

потребує вдосконалення

Основні напрями профілактичної роботи протягом періоду раннього дитинства зазначені у наказі МОЗ України від 20.03.2008 № 149 «Про затвердження Клінічного протоколу медичного догляду за здоровою дитиною віком до 3 років». Згідно до протоколу, санітарно-просвітницька робота з батьками охоплює багато важливих питань, кожному з яких необхідно приділити увагу. Якість зазначеної роботи залежить не тільки від кваліфікації медичного працівника, а також від володіння навичками спілкування, вміння бути переконливим тощо. Вважаючи величезне значення профілактичних заходів у збереженні та зміцненні здоров'я дитини, лікарям, середньому медичному персоналу первинної ланки бажано використовувати будь-яку можливість щодо спілкування з батьками на профілактичні теми, незалежно від обставин зустрічі. Особливого значення для медичного персоналу набуває вміння в рамках обмеженого часу надавати батькам найбільш важливу, чітку інформацію в доступній формі, визначати із значної кількості матеріалу

ключові питання і, головне, зацікавити батьків, викликаючи в них потребу щодо подальшого поширення відповідних знань.

З метою вдосконалення консультативної роботи лікарів первинної ланки, перш за все сімейних лікарів, запропоноване фахове керівництво. Практичне керівництво – це результат узагальнення діючих нормативних документів та наукових джерел, є стислим збірником примірних алгоритмів бесід медичних працівників з батьками щодо найбільш пріоритетних профілактичних питань у найвідповідальніший період для дитини – на першому році життя. Метою видання є підвищення професійних знань фахівців первинної ланки щодо формування серед батьків навичок «свідомого батьківства», навичок збереження здоров'я дитини, вдосконалення профілактичного напрямку роботи. Керівництво призначене для використання у практичній діяльності фахівців первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД): лікарів загальної практики/сімейних лікарів, педіатрів, середнього медичного персоналу.

М. Я. Доценко, С. С. Босєв, І. О. Шехунова, О. В. Молодан, В. О. Дєдова, Л. В. Герасименко
ДЗ «Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України»

ОСОБЛИВОСТІ УРАЖЕННЯ СУДИН У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ

Мега дослідження. Визначити частоту ураження органів-мішеней на прикладі загальних сонних артерій (ЗСА) у хворих на артеріальну гіпертензію (АГ) різних вікових груп в залежності від вираженості ознак дисплазії сполучної тканини (ДСТ).

Методи дослідження. Обстежено 147 хворих на АГ II стадії з підвищенням АТ 2–3-го ступенів, високим і дуже високим додатковим ризиком серцево-судинних ускладнень (101 жінка, 46 чоловіків) з ознаками ДСТ і без таких, середній вік ($48,3 \pm 7,7$) років. Недиференційовану форму ДСТ діагностували згідно з російськими рекомендаціями «Наследственные нарушения соединительной ткани» 2009 р. у разі виявлення у хворого не менше 6 фенотипічних та / або вісцеральних ознак, після вилучення симптомів ДСТ, які можна класифікувати. Обстежені хворі були розподілені на дві групи: 1-а – з ознаками ДСТ (74 пацієнти) та 2-а – без ознак ДСТ (73 пацієнти). За допомогою сонографії високої розподільчої здатності досліджували ЗСА, наявність або відсутність атеросклеротичних бляшок, вимірювали товщину КІМ.

Отримані результати. Ураження органів-мішеней – судин еластичного типу на прикладі ЗСА (за критеріями товщини КІМ) зареєстровано в більшому ступеню у хворих на АГ без ознак ДСТ: ($0,89 \pm 0,02$) мм проти ($0,81 \pm 0,02$)

мм, ($p < 0,05$). Потовщення КІМ більше 0,9 мм виявлено у пацієнтів обох груп, починаючи з 40 років. З віком частота потовщення КІМ підвищується, причому в більшому ступеню в пацієнтів без ознак ДСТ. Так, в групі хворих 40–49 років на АГ з ознаками ДСТ таке потовщення КІМ виявлено у 42,4% випадках, а в групі пацієнтів без ознак ДСТ в 62,5%; а в групі 50–59 років – у 51,6% та 60,5% пацієнтів відповідно.

Атеросклеротичні бляшки ЗСА нами виявлено починаючи з 40 років: у хворих 40–49 років на АГ з ознаками ДСТ виявлено у 3,0%, а без ознак ДСТ – у 12,5%. В групі 50–59 років наявність бляшок реєструється у 51,1% пацієнтів з АГ без ознак ДСТ та тільки 25,8% хворих з ознаками ДСТ. У групі хворих на АГ 30–39 років бляшки не виявлено у жодного хворого.

Зміни на очному дні, як характерні для АГ прояви ураження органів-мішеней: встановлено збільшення з віком частоти виявлення генералізованого звуження артерій сітківки, більш вираженого у пацієнтів без ознак ДСТ, і ця різниця найбільша у віці 30–39 років (60,0% і 71,4% відповідно).

Висновки

1. Ураження ЗСА за критеріями товщини КІМ є меншою у хворих з ознаками ДСТ – ($0,81 \pm 0,02$)

мм проти $(0,89 \pm 0,02)$ мм в групі хворих на АГ без таких ознак ($p < 0,05$).

2. З вікомцінкою товщина КІМ знижується.

3. Частота виявлення атеросклеротичних бляшок ЗСА пов'язана з наявністю ДСТ й виявляється у 3,0% хворих на АГ 40–49 років з ознаками

ДСТ та 12,5% пацієнтів без таких ознак, а в групі 50–59 років – у 25,8% та 51,1% відповідно.

4. У хворих на АГ частота генералізованого звуження артерій сітківки є меншою у пацієнтів з ознаками ДСТ, і ця різниця найзначніша у віці 30–39 років (60,0% і 71,4% відповідно).

Ю. І. Решетілов, А. П. Курган, Е. Н. Стаценко

ГЗ «Запорозька медична академія післядипломного образования МЗ України»

ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ДИСПЕПСИЯ У ВЗРОСЛЫХ В ПРАКТИКЕ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА

Актуальность: широкая распространенность данного заболевания среди населения.

Цель исследования: определить динамику клинических проявлений функциональной диспепсии у взрослых под воздействием лечения с применением М-холинолитика (скополамина бутилбромид).

Материалы и методы: Под наблюдением находились 45 больных. В исследование включали *Helicobacter pylori*-негативных больных обоих полов с ранее установленным диагнозом функциональной диспепсии.

Основная группа – 30 больных с ФД (мужчин – 10, женщин – 20), средний возраст – $(28,7 \pm 3,7)$ года, длительность заболевания – $(4,2 \pm 3,4)$ года.

Группа контроля – 15 больных с ФД (мужчин – 10, женщин – 5), средний возраст – $(27,2 \pm 3,2)$ года, длительность заболевания – $(4,1 \pm 3,5)$ года.

Результаты исследования: Анализ клинических проявлений у пациентов до и после лечения Мхолинолитиком (скополамина бутилбромидом)

показал положительную динамику симптомов у больных в 70% случаев уменьшилось проявление метеоризма ($p < 0,05$), в 56% исчезла отрыжка ($p < 0,05$). Болевой синдром купирован в первые 2 суток у всех больных. На фоне приема спазмолитика нормализовалась фазовая деятельность желудочно-кишечного тракта: достоверно уменьшалась длительность фазы нерегулярных сокращений двенадцатиперстной кишки ($p < 0,05$) и фазы ритмичных сокращений ($p < 0,05$), удлинилась фаза покоя ($p < 0,05$). Отмечалась нормализация кислотообразования в желудке, т. е. показатель рН повысился до $(1,40 \pm 0,05)$

Выводы: Включение М-холинолитика (скополамина бутилбромид) в комплексное лечение ФД позволило:

- купировать в течение первых 2–3 суток болевой синдром, диспептические явления (тяжесть в эпигастрии, изжогу, отрыжку);

- нормализовать секреторно-эвакуаторную функцию верхних отделов ЖКТ.

Ключевые слова: функциональная диспепсия, диагностика, лечение.

Ю. І. Решетілов, Н. М. Проценко, О. Ю. Васильченко

ДЗ «Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України»

ДОКАЗОВА МЕДИЦИНА В МЕЖАХ КОМПЕТЕНЦІЇ ТА ДІЯЛЬНОСТІ ЛІКАРЯ-ІНТЕРНА

На сьогодні діє наказ МОЗ України від 28.09.2012 р. № 751 «Про створення та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги в системі Міністерства охорони здоров'я України», яким затверджено Методику розробки медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги на засадах доказової медицини, Методику розробки системи індикаторів якості медичної допомоги, Положення про мультидисциплінарну робочу групу з розробки медичних стандартів (уніфікованих клінічних протоколів) медичної допомоги на засадах доказової медицини та Положення про реєстр

медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги.

Відповідно до Наказу доказова медицина – це добросовісне, точне і свідоме використання кращих результатів клінічних досліджень для вибору лікування конкретного пацієнта. Станом на кінець січня 2015 р. розроблено 15 наказів, якими затверджено 40 уніфікованих клінічних протоколів надання медичної допомоги, 5 стандартів надання медичної допомоги та 21 адаптована клінічна настанова.

Слід зазначити, що ці документи розроблені з метою забезпечення надання якісної медичної допомоги населенню шляхом впровадження медич-