результатами дослідження сформована комп'ютерна база даних. Для формування бази даних і статистичної обробки результатів використана програма Microsoft Excel 2007. Статистичний аналіз отриманого матеріалу проводили за допомогою пакета прикладних програм методами варіаційної статистики з використанням t-критерія Стьюдента.

Результати дослідження та їх обговорення. Для оптимізації надання медичної допомоги військовослужбовцям з ВХДПК в умовах КАД ГВМКЦ „ГВКГ” розроблено програму методично-інформаційного забезпечення процесу лікування. В її основу покладено детальний методичний супровід процесу підвищення поінформованості пацієнтів щодо сучасних підходів до лікування та профілактики ВХДПК. Для покращення поінформованості хворих нами розроблені та впроваджені в роботу КАД ГВМКЦ „ГВКГ” інформаційні листи – „Рекомендації для пацієнта з виразковою хворобою дванадцятипалої кишки для попередження загострень”, „Лікувальне харчування для пацієнтів з виразковою хворобою дванадцятипалої кишки в період загострення”, „Пам'ятка для пацієнта з виразковою хворобою дванадцятипалої кишки після виписки..”

Через 12 місяців проведена оцінка медичної та соціальної ефективності програми підвищення поінформованості військовослужбовців хворих на ВХДПК в умовах КАД ГВМКЦ „ГВКГ”. Результати представлені в табл. 1.

Результати дослідження показали, що запроваджені заходи вже через рік мали позитивний вплив на перебіг ВХДПК у військовослужбовців. Найбільш значимим позитивним ефектом від запропонованих заходів є достовірне ($p < 0,05$) зниження частоти загострень ВХДПК (табл. 1). K_m щодо перебігу ВХ в нашому дослідженні визначали як відношення кількості загострень ВХДПК що мали місце протягом року до загальної кількості пацієнтів з ВХДПК.

Результати запровадження програми підвищення поінформованості військовослужбовців хворих на ВХДПК (n=60), %

Показники	До запровадження програми підвищення поінформованості (n=60)	Після запровадження програми підвищення поінформованості (n=60)
Кількість випадків загострень ВХДПК протягом року	72	26*
Наявність двох загострень протягом року	12	8
Ускладнення протягом року	-	-
Кількість звернень за медичною допомогою з приводу ВХДПК	72	18*
Кількість госпіталізацій в цілодобовий та ДС	60	4*
Кількість днів непрацездатності за рік в зв'язку із загостреннями ВХДПК	1140	236*
Використовували рекомендації, які отримали під час або після лікування в ДС	28	46*
Задоволені результатами використання рекомендацій, які отримали після лікування в ДС	23	46*
Використовували терапію „за вимогою”	23	38*

Примітка: * – вірогідність різниці достовірна при $p < 0,05$.

Розрахунок K_m для оцінки загострень ВХДПК до запровадження заходів:

$$K_m = 72/60 = 1,2, \text{ де}$$

72 – кількість загострень протягом року;

60 – загальна кількість пацієнтів;

Розрахунок K_m для оцінки загострень ВХДПК після запровадження заходів:

$$K_m = 26/60 = 0,43, \text{ де}$$

26 – кількість загострень протягом року;

60 – загальна кількість пацієнтів;

Співставлення визначених коефіцієнтів (1,2: 0,43) показує, що медична ефективність лікування ВХДПК (за оцінкою кількості загострень) у військовослужбовців в цілому по групі через рік після запровадження заходів зросла майже в три рази. При цьому важливо відмітити, що загострення ВХДПК у військовослужбовців, які не користувалися нашими рекомендаціями було у 85,7% та лише у 13,0%, в тих які дотримувались отриманих рекомендацій ($p < 0,05$).

Зменшення кількості загострень обумовило позитивний вплив і на інші проаналізовані нами показники: встановлено, що число випадків тимчасової непрацездатності скоротилося в чотири рази, тільки 30% пацієнтів ($p < 0,05$)

були звільнені від виконання функціональних обов'язків з приводу загострення ВХДПК, терміном в середньому на $14 \pm 1,8$ днів (табл. 1).

Як свідчать дані проведеного дослідження достовірно знизилась частота госпіталізації в стаціонар (6,6%, проти 100%, при $p < 0,001$). Стаціонарне лікування протягом року з приводу загострення проходили лише 4 хворих (при цьому ніхто з них не користувався отриманими від нас рекомендаціями). Визначення K_m для оцінки госпіталізації, показує, що впровадження розроблених нами заходів привело до зменшення госпіталізації з приводу ВХДПК в моніторинговій групі в 15 разів. В жодного військовослужбовця протягом року не було ускладнень. Отримані нами результати свідчить про медичну ефективність запропонованих заходів.

Ми проаналізували число днів тимчасової непрацездатності військовослужбовців за рік до запровадження комплексу заходів та за рік спостереження. Число днів тимчасової непрацездатності в цілому по групі скоротилось з 1140 днів до 236 (100% проти 20,7%, при $p < 0,001$). Розрахунок K_m запроваджених заходів показує, що кількість днів тимчасової непрацездатності за рік в зв'язку із загостреннями ВХДПК зменшилася в п'ять разів.

Важливою умовою закріплення досягнутих результатів лікування по рубцюванню виразкового дефекту та попередженню нових загострень є дотримання рекомендацій, вказаних у виписному епікризі. Які передбачають продовження антисекреторної терапії протягом двох тижнів, дотримання рекомендацій по режиму праці і відпочинку, правильному харчуванні, відмові від алкоголю та паління. Нами було з'ясовано, що до запровадження заходів, після виписки із стаціонару, лише 46,6% військовослужбовців дотримувались рекомендацій вказаних у виписному епікризі, та лише 60,7% пацієнтів були задоволені результатами їх використання. Після впровадження заходів з підвищення поінформованості військовослужбовців виявлено, що достовірно ($p < 0,05$) зросла частка хворих (76,6%), що користувались рекомендаціями, отриманих під час і після лікування в ДС. Також достовірно ($p < 0,05$) збільшилось число пацієнтів з 60,7% до 100%, що задоволені результатами їх використання (табл. 1). Результати соціологічного опитування пацієнтів дозволили нам розрахувати K_m , K_c , та K_e для оцінки використання рекомендацій, які отримували під час та після лікування.

До запровадження заходів K_m використання рекомендацій становив $K_m = 0,46$, соціальної ефективності – $K_c = 0,82$, після впровадження $K_m = 0,76$, $K_c = 1,0$. Співставлення визначених коефіцієнтів показує, що впровадження навчальних програм для хворих на ВХДПК підвищило медичну (в 1,65 раза) та соціальну (в 1,2 раза) ефективність використання рекомендацій, які вони отримували під час та після лікування. Ще більш показовим є інтегральний коефіцієнт ефективності (K_e), згідно якого розроблені нами рекомендації у медичному та соціальному плані ефективніші за стандартні у 2 рази.

До початку моніторингу, в анамнезі, при загостренні, самостійно приймали антисекреторні, спазмолітичні та в'язучі препарати 38,3% військовослужбовців. Тоді як після детальної поінформованості пацієнтів, про можливість ефективно попередити загострення 63,3% хворих ($p < 0,05$) використовували лікування „за вимогою”. При цьому жоден пацієнт, який отримував лікування „за вимогою”, не був звільнений від службових обов'язків в зв'язку із загостренням ВХДПК.

Значне зменшення випадків загострень, скорочення днів тимчасової непрацездатності, на наш погляд обумовлено використанням повного комплексу рекомендацій, які отримали військовослужбовці до і після лікування в ДС. Особливо необхідно відмітити ефективність профілактики загострення ВХДПК вчасним застосуванням „терапії за вимогою”. Отримані результати дозволяють рекомендувати впровадження розроблених нами заходів в роботу лікувально-профілактичних закладів ЗС України.

Висновки

1. Проведена оцінка медичної та соціальної ефективності запровадження програми підвищення поінформованості військовослужбовців хворих на ВХДПК в умовах ДС КАД ГВМКЦ „ГВКГ”. Встановлено, що запроваджені заходи вже через рік дозволили отримати позитивні зміни в перебігу ВХДПК, а саме:

знизилась частота загострень ВХДПК, число випадків тимчасової непрацездатності скоротилося в чотири рази;

достовірно знизилась частота госпіталізації в стаціонар (100% проти 6,6%, при $p < 0,05$);

число днів тимчасової непрацездатності скоротилось на 79,3% (100% проти 20,70%, при $p < 0,05$);

збільшився відсоток респондентів, які користувались рекомендаціями, отриманими під час і після лікування (76,6% проти 46,6%, $p < 0,05$) та задоволеність результатами їх використання (100% проти 60,71%, при $p < 0,05$);

підвищився рівень застосування лікування „за вимогою” (63,3% військовослужбовців свідомо пройшли протирецидивне лікування проти 38,3% до запровадження заходів ($p < 0,05$)).

2. Доведено медичну та соціальну ефективність програми підвищення поінформованості військовослужбовців хворих на ВХДПК на прикладі роботи ДС КАД, що дозволяє рекомендувати їх впровадження в роботу лікувально-профілактичних закладів ЗС України.

Література

1. Бакшеев В. И. Роль образовательных программ в профилактике хронических заболеваний / В. И. Бакшеев, Н. М. Коломоец // Военно-медицинский журнал. – 2006. – Т. 327, № 3. – С. 34–38.

2. Бібік Т. А. Медико-організаційні заходи щодо підвищення якості медичної допомоги військовослужбовцям, хворим на виразкову хворобу дванадцятипалої кишки в амбулаторних умовах (на прикладі Клініки амбулаторної допомоги ГВМКЦ „ГВКГ”) : метод. реком. для лікарів / Т. А. Бібік, О. М. Ткаленко. – К. : РВВ УВМА, 2010. – 60 с.

3. Вороненко Ю. В. Посібник із соціальної медицини та організації охорони здоров'я / Ю. В. Вороненко. – К. : Здоров'я, 2002. – 359 с.

4. Клещёва О. А. Опыт проведения „гастрошколы” с больными осложненной язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, перенесшими радикальную дуоденопластику / О. А. Клещёва, Н. В. Корочанская // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. – 2008. – № 1. – С. 79–83.

5. Мосийчук Л. Н. Оптимизация лечения кислотозависимых заболеваний пищеварительной системы / Л. Н. Мосийчук, И. В. Кушніренко // Сучасна гастроентерологія. – 2010. – № 1 (51). – С. 78–80.

6. Самусенко О. О. Оптимизация взаимодействия врача и пациента при лечении больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки в амбулаторно-поликлинических условиях / О. О. Самусенко, П. В. Гуляев // Вестник Российского государственного медицинского университета. – 2006. – № 2. – С. 325–326.

7. Malfertheiner P. Current concepts in the management of *Helicobacter pylori* infection / P. Malfertheiner, F. Megraud, C. O'Moran [et al.] // The Maastricht III Consensus Report. Gut. – 2007. – Vol. 56. – P. 772–781.