

профессионализм, а экономическая свобода не является управленческой реальностью.

Выводы. Исходя из результатов анкетирования, можно сделать вывод о том, что важнейшим источником получения новых знаний у руководителей лечебных учреждений являются Интернет ресурсы и курсы повышения квалификации. У них существует потребность в постоянном получении дополнительной информации по вопросам клинической практики и проводимым реформам. Последняя успешно, на что указали 54,2 % опрошенных, удовлетворяется на курсах повышения квалификации по организации и управлению здравоохранением. Существует определенная акцентуация руководителей ЗО на вопросах психологии управления, различных аспектах межличностного общения, что связано с устоявшейся практикой карьерного продвижения за счет широкого круга коммуникационных связей, преимущественно с вышестоящим руководством и лицами, принимающими решения. Однако, приспосабливаясь к условиям быстроизменяющегося внутреннего и внешнего окружения, современный руководитель ЗО, должен суметь меняться сам и менять свою организацию, через призму новых знаний, умений и навыков. Для ответа на существующие вызовы сегодняшнего дня, руководитель лечебного учреждения должен хорошо разбираться в широком круге вопросов по менеджменту, праву, экономике, обеспечению качества медицинского обслуживания, т.е. в той информации, которая станет базой для формирования необходимых управленческих компетенций.

ПАТОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ ФОРМИРОВАНИЯ ПСОРИАЗА В УСЛОВИЯХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Г. И. Макурина

Запорожский государственный медицинский университет, Украина

Актуальность. Известно, что в норме в коже происходит активное взаимодействие между эпидермисом и циркулирующими Т-клетками. При псориазе (ПС) первично вовлекается в патологический процесс именно эпидермис. Поскольку псориаз имеет мощную иммунопатологическую основу, кожа активно инфильтрируется иммунными клетками, которые производят в большом количестве цитокины. Многочисленные исследования свидетельствуют о том, что поврежденная Т-клетками кожа вносит значительный вклад в развитие цитокинового воспаления первого типа (Т1), которое инициирует и поддерживает гиперплазию кератиноцитов в пораженных участках кожи. Обратная транскрипция полимеразной цепной реакции цитокинов в псориатической коже обнаруживает мощный потенциал продукции многих провоспалительных цитокинов, таких как интерлейкины IL-1 α , IL-1 β , IL-2, IL-6, IL-8, фактор некроза опухоли α (ФНО- α), ФНО- β ,

трансформирующий фактор роста альфа и бета, колониестимулирующий фактор роста гранулоцитов и макрофагов.

В то же время, активно обсуждается развитие и течение псориаза при наличии различных коморбидных состояний, к которым, в частности, относится артериальная гипертензия.

Цель исследования: изучить взаимосвязь между различными патогенетическими звеньями и клиническими проявлениями псориаза у пациентов с сопутствующей артериальной гипертензией.

Материалы и методы. Результаты данного исследования базируются на данных комплексного обследования и динамического наблюдения за 53 пациентами с ПС (27 из которых имели сопутствующую гипертоническую болезнь (ГБ) II стадии) и 49 больными ГБ II стадии. Следует отметить, что для достоверности результатов, у всех обследованных артериальная гипертензия была представлена лишь гипертонической болезнью II стадии. Пациенты были разделены на 3 группы: I группа - основная - пациенты с ПС + ГБ - 27 человек; II группа - пациенты с ПС - 26 человек и III группа - пациенты с ГБ - 49 человек. В I и II группах поражение кожи у большинства больных носило распространенный характер. У большинства пациентов I группы (73,1%) отмечали многократные рецидивы на протяжении года, в отличие от пациентов II группы (25,9%). Анамнестически установлена отягощенная наследственность по ПС у 6 пациентов II группы и у 4 больных I группы. Зимний тип ПС установлен у 11 больных группы ПС + ГБ (40,7%) и у 12 человек (46,2%) – II группы, у остальных пациентов – недифференцированный тип.

Для оценки степени тяжести ПС использовался Psoriasis Area and Severity Index (индекс PASI). На основании осмотра и подсчета индекса PASI, его интервал составил от 18,9 до 67,5 баллов (в среднем $30,0 \pm 2,9$). В первой группе легкое течение ПС не наблюдалось, среднетяжелое - у 14 (51,8%), тяжелое - у 13 (48,1%), во II группе аналогичные показатели составили 2 (7,7%), 18 (69,2%) и 6 (23,1%). Всем пациентам с ПС проводили стандартное лечение в условиях дерматологического стационара.

Определение IL-1 β , IL-1 α , ФНО- α , IL-6, каспазы-8, нитротирозина в сыворотке крови проводили методом косвенного твердофазного иммуноферментного анализа с использованием наборов фирмы Bender MedSystems GmbH (Австрия), нитротирозина \square с использованием набора фирмы Hycult biotech (Нидерланды) согласно инструкциям к наборам в условиях *in vitro*. Исследования проводились на базе иммунологического отдела Учебного медико-лабораторного центра Запорожского государственного медицинского университета. Результаты исследования обработаны с применением статистического пакета лицензионной программы «STATISTICA® forWindows 6.0», а также «SPSS 16.0», «Microsoft Excel 2003». Для всех видов анализа статистически значимыми считали отличия при $p < 0,05$.

Результаты исследования и обсуждение. Вульгарный псориаз (каплевидный, нумулярный, бляшечный, включая бляшечно-себорейный)

диагностирован у 6 больных (22,2%) I группы и 17 (65,4%) - II группы, ладонно-подошвенный псориаз - у 1 пациента (3,8%) II группы, инверсный - у 1 пациента (3,9%) II группы. Диффузный псориаз отмечен у 2 пациентов (7,4%) I группы и 2 (7,7%) - II группы. Пустулезный псориаз установлен лишь у 1 пациента (3,7%) I группы, артропатическая форма - у 10 больных (37,1%) I группы и 3 (11,5%) - II группы. Следует отметить тот факт, что у пациентов I группы в значительной части случаев наблюдалась более яркая клиника псориаза, проявляющаяся в виде наличия у них более инфильтрированных, экссудативных папул, с наличием на их поверхности не только характерного вида чешуек, но и серозно-геморрагических корок. Подчеркивая специфический для этой группы характер течения бляшечного псориаза, мы выделили отдельно эту категорию пациентов с экссудативным псориазом для сравнения в обеих группах. Так в первой группе их количество в 2,3 раза (25,9% против 11,5%; $p < 0,05$) превосходило количество пациентов во II группе.

Среди больных I и III групп степень риска сердечно-сосудистых осложнений оценен как: очень высокий у 6 (23,1%) - I группы и 17 (34,7%) - III группы, высокий - у 9 (33,3%) и 18 (36,7%) соответственно и средний - у 12 (44,4%) и 14 (28,6%) соответственно.

Представленная характеристика групп больных свидетельствует о клинически более выраженном системном характере воспалительного процесса в коже, суставах, более ярко представленном дермальном компоненте в процессе формирования псориазных элементов у пациентов с ПС и сопутствующей артериальной гипертензией. Иерархический кластерный анализ перечисленных ИФА исследований наглядно демонстрирует, что на начальном этапе в агрегации формируется ассоциативная взаимосвязь между основными звеньями провоспалительного цитокинового каскада, а именно интерлейкинами IL-1 β , IL-1 α , ФНО- α , IL-6, что является подтверждением системной воспалительной реакции. У больных с ПС в сочетании с ГБ наблюдается достоверное увеличение уровня нитротирозина, универсального маркера нитрозирующего стресса, отмечается прогрессивное нарастание экспрессии маркера апоптоза каспазы-8 у пациентов основной группы, что подчеркивает инициальную роль аутоиммунного компонента, запускающего, в свою очередь, сложный иммунопатологический процесс, который реализуется в виде гиперпролиферации кератиноцитов, нарушающих дифференцировку и формирующий иммунное воспаление в дерме, и апоптоз-индуцированных процессов у больных псориазом, которые отягощаются наличием синдрома артериальной гипертензии.

Выводы. Согласно проведенной процедуре иерархического кластерного анализа, можно отметить, что у больных с псориазом, протекающем на фоне артериальной гипертензии, существует статистически более выраженная клинически и значимая взаимосвязь между параметрами, отражающими активность воспалительного процесса, апоптоза, нитрозирующего стресса, а

также выраженностью аутоиммунной реакции, в сравнении с пациентами без коморбидности.

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ПРАВОВОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ ВОПРОСОВ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ ГРАЖДАН В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ

И. В. Малахова, Д. Ф. Куницкий, Т. В. Дудина, Е. В. Халикова

ГУ «Республиканский научно-практический центр медицинских технологий, информатизации, управления и экономики здравоохранения», Беларусь

Правовое регулирование охраны здоровья населения является одним из приоритетных направлений развития здравоохранения.

Право каждого человека на охрану здоровья - общепризнанная норма международного права, имеющая три уровня закрепления. Универсальный уровень имеет общее декларативное значение и выступает как рекомендация для мирового сообщества (Всеобщая декларация прав человека 1948 г., Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах 1966 г, Международный пакт о гражданских и политических правах, принятые Генеральной Ассамблеей ООН, Декларация о правах инвалидов (09.12.1975 г.), Декларация о нравах умственно отсталых лиц (20.12.1971 г.) и др.). Региональный уровень – это региональные стандарты, обладающие особенностями, определяемые традициями и уровнем развития стран. Они могут быть более широкими или более конкретными, но обязательно должны иметь политико-правовой механизм реализации. Они обязательны для всех стран-участниц региональной организации (например, Европейская Социальная Хартия, принятая Советом Европы, содержит две статьи, посвященные праву на охрану здоровья).

Для выработки общих стандартов качества, контроля, координации действий стран-партнёров существуют специально созданные организации. Это - специализированный уровень. Кроме того, каждое государство предоставляет своим гражданам специальные права, определяемые характером общественного строя, уровнем экономического развития, историческими традициями, закрепленными национальным законодательством.

Нормативно-правовое регулирование охраны здоровья в каждой стране - это специализированный уровень закрепления прав граждан с учетом универсальных международных рекомендаций и региональных механизмов их реализации, подразумевающий построение четкой правовой вертикали системы нормативных правовых актов (НПА), базирующейся на юридической силе. При этом законы являются высшим императивным выражением государственной власти, то есть все последующие НПА издаются на их основе и во исполнение законов.