

или кабинет медицинской профилактики по различным причинам. Социальная дезадаптация провоцируется прежде всего экологической ситуацией, затем экономическими причинами, обстановкой на работе, в меньшей степени семейными обстоятельствами и политической нестабильностью.

В большинстве случаев врачи-терапевты участковые учитывают социальную дезадаптацию пациента при назначении обследования и лечения. Однако ни медики, ни сельские жители не обладают достаточным объемом знаний для проведения мероприятий по социальной адаптации.

Литература

1. Артюхов И.П., Борцов В.А., Шульмин А.В. Совершенствование организации медико-социальной помощи социально дезадаптированным пациентам // Проблемы управления здравоохранением. - 2009. - № 1. - С. 73-76.
2. Артюхов, И.П., Капитонов В.Ф. Медико-демографические и социально-экономические факторы, влияющие на состояние здоровья и заболеваемость населения старшего нетрудоспособного возраста, проживающего в сельской местности // Забайкальский медицинский вестник. – 2016. - № 3. – С. 12-16.
3. Борцов В.А., Шульмин А.В. Роль амбулаторно-поликлинической службы в медико-социальной адаптации населения // Проблемы управления здравоохранением. - 2008. - № 6. - С. 44-47.
4. Борцов В.А., Зулин Я.В. Медико-социальная адаптация населения в условиях амбулаторно-поликлинического учреждения // Бюллетень национального НИИ общественного здоровья имени Н.А. Семашко. - 2012. - № 4. - С. 30-31.
5. Калиниченко А.В., Борцов В.А. Современные подходы к решению проблемы оказания медицинской помощи социально дезадаптированным пациентам // Бюллетень национального НИИ общественного здоровья имени Н.А. Семашко. - 2003. - № 11. - С. 139-141.

Олейникова Т.А.¹, Титова А.А.²

АНТИТРОМБОТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРА

1. Курский государственный медицинский университет, г. Курск
Олейникова Татьяна Анатольевна - к.фарм.н., доцент;
ol_tanja@mail.ru;
2. Воронежский областной клинический наркологический диспансер, г. Воронеж

Титова Анна Андреевна - зав. аптекой; annadreu@mail.ru.

Резюме. Рассмотрены технологии антитромботической терапии больных ишемическим инсультом с учетом рекомендаций стандарта медицинской помощи и протокола ведения больных. Представлена структура моно- и комбинированных назначений по международным непатентованным наименованиям лекарственных препаратов в условиях стационара.

Ключевые слова: антитромботическая терапия, ишемический инсульт, международные непатентованные наименования.

Oleynikova T.A., Titova A.A.

ANTITHROMBOTIC THERAPY OF IN-PATIENTS WITH ISCHEMIC STROKE

Abstract. Technologies of antithrombotic therapy of patients with ischemic stroke have been considered taking into account recommendations of medical aid standard and patients managing protocol. Structure of mono- and combined indications of international non-patented names in hospital conditions is presented.

Key words: antithrombotic therapy, ischemic stroke, international non-patented names.

Одной из наиболее важных проблем современной медицины является профилактика, ранняя диагностика и лечение острых нарушений мозгового кровообращения, что обусловлено их высоким вкладом в заболеваемость и смертность населения, временную и стойкую утрату трудоспособности [1]. Церебральный инсульт занимает второе место по частоте смертельных случаев от болезней системы кровообращения в РФ. Смертность от инсульта в России – одна из самых высоких в мире (175 случаев на 100 тыс. населения в год). Ранняя 30-дневная летальность после инсульта составляет 34,6%, а в течение года умирает каждый второй заболевший [2].

В России, как и в большинстве стран мира, преобладает ишемический инсульт (ИИ). В каждом случае необходимо установить его непосредственную причину, так как от этого зависит терапевтическая тактика, а также методы вторичной профилактики. В большинстве случаев ИИ вызван закупоркой церебральной артерии тромбом или эмболом [3].

Новые подходы к лечению ИИ включают применение высокоэффективных методов реперфузии вещества головного мозга в первые часы заболевания, направленных на восстановление кровотока в пораженном сосуде, что позволяет предотвратить развитие необратимого повреждения вещества головного мозга либо уменьшить его объем,

т.е. минимизировать выраженность остаточного неврологического дефицита [2].

Социально-экономическая значимость острого ИИ, существенная роль реперфузионной (тромболитической) терапии, наличие на современном фармацевтическом рынке достаточного ассортимента препаратов, обладающих антитромботическим действием обуславливают актуальность анализа структуры назначений данных лекарственных средств (ЛС) больным с ИИ.

Целью исследования является анализ структуры назначения антитромботических средств больным с ИИ и ее соответствия действующим нормативным документам: стандарту медицинской помощи больным с инсультом, утвержденному приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 01.08.2007 г. № 513, государственному стандарту России Р 52600.5-2008 «Протокол ведения больных. Инсульт» (2008); оценка доступности лекарственного ресурса для лечения ИИ [1, 4].

Результаты. Из представленных на фармацевтическом рынке России 26 антитромботических средств стандартом медицинской помощи больным с инсультом рекомендовано 10 (38,46%): ацетилсалициловая кислота (АСК), алтеплаза, варфарин, дипиридамола, клопидогрел, тиклопидин, гепарин натрий, надропарин кальций, эноксапарин натрий, далтепарин натрий.

Антитромботическая терапия была назначена 84 из 85 больных с ИИ (98,82%), проходивших лечение в неврологическом отделении больницы скорой медицинской помощи № 1 г. Воронежа в 2015 г. 76 из них (89,41%) получали ЛС, входящие в стандарт, 9 (10,59%) – не входящие (пентоксифиллин, дабигатрана этексилат, ривароксабан). Из 10 антитромботических ЛС, представленных в стандарте медицинской помощи больным с инсультом, в реальной практике использовалось 8: АСК, алтеплаза, варфарин, дипиридамола, клопидогрел, гепарин натрий, эноксапарин натрий, далтепарин натрий (рис. 1). Тиклопидин, надропарин кальций не назначались.

Комбинированную антитромботическую терапию получали 45 (52,93%) пациентов, монотерапию – 39 (45,89%). 1 пациенту (1,18%) данная группа препаратов вообще не была назначена без указания в истории болезни причин или имеющихся противопоказаний.

Структура комбинаций ЛС назначения следующая: АСК + гепарин натрий – 24,71%; АСК + низкомолекулярный гепарин (эноксапарин натрий, далтепарин натрий) - 10,59%; низкомолекулярный гепарин (эноксапарин натрий, далтепарин натрий), по окончании которого была назначена АСК - 4,71%; по 2,35% пациентов получали сочетания дипиридамола и АСК, дипиридамола и гепарина натрия; в 2,35% случаев терапия гепарином отменялась постепенно под прикрытием антикоагулянта непрямого действия варфарина, что является рациональным

с позиции существующих рекомендаций; один пациент (1,18%) получал комбинацию клопидогрела и гепарина натрия, которая в значительной степени увеличивает риск геморрагических осложнений.

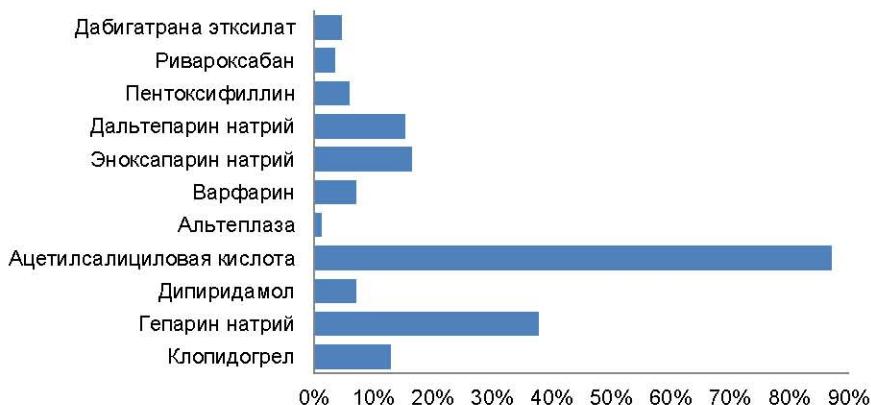


Рис. 1. Назначения анти тромботических препаратов больным с инфарктом мозга (%)

Монотерапия 35 (41,18%) пациентов проводилась преимущественно антиагрегантными ЛС, чаще всего АСК - 28 больных (32,94%) - и клопидогрел - 6 (7,06%). Один пациент получал дипиридамол. Среди антикоагулянтных ЛС в качестве монотерапии использовались не вошедшие в стандарт дабигатрана этексилат – у 1 (1,18%) - и ривароксабан у 2 (2,35%). Одного пациента лечили пентоксифиллином, также не указанным в стандарте, но включенном в протоколе ведения больных с инсультом. Наиболее современный и эффективный метод лечения ИИ – тромболитическая терапия с помощью тканевых активаторов плазминогена (алтеплаза) была назначена только в 1 случае.

Все лекарственные препараты, рекомендованные стандартом и протоколом лечения больных ИИ, представлены на фармацевтическом рынке как России, так и г. Воронежа. У больницы имелась возможность их закупки для проведения рациональной фармакотерапии. Максимально доступными по цене являются АСК (4,0 – 89,0 руб.) и гепарин (43,2 – 1 075,0 руб.) (стоимость варьирует в зависимости от дозировки и количества доз). Самым дорогостоящим ЛС является алтеплаза (17 000 руб.), что не позволяет медицинской организации в условиях бюджетного финансирования широко ее использовать.

Литература

1. ГОСТ Р 52600.5-2008. Протокол ведения больных. Инсульт. – М.: Стандартинформ, 2009. - 160 с.
2. Клинические рекомендации по проведению тромболитической терапии у пациентов с ишемическим инсультом: утверждены решением

Президиума Всероссийского общества неврологов 17.05.2015 г. – 49 с.
- <http://minzdrav.saratov.gov.ru>.

3. Парфенов В.А., Хасанова Д.Р. Ишемический инсульт. - М.: МИА, 2012. - 288 с.

4. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 01.08.2007 г. № 513 «Об утверждении стандарта медицинской помощи больным с инсультом (при оказании специализированной помощи)»
- <http://client.consultant.ru/2C25FB8F7E1BF42BF473E677F8B2E877/doc>.

Осипов М.Ю.¹, Костин В.Г.², Васильева Т.П.³

ФАКТОРЫ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ КАЧЕСТВО ОЦЕНКИ ПАЦИЕНТАМИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

1. Ярославский областной клинический госпиталь ветеранов войн МЦ «Здоровое долголетие», г. Ярославль

Осипов Михаил Юрьевич - главный врач; yar_hospital@mail.ru;

2. Правительство Ярославской области, г. Ярославль

Костин Виктор Геннадьевич - первый зам. губернатора, v.kostin@yarregion.ru;

3. Ивановский НИИ материнства и детства имени В.Н. Городкова, г. Иваново

Васильева Татьяна Павловна – д.м.н., профессор, г.н.с.; vasileva_tp@mail.ru.

Резюме. Доказано, что на достоверность оценки пациентами качества медицинских услуг оказывает влияние комплекс факторов, связанных с пациентом, врачом и медицинской средой, вклад которых может быть оценен по их прогностической значимости для принятия управляющего решения.

Ключевые слова: качество медицинских услуг, достоверность оценки, пациенты, инновация.

Osipov M. Yu., Kostin V.G., Vasileva T.P.

FACTORS THAT DETERMINE HEALTH CARE QUALITY ASSESSMENT BY PATIENTS

Abstract. The article proves that reliability of medical services quality assessment by patients depends on a complex of factors related to patient, physician and medical environment, contribution of the factors can be assessed by their prognostic significance for control decisions.

Key words: medical services quality, assessment reliability, patients, innovation.