

# Ефективність рефлексотерапії у комплексній реабілітації хворих на цукровий діабет

Л.С. Бабінець, О.В. Редьква, Г.М. Сасик

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»

**Мета дослідження:** дослідити ефективність застосування голкорексотерапії у комплексній реабілітації пацієнтів із цукровим діабетом (ЦД) 2-го типу на підставі оцінювання клінічних параметрів та якості життя (ЯЖ).

**Матеріали та методи.** Були обстежені 40 хворих на ЦД 2-го типу. У групу порівняння увійшли 15 здорових осіб, які не мали жодних скарг щодо стану здоров'я. Усіх 55 обстежених було розподілено на три групи: I група – 20 хворих на ЦД 2-го типу без клінічно вираженої ангіопатії нижніх кінцівок (АНК); II група – 20 хворих на ЦД 2-го типу з клінічно значущою АНК; III (контрольна) група – 15 практично здорових осіб, які не мали жодних скарг стосовно стану здоров'я. Усі пацієнти із ЦД 2-го типу отримували адекватну медикаментозну терапію, що включала препарати метформіну чи сульфонілсечовини в індивідуально підібраних дозах. Додатково до лікування пацієнти II групи отримали курс голкорексотерапії (ГРТ) за методикою, яка була сформована на основі напрацювань Київської школи класичної акупунктури і пекінської школи, що включала 11 сеансів.

**Результати.** Після проведеного комплексного лікування було виявлено зниження вираженості клінічних проявів АНК в обох групах, однак більш значно лікування вплинуло на пацієнтів II групи. Було встановлено, що застосування ГРТ у комплексній реабілітації хворих ЦД 2-го типу, а також пацієнтів із супутньою АНК, позитивно впливало на ЯЖ.

**Заключення.** Доведено, що комплексне лікування із застосуванням курсу голкорексотерапії (ГРТ) за запропонованою методикою призвело до більш значущої динаміки клінічних і лабораторних показників порівняно із такими групи загальноприйнятого лікування: кровопостачання голілок підвищилось на 7,76% ( $p < 0,001$ ) проти 2,28% ( $p > 0,05$ ), кровопостачання стоп – на 9,13% ( $p < 0,01$ ) проти 4,79% ( $p < 0,05$ ) (за даними реовазографії). Рівень глюкози знизився на 11,33% ( $p < 0,01$ ) порівняно із 7,69% ( $p < 0,005$ ), а HbA1c – на 4,46% ( $p < 0,005$ ) проти 1,71% ( $p > 0,05$ ) відповідно, що визначали через 3 міс після завершення лікування. Це свідчить про стійкість ефекту від запропонованої схеми комплексної реабілітації. При комплексному оцінюванні динаміки якості життя встановили, що у групі пацієнтів з цукровим діабетом і ангіопатією нижніх кінцівок, у якій до загальноприйнятого лікування включали курс ГРТ, відбулася більш значима позитивна динаміка показника психічного статусу (зріс на 17,75%;  $p < 0,001$  проти 8,71%;  $p < 0,005$  відповідно) і фізичного статусу (зріс на 2,59%;  $p < 0,05$  проти 7,19%;  $p < 0,05$ ).

**Ключові слова:** цукровий діабет 2-го типу, комплексна реабілітація, голкорексотерапія, глікозильований гемоглобін, якість життя.

Значна кількість ускладнень позитивної інсулінотерапії і застосування цукрознижувальних препаратів, а також розвиток у деяких хворих алергійних реакцій обмежують призначення загальноприйнятого медикаментозного лікування хворим на цукровий діабет (ЦД) і зумовлюють необхідність постійної комплексної медичної реабілітації, яка

повинна включати дієтотерапію, фітотерапію, лікувальну фізичну культуру (ЛФК), а також потребує розробки нових ефективних програм [1, 6].

У комплексній реабілітації ЦД важливе місце посідають немедикаментозні методи, зокрема фізіотерапія, рефлексотерапія, санаторно-курортне лікування, застосування яких сприяє підвищенню ефективності лікування і підтриманню стійкої компенсації захворювання, а також підвищенню якості життя (ЯЖ), що суттєво страждає при ЦД [7].

Дієтотерапія, яка є фундаментом позитивної комплексної реабілітації хворих на ЦД, ставить за мету нормалізацію маси тіла і зниження харчового навантаження з одночасним забезпеченням організму хворого необхідними харчовими нутрієнтами [6].

Широко застосовується метод голкорексотерапії (ГРТ), або класичної акупунктури (КА), основою якої є вплив різної сили, характеру і тривалості подразнень, викликаних шляхом введення голки у визначені точкові зони (точки акупунктури – ТА) поверхні тіла з лікувально-профілактичною метою. З арсеналу сучасної рефлексотерапії (РТ) найчастіше використовують корпоральну КА, аурикулярну терапію, скальптерапію, лазеропунктуру [2, 3]. Відомі також такі методи впливу, як електропунктура, вакуумпунктура, термопунктура, акупресура [3, 5].

До теорій, що прагнуть пояснити дію КА, належать теорія тканинної терапії, хіміко-гуморально-невральна концепція Й. Омурі, електрична теорія, біоелектрична та інформаційно-електрична теорії Ю.П. Лиманського. Проте найбільш інтегративною, обґрунтованою науковими даними є нейрорефлекторна теорія. Рефлексотерапевтичний вплив розпочинається із стимуляції рецепторного апарату у ТА, що запускає каскад нейрогуморальних реакцій периферійного, сегментарного і надсегментарного рівнів нервової системи.

Ефекти РТ включають загальну (зростання загальної неспецифічної резистентності до різних стресорів, підвищення імунітету тощо) і специфічну дію на певний орган або систему. Остання ґрунтується на феномені конвергенції аферентних шляхів на загальних нейрональних елементах, що забезпечують взаємне переключення різномодальної інформації як соматичних, так і вісцеральних систем на базі метамерно-сегментарної організації, і формують інтегрований образ інформації, під впливом якого активуються адаптивні еферентні програми управління сенсорними і моторними функціями організму [5].

Досвід народної медицини і сучасні дані свідчать про доцільність застосування ГРТ при ЦД, особливо легких форм. В одних випадках вдається знизити або нормалізувати цукор у крові, а в інших – зменшити супутні порушення (больовий синдром внаслідок діабетичної полінейропатії, асенізацію ЦНС тощо). Виправданими є рекомендації деяких авторів щодо дослідження змін цукру у крові до і під впливом стимуляції ТА RP6 протягом 15 хв (дослідження краще проводити особам із уперше виявленим або лікованим ЦД). Якщо цукор під впливом КА знижується на 10–15%, то доцільно застосування її або іншої терапії, що стимулює панкреатичні островці. Якщо цукор у крові залишається без змін, то показана замісна терапія.

Основними ефектами ГРТ є знеболувальний, спазмолітичний, вазоактивний, нейроадаптивний, спазмолітичний, адаптаційно-трофічний, десенсибілізуючий тощо [4]. Багатьма дослідниками підтверджено вплив ГРТ на рівень цукру в крові. Причому зниження цукру в крові, ймовірно, пояснюється саме стимульовальним впливом ГРТ у першу чергу на підшлункову залозу. Про це свідчить той факт, що більшість найефективніших емпірично встановлених точок знаходиться у метамерах, що мають певні іннерваційні зв'язки з підшлунковою залозою: VB29; F13; V43, V41, V20, V23, V17, V26, V28, V29. Інші точки (V31-34, V36; RP6; R5; C6; G14; T26, T25; J24) створюють загальний фон для впливу місцевих і сегментарних ТА.

Отже, при підборі точок включають 2-3 ТА по паравертебральних лініях у нижньогрудному відділі і 2-3 – віддалені. Наприклад, V17 (2), RP6 (2) чи T6, V20 (2), R5 (2), або J24, V23 (2), G14 (2) та ін. Зазвичай використовують II варіант гальмівного методу, однак можливе застосування комбінованих методик: ТА в області спини і живота – тонізують (II варіант), віддалені – гальмують. Одночасно можна впливати на ТА вуха: підшлункова залоза, залози внутрішньої секреції. При різкому падінні рівня цукру в крові для його підвищення на вузі використовують ТА надниркової залози, нирки і симпатичну точку. Лікування – курсове (10–15 сеансів на курс). За показанням лікування повторюють (2–3 курси) або проводять підтримувальні сеанси [5].

Ефективність застосування методик РТ при ЦД у лікарів-практиків не викликає сумніву, оскільки за цим велика емпірика. Проте вона потребує наукового обґрунтування для отримання доказової бази доцільності якомога швидкої імплементації їх до протокольної комплексної реабілітації хворих на ЦД.

**Мета дослідження:** дослідити ефективність застосування голкорексфлексотерапії у комплексній реабілітації пацієнтів із цукровим діабетом 2-го типу на підставі оцінювання клінічних параметрів та якості життя.

### МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Обстежені 40 хворих на ЦД 2-го типу, які перебували на диспансерному обліку в центрі первинної медико-санітарної допомоги м. Тернополя та проходили стаціонарне лікування у терапевтичному відділенні Тернопільської міської клінічної лікарні № 2. У групу порівняння увійшли 15 здорових осіб, які не мали жодних скарг щодо стану здоров'я. Усіх 55 обстежених було розподілено на три групи:

- I група – 20 хворих на ЦД 2-го типу без клінічно вираженої ангіопатії нижніх кінцівок (АНК);
- II група – 20 хворих на ЦД 2-го типу з клінічно значущою АНК;
- III (контрольна) група – 15 практично здорових осіб, які не мали жодних скарг стосовно стану здоров'я.

Діагноз ЦД верифікували на підставі даних анамнезу, клінічних проявів – за наявністю гіперглікемії за даними лабораторних обстежень рівня глюкози (натще за глюкозооксидазним методом, норма – 3,5–5,5 ммоль/л) і HbA1c (методом іонообмінної хроматографії на біохімічному напівавтоматі Humalyzer 2000 з використанням набору для швидкого визначення глікозилизованого гемоглобіну способом іонообмінної хроматографії, норма – 4–6%) у крові.

Для оцінювання ЯЖ було проведено анкетування за допомогою опитувальника SF-36 у динаміці лікування [7]. Реовазографію проводили на базі Тернопільської міської клінічної лікарні № 2 до і після лікування. Отримані дані були статистично опрацьовані за допомогою програм «Microsoft Excel» та «Statistica-6.0». Обчислювалися середні арифметичні величини (M) із середньою квадратичною похибкою (m). Перевірку гіпотез про достовірність різниці

двох середніх (p) виконували за допомогою U-критерія Манна–Уїтні. Результати вважали достовірними при рівні їхньої статистичної значущості  $p < 0,05$ .

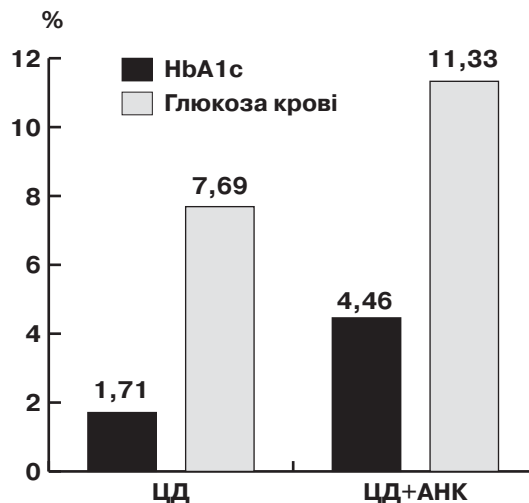
Усі пацієнти із ЦД 2-го типу отримували адекватну медикаментозну терапію (ЗЛ) згідно з Наказом МОЗ України від 21.12.2012 р. № 1118 та Адаптованою клінічною настановою, яка заснована на доказах «Цукровий діабет 2-го типу», що включала препарати метформіну чи сульфонілсечовини в індивідуально підібраних дозах [6].

Додатково до лікування пацієнти II групи отримали курс ГРТ за методикою, яка була сформована на основі напрацьовань київської школи КА (Є.Л. Мачерет та ін.) і пекинської школи (Конг Лін), що включала 11 сеансів: 1 сеанс – G4, E36 – гальмування 20 хв; 2 сеанс – V41 – гальмування 20 хв; 3 сеанс – V43, V17 – збудження тривалістю 2 хв; 4 сеанс – АТ мозку та підшлункової залози – гальмування 20 хв; 5 сеанс – V28, Z13 – гальмування 20 хв; 6 сеанс – V26 – гальмування 20 хв; 7 сеанс – Rр6, V36, АТ мозку, залоз внутрішньої секреції – збудження 2 хв; 8 сеанс – E3, V20 – гальмування 20 хв; 9 сеанс – V41, E33 – гальмування 20 хв; 10 сеанс – V17, АТ мозку – гальмування 20 хв; 11 сеанс – G11, E36 – гальмування 20 хв [3, 5].

### РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

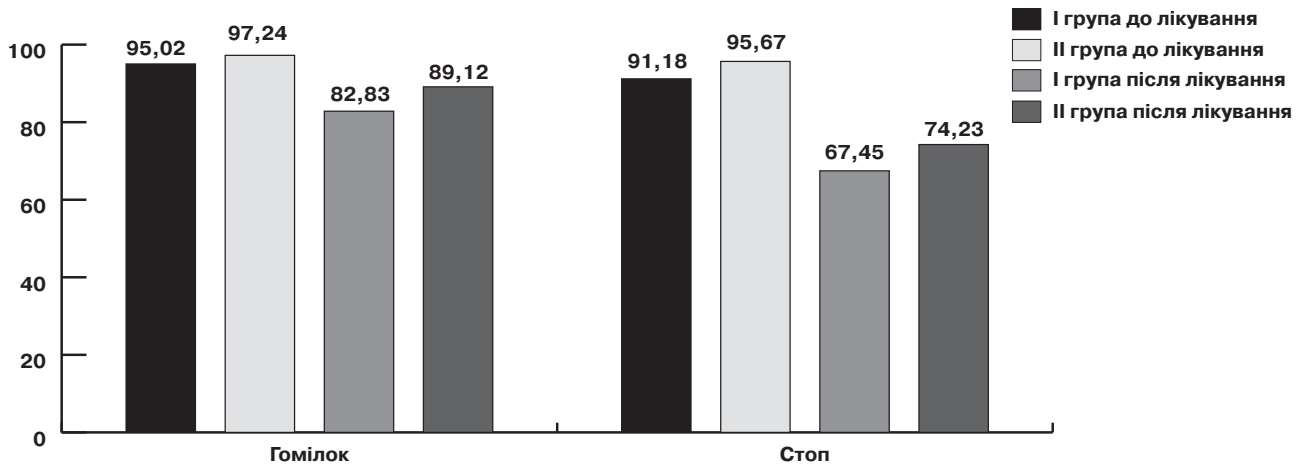
Після проведеного комплексного лікування було виявлено зниження вираженості клінічних проявів АНК в обох групах, однак більш значно лікування вплинуло на пацієнтів II групи. У I і II групах динаміка зменшення волосяного покриву на нижніх кінцівках, потовщення грибового ураження нігтів, стоншення підшкірної клітковини, переміжної кульгавості була несуттєвою. Позитивну динаміку відмічено під час обстеження температури шкіри кінцівок, часу тесту наповнення капілярів, часу підйомного тесту, пульсації на *aa.dorsales pedis*, гомілоплечового індексу. Виявлена динаміка була більш значущою у пацієнтів II групи, де додатково до ЗЛ включали курс ГРТ.

Через 3 міс після лікування було повторно оцінено рівень глюкози натще та HbA1c. Рівень HbA1c у I групі хворих після лікування становив  $(5,99 \pm 0,41\%)$ , що на 1,71% менше вихідного ( $p > 0,05$ ). Дані були статистично недостовірними, однак виявлена тенденція засвідчила ефективність ЗЛ. У II групі було встановлено, що показник HbA1c достовірно знизився порівняно з таким до лікування



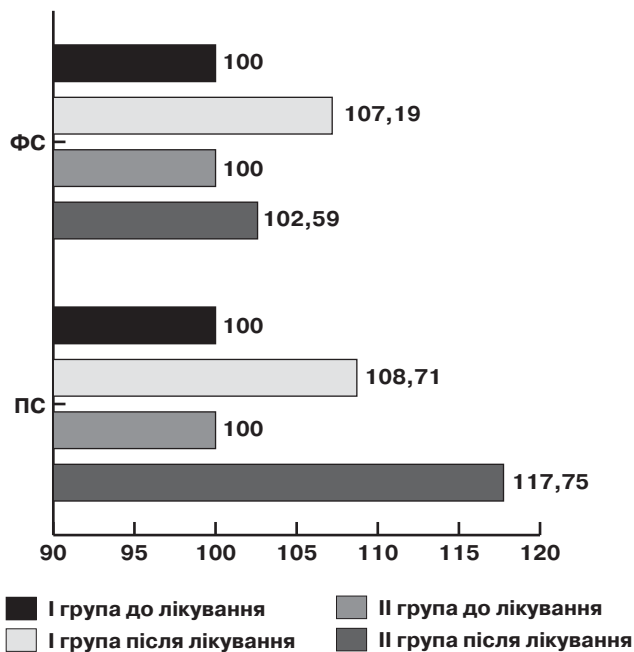
**Мал. 1. Динаміка рівня глюкози крові і HbA1c у пацієнтів I групи (ЦД) та II групи (ЦД+АНК) після лікування (% від вихідного рівня)**

Примітка: \* –  $p > 0,05$  -  $p < 0,001$ .



**Мал. 2.** Динаміка кровопостачання гомілок і стоп за даними реовазографії пацієнтів I групи (ЦД) і II групи (ЦД+АНК) до та після лікування

Примітка: \* –  $p > 0,05$  -  $p < 0,001$ .



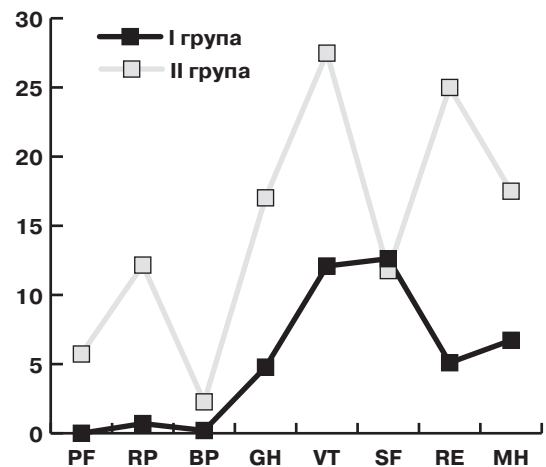
**Мал. 3.** Динаміка показників ПС і ФС груп дослідження за даними тесту SF-36 (% від вихідного рівня)

Примітка: \* –  $p < 0,05$  –  $p < 0,001$ .

на 4,46%. Він становив  $7,62\% \pm 0,29\%$  ( $p < 0,005$ ). Рівень глюкози крові натще зменшився достовірно в обох групах порівняно з таким до лікування: у I групі – на 7,69% і становив  $6,84 \pm 0,46$  ммоль/л ( $p < 0,005$ ), у групі ЦД+АНК – на 11,33% і становив  $8,45 \pm 0,37$  ммоль/л ( $p < 0,01$ ) (мал. 1).

Після проведеного лікування кровопостачання гомілок, за даними реовазографії, у пацієнтів I групи із ЦД збільшилось на 2,28% ( $p > 0,05$ ), що не є статистично достовірно, а стоп – на 4,79% ( $p < 0,05$ ). У пацієнтів II групи із ЦД+АНК після лікування достовірно підвищилось кровопостачання гомілок на 7,76% ( $p < 0,001$ ), а стоп – на 9,13% ( $p < 0,01$ ) (мал. 2).

Під час комплексного оцінювання ЯЖ було встановлено, що у пацієнтів I групи відбувалось достовірне зростання показника психологічного статусу (ПС) на 8,71% ( $p < 0,005$ ), а



**Мал. 4.** Зіставлення динамік змін показників фізичного і психологічного компоненту здоров'я (у балах) за опитувальником SF-36 по шкалах у хворих груп дослідження

фізичного статусу (ФС) – на 7,19% ( $p < 0,05$ ). Більш значною була динаміка показника ПС у пацієнтів II групи, що збільшився на 17,75% порівняно з аналогічним до лікування ( $p < 0,001$ ). Менш вираженим був ріст показника ФС у пацієнтів II групи, який становив 2,59% ( $p < 0,05$ ) порівняно із відповідним до лікування. Графічно динаміку показників ПС і ФС відображено на мал. 3.

За даними шкал констатовано позитивну динаміку у пацієнтів обох груп. Винятком стали показник фізичної активності PF у I групі, що не змінився, і BP, який зріс на 0,2%, що не є статистично достовірно. Показник шкали ролі фізичних проблем в обмеженні життєдіяльності RP достовірно підвищився на 0,7%. У другій групі підтверджена достовірність змін усіх шкал, зокрема PF збільшилася на 5,73%, BP – на 2,27%, збільшення RP досягло 12,16%.

Більш виражені зміни відбулися зі шкалою загального здоров'я GH: у пацієнтів I групи покращилось на 4,78%, II групи – на 17,02%. У II групі встановлено найкращу позитивну динаміку показника шкали життєвої активності VT, що збільшилася на 27,48% порівняно із 12,09% у I групі.

Найбільшого підвищення у I групі досягнув показник соціальної активності SF, збільшившись на 12,62% проти 11,76% у пацієнтів II групи. Показники «Роль емоційних проблем в обмеженні життєдіяльності» (RE) і «Психічне здоров'я» (MH) зросли у I групі на 5,1% і 6,72%, у II групі – на 25,0% і 17,5% відповідно. Графічно співставлення динамік показників ЯЖ у групах дослідження показано на мал. 4.

Отже, було встановлено, що застосування ГРТ у комплексній реабілітації хворих ЦД 2-го типу, а також пацієнтів із супутньою АНК, позитивно впливало на ЯЖ. Динаміка усіх параметрів шкал опитувальника SF-36 була більш значущою у пацієнтів із ЦД із супутньою АНК, у програмі комплексної реабілітації яких використовували курс ГРТ за запропонованою методикою.

### ВИСНОВКИ

1. Комплексне лікування із застосуванням курсу голкорефлексотерапії (ГРТ) за запропонованою методикою сприяло більш значущій динаміці клінічних і лабораторних показників порівняно із такими групи загальноприйнятого

### Эффективность рефлексотерапии в комплексной реабилитации больных сахарным диабетом

*Л.С. Бабинец, Е.В. Редька, Г.М. Сасик*

**Цель исследования:** исследовать эффективность применения иглорефлексотерапии в комплексной реабилитации пациентов с сахарным диабетом (СД) 2-го типа на основании оценки клинических параметров и качества жизни (КЖ).

**Материалы и методы.** Были обследованы 40 больных СД 2-го типа. В группу сравнения вошли 15 здоровых лиц, не имевших никаких жалоб о состоянии здоровья. Все 55 обследованные были разделены на три группы: I группа – 20 больных СД 2-го типа с клинически выраженной ангиопатией нижних конечностей (АНК); II группа – 20 больных СД 2-го типа с клинически значимой АНК; III (контрольная) группа – 15 практически здоровых лиц, не имевших никаких жалоб о состоянии здоровья. Все пациенты с СД 2-го типа получали адекватную медикаментозную терапию, включавшую препараты метформина или сульфонилмочевины в индивидуально подобранных дозах. Дополнительно к лечению пациенты II группы получили курс иглорефлексотерапии (ИРТ) по методике, которая была сформирована на основе разработок киевской школы классической акупунктуры и пекинской школы, включавшую 11 сеансов

**Результаты.** После проведенного комплексного лечения было выявлено снижение выраженности клинических проявлений АНК в обеих группах, однако более значительно лечение повлияло на пациентов II группы. Было установлено, что применение ИРТ в комплексной реабилитации больных СД 2-го типа, а также пациентов с сопутствующей АНК положительно влияло на КЖ.

**Заключение.** Доказано, что комплексное лечение с применением курса иглорефлексотерапии (ИРТ) по предложенной методике привело к более значимой динамике клинических и лабораторных показателей по сравнению с такими группы общепринятого лечения: кровоснабжение голени увеличилось на 7,76% ( $p < 0,001$ ) против 2,28% ( $p > 0,05$ ), кровоснабжение стоп – на 9,13% ( $p < 0,01$ ) против 4,79% ( $p < 0,05$ ) (по данным реовазографии). Уровень глюкозы снизился на 11,33% ( $p < 0,01$ ) по сравнению с 7,69% ( $p < 0,005$ ), а HbA1c – на 4,46% ( $p < 0,005$ ) по сравнению с 1,71% ( $p > 0,05$ ) соответственно, которые определяли через 3 мес после завершения лечения. Это свидетельствует об устойчивости эффекта от предложенной схемы комплексной реабилитации. При комплексной оценке динамики качества жизни установлено, что в группе пациентов с сахарным диабетом и ангиопатией нижних конечностей, в которой к общепринятому лечению включали курс ИРТ, произошла более значимая положительная динамика показателя психического статуса (вырос на 17,75%;  $p < 0,001$  против 8,71%;  $p < 0,005$  соответственно) и физического статуса (вырос на 2,59%;  $p < 0,05$  против 7,19%;  $p < 0,05$ ).

**Ключевые слова:** сахарный диабет 2-го типа, комплексная реабилитация, иглорефлексотерапия, гликозилированный гемоглобин, качество жизни.

лікування: кровопостачання гомілок підвищилося на 7,76% ( $p < 0,001$ ) проти 2,28% ( $p > 0,05$ ), кровопостачання стоп – на 9,13% ( $p < 0,01$ ) проти 4,79% ( $p < 0,05$ ) (за даними реовазографії). Рівень глюкози знизився на 11,33% ( $p < 0,01$ ) порівняно із 7,69% ( $p < 0,005$ ), а HbA1c знизився на 4,46% ( $p < 0,005$ ) проти 1,71% ( $p > 0,05$ ) відповідно. Ці показники визначали через 3 міс після завершення лікування, що свідчить про стійкість ефекту від запропонованої схеми комплексної реабілітації.

2. При комплексному оцінюванні динаміки якості життя було встановлено, що у групі пацієнтів з ЦД і АНК, у якій до загальноприйнятого лікування включали курс ГРТ, відбулась більш значуща позитивна динаміка показника психічного статусу (зріс на 17,75%;  $p < 0,001$  проти 8,71%;  $p < 0,005$  відповідно) і фізичного статусу (зріс на 2,59%;  $p < 0,05$  проти 7,19%;  $p < 0,05$ ).

**У перспективі подальших досліджень** планується дослідити вплив запропонованих програм реабілітації на показники трофологічного статусу хворих на цукровий діабет 2-го типу.

### Rehabilitation of patients with diabetes mellitus

*L.S. Babinets, O.V. Redkva, G.M. Sasik*

**The objective:** to study the effectiveness of acupuncture in the complex rehabilitation of patients with type 2 diabetes mellitus (DM) on the basis of assessment of clinical parameters and quality of life (QOL).

**Materials and methods.** 40 patients with type 2 diabetes mellitus were examined. The comparison group included 15 healthy individuals, who did not have any complaints about their health. All 55 examined were divided into three groups: Group I - 20 patients with type 2 diabetes with clinically pronounced lower limb angiopathy (LLA); Group II - 20 patients with type 2 diabetes with clinically significant LLA; III (control) group - 15 practically healthy persons, who did not have any complaints about the state of health. All patients with type 2 diabetes received adequate drug therapy, which included metformin or sulfonylureas in individually matched doses. In addition to treatment, Group II patients received a needle reflexotherapy course (RT) according to a methodology that was formed on the basis of the findings of the Kiev school of classical acupuncture and the Peking school, which included 11 sessions.

**Results.** After the complex treatment, there was a decrease in the severity of clinical manifestations of LLA in both groups, but more significantly the treatment affected group II patients. It was found that the use of RT in the complex rehabilitation of patients with type 2 diabetes, as well as patients with concomitant LLA, positively influenced QOL.

**Conclusions.** The article is devoted to the study of patients with type 2 diabetes, which proved that complex treatment with the using of acupuncture according to the proposed method led to a more significant dynamics of clinical and laboratory parameters compared with the following groups of commonly accepted treatment: the blood supply to the legs increased by 7,76 % ( $p < 0,001$ ) versus 2,28% ( $p > 0,05$ ), foot blood supply – by 9,13% ( $p < 0,01$ ) versus 4,79% ( $p < 0,05$ ) (according to the rheovasography). The level of glucose decreased by 11,33% ( $p < 0,01$ ) versus 7,69% ( $p < 0,005$ ) and HbA1c was 4,46% ( $p < 0,005$ ) versus 1,71% ( $p > 0,05$ ) respectively, determined after 3 months under the complex of treatment, indicating the sustainability of the effect of the proposed integrated rehabilitation scheme. With a comprehensive assessment of the dynamics of quality of life, it was found that in the group of patients with diabetes mellitus and angiopathy of the lower extremities, which included a course of acupuncture in the generally accepted treatment, a more significant positive dynamics of the indicator of mental status (increased by 17,75% ( $p < 0,001$ ) against 8,71% ( $p < 0,005$ ) respectively) and physical status (increased by 2,59% ( $p < 0,05$ ) versus 7,19% ( $p < 0,05$ )).

**Key words:** diabetes mellitus type 2, complex rehabilitation, acupuncture, glycosylated hemoglobin, quality of life.

Сведения об авторах

**Бабинец Лилия Степановна** – Кафедра первичной медико-санитарной помощи и общей практики-семейной медицины ГБУЗ «Тернопольский государственный медицинский университет имени И.Я. Горбачевского МЗ Украины», 46000, г. Тернополь, пл. Воли, 1; тел.: (067) 352-07-43. E-mail: [lilyababinets@gmail.com](mailto:lilyababinets@gmail.com)

**Редька Елена Васильевна** – Кафедра первичной медико-санитарной помощи и общей практики-семейной медицины ГБУЗ «Тернопольский государственный медицинский университет имени И.Я. Горбачевского МЗ Украины», 46000, г. Тернополь, пл. Воли, 1; тел.: (097) 148-68-51. E-mail: [orxidejka@i.ua](mailto:orxidejka@i.ua)

**Сасик Галина Михайловна** – Кафедра первичной медико-санитарной помощи и общей практики-семейной медицины ГБУЗ «Тернопольский государственный медицинский университет имени И.Я. Горбачевского МЗ Украины», 46000, г. Тернополь, пл. Воли, 1; тел.: (067) 370-60-03

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Оцінка ефективності програми комплексної фізичної реабілітації для хворих на цукровий діабет 2-го типу / С.А. Калмиков // Медичні перспективи. – 2009. – Т. 14, № 2. – С. 114–118. Режим доступу: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/Мр\\_2009\\_14\\_2\\_24](http://nbuv.gov.ua/UJRN/Мр_2009_14_2_24)

2. Кирилюк М.Л. Фізיותרapia при цукровому діабеті // Здоров'я України. – 2012. – № 2/3. – С. 45–47.

3. Рефлексотерапія: навч. посібник / В.П. Лисенюк [та ін]. – К. : Ходак, 2002. – 132 с.

4. Физיותרapia. Универсальная медицинская энциклопедия / В.С. Улащик. – Мн.: Книжный Дом, 2008. – 640 с.

5. Мачерет Е.Л., Самосюк И.З. Руководство по рефлексотерапии. – К.: Вища школа, 1989. – 479 с.

6. Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при цукровому діабеті 2-го типу. Наказ Міністерства охорони здоров'я Від 21.12.2012 № 1118 [Електронний ресурс]. – Шлях доступу: [http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn\\_20121221\\_1118.html](http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20121221_1118.html)

7. Шкала SF-36 для оцінки впливу цукрового діабету на якість життя хворих на хронічний панкреатит/ У.М. Захарчук, Л.С. Бабинець, Л.І. Складанюк та ін. // Здобутки клінічної і експериментальної медицини. – 2014. – № 1. – С. 157.

Статья поступила в редакцию 25.12.17

НОВОСТИ МЕДИЦИНЫ

МОЗ ВНЕДРЯЕТ МЕЖДУНАРОДНУЮ КЛАССИФИКАЦИЮ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Семейные врачи, терапевты и педиатры в ежедневной работе будут пользоваться международной классификацией первичной медицинской помощи (ИСПС-2). Соответствующий приказ утвержден Министерством здравоохранения. Электронное ведение медицинских записей и возможность кодировать причину каждого отдельного обращения пациента к врачу - это значительный шаг на пути построения пациентоориентированной системы здравоохранения.

МОЗ Украины утвердил приказ "О некоторых вопросах применения русскоязычного варианта международной классификации первичной медицинской помощи (ИСПС-2-Е)". ИСПС - это наиболее распространенная классификация, которая используется на первичном звене во многих странах мира.

ИСПС-2 для украинских врачей - это новая система, которая позволяет концентрироваться на потребностях пациентов, а не подстраиваться под удобство обработки кодов для формирования статистики.

Сейчас значительную часть своего рабочего времени медицинские работники первичного звена тратят на бумажную и статистическую работу, что ограничивает их время на нужды пациентов. Внедрение ИСПС-2 с последующим упрощением учетных и статистических форм является важной составляющей системной работы МОЗ по оптимизации работы врачей первичного звена, с целью построения действительно пациентоориентированной системы здравоохранения.

Следующими шагами МЗ по внедрению ИСПС-2 в 2018 году предусмотрен запуск учебного онлайн тренажера для врачей, распространение учебных материалов и их интеграция в медицинское образование на до- и последипломном уровне, проведение региональных тренингов для практикующих врачей.

Справка:

Международная классификация первичной медицинской помощи была разработана Всемирной организацией семейных врачей (WONCA) в 1987 году и в на-

стоящее время используется ее второе издание (ИСПС-2) с обновлениями 2016 года. Удобство в использовании, постоянное совершенствование и максимальное соответствие содержания деятельности первичной медицинской помощи (ПМП) сделали ИСПС-2 эффективным инструментом для сбора и анализа данных как для нужд клинического управления ПМД, так и для статистических нужд.

Всемирная организация здравоохранения официально включила ИСПС к своей группе международных классификаций (WHO-FIC).

Министерство здравоохранения в 2017 году подписало соглашение с WONCA по лицензионному использованию ИСПС-2 в общей практике. Украинский язык стал 20-й официальным языком, на которую была переведена ИСПС-2. А украинские врачи теперь смогут присоединиться к международному сообществу медиков, ежедневно в своей работе используют эту простую и удобную классификацию.

Источник: <http://moz.gov.ua/>