

МАТЕРІАЛИ

**науково-практичної конференції з міжнародною участю
«Сьогодення та перспективи розвитку сімейної медицини»
27-28 жовтня 2016 р. (Київ, Україна)**

27-28 жовтня 2016 р. в Національній медичній академії післядипломної освіти імені П. Л. Шупика відбулась науково-практична конференція з міжнародною участю «Сьогодення та перспективи розвитку сімейної медицини».

У роботі конференції взяли участь представники Верховної Ради України, Міністерства охорони здоров'я України, науковці ВМНЗ та НДУ України та більше 1000 фахівців різних спеціальностей з усіх регіонів країни. Основною метою конференції було продовження конструктивного діалогу сімейних лікарів, викладачів і науковців щодо сучасного стану та перспектив подальшого розвитку сімейної медицини в Україні, безперервної професійної підготовки лікарів; ролі сімейного лікаря у профілактиці інфекційних і неінфекційних захворювань та участі професійних асоціацій в розвитку первинної медичної допомоги як основи системи охорони здоров'я України.

Відкрив конференцію ректор НМАПО імені П. Л. Шупика академік НАМН України, професор Вороненко Ю. В., який привітав учасників конференції та, зокрема, відмітив необхідність продовження традиції проведення щорічних конференцій, започаткованої у 1998 році; та підкреслив роль Інституту сімейної медицини НМАПО імені П. Л. Шупика як основного координатора розвитку первинної медичної допомоги в Україні.

З привітанням до учасників конференції виступила заступник голови Комітету Верховної Ради України з питань охорони здоров'я Сисоєнко І. В., яка підкреслила важливість та значні здобутки спільної роботи профільного Комітету Верховної Ради України та Інституту сімейної медицини НМАПО імені П. Л. Шупика щодо підготовки проекту Закону України «Про сімейну медицину» та проінформувала учасників конференції щодо запланованих заходів з питань удосконалення первинної медичної допомоги, запланованих у 2017 р.

Член-кореспондент НАМН України професор Волосовець О. П. відзначив, що незважаючи на складну соціально-економічну ситуацію в країні вітчизняна сімейна медицина поступово набуває свого розвитку, а також наголосив, що тільки в спільній роботі сімейних лікарів та педіатрів, у поєднанні іншими спеціалістами можна досягнути успіхів у розвитку вітчизняної медицини.

У своєму виступі президент Міжнародної громадської організації «Міжнародна асоціація «Здоров'я суспільства», директор Інституту сімейної медицини НМАПО імені П. Л. Шупика, професор Шекера О. Г. наголосив на важливості розробки Закону України «Про сімейну медицину», продовженні підготовки Указу Президента України «Про День сімейної медицини» з метою підняття престижу сімейної медицини в Україні та забезпечення достойного рівня заробітної платні всім медичним працівникам охорони здоров'я України.

У привітальному слові Президента Української Асоціації сімейної медицини проф. Матюхи Л. Ф. прозвучала доказова база щодо ефективності і доцільності розвитку ПМД на засадах сімейної медицини.

В рамках роботи конференції відбулися телемости: «Україна – Молдова» та «Україна – США», майстер-класи, засідання експертних проблемних комісій, опорної кафедри та головних позаштатних спеціалістів за спеціальністю «Загальна практика-сімейна медицина», в яких взяли участь провідні науковці з сімейної медицини, суміжних спеціальностей, а до обговорення виступів долучилися практикуючі сімейні лікарі.

РЕЗОЛЮЦІЯ
науково-практичної конференції з міжнародною участю
«Сьогодення та перспективи розвитку сімейної медицини»,
(28 жовтня 2016 року, м. Київ)

На підставі обговорення досягнень та проблем впровадження і розвитку сімейної медицини в Україні науково-практична конференція з міжнародною участю: «Сьогодення та перспективи розвитку сімейної медицини», констатує:

Надання первинної медичної допомоги населенню за принципами сімейної медицини підтвердило свою медико-соціальну і економічну ефективність в Україні як і у багатьох інших країнах світу.

В Україні за минулий рік проведено значну організаційну, науково-методичну та практичну діяльність щодо становлення первинної медичної допомоги на засадах загальної практики - сімейної медицини.

Поряд з тим, сьогодення вимагає продовження роботи для забезпечення нормативно-законодавчої бази функціонування і подальшого розвитку первинної ланки охорони здоров'я України.

З метою покращення стану здоров'я населення України, забезпечення ефективності функціонування первинної медичної допомоги на засадах загальної практики – сімейної медицини, виконання міжнародних вимог в умовах ринкової моделі економіки, підвищення якості підготовки фахівців з сімейної медицини науково-практична конференція з міжнародною участю: «Сьогодення та перспективи розвитку сімейної медицини», пропонує:

1. До кінця 2016 року розробити та подати у Верховну Раду України проект Закону України «Про сімейну медицину».

2. Продовжити погодження з органами державної влади проекту Указу Президента України «Про День сімейної медицини» з метою підняття престижу сімейної медицини в Україні.

3. Опорній кафедрі НМАПО імені П. Л. Шупика у співпраці із профільними та спеціалізованими кафедрами ВНМЗ України розробити Національну освітню доктрину підготовки лікарів загальної практики-сімейних лікарів, засновану на принципах наступності підготовки на до- та післядипломних етапах навчання, із врахуванням Європейських вимог до змісту і якості вищої медичної освіти, рекомендацій WONCA, EURACT.

4. Органам державної влади, професійним асоціаціям, профспілковим організаціям продовжити роботу щодо забезпечення достойного рівня заробітної платні всім медичним працівникам охорони здоров'я України.

5. Місцевим державним адміністраціям та органам місцевого самоврядування розширити мережу закладів охорони здоров'я з надання первинної медичної допомоги відповідно до регіональних планів та покращити їх матеріально-технічне забезпечення з урахуванням можливостей об'єднаних територіальних громад.

Резолюцію обговорено та прийнято на заключному пленарному засіданні науково-практичної конференції з міжнародною участю «Сьогодення та перспективи розвитку сімейної медицини» (28 жовтня 2016 року, м. Київ) за участю представників вищих медичних навчальних закладів, закладів післядипломної освіти МОЗ України, позаштатних спеціалістів МОЗ України та структурних підрозділів з питань охорони здоров'я обласних (міських) державних адміністрацій зі спеціальності «Загальна практика-сімейна медицина», представників Української Асоціації сімейної медицини.

Оргкомітет науково-практичної конференції

ОСОБЛИВОСТІ КОРЕКЦІЇ НЕВРОТИЧНИХ СТАНІВ НЕЙРОПЛАНТОМ У ПАЦІЄНТІВ З ДЕПРЕСИВНИМИ РОЗЛАДАМИ В ПРАКТИЦІ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ

Матвієць Л. Г., Тараш В. А.

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика (Україна)

Мета. Підвищення ефективності терапії депресивних розладів у пацієнтів в межах повноважень і можливостей сімейного лікаря шляхом застосування нейропланту.

Матеріали і методи. Для досягнення мети було проведено постмаркетингове спостереження впливу нейропланту на динаміку: психічного стану пацієнтів з різноманітними соматичними скаргами та депресивними розладами хворобливого характеру; зниження рівня проявів психопатологічних феноменів; підвищення якості життя.

Критерії відбору пацієнтів: чоловіки і жінки старше 18 років, вихідна оцінка рівня депресії за шкалою PHQ 9 \geq 5 балів.

Обробка результатів проводилась за показниками:

- шкали PHQ 9 для об'єктивізації депресивного синдрому, визначення ступеня його важкості та ефективності лікування, що рекомендований для діагностики та контролю за лікуванням Уніфікованим клінічним протоколом первинної, екстреної та вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги «Депресія (легкий, помірний, тяжкий депресивні епізоди без соматичного синдрому або з соматичним синдромом, рекурентний депресивний розлад, дистимія)» (Наказ МОЗ України від 25.12.2014 №1003);

- клінічного опитувальника для виявлення і оцінки невротичних станів (К. К. Яхін, Д. М. Менделевич, 2005) до якого входить: шкала тривоги, шкала невротичної депресії, шкала астенії, шкала істеричного типу реагування, шкала obsесивно-фобічних порушень, шкала вегетативних порушень, призначеного для психодіагностичного дослідження окремих психопатологічних феноменів, що дає можливість отримати первинні дані про внутрішній світ особистості з психоемоційними порушеннями, виявляє базову психопатологічну реальність, інтрасуб'єктивне переживання;

- дослідження якості життя за методикою Mezzich (Coher, Ruiperez, Liu & Yoon, 1999). Методикою передбачено самооцінка свого стану пацієнтом за 10-ти бальною шкалою від 1, що відповідає самопочуттю «погано», до 10, що відповідає самопочуттю «найкраще». Така самооцінка проводиться по 10-ти позиціях власного самопочуття, пацієнта який досліджується.

Результати та обговорення. В даному повідомленні розглянуті результати дослідження пацієнтів з тривожними, депресивними, та вегетативними розладами хворобливого характеру за 3 місяці прийому препарату Нейроплант, що містить 300 мг сухого стандартизованого екстракту трави звіробою WS5570, збагаченого гіперфоріном. Препарат інгібує зворотне захоплення серотоніну, норадреналіну та дофаміну; підвищує рівень кортизолу, стимулює утворення серотоніну в нейронах головного мозку; впливає на ГАМК-ергічну і глутаматергічну системи мозку в малих дозах, а в великих – пригнічує його зворотне захоплення. Препарат рекомендовано при психовегетативних розладах, депресивних станах, відчутті неспокою, тривоги, постійному нервовому напруженні. Особливістю препарату є відсутність побічних дій, характерних для інших препаратів цього класу.

Серед 70 досліджуваних осіб виявлена перша група із 49-ти осіб, яка була чутлива до лікування нейроплантом, та друга група з 21-го пацієнта, у котрих відмічено ригідність до лікування. У другій групі пацієнтів було встановлено кілька психопатологічних розладів хворобливого характеру (за показниками клінічного опитувальника К. К. Яхіна, Д. М. Менделевича), які зовсім не змінювалися протягом 3-х місяців лікування нейроплантом, що може свідчити про стійкі психічні розлади невротичного рівня.

Після трьох місячного лікування встановлено в першій групі зниження середнього показника PHQ 9 з 13,7 до 6,8 балів, тоді як у другій групі – з 17,6 до 13,2 балів.

Кількість пацієнтів з тривогою у першій групі достовірно ($p > 0,001$) знизилась з 44,9% до 12,2%, у другій групі – з 90,5% до 76,2% без достовірної різниці.

Кількість пацієнтів з невротичною депресією у першій групі достовірно ($p > 0,001$) знизилась з 61,2% до 22,4%, у другій групі – зі 100% до 85,7% без достовірної різниці.

Кількість пацієнтів з вегетативними порушеннями у першій групі достовірно ($p > 0,001$) знизилась з 51% до 14,3%, у другій групі – зі 100% до 81% без достовірної різниці.

Середній показник якості життя у першій групі, що виявився більш високим до лікування (59,1 бала), підвищився до 81,4 балів, тоді як у другій групі змінився з 31,8 до 50,2 балів із 100 можливих.

Висновки.

1. Встановлено ефективний вплив нейропланту у пацієнтів первинної ланки з депресивними розладами на дезадаптаційному рівні порушення психічного здоров'я при застосуванні протягом трьох місяців.

2. Виявлено групу пацієнтів з порушеннями психічного здоров'я на невротичному рівні, які проявили ригідність до лікування препаратом звіробою, збагаченого гіперфоріном.

3. Встановлено вищу ефективність лікування нейроплантом у пацієнтів з депресивним синдромом окремих симптомів при тривожних, депресивних та вегетативних порушеннях без стійких довготривалих психічних порушень невротичного рівня.

ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОЇ КАРТИНИ ГРИПУ У ДОРΟΣЛИХ В УМОВАХ СЬОГОДЕННЯ

Дуда О. К.¹, Коцюбайло Л. П., Окружнов М. В., Бойко В. О., Сухов Ю. О., Голуб А. П., Ралець Н. В.², Дудар Д. М., Богданова К. О.

¹ Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика (Україна)

² Київська міська клінічна лікарня № 4 (Україна)

Мета. Вивчити особливості клінічного перебігу грипу у дорослих на сучасному етапі в різних вікових групах та проаналізувати ефективність лікування. *Матеріали і методи.* Під нашим наглядом перебувало 77 хворих з діагнозом грип, які знаходились на лікуванні в інфекційному відділенні клінічної лікарні № 4 міста Києва. Діагноз грип у всіх хворих був встановлений на основі епідеміологічних даних, клінічних проявів, а також молекулярно-генетичних результатів методом якісної полімеразно-ланцюгової реакції (ПЛР) мазків із носоглотки. *Результати та обговорення.* Вікова структура хворих досліджуваної групи від 18 до 70 років. За тяжкістю перебігу захворювання переважала середньотяжка форма – 67 (87%) і лише у 10 хворих (13%) мав місце тяжкий перебіг. В середньому 80 % хворих зверталися за медичною допомогою на 2 – 3 день хвороби і лише 20 % хворих госпіталізовано на 5 – 6 день від початку захворювання. Аналіз результатів якісної ПЛР мазків із носоглотки показав, що у 52 (67,5%) хворих були виявлені РНК вірусу грипу типу А. Ознаки вираженого інтоксикаційного синдрому відмічалися у хворих віком від 18 до 40 років, тоді, як у пацієнтів старше 40 років – слабо виражена інтоксикація. У 50 % пацієнтів захворювання розпочиналося раптово, на фоні повного благополуччя здоров'я з ознобу та різкого підвищення температури тіла до 39,5 – 40 °С. Лише 8 пацієнтів (10,4%) скаржилися на нежить, 20 хворих (26%) на першіння та помірні болі в горлі. Всі 77 пацієнтів (100%) скаржилися на кашель, який у 30 % одразу був вологий. При огляді у 70% випадків були відсутні ознаки склериту, кон'юктивіту, трахеїту та «палаючого зіву». Диспептичні прояви мали місце у 10 % випадків – біль в животі, здуття, бурчання, нудота та послаблення стільця. У більшості хворих перебіг захворювання ускладнювався проявами гострого ларингіту, бронхіту, катарального гаймориту та фронтиту, гострого отиту, а у 10 % випадків – негоспітальними пневмоніями. В гострому періоді у хворих, без бактеріальних ускладнень, спостерігалися зміни в гемограмі – лейкопенія з нейтрофіліозом та лімфо-моноцитоз. На фоні комплексного лікування з призначенням противірусних препаратів: «Таміфлю», інгавірин, антибактеріальних засобів (за показаннями) та дезінтоксикаційної терапії стан хворих покращувався. Пацієнти з тяжким перебігом в гострому періоді перебували у палатах інтенсивної терапії. *Висновки.* Питома вага вірусу грипу типу А в епідемічний період 2015-2016 р.р. становить 67,5 % випадків. На сучасному етапі грип типу А у дорослих перебігає у атиповій формі: 70% випадків без катаральних явищ, а з первинним ураження епітелію нижніх дихальних шляхів (бронхіт, бронхіоліт, вірусна пневмонія), диспептичні прояви у 10% випадків. Інтоксикаційний синдром у людей з хронічною супутньою патологією не виражений, що призводить до більш пізнього звернення за медичною допомогою та розвитку тяжких ускладнень. В якості етіотропного лікування грипу типу А у дорослих відмічається ефективність, як озельтамівіру, так і інгавірину.

ЧИННИКИ РИЗИКУ ТА АНТИРИЗИКУ ПОВТОРНОЇ РЕАЛІЗАЦІЇ СУСПІЛЬНО НЕБЕЗПЕЧНИХ ДІЯНЬ ХВОРИМИ НА ШИЗОФРЕНІЮ

Мішиєв В. Д.¹, Гриневиц Є. Г., Кушнір А. М.²

¹ Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика (Україна)

² ДЗ «Українська психіатрична лікарня з суворим наглядом МОЗ України» (Україна)

Мета. Встановлення в структурі детермінант суспільної небезпеки хворих на шизофренію чинників ризику–антиризиків скоєння ними повторних особливо суспільно-небезпечних діянь (ПСНД). *Матеріали і методи.* Хворі на шизофренію, які скоїли особливо тяжкі делікти проти життя та здоров'я особи однократно (294 особи) або повторно (163 особи). Клініко-психопатологічний, клініко-анамнестичний, соціально-демографічний, клінічний.

Результати та обговорення. Всебічний аналіз окремих чинників ризику-антиризиків ПСНД у популяції хворих шизофренією дозволив об'єднати статистично достовірні і найбільш інформативні з них (через розрахунки діагностичних коефіцієнтів [ДК] і мір інформативності Кульбака [МІ]) у формальні прогностичні таблиці для визначення індивідуального ризику здійснення ПСНД.

Сам факт притягнення до кримінальної відповідальності раніше є потужним чинником ризику (FR) ПСНД (ДК=24,68 при МІ=12,30). Ймовірність ПСНД складає 99,99 % ($\Sigma ДК > 30$ на рівні $p < 0,001$), якщо пацієнт вже був заарештований або звинувачений у зв'язку іншими деліктами. Арешт або звинувачення в спробі вбивства або нанесенні тяжких тілесних ушкоджень несуттєво знижували цю вірогідність до 99,00 % ($p < 0,01$). Факти перебування в умовах застосування примусових заходів медичного характеру, ув'язненні (більш ніж 3,5 роки), неодноразового визнання судом провини, відсутності служби в армії із-за судимості значно підвищували ризик ПСНД.

«Відсутність притягнення до кримінальної відповідальності у минулому» – потужний самодостатній чинник антиризiku (FA) ПСНД ($p < 0,01$).

Достатньо інформативними виявилися показники наркологічного анамнезу (МІ $\geq 0,1$): тривале вживання героїну і інших опіоїдів, поєднане вживання ПАР, неконтрольоване вживання спиртного, а також неодноразові госпіталізації з цих приводів – FR ПСНД. Єдиним FA виявилось відсутність вживання ПАР впродовж життя, але для упевненого прогнозу однократного СНД у хворого слід встановити і інші FA.

Серед судово-психіатричних аспектів вчинення теперішнього СНД найбільш інформативними FR ПСНД були ініціативні дії хворих внаслідок кримінального досвіду, антисоціальних настанов (моральний дефект), алкогольної залежності. Скоєння же СНД за продуктивно-психотичним механізмом (маревний захист, реалізація маревних проєктів) – FA ПСНД.

Спрямованість СНД проти незнайомої людини свідчила про високий рівень антисоціальної поведінки. Особи, що не схильні до ПСНД (в 1,43 разу частіше, $p < 0,001$) вчиняли делікти проти члена сім'ї і переривали їх на стадії замаху.

У структурі детермінанти «Синдром» істотна роль щодо ПСНД належала наявності виразного психопатоподібного дефекту. Дебют шизофренії, розлади мислення (розірваність, релігійне мислення, марновірність), слабкість емоційної сфери – у сукупності забезпечували відсутність ризику ПСНД.

Для прогнозу ПСНД мали значення «проблеми, пов'язані із способом життя (вживання ПАР, недостатні активність, харчування)», а «пов'язані з домашніми і економічними обставинами», «первинною підтримкою оточення, включно родину» – виступали в ролі FA. Наявність вищої освіти, отримання матеріальної допомоги внаслідок безробіття сприяли низької вірогідності ПСНД, тоді як відсутність власного житла підвищувала її.

Висновки. Найбільш інформативні чинники ризику скоєння повторних особливо тяжких деліктів хворими на шизофренію представлені показниками, що характеризують їх кримінальну активність у минулому, вживання психоактивних речовин впродовж життя, а також судово-психіатричні аспекти теперішнього СНД, при меншій ролі даних психіатричного статусу і матеріального становища.

Потужними чинниками антиризiku є відсутність кримінального досвіду і вживання ПАР хворими на шизофренію. Серед інших чинників антиризiku найбільше прогностичне значення набувають особливості психічного стану обстежених, соціально-демографічні чинники, пов'язані з достатніми освітою, матеріальним становищем, а також певна дистанція, відгородженість у стосунках в сім'ї, відсутність асоціального оточення.

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ТА ЛІКУВАННЯ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ У ПОЄДНАННІ З ХРОНІЧНОЮ ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ У ХВОРИХ З ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНОЮ РЕФЛЮКСНОЮ ХВОРОБОЮ

Приходько В. Ю., Морєва Д. Ю., Стаднюк Л. А.

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика (Україна)

Мета. Дослідити особливості перебігу артеріальної гіпертензії (АГ) у поєднанні з хронічною ішемічною хворобою серця (ІХС) у хворих з гастроєзофагеальною рефлюксною хворобою (ГЕРХ). Встановити зв'язок наявності гастроєзофагеального рефлюксу з можливими клінічними проявами ІХС (порушення ритму і частота ішемічних епізодів на добовому моніторингу електрокардіограми (ЕКГ), болі в грудній клітині) та показниками артеріального тиску і його лабільністю.

Матеріали і методи. Було обстежено 50 хворих з АГ 1-2-го ступеня на фоні хронічної ІХС з та без супутньої ГЕРХ. Пацієнтам було проведено добуве моніторування АТ та ЕКГ, езофагогастроуденоскопія, анкетування за анкетною GerDQ.

Результати та обговорення. Наявність ГЕРХ асоціюється з більш вираженим ступенем абдомінального ожиріння. Частота суправентрикулярних і поєднаних порушень ритму в групі пацієнтів з АГ на фоні ГЕРХ достовірно вища ніж в контрольній групі. Фібриляція передсердь також достовірно частіше реєструвалася в групі пацієнтів з ГЕРХ. Між наявністю ГЕРХ та частотою ФП була виявлена тісна кореляція ($r = 0,75$, $p < 0,05$). Частота реєстрації ішемічних епізодів була достовірно вища в групі пацієнтів з

ГЕРХ і склала відповідно 27,6% проти 14,3% у групі без супутньої ГЕРХ. Наявність ГЕРХ також асоціювалась з більшою кількістю пацієнтів з недостатнім нічним зниженням САТ (42,8%), більшою варіабельністю АТ протягом доби.

Висновки.

Встановлений зв'язок ГЕРХ з більшою частотою абдомінального ожиріння, більшою частотою та важкістю порушень ритмусерця та ішемічних епізодів, а також порушеннями добового профілю АТ. Коморбідність АГ та ІХС з ГЕРХ слід розглядати як ускладнюючий клінічні прояви і прогноз фактор.

ЗАЛЕЖНІСТЬ ЕФЕКТИВНОСТІ АНТИГІПЕРТЕНЗИВНОЇ ТЕРАПІЇ ВІД РІВНЯ ТИРЕОТРОПНОГО ГОРМОНА У ХВОРИХ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ

Приходько В. Ю., Кононенко О. А., Стаднюк Л. А.

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика (Україна)

Мета. Встановити залежність ефективності антигіпертензивного лікування хворих з артеріальною гіпертензією (АГ) від рівня тиреотропного гормону (ТТГ), який відображає функціональний стан щитоподібної залози.

Матеріали і методи. Було обстежено 123 хворих з АГ 1-2 ступеня у віці 45-70 років, яких було розподілено на три групи за рівнем ТТГ: група з субклінічним гіпотиреозом (СГ), високо нормальним та низько нормальним рівнями ТТГ. Антигіпертензивна терапія призначалася згідно європейських і національних стандартів. Проведено антропометричні дослідження, біохімічний аналіз крові, визначення гормонів щитоподібної залози (ЩЗ), ТТГ, ЕхоКГ за стандартною методикою, добове моні торування артеріального тиску (ДМАТ), вимірювання офісного АТ до та після тривалого (6 місяців) лікування.

Результати та обговорення. З'ясовано, що у пацієнтів із субклінічним гіпотиреозом був найгірший контроль АТ, як за даними офісного виміру так і за показниками ДМАТ. У них не спостерігалось достовірного зменшення пульсового АТ, не було вірогідних змін показників функціонального стану серця. В групі високо нормального ТТГ були кращі результати лікування порівняно з групою СГ: вірогідне зниження показників САТ за денний і нічний період, тенденція до зниження ДАТ та ПАТ. Але при цьому не було суттєвого покращення структурно-функціональних показників серця. Найкращий рівень контролю АТ був у хворих в групі з низько нормальним рівнем ТТГ.

Висновки.

Якість контролю АТ залежить від функціонального стану ЩЗ, одним з маркерів якого є рівень ТТГ. У всіх пацієнтів з АГ слід визначати рівень ТТГ та функціональний стан щитоподібної залози. Хворим з АГ і супутнім СГ слід більш ретельно підбирати антигіпертензивну терапію.

ПРОБЛЕМНІ ПИТАННЯ У ПІДГОТОВЦІ ЛІКАРІВ – ІНТЕРНІВ ЗІ СПЕЦІАЛЬНОСТІ «ЗАГАЛЬНА ПРАКТИКА – СІМЕЙНА МЕДИЦИНА»

Попов С. В., Бокова С. І.

Сумський державний університет (Україна)

Реформування системи охорони здоров'я в Україні має за мету покращення якості надання медичної допомоги, її доступності. Вирішення більшої частини проблем зі здоров'ям населення покладено на первинну ланку допомоги, а саме на лікарів загальної практики – сімейної медицини. Робота спеціаліста зі всіма членами родини дає змогу проводити профілактику захворювань, своєчасно діагностувати та корегувати патологічні зміни, обирати подальшу тактику ведення пацієнтів. Такий підхід вимагає ґрунтовних знань особливостей перебігу, діагностики та лікування патологій різних вікових груп. Тому при підготовці лікарів зі спеціальності «загальна практика – сімейна медицина» («ЗП - СМ») є важливим не тільки мультидисциплінарний підхід викладання, але й якість засвоєння інформації, що вимагає постійного вдосконалення методик, вносить відповідні корективи у навчальний процес.

Впровадження в освітній процес мультимедійних технологій суттєво підвищує якість викладання. Нелімітований доступ до навчальної бази, спілкування з викладачем та перевірка завдань – все це можливо завдяки впровадженню дистанційного навчання, складові якого використовуються в щоденній роботі. Завдяки цьому стало можливим створення оптимальних умов для навчально процесу, отримати вищий рівень знань і, безперечно, має бути продовжено.

Специфіка підготовки лікарів – інтернів зі спеціальності «ЗП - СМ» полягає у тому, що сфера їх діяльності лежить у площині спілкування з пацієнтами різного віку. Старша вікова категорія, зазвичай не викликає питань з цього приводу. Більш проблемними є пацієнти віком до 18 років. Відмінність між собою у анатомо – фізіологічних особливостях та психосоціальних проблемах є своєрідним стресом для молодих

спеціалістів, особливо за відсутності досвіду практичної роботи. Додає напруженості і живе спілкування, часто знервованими, батьками дитини. Загострення ситуації в країні накладає свій відбиток і часто маленькі пацієнти та їх батьки мають ознаки девіантної поведінки, що ускладнює роботу спеціаліста, вимагає додаткових умінь задля обрання правильної тактики. В свою чергу, розвиток комунікативних навичок не можливий без рутинного спілкування, в процесі якого лікар - інтерн формує свій стиль поведінки, вдосконалює отримані навички з етики і деонтології в роботі з пацієнтами і медичним персоналом.

Важливим також є відсутність мотивацій та стимулів з боку держави, що негативно позначається на прагненні до самовдосконалення. Певна частина лікарів – інтернів сприймають процес підготовки в інтернатурі без особливого ентузіазму та візуалізації ближніх перспектив. Сприяє цьому і відсутність в у повному обсязі матеріально – технічного забезпечення на місцях їх майбутньої роботи. Інколи, нажал, має місце небажання практичних лікарів ділитись досвідом своєї роботи. Трапляються також і випадки формального відношення до навчального та робочого процесів.

Зважаючи на те, що сучасна медицина знаходиться в процесі реформування і на даний час ще не всі цілі досягнуті є важливим підготувати якомога більше кваліфікованих і відповідальних спеціалістів. В ході роботи з лікарями – інтернами нами використовуються різні методики, зокрема навчання в малих групах, рольові ігри, розгляд клінічних випадків та ситуаційних задач. Причому у більшості випадків обговорюються всі можливі варіанти розвитку подій та проблемні питання у їх вирішенні. Таким чином молодий спеціаліст отримує більший базис практичних рішень оснований на колективному досвіді, що дає йому змогу почуватися більш впевнено на робочому місці. Також з метою покращення якості підготовки лікарів – інтернів зі спеціальності «ЗП - СМ» нами здійснюється безперервний ретельний контроль практичної діяльності молодих спеціалістів, використання та вдосконалення отриманих ними практичних навичок.

Враховуючи вищезазначене, можна виділити існуючі проблемні питання у підготовці лікарів – інтернів зі спеціальності «загальна практика – сімейна медицина», які потребують вирішення на різних рівнях.

ЧАСТОТА ПОРУШЕНЬ ПЕРИФЕРИЧНОГО КРОВООБІГУ У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ З СУПУТНІМ ХРОНІЧНИМ ОБСТРУКТИВНИМ ЗАХВОРЮВАННЯМ ЛЕГЕНЬ

Волошина О. Б., Дичко Т. О., Лисий І. С., Збітнєва В. О., Дукова О. Р., Богатирьова Т. В.
Одеський національний медичний університет (Україна)

Мета. Вивчити особливості периферичного кровообігу у хворих на артеріальну гіпертензію з супутнім хронічним обструктивним захворюванням легень у практиці сімейного лікаря.

Матеріали і методи. Обстежено 60 хворих з діагнозами есенціальна артеріальна гіпертензія (АГ) та хронічним обструктивним захворюванням легень (ХОЗЛ) віком від 45 до 74 років. Всі хворі мали у анамнезі табакопаління більше за 10 пачко-років. Проаналізовано особливості клінічного перебігу обох захворювань, загострень ХОЗЛ, прихильність до попередньої терапії, показники якості життя (EQ-5D), результати спірометрії, ЕКГ, рівень офісного та результати домашнього моніторингу артеріального тиску (АТ), розраховано гомілково-плечовий індекс.

Результати. Середній рівень офісного систолічного АТ у хворих на АГ та ХОЗЛ становив – $151,2 \pm 2,4$ мм.рт.ст, а в групі без ХОЗЛ – $150,1 \pm 2,4$ мм.рт.ст., діастолічного - відповідно $81,2 \pm 1,9$ мм.рт.ст, та $90,1 \pm 1,7$ мм.рт.ст. Частота резистентної АГ була вищою у хворих з ОФВ1/ФЖЕЛ менше за 0.7 і становила $36,7 \pm 9,1\%$, а без ХОЗЛ – вдвічі рідше – у $13,37 \pm 4,1\%$ ($p < 0,05$). При більш високих значеннях цього коефіцієнта достовірних відмінностей у частоті резистентної гіпертензії серед хворих на ХОЗЛ не виявлено.

Порушення периферичного кровообігу, що проявлялось у зниженні гомілково-плечового індексу менше за 0,9 спостерігалось у 9 (30,0 %) хворих на АГ та ХОЗЛ, та лише у одного пацієнта (3,3 %) без ХОЗЛ ($p < 0,05$).

Висновки.

1. Резистентна АГ в 2 рази частіше зустрічається у хворих на ХОЗЛ з суттєво зниженою функцією дихання.

2. У хворих на АГ, поєднану з ХОЗЛ, частіше спостерігається зниження гомілково-плечового індексу, про що свідчить ураження периферичних артерій, та потребує відповідної корекції.

АНАЛІЗ ЕФЕКТИВНОСТІ ТЕЛЕФОННИХ КОНСУЛЬТУВАНЬ В ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА РЕЗИСТЕНТНУ АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ В ПРАКТИЦІ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ

Волошина О. Б., Збітнєва В. О., Дукова О. Р., Лисий І. С., Бусел С. В., Дичко Т. О., Чайка А. О., Афанасєва Я. С., Кравченко В. Б.

Одеський національний медичний університет (Україна)

Мета дослідження. Оцінити результати застосування методу телефонних консультувань (візитів) у хворих на резистентну артеріальну гіпертензію в ефективному контролі артеріального тиску та підвищенні прихильності до лікування цієї категорії пацієнтів.

Матеріали і методи. **78 пацієнтів віком від 40 до 74 років (середній вік 58,2±3,04 роки), серед них 40 жінок (51,3%); та 38 чоловіків (48,7%) зі встановленим діагнозом** резистентної артеріальної гіпертензії були розподілені на 2 референтні групи: I група (контрольна) (n=39) та II група (інтенсивного спостереження) (n=39). Пацієнти I групи знаходились в умовах звичайного спостереження сімейним лікарем. У пацієнтів II групи додатково застосовували метод телефонних візитів: під час стандартизованих щотижневих телефонних дзвінків пацієнту нагадували про необхідність прийому антигіпертензивних препаратів, дізнавались про його самопочуття та рівень артеріального тиску (АТ) під час домашнього моніторингу та, за необхідності, проводили корекцію призначеної антигіпертензивної терапії. В обох групах на початку дослідження та через 6 місяців спостереження здійснювали вимірювання офісного АТ та визначали прихильність пацієнтів до лікування за допомогою опитувальника Моріски-Гріна, який оцінювали наступним шляхом: 0-2 бали – неприхильні до лікування, 3-4 бали – прихильні до лікування. Статистичну обробку отриманих результатів проводили з використанням пакета статистичного аналізу Microsoft Excel 2010. Достовірність різниці між середніми кількісними значеннями двох вибірок визначали за коефіцієнтом Стьюдента (t). Ступінь взаємозв'язку різних показників визначали за коефіцієнтом кореляції Спірмена r.

Результати дослідження. Цільового рівня АТ (<140/90 мм рт.ст.) вдалося досягти в I групі у 6 пацієнтів (15,38%), в II групі – у 16 пацієнтів (41,03%) (t=1,83; P<0,05). Тобто, використання методу телефонних візитів дозволило вдвічі збільшити частоту досягнення цільового рівня АТ у пацієнтів II групи. Частота появи побічних ефектів антигіпертензивних препаратів склала 43,59% (17 пацієнтів) в контрольній групі та 12,82% (5 пацієнтів) в основній групі (t=2,11; P<0,05). Адже проведення щотижневих телефонних дзвінків пацієнтам дозволило дізнаватись про їх самопочуття, та, за необхідності, своєчасно проводити корекцію призначеної антигіпертензивної терапії. В цілому, відмовились від антигіпертензивної терапії у зв'язку з побічними ефектами препаратів 4 пацієнти I групи (10,26%), в якій не застосовувався метод щотижневих телефонних дзвінків. Застосування методу телефонних візитів у пацієнтів II групи дозволило достовірно збільшити прихильність до лікування до 82,05% (32 пацієнти), у порівнянні з пацієнтами I групи – 30,77% (12 пацієнтів) (t=3,21; P<0,001). Проведений аналіз показав існування прямого кореляційного зв'язку сильного ступеня за Спірменом між прихильністю пацієнтів до лікування та застосуванням методу телефонних візитів (r=0,76, P<0,001), а також зворотнього кореляційного зв'язку сильного ступеня за Спірменом між прихильністю до лікування та виникненням побічних ефектів антигіпертензивних препаратів (r= -0,82, P<0,001).

Висновки:

1. Застосування методу телефонних консультувань (візитів) дозволило вдвічі збільшити частоту досягнення цільового рівня артеріального тиску у хворих на резистентну артеріальну гіпертензію (t=1,83; P<0,05).
2. Використання методу щотижневих телефонних дзвінків дозволило зменшити частоту появи побічних ефектів антигіпертензивних препаратів (t=2,11; P<0,05) та підвищити прихильність пацієнтів до лікування (t=3,21; P<0,001).
3. Встановлено прямий кореляційний зв'язок за Спірменом між прихильністю пацієнтів до лікування та застосуванням методу телефонних візитів (r=0,76, P<0,001), а також зворотній кореляційний зв'язок виникненням побічних ефектів антигіпертензивних препаратів (r= -0,82, P<0,001).

АНАЛІЗ ПРИХИЛЬНОСТІ ДО ЛІКУВАННЯ У ХВОРИХ НА РЕЗИСТЕНТНУ АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ ТА СУПУТНІЙ ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2 ТИПУ В ПРАКТИЦІ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ

Чайка А. О., Саморукова В. В., Найдьонова О. В., Бугерук В. В., Дичко Т. О., Збітнєва В.О. Прокопчук Ю. В., Богатирьова Т. В.

Одеський національний медичний університет (Україна)

Мета дослідження. Оцінити прихильність до антигіпертензивного лікування та лікування цукрового діабету у хворих на резистентну артеріальну гіпертензію (АГ) та супутній цукровий діабет 2 типу (ЦД 2 типу) в практиці сімейного лікаря.

Матеріали і методи. 65 пацієнтів віком від 40 до 74 років (середній вік $56,4 \pm 4,07$ роки), серед них 27 жінок (41,5%) та 38 чоловіків (58,5%) зі встановленим діагнозом резистентної АГ та ЦД 2 типу. Пацієнтам були надані опитувальники для самостійного заповнення. Прихильність пацієнтів до антигіпертензивної терапії оцінювали за допомогою опитувальника Моріски-Грін-8. Високо прихильними вважали пацієнтів, що набрали 8 балів, середня прихильність спостерігалася при 6-7 балах, погана прихильність визначалася, якщо пацієнт набрав менше 6 балів. Прихильність до лікування ЦД 2 типу оцінювали за допомогою модифікованого опитувальника SDSCA (Summary of Diabetes Self-Care Activities). Аналіз опитувальника проводився окремо за кожним з п'яти розділів: виконання рекомендацій щодо дієтичного харчування, фізична активність, контроль глікемії, догляд за ногами та цукрознижуюча терапія. Пацієнту пропонувалося згадати події останніх 7 днів та відмітити кількість днів виконання рекомендацій лікаря. Таким чином, пацієнти, що виконували рекомендації протягом 5-7 днів відмічались, як добре прихильні до лікування, 3-4 дні - недостатньо прихильні, 0-3 дні – погано прихильні до лікування пацієнти.

Результати дослідження. При аналізі опитувальника Моріски-Грін-8 виявлено, що 21 пацієнт (32,3%) не прихильний до лікування, у 36 пацієнтів (55,4%) виявлено недостатню прихильність до лікування і тільки 8 пацієнтів (12,3%) були високо прихильними до лікування.

При аналізі модифікованого опитувальника SDSCA з'ясовано, що дієтичні рекомендації добре виконували тільки 24 пацієнти (36,9%), у 41 пацієнта (63,1%) виявлено недостатню прихильність до дієтичних рекомендацій. Розрахування кількості вуглеводів у їжі протягом 5-7 днів тижня проводили 12 (18,4%) хворих, 16 (24,6%) хворих відмітили врахування вуглеводного навантаження протягом 3-4 днів тижня. Серед пацієнтів, що відмітили 0 днів (37 пацієнтів, 57%), 8 (21,6%) хворих не мали інформації щодо правильного оцінювання кількості вуглеводів в їжі, 31 пацієнт (78,4%) не використовували розрахункові таблиці з різних причин. Рекомендацій щодо фізичної активності дотримувались лише 5 хворих (7,7%), 16 хворих (24,6%) займалися фізичними вправами 3-4 дні на тиждень, останні 44 пацієнти (67,7%) не займалися фізичними вправами. Добрий контроль глікемії відмічався у 22 хворих (33,8%), 28 пацієнтів (43,1%) мали задовільний контроль глікемії протягом тижня, 15 пацієнтів (23,1%) проводили контроль глікемії 0-1 раз на тиждень, що пов'язували з відсутністю глюкометра або браком тест-смужок. За даними опитувальника 12 хворих (18,5%) проводили профілактику діабетичної стопи 5-7 разів на тиждень, 28 пацієнтів (43,1%) проводили профілактичний огляд стоп 4-5 разів на тиждень, решта 25 пацієнтів (38,4%) – лише 0-3 дні на тиждень. Цукрознижуючі препарати 7 разів на тиждень приймали 61 хворий (93,8%) і лише 4 пацієнти (6,2%) відмітили прийом препаратів 5 або 6 разів на тиждень, що пов'язували з забуванням прийому препарату з різних причин.

Таким чином, переважна більшість хворих на резистентну АГ та ЦД 2 типу прихильні до медикаментозного лікування, але поряд з цим виявлено багато пацієнтів, шоне дотримуються рекомендацій щодо не медикаментозних заходів лікування та профілактики захворювань.

Висновки:

1. Встановлено високу прихильність до цукрознижуючої терапії (93,8%) у хворих на резистентну АГ з ЦД 2 типу, проте в три рази меншу прихильність до антигіпертензивного лікування (32,3%, $p < 0,01$) у цього контингенту хворих.

2. Не зважаючи на високу прихильність до цукрознижуючої терапії, у хворих на ЦД 2 типу спостерігається недостатня прихильність до дієтичних рекомендацій, виконання фізичної активності, контролю глікемії та профілактики діабетичної стопи.

ДІАГНОСТИЧНИЙ АЛГОРИТМ ДЛЯ ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ В УМОВАХ СІЛЬСЬКОЇ ЛІКАРСЬКОЇ АМБУЛАТОРІЇ

Симчич Х. С.

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет» (Україна)

В силу економічних можливостей і недостатнього матеріального забезпечення сільських лікарських амбулаторій (СЛА) інструментальними та лабораторними засобами діагностики, виникає потреба в оптимізації обстежень на первинній ланці.

Ціль дослідження. Провести порівняльний аналіз та визначити інформативність доступних в умовах СЛА методів діагностики та оптимізувати підхід до ведення хворих на АГ.

Матеріали і методи. Обстежено 60 хворих на АГ II ст. Середній вік $52,3 \pm 5,4$ років. Усім хворим проведено загально-клінічне обстеження, вимірювання артеріального тиску (АТ) офісним методом, добовим моніторингом (ДМАТ), домашнім самовимірюванням (ДСАТ), визначення голілково-плечового індексу (ГПІ), ЕКГ та ехокардіографію, доплерографію, біохімічний аналіз крові з визначенням швидкості клубочкової фільтрації (ШКФ) за формулою Кокрофта-Гаулдта, мікро альбумінурії (МАУ).

Результати дослідження. Проведене дослідження свідчить, що рівні АТ при вимірюванні офісним методом достовірно вищі за такі при ДМАТ і ДСАТ ($p < 0,01$), а дані середніх систолічного (САТ) і діастолічного (ДАТ) АТ при ДСАТ співставимі з даними середньодобовими при ДМАТ ($p > 0,05$). Встановлено прямий сильний взаємозв'язок між даними середніх САТ і ДАТ, виміряних ДМАТ і ДСАТ ($r = 0,82$ і $r = 0,74$; $p < 0,001$). Для рівнів САТ та ДАТ при офісному вимірюванні та ДМАТ встановлено слабший кореляційний зв'язок ($r = 0,48$; $r = 0,41$; $p < 0,05$). Подібні результати отримані при порівнянні даних вимірювань АТ на прийомі в лікаря з аналогічними при ДСАТ ($r = 0,51$; $r = 0,43$; $p < 0,05$). Чутливість офісного методу склала 100%, однак специфічність – 17%. Для ДСАТ дані показники становили 92,8 і 75% відповідно. Для визначення інформативності ЕКГ-критеріїв діагностики ГЛШ визначали їх співвідношення з показниками ЕхоКС. Встановлено кореляційний зв'язок між ІММЛШ та індексом Соколова-Лайона ($r = 0,84$; $p < 0,001$), індексом Корнелла ($r = 0,79$; $p < 0,001$), показником Раміллта-Естеса ($r = 0,76$; $p < 0,01$), а також між ВТСЛШ й критеріями Соколова-Лайона ($r = 0,62$; $p < 0,01$), Корнелла ($r = 0,57$; $p < 0,01$) у відповідних групах. Аналіз чутливості ЕКГ-критеріїв засвідчив відносно високі показники відповідно ІММЛШ у такій послідовності: індекс Соколова-Лайона (90,9%), індекс Корнелла (73,2%) та показник Раміллта-Естеса (66%), індекс Левіса (60%). Специфічність даних критеріїв становила 100% для показника Раміллта-Естеса, 80% для індексів Левіса та Соколова-Лайона, 75% для індекса Корнелла. Результати, отримані при аналізі ГПІ та ТІМ, були зіставними, про що свідчить прямий помірний взаємозв'язок між наведеними показниками ($r = 0,68$; $p < 0,01$). Чутливість рутинного методу діагностики ураження периферійних артерій становила 71,4% у відповідності з визначенням ТІМ. Специфічність ГПІ склала 91,3%. Аналіз вуглеводного обміну засвідчив підвищений рівень глюкози натщесерце в 6,5% обстежуваних хворих, у них же попередньо було діагностовано компенсований ЦД II типу. Рівні глікозильованого гемоглобіну були тотожними з даними глюкози натще. Між ними встановлений прямий кореляційний зв'язок ($r = 0,64$; $p < 0,001$). Визначення чутливості та специфічності між даними показниками (100% і 94% відповідно). Кореляційний аналіз вказав прямий помірний кореляційний зв'язок між рівнями ЗХС і ТГ ($r = 0,62$; $p < 0,01$), зворотний – між ЗХС, ТГ та ЛПВГ ($r = -0,47$; $-0,42$; $p < 0,05$ відповідно). Чутливість визначення ЗХС становила 95%, а показник специфічності склав 67%. Встановлено достовірно вищі показники креатиніну в обстежуваних хворих на АГ жителів села порівняно із здоровими особами ($p < 0,05$). ШКФ була достовірно нижчою в 45,5% хворих на АГ ($p < 0,01$). МАУ в обстежуваних пацієнтів відзначалася з частотою 42,3%. Кореляційний аналіз встановив взаємозв'язок між ШКФ та наявністю МАУ ($r = -0,66$; $p < 0,01$). Чутливість і специфічність якісного визначення МАУ становила 87% і 90% відповідно.

Висновки. У зв'язку з обмеженою можливістю використання повного обсягу методів діагностики в СЛА, найбільш інформативними для контролю АГ є ДСАТ як найбільш наближеними до «золотого стандарту» ДМАТ, індекс Соколова-Лайона та показник Раміллта-Естеса за даними ЕКГ, визначення голілково-плечового індексу, рівня загального холестерину та глюкози крові, мікро альбумінурії.

ОСОБЛИВОСТІ ПІДГОТОВКИ ЛІКАРІВ ЗА ФАХОМ «ЗАГАЛЬНА ПРАКТИКА-СІМЕЙНА МЕДИЦИНА» НА БАЗІ ІВАНО-ФРАНКІВСЬКОГО НАЦІОНАЛЬНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ

Глушко Л. В., Куласць В. М.

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет» (Україна)

Реформування вищої медичної освіти передбачає підготовку лікаря загальної (сімейної) практики вже починаючи з 5 курсу. Це вимагає якісних змін в організації навчального процесу як на додипломному, так і післядипломному етапах освіти, перш за все, створення адекватних умов для клінічної підготовки майбутніх фахівців загальної практики.

Післядипломна підготовка лікарів за фахом «Загальна практика – сімейна медицина» здійснюється в Івано-Франківському національному медичному університеті на базі кафедри терапії і сімейної медицини факультету післядипломної освіти. За цей час створено навчально-практичні центри на базі відділення «Загальна практика – сімейна медицина» (ЗПСМ) міської поліклініки (МП) № 1, с. Крихівці, клінічної лікарська амбулаторія «Загальна практика– сімейна медицина» (ЗПСМ), с. Ямниця, відділення ЗПСМ міської поліклініки № 4. Робота кафедри спрямована на спеціалізацію та підвищенні кваліфікації сімейних лікарів; організацію методичних, науково-практичних конференцій; участь у проведенні наукових досліджень з проблем сімейної медицини. На клінічних базах сімейних амбулаторій лікарі–інтерни та лікарі–курсанти можуть побачити роботу лікаря загальної практики на селі. Вагомим внеском серед заходів підготовки спеціалістів з сімейної медицини є розроблені навчальні плани і програми, рекомендації з освоєння сімейного підходу, втілення принципу здорового способу життя. Для цього на очному циклі й при стажуванні інтерни і слухачі удосконалюють свої знання в повному обсязі, необхідному для вирішення професійних завдань на лекціях, семінарах і практичних заняттях.

Сімейний лікар повинен оволодіти певним об'ємом знань і вмінь. Ми практикуємо проведення занять малими групами (по 4-5 інтерни чи слухачі), біля ліжка хворого та в амбулаторіях сімейної медицини. Для кращого сприйняття інформації, крім традиційних методів навчання, використовуємо технічні засоби (комп'ютерні модульні програми, інтернет, відеофільми, слайди), стимулюємо інтерес до навчання. На кафедрі звертається увага на оптимізацію навчально-виховного процесу.

Викладачі кафедри постійно працюють над вдосконаленням сучасних технологій та методів навчання. Серед них особливе місце займає позааудиторна самостійна робота. Це своєрідна форма організації навчання, де основний акцент ставиться на активізацію мислення лікаря, бо сьогодні, в період інформаційного буму, і студент, і лікар повинен «вміти вчитися», розширювати свій професійний рівень. Вимога до викладача – допомогти в цій роботі, викликати зацікавленість, а зацікавленість серед аудиторії післядипломного навчання дуже велика, оскільки це лікарі з великим стажем та досвідом роботи, досить часто з сільських амбулаторій де не завжди можливо отримати останню інформацію з медицини. Найбільш перспективними методами оптимізації навчання, на наш погляд, є міждисциплінарна інтеграція, втілення в роботу комп'ютерних технологій, наочних форм навчання з використанням сучасних мультимедійних презентацій, відеофільмів.

Таким чином, основною ціллю діяльності кафедри терапії і сімейної медицини післядипломної освіти Івано-Франківського національного медичного університету є підготовка кваліфікованого сімейного лікаря, який повинен освоїти знання з головних розділів медицини, діагностики, хірургічними та терапевтичними маніпуляціями, з наданням хворим першої меддопомоги, висококваліфіковано проводитиме первинну профілактику захворювань, пропаганду здорового способу життя.

ОСОБЛИВОСТІ КОРЕКЦІ НЕФРОТИЧНОГО СИНДРОМУ ЕФЕРЕНТНИМИ МЕТОДАМИ В УМОВАХ СПЕЦІАЛІЗОВАНОГО ЦЕНТРУ

Андон'єва Н. М., Авчіннікова Т. О., Гуц О. А., Лісова Г. В., Дубовик М. Я., Олянич С. О.
Харківський національний медичний університет (Україна)

Нефротичний синдром (НС) — стан, що характеризується генералізованими набряками, масивною протеїнурією (вище 50 мг/кг/добу або вище 3,5 г/добу), гіпопротеїнемією і гіпоальбумінемією (менше 20 г/л), гіперліпідемією (холестерин вище 6,5 ммоль/л).

Діагностика ґрунтується на виявленні зміни в аналізах крові і сечі (протеїнурія, гіперліпідемія, гіпопротеїнемія) на клінічних даних. Клініка НС розгортається поступово, причому переважають екстраренальні симптоми, особливо набряковий: з'являються наростаючі набряки, спочатку повік, обличчя, поперекової області (надалі можуть досягати ступеня анасарки — розповсюджений набряк підшкірної клітковини), статевих органів, асцит, гідроторакс, рідше — гідроперикард. Характерна значна гепатомегалія внаслідок дистрофії печінки. Шкіра стає блідою («перламутрова» блідість) при відсутності анемії, сухою, з'являються ознаки гіповітамінозів А, С, В1, В2, дистрофічні зміни. Розвивається задишка, тахікардія, систолічний шум на верхівці («гіпопротеїнемічнакардіопатія»). Артеріальний тиск підвищений або в межах нормальних значень. Вміст загального білка в плазмі (сироватці) крові знижений іноді до 40 г/л. (Іноді фіксуються і більш низькі значення.) Особливо різко знижена концентрація альбумінів і g-глобуліну, тоді як рівень a2-глобулінів підвищений, тобто спостерігається різка диспротеїнемія. Сироватка крові має молочний колір, у ній знаходять високий рівень ліпідів, холестерину, фібриногену. Рівень азотистих шлаків крові, як правило, нормальний, а вміст калію і натрію знижено. ШОЕ різко збільшена (до 50-70 мм/год).

Ренальна симптоматика — олігурія з високою відносною щільністю (1,026-1,030) сечі і виражена протеїнурія. При дослідженні клубочкової фільтрації по ендogenous креатиніну отримують нормальні і навіть підвищені показники, але це помилкове враження. Якщо врахувати ступінь протеїнурії, то клубочкова фільтрація при НС завжди знижена.

Медикаментозна терапія може виявитися більш дієвою в поєднанні з еферентної терапії, зокрема з плазмаферезом (ПФ). У Харківському обласному клінічному центрі урології і нефрології імені В. І. Шаповала накопичено певний досвід застосування апаратного плазмаферезу в лікуванні нефротичного синдрому у хворих з ХХН, який супроводжується аутоімунною агресією, інтоксикацією, реологічними та метаболічними порушеннями. Плазмаферез дає можливість ефективно знижувати рівень антитіл, комплексів антиген-антитіло, циркулюючих імунних комплексів. Крім того, в патогенезі захворювань нирок, що супроводжуються розвитком нефротичного синдрому, велику роль відіграють порушення системної інтрагломерулярної гемодинаміки, неімунні, метаболічні фактори (наприклад, гіперліпідемія, прозапальні цитокіни, фактори, що стимулюють фіброз). ПФ дає можливість виділяти всі речовини з плазми крові і ефект стабілізації системної та ниркової гемодинаміки може бути пов'язаний з видаленням медіаторів запалення. Поліпшення реології пов'язаний з видаленням високомолекулярних білків (фібриноген, імуноглобуліни) і ліпідів. Підсилює ефект аферезу заміщення ОЦК реологічно активними середовищами, що підвищує онкотичний тиск плазми крові. Ці ефекти ПФ зменшують протеїнурію первинно. Але, як відомо, висока протеїнурія безпосередньо вражає епітелій каналців і стимулює синтез вазоактивних молекул. Тому, на наш погляд, вторинним ефектом плазмаферезу є зменшення протеїнурії саме по собі. Зменшення втрати білка з сечею та корекція метаболічних порушень призводить до зростання рівня загального білка та альбуміну в сироватці крові, що сприяє зменшенню набряків. Тому у всіх цих випадках плазмаферез є патогенетично виправданим методом лікування і профілактики нефротичного синдрому, прогресування уражень нирок. Використання плазмаферезу на тлі імунодепресантів або пульс-терапії кортикостероїдами дозволяє швидше стабілізувати функцію нирок з припиненням прогресування ниркової недостатності та наростання нефротичного синдрому. Після відновлення біохімічного та імунного гомеостазу медикаментозна терапія може бути проведена більш ефективно і з застосуванням менших доз.

Протягом останніх трьох років в ХОКЦУН на апараті BAXTER APHERESIS було проведено 250 сеансів плазмаферезу, з них близько 40% хворих з НС. Виконувалось в середньому 4-5 операцій плазмаферезу з інтервалом 1-3 дні. Обсяг ексфузії плазми за один сеанс становив 25-30%. Розрахунок об'єму циркулюючої крові та плазми за значенням росту, маси тіла пацієнта, гематокриту, в залежності від статі. Заповнення обов'язково проводилося з трансфузією 10% розчину альбуміну людського 200 мл при рівні протеїнемії до 50 г/л, при більш високих показниках — бажано. У всіх пацієнтів досягнута трансформація нефротичного синдрому в сечовий з протеїнурією нижче 3 г/добу. Добова протеїнурія зменшувалася найбільш значимо і раніше інших показників, особливо у хворих з важким нефротичним

синдромом. Знижувалося середнє значення рівня креатиніну і сечовини, поліпшувалися показники сечового осаду, підвищувався загальний білок плазми крові.

Представлене дослідження свідчить про ефективність методів еферентної терапії, які можуть використовуватися як додатковий метод при лікуванні нефротичного синдрому у пацієнтів з хронічними хворобами нирок в умовах спеціалізованого центру.

ОСОБЕННОСТИ КАРДИАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК НА ПЕРИТОНЕАЛЬНОМ ДИАЛИЗЕ

Андоньева Н. М., Гуц Е. А., Дубовик М. Я., Лесовая А. В.

Харковский национальный медицинский университет (Украина)

На сегодняшний день перитонеальному диализу (ПД) отводится важная роль в решении проблемы обеспеченности заместительной почечной терапией больных с терминальной хронической почечной недостаточностью (ХПН). Оптимизация результатов лечения перитонеальным диализом во многом зависит от успехов в профилактике и терапии сердечно-сосудистой патологии. При ХПН в результате взаимодействия неблагоприятных гемодинамических, метаболических, воспалительных факторов поражаются как миокард, так и коронарные артерии, вследствие их атеросклеротического поражения и дисфункции вегетативной нервной системы сердца. Развивается системное уремическое поражение эндотелия и ишемическая болезнь сердца (ИБС) с исходом в хроническую сердечную недостаточность (ХСН).

К настоящему времени данной проблеме посвящены немногочисленные исследования. В нашей стране организованных работ по изучению сердечно-сосудистых осложнений перитонеального диализа не проводилось.

Цель нашего исследования. Установить клинические варианты ИБС, которые чаще всего встречаются у больных хронической болезнью почек на ПД.

Материалы и методы. Проведены исследования у 114 пациентов в возрасте от 19 до 76 лет, которые получали почечно - заместительную терапию (ПЗТ) методом ПД на базе отделения нефрологии и перитонеального диализа ОКЦУН имени В. И. Шаповала. Максимальный возраст больных составил 76 лет, преобладали лица 46-55 лет; средний возраст составил $47,9 \pm 1,3$ г. Разделение пациентов по нозологии первичного поражения почек в нашем исследовании соответствовало всеукраинскому реестру нефрологических больных, которые получают ПЗТ методом ПД: чаще всего к развитию ХПН, в 57% случаев, приводил хронический гломерулонефрит, следующее по частоте ранговое место занимал поликистоз почек (15%), диабетический гломерулосклероз (13%), хронический пиелонефрит (8%) и гипертонический нефроангиосклероз (7%). Длительность ПЗТ методом ПД у обследованных пациентов находилась в интервале от 12 до 106 месяцев, медиана длительности составила 53 месяца.

ИБС мы диагностировали по данным ЭКГ - нагрузочной велоэргометрической пробы, при эхокардиографическом исследовании в динамике и нарастающим явлениям ишемической дилатационной кардиомиопатии (ИДКМП) (диастолическая дисфункция, кальцификация и атероматоз аорты и клапанов сердца), а также у пациентов, перенесших острый инфаркт миокарда в период исследования.

Полученные данные обрабатывали с помощью пакета статистических программ SPSS19.0 for Windows.

Результаты исследования.

На основании проведенных исследований все пациенты были распределены на 5 клинических групп (таб.1).

Выделяют три основные формы ИБС, но в МКБ-10 под рубрикой 125.5 появился термин «ишемическая дилатационная кардиомиопатия». Кроме этого, существует так называемая «безболевая ишемия миокарда» («немая» ишемия). ХСН является осложнением различных форм ИБС, в том числе, «немой» ишемии, а также ИДКМП («последняя стадия ИБС», очень распространённое поражение коронарных артерий, при котором повторные эпизоды ишемии миокарда могут вызвать некрозы миокарда с последующим рубцеванием; при диффузном поражении коронарных артерий происходит медленно - прогрессирующее диффузное повреждение миокарда, вплоть до развития состояния, почти не отличимого от дилатационной кардиомиопатии).

Таблица 1

РАСПРЕДЕЛЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ ПО КЛИНИЧЕСКИМ ГРУППАМ

Клинические группы	мужчины		женщины		всего	
	n	%	n	%	n	%
1. Пациенты, страдающие стабильной стенокардией	3	2,6	2	1,8	5	3,4
2. Пациенты с ИДКМП	2	1,75	1	0,9	3	2,2
3. Пациенты с безболевым ишемией миокарда	2	1,75	2	1,84	4	3,0
4. Пациенты, перенесшие инфаркт миокарда в период исследования	3	2,6	2	1,8	5	3,4
5. Пациенты, не страдающие ИБС	1	0,8	1	0,8	2	1,1

Выводы. У пациентов с хронической болезнью почек на ПД наиболее распространённый клинический вариант ИБС – безболевая ишемия миокарда (49,1%), которая со временем трансформируется либо в острый инфаркт миокарда, либо в ИДКМП с исходом в ХСН.

СУЧАСНИЙ ПІДХІД ДО КОРЕКЦІЇ ПОРУШЕНЬ КІСТКОВО-МІНЕРАЛЬНОГО ОБМІНУ У ПАЦІЄНТІВ З ХРОНІЧНИМИ ХВОРОБАМИ НИРОК

Андон'єва Н. М., Валковська Т. Л., Лісова Г. В.

Харківський національний медичний університет (Україна)

Програма розвитку нефрологічної служби в Україні передбачає не тільки надання високоспеціалізованої медичної допомоги пацієнтам страждаючим хронічними хворобами нирок, але і корекції різноманітних ускладнень, що виникають у пацієнтів, отримуючих нирково-замісну терапію (НЗТ). Порухення фосфорно-кальцієвого обміну розглядаються як вагомий фактор, що погіршує якість життя пацієнтів, тому їх своєчасна корекція дозволяє забезпечити ефективність лікування цієї категорії хворих.

Корекція фосфорно-кальцієвих порушень є однією з найбільш частих і важких проблем. До дослідження було залучено 78 хворих на ХХНВ стадії пролонгованої ПД, які перебували на стаціонарному лікуванні в нефрологічному відділенні ХОКЦУН. Чоловіків було 37; жінок 41. Вік хворих коливався в межах від 37 до 60 років (49,0+ 3,5). За причиною розвитку ХНН хворі розподілилися так: хронічний гломерулонефрит – 33 хворих (42,3%); хронічний пієлонефрит – 17 хворих (21,7%); діабетична нефропатія – 28 пацієнтів (35,8%). Середня тривалість перитонеального діалізу (ПД) на початок дослідження склала 23 місяці.

Для встановлення клінічного діагнозу, визначення тактики лікування, а також для вивчення його ефективності всі хворі були обстежені згідно стандарту для нефрологічних пацієнтів, який включав вивчення анамнезу, клінічної симптоматики, лабораторних досліджень, проведення функціональних проб нирок, ультразвукового обстеження сечовивідних шляхів. На початку проведення замісної ниркової терапії методом ПД і через 12 місяців остеотропного лікування проводилося денситометричне дослідження змін архітекtonіки кістки. В результаті у всіх хворих відмічалось достовірне підвищення рівня фосфору, кальцію, паратиреоїдного гормону (ПТГ), на підставі чого вони були розподілені на 3 групи, в залежності від ступеню порушень фосфорно-кальцієвого обміну та ПТГ. I група (n=34) мали підвищений рівень ПТГ та гіпокальціємію; II група (n=24) – гіпокальціємію, III група (n=20) – гіперфосфатемію, гіпокальціємію. Схеми лікування передбачали корекцію доз препаратів залежно від показників кальцій-фосфорного обміну, згідно останнім рекомендаціям KDIGO. Призначалась базова терапія препаратами вітаміну D і його активними метаболітами, солями кальцію. Пацієнти I групи отримували препарат Альфа Д3-Тева. II група отримувала комбінацію препаратів – Карбонат кальцію та Альфа Д3-Тева. Хворі III групи лікувалися Карбонатом кальцію.

Після 12 місяців терапії у всіх 34 пацієнтів I групи рівень кальцію досяг від 2.1-2.3 ммоль/л; рівень ПТГ у 20-ти пацієнтів став нижче 600 пг/мл, у 7-ми склав 700-800 пг/мл, у 7-ми залишився вище 1000 пг/мл. У 17 пацієнтів зникли клінічні прояви вторинного гіперпаратіреозу. При денситометричному дослідженні в динаміці у 11-ти пацієнтів остеопороз змінився остеопенією, у 23 -ох пацієнтів архітекtonіка кістки залишилися без змін. У 22-х пацієнтів з II групи рівень кальцію досяг 2.1-2.3 ммоль/л; у 2-х залишився нижчим 2.0 ммоль/л. У 18 пацієнтів при денситометричному дослідженні ознаки остеопенії зникли. У 6-ти

пацієнтів з III групи відмічалась тенденція до зниження рівня фосфору; рівень кальцію у 20 пацієнтів був в межах 2.0-2.4 ммоль/л.

Таким чином, на підставі проведеного дослідження можливо зробити наступні висновки: 1) порушення фосфорно-кальцієвого обміну виявлені у всіх пацієнтів з ХХН, що знаходяться на лікуванні перитонеальним діалізом; 2) дослідження вмісту кальцію, фосфору в сироватці, рівня ПТГ, денситометричне дослідження у хворих на замісній нирковій терапії вважається необхідним, тому що дозволяє не лише визначити стан фосфорно-кальцієвого обміну, а й контролювати адекватність призначеної терапії; 3) застосування препаратів вітаміну D і його активних метаболітів та солей кальцію дозволило досягнути вірогідного зниження рівня паратиреоїдного гормону та сприяла нормалізації фосфорно-кальцієвого обміну у більшості хворих.

ОПТИМІЗОВАНА ФУНКЦІОНАЛЬНО - ОРГАНІЗАЦІЙНА МОДЕЛЬ ПЕРВИННОЇ ПРОФІЛАКТИКИ ЗЛОЯКІСНИХ НОВОУТВОРЕНЬ ПЕРЕДМІХУРОВОЇ ЗАЛОЗИ СЕРЕД ЧОЛОВІКІВ

Дідик І. В.

ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України» (Україна)

Актуальність. Новоутворення передміхурової залози, особливо злоякісні, визнані однією з провідних причин смертності чоловіків літнього віку, за даними офіційної статистичної звітності кожен 10-й випадок встановлення злоякісного новоутворення серед чоловіків України має його локалізацію в передміхуровій залозі (10,8 % в 2014 р.). Актуальність дослідження посилюється у зв'язку із зростанням захворюваності на рак простати в Україні, а особливо тим, що понад 25,0 % хворих помирають протягом першого року після встановлення діагнозу (в той час як в США протягом п'ятирічного спостереження помирає лише 11,0 % і постійно продовжується пошук шляхів зменшення цього показника). На думку багатьох дослідників така ситуація в Україні зумовлена високою питомою вагою встановлення діагнозу на пізніх стадіях захворювання (III-IV), що суттєво впливає на ефективність застосування сучасних методик лікування, а отже негативно відображається на прогнозі для якісного життя та працездатності пацієнта.

Метою дослідження стало обґрунтування оптимізованої моделі первинної профілактики злоякісного новоутворення передміхурової залози.

Методи дослідження. Реалізація мети дослідження потребувала використання комплексу взаємопов'язаних та взаємодоповнюючих методів дослідження, основою яких був системний підхід. У дослідженні використані наступні методи: бібліосемантичний – для вивчення світового та вітчизняного досвіду щодо проблеми своєчасної діагностики та запобігання прогресуванню злоякісних новоутворень передміхурової залози серед чоловіків; концептуального та описового моделювання – для розробки підходів до оптимізації функціонально-організаційної моделі запобігання прогресуванню злоякісних новоутворень передміхурової залози.

Результати та їх обговорення. Ретельне вивчення інформаційних ресурсів з досвіду надання спеціалізованої медичної допомоги зазначеному контингенту хворих, узагальнення та систематизація результатів власних досліджень, дозволили розробити етапність заходів первинної профілактики злоякісних новоутворень передміхурової залози, які потребують втілення в медичну практику і мають стати ключовими в роботі первинного та амбулаторно-поліклінічного рівня медичної допомоги, а саме:

1) широке інформування громадськості на популяційному, груповому та індивідуальному рівнях щодо необхідності своєчасного проходження профілактичних обстежень, знань факторів ризику та симптомів злоякісних новоутворень передміхурової залози;

2) планування та координацію профілактичних обстежень стану тканин передміхурової залози серед дорослого чоловічого населення різного віку з урахуванням та в залежності від наявності у них факторів ризику;

3) формування (на основі результатів сучасних наукових досліджень факторів ризику розвитку злоякісного новоутворення передміхурової залози, результатів прогнозування індивідуального ризику) груп ризику з кратністю проведення їх профілактичних обстежень відповідно віку;

4) організацію впровадження оптимізованої моделі первинної профілактики злоякісних новоутворень передміхурової залози (формування мети, завдань, визначення організаційного інструменту, інформаційного фонду та блоку управління) з оцінкою ефективності впровадження її елементів.

Суб'єктом управління удосконаленої моделі первинної профілактики злоякісних новоутворень передміхурової залози, в функції яких входить планування, організація, координація, мотивація, ресурсне забезпечення, в т.ч. якісної кадрової складової (навчання персоналу), моніторинг, аналіз та оцінка, прийняття та контроль виконання управлінського рішення щодо оптимізації профілактики, організація

освітніх заходів по роботі з населенням, визначені: головні лікарі; заступники головних лікарів та завідувачі відділень амбулаторно-поліклінічних медичних закладів, головні позаштатні спеціалісти міського/обласного/галузевого рівнів, як профільні фахівці за клінічною спеціальністю.

Об'єктом управління в функції якого входять: профілактична складова медичної допомоги на амбулаторно-поліклінічному рівні надання медичної допомоги; планування; моніторинг; аналіз результатів проведеної роботи; участь в організації та проведенні освітніх заходів по роботі з населенням; безперервне підвищення свого кваліфікаційного рівня (володіння сучасними знаннями та методиками первинної профілактики), визначено медичний персонал закладів, який надає первинну медичну допомогу, безпосередньо лікарі урологи та (або) андрологи амбулаторно-поліклінічного, рівня лікарі загальної практики-сімейні лікарі та населення.

Для блоку наукового регулювання, який покладається на асоціацію урологів, сімейних лікарів, головних позаштатних спеціалістів, галузеві та регіональні органи управління, визначені функції: забезпечення директивною інформацією (стандарти, уніфіковані, локальні протоколи надання медичної допомоги), сучасними науковими джерелами інформації (науково-метричні бази даних щодо первинної профілактики злоякісних новоутворень передміхурової залози); обґрунтування доцільності прийняття регіональних програм профілактики; організації зворотного зв'язку, роботи наукових товариств, науково-практичних конференцій, нарад, колегій, семінарів тощо.

Невід'ємними складовими оптимізованої моделі первинної профілактики злоякісних новоутворень передміхурової залози стали компоненти: удосконалення функціональних складових моделі, активно-конструктивної профілактики, кадрового та матеріально-технічного забезпечення, наукового супроводу.

Удосконалення функціональних складових моделі ми бачимо через перерозподіл профілактичних діагностичних функцій між первинним і вторинним рівнем з акцентом на первинну профілактику, а саме через широке інформування громадськості, організацію та проведення профілактичних заходів на індивідуальному, груповому та популяційному рівнях, надання усних і друкованих рекомендацій щодо факторів ризику раку простати, організацію та проведення Днів профілактичної медицини, Днів чоловічого здоров'я тощо.

Висновки. Ситуація, що склалася в Україні, коли кожен четвертий чоловік, якому встановлено діагноз злоякісного новоутворення передміхурової залози помирає протягом року з моменту встановлення діагнозу, свідчить про його надто пізні встановлення (в III-IV стадіях захворювання) на стадіях метастазування, коли пацієнт потребує паліативного знеболення, а існуючі методи лікування, в тому числі оперативні є малоефективними. Потребують першочергового запровадження медичну практику амбулаторно-поліклінічного рівня заходи первинної профілактики злоякісних новоутворень передміхурової залози, знання факторів ризику яких мають стати ключовими в роботі первинного рівня медичної допомоги.

МЕТОДИ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ РОЗВИТКОМ ГРОМАДСЬКОЇ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я НА ЗАСАДАХ ІНТЕГРАТИВНОЇ СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ

Борис Лемішко, Юрій Сенюк, Богдан Лемішко

Комунальна 5-а міська клінічна поліклініка (Україна)

Комітетом Верховної Ради України з питань охорони здоров'я на слуханнях 15.05.2016 відзначено, що на державному рівні опрацьована низка документів, які регламентують процеси публічного управління розвитком сімейної медицини (СМ) на макрорівні. Однак, незважаючи на створене законодавче підґрунтя, поліпшення якості медичної допомоги (ЯМД) у закладах сімейної медицини не відчутно, а мережа закладів громадської системи охорони здоров'я й досі ще не сформована належним чином, як і саме державно-громадське управління розвитком первинної медичної допомоги (ПМД) в об'єднаних територіальних громадах (ОТГ).

Метою нашого дослідження є розвиток публічного (державно-громадського) управління постійним підвищенням ЯМД на рівні закладів охорони здоров'я (ЗОЗ), які надають ПМД на засадах СМ в ОТГ.

Досягнення мети забезпечується виконанням таких завдань:

- створення організаційної структури ЗОЗ і комплексного плану публічного регулювання ЯМД на основі взаємодії з громадськістю ОТГ і зворотного зв'язку зі споживачами медичних послуг;
- реалізація заходів з безперервного професійного розвитку (БПР) фахівців СМ щодо лікувально-профілактичної роботи та управління ЯМД на основі інтегративної функції сімейного лікаря;
- запровадження локальних протоколів медичної допомоги (ЛПМД) і формулярної системи лікарських засобів на основі міжнародних клінічних настанов, національних стандартів і уніфікованих клінічних протоколів, затверджених МОЗ України;

– опрацювання і використання індикаторів ЯМД на рівні закладу, підрозділу і кожного фахівця СМ для оцінки їх роботи за рейтинговою системою з проведенням моніторингу і визначенням задоволення потреб населення ОТГ;

– ефективне використання зовнішнього і внутрішнього професійного аудиту при визначенні ЯМД та її постійного підвищення.

У комплексному механізмі публічного управління ЯМД первинної медичної допомоги на засадах СМ в ОТГ, який складається з політичного, організаційного, мотиваційного і правового механізмів, у процесі регулювання якості медичних послуг слід звернути особливу увагу на методи доступності медичних послуг їх споживачам, керованості з боку фахівців СМ, профілактичної спрямованості медико-санітарних заходів, стандартизації та доказовості медичних послуг.

Доступність ПМД на засадах СМ з року в рік в Україні поліпшується за рахунок відкриття нових амбулаторій СМ. Керованість та інтегративні зв'язки сімейного лікаря визначені Законом України «Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення медичної допомоги» від 07.07.2011 №3611-VI.

Профілактична спрямованість в роботі фахівців СМ – один з головних методів публічного управління ЯМД, що дозволяє сконцентрувати увагу фахівцям СМ на здоров'ї окремої людини та її родини. На основі концепції «чинників ризику» за активної участі родин, територіальних громад і держави реалізується комплекс заходів щодо профілактики найпоширеніших хвороб, що поліпшує якість життя людей зменшує інвалідизацію і сприяє продовженню творчого життя громадян нашого суспільства.

До методів публічного регулювання ЯМД відносяться стандартизація медичних послуг та їх доказовість, які реалізуються у повсякденній практиці фахівців СМ на основі локальних протоколів медичної допомоги та локальних формулярів лікарських засобів.

Отже, постійне підвищення ЯМД в закладах СМ об'єднаних територіальних громад передбачає застосування комплексного механізму публічного управління, його методів та інструментів, динамічного та інтегративного підходу, спрямованих на підвищення показників якості роботи фахівців сфери ПМД, що працює на засадах СМ.

НАВЧАЛЬНО-ПРАКТИЧНІ ЦЕНТРИ ПЕРВИННОЇ МЕДИКО-САНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ, ЯК ДОДАТКОВИЙ ПІДХІД ДО БЕЗПЕРЕРВНОЇ ПРОФЕСІЙНОЇ ПІДГОТОВКИ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ ПЕРВИННОЇ ЛАНКИ НА БУКОВИНІ

Сидорчук Л. П., Білецький С. В., Іващук С. І., Казанцева Т. В., Петринич О. А., Мельничук Л. В., Никифор Л. В., Соколенко А. А., Сем'янів М. М., Крикливець Л. Г.
ВДНЗ «Буковинський державний медичний університет» (Україна)

Вступ. Задачі, що поставила держава перед лікарем первинної ланки медичної допомоги – сімейним лікарем, надзвичайно актуальні і спрямовані на підвищення рівня медичної допомоги населенню для зниження рівня захворюваності, інвалідності та смертності, підвищення якості життя. Тому питання подальшого підвищення ефективності підготовки сімейного лікаря на додипломному та післядипломному рівнях залишається пріоритетним в умовах реформування національної системи охорони здоров'я.

Основна частина. Для забезпечення безперервної професійної підготовки медичних працівників первинної ланки, а також з метою удосконалення підготовки студентів, лікарів-інтернів за фахом «загальна практика-сімейна медицина», покращення якості та ефективності надання медичної допомоги жителям сільської місцевості у 2012 р. за участю кафедри сімейної медицини Буковинського державного медичного університету (БДМУ) було створено університетський Навчально-практичний центр (НПЦ) ПМСД БДМУ на базі АЗПСМ с. Коровія Глибоцького району Чернівецької області, пізніше у 2013 р. – НПЦ ПМСД БДМУ – у с. Бояни Новоселицького району.

Завданням таких центрів є сприяння організації проведення короткотривалих тематичних курсів для медичних працівників центру первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД) без відриву від виробництва шляхом надання приміщень та матеріально-технічних засобів, необхідних для здійснення навчального процесу навчальним закладом, або організації дистанційних форм навчання.

У НПЦ ПМСД БДМУ з 2014 р. кафедрою сімейної медицини було запроваджено проведення майстер-класів з офтальмоскопії, отоларингології, неврології під час яких сімейні лікарі мали нагоду ознайомитися з сучасними принципами діагностики. Проведення майстер-класу дозволило наблизити процес вивчення цих дисциплін до потреб практичної роботи сімейних лікарів і буде здійснюватися в подальшому відповідно до визначених проблемних питань та компетенцій (зокрема, у 2016-2017 р. заплановано проведення майстер-класів з проведення серцево-легеневої реанімації).

Висновок. Досвід роботи НПЦ ПМСД показав доцільність їх створення, високу ефективність проведення навчального процесу для студентів, лікарів-інтернів (у т.ч. на заочному циклі навчання), клінічних ординаторів, лікарів-слухачів за фахом «загальна практика-сімейна медицина», сімейних лікарів практичної ланки охорони здоров'я.

ОСОБЛИВОСТІ МІКРОФЛОРИ КИШКІВНИКА В ЯКОСТІ ТЕОРЕТИЧНОГО ПІДґРУНТЯ ПРОВЕДЕННЯ ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ З ПАТОЛОГІЇ КИШКІВНИКА ПРИ ПІДГОТОВЦІ ЛІКАРІВ ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ-СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ

Рудіченко В.М.

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця (Україна)

З метою оптимізації підготовки лікарів загальної практики-сімейної медицини на додипломному етапі проводиться узагальнення та систематизація власного клінічного та викладацького досвіду та аналіз літературних джерел за останні 5-7 років по проблемі патології кишківника. Результати нашого досвіду показали, що опрацювання особливостей мікрофлори кишківника становить адекватну методологічну основу проведення відповідних практичних занять з аналізом впливу різнонаправлених лікарських препаратів в залежності від виду збудника. Зокрема, мікрофлора кишківника представлена кількома групами мікроорганізмів, серед яких найбільшу частину представляють строгі анаероби, які не утворюють спор. Найбільше в кишківнику бактерій виду *Firmicutes* (60-80%) та родини *Bacteroides* (20-40%). Масова частка цих мікроорганізмів у товстому кишківнику становить 96-99%. Серед них виділяють факультативні анаероби, особливе значення з яких має грамнегативна *Escherichia coli*, а також грампозитивні ентерококи та молочнокислі бактерії роду *Lactobacillus*. В кишківнику також можуть перебувати представники так званої залишкової флори (*Staphylococcus*, *Proteus*, *Candida*, *Clostridium*, *Pseudomonas*) та різні мікроорганізми родини *Enterobacteriaceae*, які знаходяться в кишківнику постійно або тимчасово. Біомаса мікробів, які заселяють шлунково-кишковий тракт, становить 2,5-3 кілограми і сукупно представлена 450-1000 видами бактерій. Під час вивчення зі студентами аспектів діагностики увага спеціально акцентується на тому, що для вивчення мікрофлори кишківника в клінічних умовах різних відділень базової багатопрофільної лікарні використовують бактеріологічне дослідження калу, при якому кількість тієї чи іншої бактерії вираховується в колонієутворюючих одиницях (КУО) на 1г фекалій, а у кожної людини склад мікробіоти кишківника є індивідуальним і перебуває у тісному зв'язку з макроорганізмом, що потребує урахування при призначенні лікарських препаратів. Зроблені висновки, що кількісний та якісний склад мікробіоти може змінюватися в залежності від віку людини, характеру та типу її харчування, професії, клімату, в якому перебуває людина, пори року та інших факторів. Наведені дані використані нами в розробці запитань комп'ютеризованого тест-контролю множинного вибору.

ЕФЕКТИВНІСТЬ ТА БЕЗПЕЧНІСТЬ РОЗУВАСТАТИНУ У ПАЦІЄНТІВ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ ТА СУПУТНЬОЮ ПАТОЛОГІЄЮ ПОХИЛОГО ВІКУ

Найдьонова О. В., Бусел С. В., Саморукова В. В., Богатирьова Т. В.

Одеський національний медичний університет (Україна)

Мета дослідження: вивчити ефективність, переносимість та безпечність застосування розувастатину у пацієнтів з артеріальною гіпертензією (АГ) та супутньою патологією похилого віку на амбулаторному етапі лікування.

Матеріали та методи: у дослідження було включено 19 пацієнтів (чоловіки та жінки), середній вік – 68,6 років, яким був призначений розувастатин в середній дозі 7,78 мг/добу. Усім пацієнтам рекомендована гіполіпідемічна дієта. На початку дослідження та через 3 місяці визначили вміст загального холестерину (ЗХС), холестерину ліпопротеїдів низької щільності (ХС ЛПНЩ) та холестерину ліпопротеїдів високої щільності (ХС ЛПВЩ), тригліцеридів (ТГ), креатинінфосфокінази (КФК), трансаміназ та глюкози плазми крові.

Результати: через 3 місяці лікування вміст ЗХС знизився з $7,01 \pm 0,24$ до $4,39 \pm 0,15$ ммоль/л (-37,38%), ($p < 0,001$), ХС ЛПНЩ – з $4,98 \pm 0,22$ до $2,84 \pm 0,17$ ммоль/л (-43,08%) ($p < 0,001$), ХС ЛПВЩ – з $1,25 \pm 0,13$ до $1,13 \pm 0,11$ ммоль/л (-9,6%), ($p > 0,05$), ТГ – $1,56 \pm 0,17$ до $1,06 \pm 0,14$ ммоль/л (-32,05%), ($p < 0,05$).

Цільового рівня ХС ЛПНЩ $< 2,5$ ммоль/л було досягнуто у 11 (57,89%) пацієнтів. Лікування розувастатином пацієнти переносили добре. Клінічно значущого підвищення вмісту КФК, глюкози плазми крові та трансаміназ не було зафіксовано.

Висновки:

1. Лікування розувастатином в дозі 7,78 мг/добу на протязі 3 місяців на тлі гіполіпідемічної дієти дозволяє досягти цільового рівня ХС ЛПНЩ <2,5 ммоль/л у 57,89% пацієнтів.

2. Лікування розувастатином в низьких дозах у пацієнтів з АГ та супутньою патологією добре переноситься та є безпечним.

ОСОБЛИВОСТІ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ПІДГОТОВКИ ЛІКАРІВ ДЛЯ РОБОТИ В УМОВАХ НАДЗВИЧАЙНИХ СИТУАЦІЙ

Роцін Г. Г., Сличко І. Й.

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика (Україна)

Мета. Показати основні шляхи оптимізації навчання лікарів з питань надання та організації медичної допомоги постраждалим в умовах надзвичайних ситуацій (НС).

Матеріали і методи. Дослідження було проведене за допомогою вивчення фахової галузевої літератури та тестування лікарів-курсантів суміжних кафедр та циклів тематичного удосконалення, що проходили підготовку на кафедрі медицини катастроф та військово-медичної підготовки НМАПО імені П. Л. Шупика. Тестування проводили до і після відпрацювання модуля «Медицини катастроф» - Уніфікованої програми післядипломного навчання лікарів, згідно якої курсант повинен мати знання, вміння та практичні навички відповідно до міжнародних навчальних програм (BLS, ALS, ACLS, ATLS, PALS). В тестуванні брали участь 143 лікарів-курсантів, з яких склали 68 – лікарів-стоматологів та 75 – лікарів сімейної медицини. Було запропоновано відповісти на ряд запитань в 5-и блоках питань щодо надання медичної допомоги в умовах НС. I – блок питань по наданню екстреної медичної допомоги (ЕМД) в зонах НС; II – блок питань по первинному огляду та елементам медичного сортування; III – блок питань щодо проведення деконтамінації; IV – блок питань психологічної підготовки та психологічної допомоги; V – блок питань організаційних принципів.

Результати та обговорення. За результатами тестування курсантів показали, якщо лікарів-стоматологів до навчання мали рівень підготовленості до надання ЕМД 41,01% то після навчання цей показник збільшився до 87,71% ($p < 0,001$). Серед лікарів сімейної медицини рівень підготовленості до навчання не перевищував 51,88%, а після навчання досягнув 74,28% ($p < 0,001$). Таким чином, після навчання приріст рівня знань по організації та наданню ЕМД постраждалим в зонах НС склав 46,06% ($p < 0,001$) у лікарів-стоматологів та відповідно – 46,37% у лікарів сімейної медицини. Особливо слід відзначити результати тестування по блоку питань організаційних принципів надання медичної допомоги в зонах НС, якщо лікарів-стоматологів до навчання мали рівень підготовленості 22,01% то після навчання цей показник збільшився до 88,07% ($p < 0,001$). Серед лікарів сімейної медицини рівень підготовленості до навчання не перевищував 41,01%, а після навчання досягнув 92,09% ($p < 0,001$).

Висновки. Основою підготовки медичних фахівців в питаннях екстреної медичної допомоги в зонах НС є використання міжнародних навчальних програм, що забезпечить належний рівень знань та практичних навичок. Після проведеного післядипломного навчання лікарів приріст рівня знань по організації та наданню екстреної медичної допомоги постраждалим в зонах надзвичайних ситуацій, згідно проведеного тестування, склав майже 68%.

ОЦІНКА ФАКТОРІВ КАРДІОВАСКУЛЯРНОГО РИЗИКУ У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ

Заремба-Федчишин О. В.

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького (Україна)

Мета роботи: підвищити ефективність лікування та оцінити серцево-судинний ризик у хворих на артеріальну гіпертензію 1 ступеню.

Матеріали та методи роботи: обстежено та проліковано 52 хворих на артеріальну гіпертензію 1 ступеню, віком $43,74 \pm 5,85$ рр, переважали особи чоловічої статі – 55,76% (n=29), жінки – 44,24% (n=23), відповідно. Всі пацієнти перебували на стаціонарному лікуванні в кардіологічному відділенні КМК ЛШМД або на диспансерному спостереженні в період з вересня 2015 року по червень 2016. Загальний термін спостереження за пацієнтами на АГ 1 ступеню становив три місяці, який включав три візити до лікаря: 1 візит – звернення хворого за медичною допомогою на кафедрі сімейної медицини, 1-2 день знайомства з пацієнтом; 2 візит – через місяць, 27-33 день ($M \pm m = 30,2 \pm 3,5$); 3 візит – через три місяці, ($M \pm m = 91,6 \pm 2,3$).

Оцінку загального стану організму та визначення ІМТ проводили за допомогою електронний калькулятор: <http://msu.dp.ua/uk/content/kalkulyatori>; моніторингування АТ протягом доби (ДМАТ) здійснювали за допомогою добового монітору ВАТ 41-2 з програмним забезпеченням «АРАДА»; лабораторний контроль рівня ліпідогамі проводили у лабораторії Synevo®, достовірність досліджень якої підтверджується іноземними сертифікатами якості німецької референтної лабораторії DGKL; визначення десятирічного серцево-судинного ризику здійснювали шляхом застосування електронної шкали Q-RISK-2 (2015) (<http://www.qrisk.org/index.php>).

З метою гіпотензивного, гіполіпідемічного ефекту, для покращення процесів обміну та підвищення стресостійкості рекомендували зміну способу життя та застосування фітопрепарату анантаваті. Основні моменти зміни стилю життя включали: зниження вживання кухонної солі до 5 г/добу; зміна режиму харчування зі зменшенням вживання тваринних жирів і збільшення споживання рослинної їжі, збільшення в раціоні продуктів з підвищеним вмістом калію, кальцію (овочі, сухофрукти, зернові) і магнію (молочні продукти); регулярне помірне фізичне навантаження (ходьба, легкий біг 35-45хв не менше п'яти разів на тиждень; відмова від паління; обмеження вживання алкоголю до 20 г/добу та приймали анантаваті (по 1 таблетці тричі на день). Анантаваті (Ananta Medcare, Індія) – це комплексний препарат, до складу якого входить 8 трав'яних складників: *Withania Somnifera*, *Vacopa Monnieri*, *Convolvulus pluricaulis*, *Nardostachus Jatamansi*, *Arcorus Calamus*, *Rubia Cordifolia*, *Celastus Paniculatus*, *Centella Asiatica*.

Оцінка отриманих результатів та статистичний аналіз отриманих показників здійснювали за допомогою пакету ліцензійних комп'ютерних програм для аналізу результатів медико-біологічних та епідеміологічних досліджень STATISTICA® 6.0 (StatSoft, Inc, 2001) та Excel® (Microsoft® Office, 2010). Кількісні фактори пред'явлено у вигляді середнього $M \pm m$ статистичного відхилення.

Отримані результати представлені у таблиці.

ДИНАМІКА ЗМІН ПОКАЗНИКІВ ПРИ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ 1 СТУПЕНЮ ІЗ НИЗЬКИМ ТА ПОМІРНИМ СТУПЕНЕМ РИЗИКУ

Ознаки	1 візит	2 візит	3 візит
ІМТ, кг/м ²	29,97±3,08	25,24±2,96	24,13±2,72
Сер.САТ, мм Рт.ст	144,7±6,2	133,1±4,8	122,9±3,4
Сер.ДАТ, мм Рт.ст	93,9±4,1	85,1±2,9	79,6±5,4
ЗХС, ммоль/л	5,76±0,67	5,32±0,45	5,15±0,32
ХС-ЛПНЦ, ммоль/л	3,22±0,24	2,99±0,21	2,54±0,25
QRISK2	3,51±1,97	2,23±1,34	1,9±1,1

Відмічено покращення добового індексу (ДІ) АТ, показника, що вказує на зниження АТ вночі по відношенню до денного. При первинному визначенні фізіологічне зниження АТ (група «dipper») відмічалось у 22 (35,48%) пацієнтів на АГ 1 ступеня, патологічне зниження АТ у 30 осіб, відповідно. Патологічний тип зниження АТ відмічено у 64,52% пацієнтів, з них група із недостатнім зниженням АТ вночі, «non-dipper», становила 48,08% (n=25), група надмірного зниження, «over-dipper» – у 7,69% випадків (n=4), підвищення АТ вночі у порівнянні із денним, група «night-peaker» – у 5,77% (n=3). Через місяць наявна позитивна динаміка ДІ, що проявлялася збільшенням кількості осіб із фізіологічним типом зниження АТ на 29,03% (n=31), а через три місяці група «dipper» складала 40 осіб, що на 45% вище

первинних значень. Закономірно, що при збільшенні кількості осіб у групі із ДІ 10-20, зменшилася кількість пацієнтів із патологічними типами зниження АТ вночі, а саме через місяць покращення показника відбулося на 30% (n=21), через три місяці на 60% (n=12), у порівнянні із даними до лікування.

Висновки.

1. У практичній діяльності сімейного лікаря при обстеженні пацієнта із підозрою на АГ – перевагу слід надавати проведенню добового моніторингу АТ (ДМАТ), оскільки ДМАТ являється не тільки «золотим стандартом» діагностики АГ, але і дозволяє отримати інформацію щодо додаткових факторів ризику АГ – рівень добового індексу, варіабельність та навантаження АТ протягом доби, гіпотонічний індекс АТ та ін. Проведення ДМАТ, в свою чергу, надасть можливість не тільки отримати достовірну та більш повну інформацію щодо додаткових факторів серцево-судинного ризику, але і призначити більш адекватні та ефективні методи лікування АГ.

2. Застосування бальної шкали QRISK2 та проведення комплексного аналізу його складових: сер.САТ, ЗХ, ІМТ, наявність тютюнопаління – є більш чутливим та специфічним методом оцінки кардіоваскулярного ризику у порівнянні зі шкалою SCORE та FREMINGEM щодо прогнозування виникнення можливих атеросклеротичних кардіо- та цереброваскулярних подій у хворих на АГ 1 ступеню (низький або помірний ДодР).

3. Застосування анантаваті та зміна стилю життя у складі немедикаментозного лікування у пацієнтів на АГ 1 ступеню (низького або помірного додаткового ризику) є безпечними, ефективними методами терапії АГ, що володіють стійкими гіпотензивними властивостями, мають гіполіпідемічну дію, сприяють покращенню обміну речовин, що призводить до покращення прогнозу щодо ризику розвитку серцево-судинних подій в цілому.

КАРДІАЛЬНІ УСКЛАДНЕННЯ ПРОТИПУХЛИННОЇ ТЕРАПІЇ (КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК)

Заремба Є. Х., Федечко М. Й., Онищук Ю. І

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького (Україна)

В своїй щоденній практиці сімейний лікар дедалі частіше стикається з пацієнтами, які проходять лікування чи лікувалися з приводу онкологічних захворювань. Сьогодні нові терапевтичні програми лікування раку покращують виживання пацієнтів, проте кардіотоксичні впливи променевої терапії та медикаментозних засобів ведуть до збільшення частоти серцево-судинних захворювань у цих пацієнтів, прискорюють розвиток серцево-судинних ускладнень у хворих з наявними факторами серцево-судинного ризику. Крім цього кардіотоксичний вплив має сама онкологічна інтоксикація, особливо в період максимальних проявів основного захворювання.

На останньому Європейському конгресі кардіологів було прийнято документ з питань лікування онкологічних захворювань і його токсичного впливу на серцево-судинну систему, на основі якого будуть розроблятися клінічні рекомендації. У документі узагальнюються основні докази впливу лікувальних і діагностичних втручань з метою більш ефективного запобігання виникненню серцево-судинних ускладнень у пацієнтів з онкологічною патологією.

Деякі групи лікарських засобів сприяють ремоделюванню міокарда через токсичний вплив на кардіоміоцити, що призводить до розвитку кардіоміопатій та, як наслідок, серцевої недостатності. До цих лікувальних засобів належать, зокрема, антрацикліни, негативний вплив яких є дозозалежним. Засоби, що застосовуються для лікування онкологічних захворювань можуть викликати ендотеліальну дисфункцію та вазоспазм (5-флуоропірамідини), збільшувати прокоагулянтні властивості крові (цисплатин), а променева терапія може провокувати розрив атеросклеротичної бляшки та тромбоз коронарних судин.

Клінічний випадок. Хвора Г., 76 років, поступила у інфарктне відділення зі скаргами на болі за грудиною стискаючого характеру та виражену загальну слабкість. З анамнезу відомо, що хворіє на гіпертонічну хворобу та ІХС понад 15 років. Шість місяців тому виявлено негоджкінську дифузну В-великоклітинну лімфому, у зв'язку з чим прооперована (проведено комбіновану проксимальну резекцію шлунка з резекцією діафрагми, нижньої третини стравоходу, лівої частки печінки, краєву резекцію нижньої частки лівої легені, резекцію лівого наднирники, тіла та хвоста підшлункової залози, спленектомію). Гістологічне та імуноцитохімічне дослідження підтвердило діагноз негоджкінської дифузної В-великоклітинної лімфоми. Хворій проводили хімотерапію (ритуксимаб, вінкристин, доксорубіцин, циклофосфамід, дексаметазон), розпочато променеву терапію. Після початку променевої терапії у хворі виникли вищезгадані скарги.

При поступленні у відділення виявлено гемодинамічні порушення (АТ 70/30), тахікардія (ЧСС 100 ударів за хвилину), ЕКГ-зміни (негативний Т у V2-V5).

Встановлено діагноз: ІХС. Прогресуюча стенокардія. Гіпертонічна хвороба, II стадії, II ступеня, ризик високий. СН ІА зі збереженою систолічною функцією лівого шлуночка. Діагноз підтверджено клінічно та даними інструментальних та лабораторних досліджень. У хворой внаслідок резекції наднирники виникла гостра наднирникова недостатність зі зниженням АТ нижче 80/40 мм.рт.ст, яка була скорегована глюкокортикостероїдами. Пацієнтці проведено лікування з призначенням антикоагулянтів, антиагрегантів, дофаміну, гідрокортизону, метаболічної терапії. Виписана з покращенням.

Клінічний випадок свідчить, онкологічне захворювання і лікарські засоби, променева терапія та оперативне втручання, які застосовувалися для його лікування у хворой з факторами ризику серцево-судинної патології (вік та артеріальна гіпертензія) призвели до розвитку прогресуючої стенокардії та гострої наднирникової недостатності.

Таким чином, при лікуванні хворих на онкологічні захворювання, особливо з серцево-судинними факторами ризику, необхідно враховувати можливі ускладнення (гострий інфаркт міокарда, порушення ритму і провідності, розвиток хронічної серцевої недостатності). До ведення цих хворих необхідно включати кардіологів.

НЕДИФЕРЕНЦІЙОВАНА ДИСПЛАЗІЯ СПОЛУЧНОЇ ТКАНИНИ - СУЧАСНИЙ ПОГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ

Заремба Є. Х., Рак Н. О., Заремба О. В., Гриб Н. В.

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького (Україна)

Мета. Покращити діагностику недиференційованої дисплазії сполучної тканини (НДСТ), опрацювати прогностичні критерії тяжкості захворювання на основі вивчення її впливу та клінічний перебіг артеріальної гіпертензії (АГ).

Матеріал і методи дослідження. Обстежено 72 хворих на АГ II-III стадії 1-3 ступенів (середній вік 58,6 років), які перебували на стаціонарному лікуванні в кардіологічному відділенні КМКЛШМД м. Львова. Дослідження НДСТ проводили за методикою Кадуріної Т.М. (2010). Проведено об'єктивні, клініко-морфологічні, лабораторні обстеження (ліпідний спектр крові, С-реактивний протеїн, сечова кислота), інструментальні дослідження (ЕКГ, ехо-КГ, ЕФГДС, УЗД внутрішніх органів та судин нижніх кінцівок, УЗ дуплексне обстеження сонних і хребтових артерій, рентгенологічне дослідження хребта, консультації спеціалістів (офтальмолог, невропатолог, травматолог, стоматолог).

Результати та їх обговорення. Зовнішні фенотипові ознаки НДСТ у хворих на АГ астенічну будову тіла виявлено у 20,9% осіб. Доліхоморфію у вигляді доліхостеномелії – у 12,9%. Змін шкіри: білі стрії на грудях, на стегнах, сідницях найчастіше спостерігали у 35,4% пацієнтів, гіпереластоз – у 20,9%, шкірні прояви – у 9,7%. Грижі діагностовано у 8,1% хворих, сколіоз хребта – у 12,9%, остеохондроз – у 24,2%. У 25,8% пацієнтів з АГ виявлено гіпермобільність суглобів різного ступеня. Про неповноцінність сполучної тканини при гіпертонії свідчили стигми дизембріогенезу (малі аномалії розвитку), серед яких зустрічали аномалії вушних раковин (великі та малі вуха, відкоплені деформовані вушні раковини) – у 22,6%, макродактилія великого пальця стопи – у 48,4%.

Зі сторони внутрішніх фенотипових ознак ДСТ виявлено зміни органів зору (найчастіше ангіопатію сітківки – у 96,77%, обмеження периферичного поля зору – у 32,26%, пресбіопію – у 32,26%, гіперметропію – у 25,80%, міопію легкого ступеня – у 16,13%, середнього – у 12,90%, катаракту – у 12,90%, глаукому – у 9,68%, астигматизм – у 6,45%, атрофію дисків зорових нервів – у 6,45%, псевдофакію – у 4,84%, плоску рогівку – у 3,22%, підвивих кришталика – у 1,61%, деструкцію скловидного тіла – у 1,61% пацієнтів).

У серцево-судинній системі діагностували аномальні хорди шлуночків серця (АХШС) – 16,1% осіб. Деформація порожнини шлуночків серця, турбулентний потік крові при АХШС викликали діастолічну дисфункцію, створювали особливі умови функціонування серця, провокуючі тригерні фактори призводили до розвитку аритмій. У хворих на АГ часто зустрічали різновидні порушення ритму та провідності: блокади ніжок пучка Гісса – в 4,8% осіб, надшлуночкова тахікардія – в 1,6%. Серед порушень ритму серця поширені фібриляція передсердь – в 25,8% хворих, шлуночкова екстрасистолія – в 19,3%. Вроджені вади серця, зокрема коарктація аорти виявлені – в 1,6% осіб, зміни судин, зокрема аневризма аорти – в 1,6%, стеноз гирла аорти – в 4,8%, пролапс мітральної стулки – в 1,6%. Розщеплення задньої мітральної стулки між сегментами спостерігали в 1,6% хворих. Синдром дисплазії сполучної тканини серця (пролапс мітрального клапану, аневризми внутрішньосерцевих перегородок, додаткові аномально розташовані хорди в шлуночках серця) діагностовані критеріями групи ризику при формуванні вади серця в хворих на АГ. Атрофічний гастрит і гастродуоденіт виявлено в 3,2% хворих, грижі стравохідного отвору діафрагми – в 1,89%. Аномалії жовчного міхура (дискінезія жовчовивідних шляхів, перегини, перетинки) діагностовано

– в 22,7% осіб. Серед внутрішніх ознак ДСТ у 8,1% пацієнтів виявлено кісти нирок, полікістоз – у 4,8%, неповне подвоєння нирки – в 12,9%, нефроптоз – у 1,2%. Сечо-кислий діатез спостерігали у 28,4% хворих, варикозне розширення вен нижніх кінцівок – у 15,2%, гіпоплазію хребтової артерії – в 1,2%. Остеохондроз хребта виявлено – в 12,6%. Плоскоступість відмічено в 12,6%. Зміни ротової порожнини (парадонтит, карієс зубів) спостерігали – в 3,2%.

При лабораторному обстеженні ліпідного спектру крові виявлені зміни, характерні для активації атерогенезу: підвищення в крові рівня загального холестерину в 53,2% випадків, холестерину ліпопротеїдів низької щільності – в 62,9%, зниження вмісту холестерину ліпопротеїдів високої щільності – в 19,3%, достовірне підвищення коефіцієнту атерогенності – в 64,5%, підвищення показників тригліцеридів – в 20,9% випадків, С-реактивного протеїну – в 24,2%, сечової кислоти – в 16,1%.

Висновки.

1. У хворих на артеріальну гіпертензію поєднану з дисплазією сполучної тканини, розповсюджені зміни зі сторони серцево-судинної системи, органів зору, внутрішніх органів та кістково-суглобової системи. Чим більше виражена дисплазія сполучної тканини в поєднанні з показниками активності запального процесу (С-реактивного протеїну, сечової кислоти) і ліпідного спектру крові тим важчий клінічний перебіг захворювання, більший ризик розвитку ускладнень.

2. Своєчасне виявлення НДСТ, систематичний диспансерний нагляд за хворими проведенням комплексу заходів, спрямованих на покращення структури та функції сполучної тканини, корекція імунодефіциту дозволяє покращити результати первинної профілактики розвитку АГ.

ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ НОРИЦЬ ПРЯМОЇ КИШКИ З ВИКОРИСТАННЯМ КОЛАГЕНОВОЇ ПЛІВКИ

Фелештинський Я. П., Борн Є. Є.

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика (Україна)

Мета: покращення хірургічного лікування нориць прямої кишки.

Матеріали та методи. В клініці кафедри за період з 2012 по 2016 рр. прооперовано 78 хворих з норицями прямої кишки. Вік хворих складав від 25 до 60 років. Чоловіків було 49 (62,8%), жінок 29 (37,1%) хворих. Серед них у 20 хворих було діагностовано інтрасфінктерні нориці, у 35 транссфінктерні та у 23 екстрасфінктерні. В залежності від методики хірургічного лікування хворі були розділені на 2 групи. В першій групі у 39 хворих виконувались класичні методики висічення нориць прямої кишки. Другу групу складала 39 хворих яким виконувалась розроблена нами методика хірургічного лікування з використанням колагенової плівки.

Результати та обговорення. В першій групі термін загоєння післяопераційної рани складав $15 \pm 4,2$ днів, в другій групі $10 \pm 2,1$ дні відповідно. Віддалені результати впродовж 2 років показали, що у першій групі у 7 (11,5%) хворих виник рецидив захворювання. У хворих другої групи за цей період часу рецидивів захворювання не спостерігалось. Такий результат досягнуто за рахунок використання в комплексному хірургічному лікуванні хронічного парапроктиту колагенової плівки, волокна якої являють собою поперечно зв'язаний колаген і еластин позбавлених клітинних структур, жирової тканини. Стійкість плівки до атак макрофагів, тканинних та бактеріальних колагеназ дає змогу забезпечити постійне закріплення м'язих тканин ділянки оперативного втручання навіть в присутності бактеріальної інфекції.

Висновок. Використання у комплексному хірургічному лікуванні хронічного парапроктиту колагенової плівки, забезпечує надійне закриття внутрішнього отвору нориці, значно прискорює регенерацію тканин на ділянці висіченої нориці, дозволяє скоротити термін лікування та ліквідує підґрунтя для рецидиву захворювання.

ВПЛИВ КОМБІНОВАНОЇ АНТИГІПЕРТЕНЗИВНОЇ ТЕРАПІЇ НА ПОКАЗНИКИ НЕСПЕЦИФІЧНОГО СИСТЕМНОГО ЗАПАЛЕННЯ ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ ВИСОКОГО РИЗИКУ

Заремба Є. Х., Заремба-Федчишин О. В., Вірна М. М.

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького (Україна)

Мета. Покращити ефективність лікування хворих на артеріальну гіпертензію (АГ) на основі вивчення показників добового моніторингу артеріального тиску (ДМАТ) при застосуванні комбінованої антигіпертензивної терапії, оцінити її вплив на показники ліпідограми, СРБ і загального фібриногену.

Матеріали та методи дослідження. Обстежено 66 хворих (40 жінок і 26 чоловіків) на АГ II стадії, 1-3 ступенів. Середній вік становив $60,8 \pm 5,2$ років. До та після лікування всім хворим проводили ДМАТ за

допомогою осцилометричного апарата АВРМ50 (NEACO, London), реєстрацію показників АТ здійснювали кожні 15 хв. вдень і кожні 30 хв. вночі. Цільовим середньодобовим рівнем АТ вважали показник менше 130/85 мм рт. ст. Хворим, в яких середньодобова ЧСС становила більше 80 уд/хв., призначали фіксовану комбінацію бісопролол+амлодипін; якщо ЧСС менша 70 уд/хв. – лізиноприл+амлодипін; ЧСС в межах 70-80 уд/хв., а середньодобовий АТ перевищував 155/90 мм рт. ст. – призначали поєднання бісопролол+амлодипін та лізиноприл+амлодипін. Хворих розподілено на дві групи: I група – 36 хворихотримувализ гіполіпідемічної терапії розувастатин 10 мг, II група – 30 хворих – додатково приймали равісол. Равісол – настоянка із суміші трав (омела біла 1,5 г, хвощ польовий 1 г, софора японська 1,5 г, гіркий каштан 1,5 г, глід 2 г, конюшина 1 г, барвінок малий 1,5 г), рекомендований до застосування як гіполіпідемічний середник (3 рази на день за 20 хв. до їди). Ефективність лікування оцінювали згідно отриманих результатів ДМАТ, ліпідограми, рівнів СРБ та загального фібриногену. Обстеження проводили при поступленні хворих в стаціонар після 30 днів лікування. Отримані результати піддавали математично-статистичному аналізу, вірогідність результатів визначали за допомогою t-критерію Ст'юдента.

Результати. В усіх хворих під впливом лікування відмічено зниження показників ліпідограми. У II групі хворих додаткове застосування равісолу сприяло швидшій нормалізації рівня ЗХС (37,5% проти 35,2%; $p<0,001$), ХС ЛПНЩ (46,2% проти 40,1%; $p<0,01$), ТГ (30,3% проти 25,7%; $p<0,05$), КА (45,6% проти 42,6%; $p<0,01$). Рівень ХС ЛПВЩ під впливом лікування підвищився на 38,1% у II групі проти 26,3% у I групі.

До лікування в хворих обох груп виявлено достовірне підвищення рівня загального фібриногену, що вказує на збільшення активності коагуляційного гемостазу в хворих на АГ. Підвищення показника загального фібриногену, поряд із достовірним підвищенням СРБ, розцінюємо як чинники запалення, що є додатковим предиктором розвитку серцево-судинних ускладнень і вимагає підвищеної уваги та терапевтичної корекції. Проведене лікування призвело до нормалізації показників в обох групах. У II групі хворих, які в комплексному лікуванні використовували равісол покращання показників було більш вираженим. Рівень СРБ знизився у I групі на 19,41% ($p<0,05$) порівняно з 28,3% ($p<0,05$) у II групі, рівень загального фібриногену знизився у I групі на 7,69% ($p<0,05$) порівняно з 10,5% у II групі ($p<0,05$).

Висновок. Результати проведеного дослідження свідчать про ефективність застосування комбінованої антигіпертензивної терапії в хворих на АГ високого ризику, що сприяє уникненню несприятливих серцево-судинних ускладнень. Фітопрепарат равісол є дієвим додатковим компонентом комплексної гіполіпідемічної терапії. Після 30 днів застосування відмічено позитивний вплив на динаміку показників ліпідного спектру крові, СРБ та загального фібриногену. Равісол добре переноситься хворими, може використовуватися з лікарськими засобами інших груп.

МАГНІЄВО-ПОЛІМІНЕРАЛЬНИЙ КОМПЛЕКС «ВЕТІСМАГ» НА БОРІТЬБИ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ

Хайменова Г. С., Янчук О. А.

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія» (Україна)

Стрімке зростання поширеності ЦД, його вплив на рівень серцево-судинної захворюваності та передчасної смертності в усіх країнах світу вимагає постійного пошуку всіх можливих факторів, що впливають на патогенез даного захворювання незалежно від традиційних концепцій. У зв'язку з цим особливий інтерес представляє проблема дефіциту магнію у пацієнтів з ЦД. Відомо, що серед ендокринних і метаболічних розладів, пов'язаних з дефіцитом магнію, ЦД є найбільш поширеним. Відомо, що його дефіцит зустрічається від 13,5 до 47,7% випадків.

Магній займає друге місце за поширеністю у внутрішньоклітинному просторі серед мікроелементів організму людини. Є важливим регулятором клітинних процесів, кофактором сотні ферментів, які беруть участь, в тому числі, і в вуглеводному обміні, а також бере участь в секреції, зв'язуванні і реалізації дії інсуліну, залучений в патогенез розвитку інсулінорезистентності. Таким чином, дефіцит магнію зустрічається досить часто серед пацієнтів з ЦД 2 типу і відіграє певну роль як у розвитку, так і в прогресуванні захворювання. Можливо, що саме корекція рівня даного елемента є важливою ланкою в підвищенні ефективності цукрознижувальної терапії у пацієнтів з ЦД 2 типу.

Магнієво-полімінеральний комплекс для внутрішнього застосування «БЕТИКМАГ» («ВЕТІСМАГ») – це унікальне, висококонцентроване, природне, легкозасвоююче джерело життєво важливих макро – та мікроелементів.

Метою нашого дослідження стала оцінка ефективності і переносимості препарату «ВЕТІСМАГ» в лікуванні хворих цукровим діабетом 2 типу.

У клініці ДУ «Інститут проблем ендокринної патології імені В. Я. Данилевського НАМН України» було проведено відкрите нетривале клінічне дослідження ефективності та переносимості висококонцентрованого магнієвого полімінерального комплексу для перорального застосування «ВЕТІСМАГ» у пацієнтів з цукровим діабетом 2 типу.

Група включала 20 пацієнтів: 8 чоловіків і 12 жінок з ЦД 2 типу. Тривалість захворювання склала від 4 до 18 років. Середній вік склав $58,3 \pm 7,9$ року. Кількість хворих жіночої статі (60%) перевищувало таке чоловічої статі (40%). Всім пацієнтам до комплексної терапії було додано прийом дієтичної добавки «ВЕТІСМАГ» тричі в день. Тривалість спостереження за пацієнтами склала 3 місяці.

Аналіз соматичних проявів показав, що найбільш частими були головні болі – у 20 хворих (100%), підвищення артеріального тиску – у 20 (100%), судоми в нижніх кінцівках – у 18 (90%), дратівливість – у 19 (95%), кардіалгії – у 20 (100%), вегетативно-судинні прояви – у 20 чол. (100%), безсоння – у 18 (90%), больовий синдром в ногах – у 15 (75%), відчуття втоми – у 20 (100%).

Оцінка ефективності мінерального комплексу «ВЕТІСМАГ» проводилася за наступними критеріями: поліпшення якості сну, зменшення головного болю і серцебиття, зменшення судом в нижніх кінцівках, стабілізація показників АТ, поліпшення показників стану вуглеводного обміну (середньодобова глікемія, значення HbA1c).

За результатами дослідження, зменшення кількості судом в нижніх кінцівках, поліпшення якості сну, зменшення дратівливості відзначили 100% пацієнтів, у 77% пацієнтів зменшилися коливання артеріального тиску. В результаті додавання до комплексної терапії препарату «ВЕТІСМАГ» відзначалася позитивна динаміка в сфері соматичних проявів. Найбільш помітними були зміни в поліпшенні настрою, значно меншою астеничних і соматовегетативних проявів, поліпшення якості сну, зменшення інтенсивності больового синдрому в нижніх кінцівках, відповідно покращився і якість життя.

Проведена експрес-оцінка самопочуття, активності і настрою (методика САН). Діапазон показників після курсу прийому препарату покращився в 2,5 рази ($p < 0,0001$).

У групі обстежених пацієнтів вихідний середній рівень систолічного артеріального тиску (САТ) становив – 150 мм рт. ст., рівень діастолічного артеріального тиску (ДАТ) – 96 мм рт. ст. Рівень САТ після лікування – 129 мм рт. ст. і рівень ДАТ – 80 мм рт. ст. ($p < 0,01$).

У процесі спостереження відзначено клінічно значуще поліпшення наступних параметрів стану вуглеводного обміну: показників глікемії натщесерце і середньодобової глікемії, рівня HbA1c з $8,1 \pm 0,5$ до $7,02 \pm 0,5\%$, а також знизилася середньодобова глікемія з $11,68 \pm 1,4$ до $8,76 \pm 0,93$ ммоль / л (для всіх показників, $p < 0,05$).

Було отримано клінічно значиме зниження рівня АЛТ з $1,65 \pm 0,4$ до $1,05 \pm 0,27$, $p < 0,05$, що свідчить про зменшення симптому цитолізу, відновленні функціонування гепатоцитів і, як наслідок, позитивне вплив на стан вуглеводного обміну.

Аналіз переносимості препарату в комбінованій терапії показав, що в 90% випадків (18 пацієнтів) вона була хорошою, в 10% – задовільною. Задовільна оцінка обумовлена появою скарг на діарею, які припинилися після зменшення кратності прийому препарату.

Були зроблені висновки, що магнієвого-полімінеральний комплекс «ВЕТІСМАГ» в комплексному лікуванні хворих на ЦД 2 типу проявляє позитивну дію на вуглеводний обмін (знижує рівень HbA1c, глікемії натщесерце і постпрандіальної глікемії).

Використання магнієвого комплексу доведено підвищує ефективність гіпоглікемічної терапії і достовірно зменшує дозування вживання цукрознижувальних препаратів.

Покращує показники ліпідного обміну (знижує рівень холестерину, тригліцеридів, ЛПНЩ, підвищує рівень ЛПВЩ), відповідно уповільнює прогресування системного атеросклерозу і зменшує ризик кардіоваскулярних подій.

Позитивно впливає на стан гепатоцитів, покращує роботу біліарної системи. Має хорошу переносимість і не має побічних ефектів.

УСКЛАДНЕННЯ ПІСЛЯ ПРОВЕДЕНОГО ЧЕРЕЗШКІРНОГО КОРОНАРНОГО ВТРУЧАННЯ В ХВОРИХ З ГОСТРИМ КОРОНАРНИМ СИНДРОМОМ

Заремба Є. Х., Мизак Я. В., Сало В. М., Заремба О. В.

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького (Україна)

Проблема лікування ішемічної хвороби серця є однією із найбільш актуальних і пріоритетних задач вітчизняної та світової охорони здоров'я. Поряд з консервативною терапією в лікуванні ішемічної хвороби серця широко використовують оперативні методи лікування – аорто-коронарне шунтування і черезшкірне коронарне втручання.

Одним із основних методів діагностики ІХС є коронароангіографія (рентгеноконтрастне дослідження), яка дозволяє визначити характер, місце і ступінь звуження вінцевої артерії. Цей метод є «золотим стандартом» у діагностиці ІХС і дозволяє вирішити питання вибору та обсягу діагностично-лікувальних заходів. Найбільш ефективним методом коронарної ангіопластики є стентування коронарних судин серця.

Тромбоз стента – ускладнення реперфузійної терапії, яке клінічно може проявлятися інфарктом міокарда або раптовою коронарною смертю. У найближчий післяопераційний період існують фактори, пов'язані безпосередньо зі станом хворого, з технікою втручання та факторами з ураження коронарних судин.

Мета. Виявлення тромбозу та рестенозу стентів у хворих з гострим коронарним синдромом після проведення черезшкірного коронарного втручання.

Матеріали та методи дослідження. Обстежено 243 хворих з гострим коронарним синдромом, які перебували на стаціонарному лікуванні в кардіологічному та інфарктному відділеннях КМКЛШІМД міста Львова. Середній вік хворих становив $56,73 \pm 12,45$ років. Пацієнтам проведено коронарографічне обстеження.

Результати та їх обговорення. Встановлено, що серед 243 хворих, яким проведена коронарографія, в 20 (8,23%) виявлено раніше імплантовані стенти. У 4 (20%) пацієнтів виявлено тромбоз стента, в 9 (45%) – гемодинамічно значні рестенози, у 7 (35%) – прохідні стенти з незначним рестенозом.

Ураження коронарного русла в пацієнтів зі гемодинамічно значним рестенозом стента було таким: у 70% – багатосудинне, у 25% – двохсудинне, у 5% – односудинне.

Висновки.

1. Тромбоз стентів виявлено у хворих, які активно курили.
2. У 75% хворих тромбоз стентів виник на фоні відміни подвійної антиагрегантної терапії.
3. Кількість тромбозів стентів з медикаментозним покриттям і без нього була однаковою, виникала у пізній і дуже пізній періоди.

СУЧАСНИЙ ПІДХІД ДО ТЕРАПІЇ ХВОРИХ З ПОЄДНАНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ:

ХОЗЛ І ІХС

Хайменова Г. С.

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія» (Україна)

На сьогоднішній день лікарі все частіше зустрічаються з так званим коморбідним перебігом хронічного обструктивного захворювання легень (ХОЗЛ) та ішемічної хвороби серця (ІХС), який супроводжується синдромом взаємного обтяження та розвитком «хибного кола», що призводить до погіршення перебігу ХОЗЛ та негативно впливає на ефективність базисного лікування.

Враховуючи спільні фактори ризику та патогенетичні механізми розвитку обох захворювань все частіше приділяється увага використанню статинів в комплексному лікуванні ХОЗЛ.

Метою нашого дослідження стало дослідити клінічну ефективність використання розувастатину в комплексному лікуванні ХОЗЛ у поєднанні з ІХС.

Було обстежено 60 хворих на ХОЗЛ В групи у поєднанні з ІХС (стабільна стенокардія напруги ФК І-ІІ) віком від 51 до 67 років (середній вік склав $57,03 \pm 3,51$ років), які перебували в пульмонологічному відділенні Полтавської обласної клінічної лікарні імені М. В. Скліфосовського. Діагноз ХОЗЛ встановлювався відповідно до наказу МОЗ України № 555 від 27.06.13 зі змінами наказу від 16.04.2014 № 270. Діагноз ІХС був верифікований на підставі клініки, анамнезу, ЕКГ, тесту з 6-ти хвилинною ходою (6MWD).

Відповідно до поставленої мети дослідження, всі хворі були розділені на дві групи. Пацієнти основної групи (n=30) отримували протокольну терапію ХОЗЛ та ІХС включаючи 10 мг розувастатину. Пацієнти контрольної групи (n=30) не приймали розувастатин.

Обстеження хворих проводилось до початку та через 12 тижнів після лікування і включало в себе оцінку респіраторних симптомів захворювання в балах від 0 (відсутність симптомів) до 3 (значно виражені симптоми). Ступінь вираженості задишки оцінювали за модифікованою шкалою задишки Medical Research Council Dyspnoea Scale. Толерантність до фізичного навантаження вивчали за допомогою 6MWD. Визначали рівень холестерину, ЛПНЩ, ЛПВЩ. Визначали функцію зовнішнього дихання, аналізу підлягали: ОФВ₁ об'єм форсованого видиху за першу секунду, ОФВ₁/ФЖЕЛ – індекс Генслара.

Середню частоту загострень протягом року оцінювали за рахунок ретроспективного вивчення анамнезу.

Після проведеного лікування в пацієнтів обох груп відмічалось покращення клінічного стану за рахунок зменшення інтенсивності вираженості респіраторних симптомів захворювання. Однак, у пацієнтів основної групи мало місце достовірно значиме зменшення інтенсивності кашлю та кількості харкотиння, ніж у пацієнтів контрольної групи ($p < 0,05$). Також після проведеного лікування в пацієнтів спостерігали підвищення толерантності до фізичного навантаження, але у пацієнтів II групи вона не носила суттєвий характер, тоді як у пацієнтів основної групи пройдена відстань була достовірно більшою ($p < 0,05$). Слід відзначити, що у пацієнтів основної групи після лікування мало місце достовірне зменшення бронхообструкції, за рахунок підвищення ОФВ₁, ІГ ($p < 0,05$).

Аналізуючи показники ліпідного спектру крові хворих основної та контрольної групи до і після лікування була відмічена суттєва різниця. Так після проведеного лікування у пацієнтів основної групи мало місце достовірне зниження рівнів в крові загального ХС, тригліцеридів, ЛПНЩ, а також підвищення ЛПВЩ ($p < 0,01$).

Ретроспективне вивчення анамнезу показало, що частота загострень протягом останнього року спостерігалась від 1 до 2 разів на рік ($1,6 \pm 0,48$).

Включення розувастатину до комплексного лікування хворих на ХОЗЛ у поєднанні з ІХС дозволяє зменшити та стабілізувати основні клінічні прояви цієї констеляції захворювань за рахунок плейотропної дії.

Частота загострень ХОЗЛ у хворих з поєднаною патологією при застосуванні статинів значно зменшується, що сприяє підвищенню якості життя пацієнтів.

ОРГАНІЗАЦІЯ ПЕРИНАТАЛЬНОЇ ДОПОМОГИ В США ЗА РЕЗУЛЬТАТАМИ ПРОГРАМИ ОБМІНУ ДОСВІДОМ «ВІДКРИТИЙ СВІТ»

Гриб Н. В., Зінчук С. Ю., Матюха Л. Ф., Титова Т. А.

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика (Україна)

На сьогодні США є потужною країною і займає позицію лідерства в світі в питаннях гармонійного розвитку суспільства. Одним з ключових факторів є комплексний розвиток системи охорони здоров'я, який базується потужному кадровому потенціалі, ресурсному забезпеченні та запровадженні передових наукових досягнень в медицині. Розвиток системи охорони здоров'я забезпечується за рахунок залучення значних фінансових ресурсів, а саме, через страхову складову. Це виливається в надання якісних медичних послуг громадянам. В той же час, негативним фактором є те, що існує певна частина громадян для, яких ці послуги є недоступні через власні фінансові труднощі.

Мета роботи: ознайомлення з принципами організації охорони здоров'я в США. В рамках запропонованої теми – питання ведення вагітності, пологів, педіатричного догляду, амбулаторного лікування дітей протягом перших днів життя.

В США традиційно розвинутою є система сімейної медицини. На кожного сімейного лікаря припадає 2000 пацієнтів, що дещо перевищує середні показники по Україні, та становить близько 20 відвідувачів на день. В США до компетенції сімейного лікаря у тісній взаємодії з акушер-гінекологами та іншими спеціалістами входить обслуговування жінок з фізіологічним перебігом вагітності. В тому числі, нагляд впродовж усього терміну вагітності.

Поняття декретної відпустки в США не існує. При фізіологічному перебігу вагітності кожній жінці надається 16 неоплачуваних тижнів відпустки, період використання якої вона розподіляє самостійно, тобто оформити її на період вагітності та пологів, чи лише після пологів. Загальна кількість візитів до лікаря – орієнтовно 13 під час фізіологічної вагітності.

Попри належну організацію медичного нагляду перебіг вагітності і пологів у певної категорії пацієнток ускладнюється зайвою вагою, а подекуди ожирінням. Крім цього, медичним працівникам доводиться враховувати присутність в окремих пацієнток шкідливих звичок. Особливістю штату Орегон є те, що віднедавна на його території легалізовано вживання наркотичної речовини – марихуани. Дане питання набрало особливої гостроти серед певної частини вагітних жінок, які не бажають відмовлятися від цієї звички під час вагітності, грудного вигодовування та догляду за дитиною. Це викликає стурбованість лікарів і ними проводиться значна роз'яснювальна робота серед такої категорії вагітних.

Типово пологи відбуваються в спеціалізованих медичних закладах, за участю кваліфікованих фахівців і належним рівнем обладнання. Проте існують альтернативні пологові будинки, де працюють лікарі та допоміжний персонал, які забезпечують для породіллі домашню атмосферу, що є дуже важливим для створення психологічного комфорту.

Цікавий є той факт, що з профілактичною метою в США призначають вітамін Д в дозі 4000 МО протягом всього перебігу вагітності. Для новонароджених дітей – мінімальною дозою є 400МО, щоденно з другого місяця життя.

Висновки. Результатом існуючої системи організації медичної допомоги в США є партнерські стосунки між лікарем та пацієнтом, побудовані на психологічному комфорті і високому рівні медичного обслуговування.

Одним з багатьох підтверджень цього факту є значно нижчий рівень перинатальної смертності в США, що становить відповідно 4 випадки на 1000 новонароджених, в порівнянні з Україною – 6 випадків на 1000 (згідно з даними «theworldbankgroup»).

ДОЦІЛЬНІСТЬ ДОДАВАННЯ ПОЛІКОЗАНОЛУ ДО ГІПОЛІПІДЕМІЧНОЇ ТЕРАПІЇ ХВОРИХ НА СТАБІЛЬНУ ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ З ПОМІРНО ПОРУШЕНОЮ ФУНКЦІЄЮ ПЕЧІНКИ

Соломенчук Т. М., Восух О. В.

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького (Україна)

Мета. Оцінити ефективність застосування полікозанолу комбінації з розувастатином у хворих на стабільну ішемічну хворобу серця (ІХС) з помірно порушеною функцією печінки.

Матеріали і методи. У дослідження включено 57 пацієнтів (36 чоловіків і 21 жінка) віком від 37 до 72 років (середній вік – $54,4 \pm 6,5$ років) із стабільною ІХС, ГХС та помірним підвищенням активності печінкових ферментів. Першу (I) групу склали 22 осіб, яким призначили розувастатин в еквівалентній дозі 10-20 мг на добу (середня доза – 12,7 мг), другу (II) – 35 пацієнтів, яким поряд з розувастатином 10-20 мг (середня доза 13,2 мг) призначали полікозанол («ФІТОСТАТИН» 20 мг на добу). Ефективність і безпечність гіполіпідемічної терапії оцінювали, як відсоток змін ($\Delta\%$) середніх рівнів загального холестерину (ЗХС), холестерину ліпопротеїдів низької густини (ХС ЛПНГ), холестерину ліпопротеїдів дуже низької густини (ХС ЛПДНГ), холестерину ліпопротеїдів високої густини (ХС ЛПВГ), тригліцеридів (ТГ) та функціонального стану печінки (γ -глутамілтранспептидази (γ -ГТП) та аланінамінотрансферази (АЛТ) між їх вихідними величинами (1 візит) та рівнями, визначеними через 12 тижнів лікування (2 візит). Дослідження здійснювали на біохімічному аналізаторі ФП-901 (Фінляндія). Аналіз отриманих даних проводили на персональному комп'ютері з використанням стандартних прикладних програм статистичного аналізу «Microsoft Office Excel 2007» і «StatSoft Statistica 6.0». Достовірність різниці між групами визначали за допомогою t-критерію Стьюдента.

Результати. Аналіз динаміки показників ліпідного обміну засвідчив суттєве достовірне зниження атерогенних фракцій ліпідів у пацієнтів I групи. Вміст у крові ЗХС знизився з $6,78 \pm 0,27$ до $4,82 \pm 0,36$ ммоль/л (на 28,9%, $p < 0,05$), рівень ХС ЛПНГ – з $4,52 \pm 0,35$ до $2,70 \pm 0,26$ ммоль/л (на 40,9%, $p < 0,05$); ХС ЛПДНГ – з $1,15 \pm 0,11$ до $0,94 \pm 0,15$ ммоль/л (на 18,3%, $p < 0,05$); середня концентрація ТГ – з $2,61 \pm 0,30$, відповідно, – до $2,10 \pm 0,13$ (на 19,5%, $p < 0,05$). Рівень антиатерогенної ліпідної фракції – ХС ЛПВГ, збільшився на 6,9% (з $1,08 \pm 0,12$ до $1,16 \pm 0,09$ ммоль/л, $p < 0,05$). Водночас, в групі пацієнтів, які поряд з розувастатином приймали полікозанол (II група), наприкінці дослідження отримано суттєво кращі результати ліпідкоригуючого лікування: середні рівні атерогенних фракцій ліпідів виявились достовірно на 10,3-14,5% нижчими, а вміст ХС ЛПВГ – на 6,9% вищим, порівняно з хворими I групи. Зокрема, вміст ЗХС знизився з $6,89 \pm 0,31$ до $4,15 \pm 0,24$ ммоль/л (на 39,8%, $p < 0,05$), ХС ЛПНГ – з $4,60 \pm 0,29$ до $2,05 \pm 0,23$ ммоль/л (на 55,4%, $p < 0,05$); ХС ЛПДНГ – з $1,19 \pm 0,13$ до $0,85 \pm 0,09$ ммоль/л (на 28,6%, $p < 0,05$); ТГ – з $2,52 \pm 0,34$ до $1,73 \pm 0,19$ (на 31,3%, $p < 0,05$). Рівень ХС ЛПВГ, збільшився на 13,8% (з $1,06 \pm 0,15$ до $1,23 \pm 0,18$ ммоль/л, $p < 0,05$). Цільові значення ХС ЛПНГ ($< 1,8$ ммоль/л) в I групі були зареєстровані у 59,1% осіб, в той час як в II групі – у 77,1%, тобто на 18,0% пацієнтів більше ($p < 0,05$). Цільові рівні ТГ ($< 1,7$ ммоль/л) через 12 тижнів додатково досягли 36,4% в групі розувастатину (I група), а при його поєднанні з полікозанолом (II група) – 48,5% ($p < 0,05$).

Аналіз 12-тижневої динаміки показників функціонального стану печінки засвідчив сприятливий вплив двох схем лікування, але з явною перевагою застосування комбінації розувастатину і полікозанолу (II група). Зокрема, у I групі середній рівень АЛТ достовірно знизився на 16,4% (з $1,45 \pm 0,24$ до $1,21 \pm 0,15$ ммоль/л·год, $p < 0,05$), а γ -ГТП – на 8,8% (з $52,91 \pm 5,12$ до $48,29 \pm 3,28$ од/л, $p < 0,05$). Серед хворих II групи зниження цих показників виявилось приблизно у 4 рази більш інтенсивним: АЛТ – на 48,4% (з $1,59 \pm 0,20$ до $0,82 \pm 0,10$ ммоль/л·год, $p < 0,05$), а γ -ГТП – на 36,8% (з $49,80 \pm 4,8$ до $31,48 \pm 3,5$ од/л, $p < 0,05$).

Висновки. Комбіноване застосування полікозанолу і розувастатину впродовж 12 тижнів дозволяє досягти цільових рівнів ліпідів крові у переважної більшості хворих на стабільну ІХС з помірно порушеною функцією печінки без необхідності інтенсифікації статинотерапії. Водночас, полікозанол має

гепатопротекторний ефект, який виявляється у 4 рази більш інтенсивним зниженням початково підвищених рівнів печінкових ферментів при його застосуванні разом з розувастатином, порівняно з монотерапією останнім.

КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ВИРАЗКОВОЇ ХВОРОБИ В ДІТЕЙ

Мельник Д. В.

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика (Україна)

Виразкова хвороба (лат. *ulcus*-виразка) являється поліетіологічним хронічним захворюванням, що має циклічний перебіг та характеризується появою дефектів (виразки) слизової оболонки ДПК, дане захворювання схильне до прогресування і розвитку ускладнень, що загрожують життю пацієнта.

За різноманітними результатами ендоскопічних, морфологічних, клінічно-фізіологічних, біохімічних та мікробіологічних досліджень встановлена етіопатогенетична та клінічна неоднорідність різних варіантів виразок дванадцятипалої кишки, які об'єднані єдиним морфологічним субстратом, а саме виразкою та відрізняються своєрідними клінічними варіантами хвороби, що потребує індивідуалізованого підходу до лікування та профілактики даного захворювання.

З усіх виразок гастродуоденальної зони статистично на один випадок виразки шлунка припадають 4-5 випадків виразкової хвороби ДПК.

У дівчаток пік захворювання припадає на 9-11 років, у хлопчиків – на 12-14 років. Частота виразкової хвороби як у хлопчиків, так і у дівчат приблизно однакова, а співвідношення виразок шлунка і виразок ДПК становить у хлопчиків 1 : 9, у дівчаток – 1: 13.

Крім того, встановлено, що для дівчат більш характерними є поодинокі виразки з локалізацією у проксимальному відділі цибулини ДПК, а у хлопчиків у 8 разів частіше зустрічаються множинні виразки дистального відділу ДПК, які вирізняються торпідним перебігом, частими рецидивами впродовж року, суттєвим переважанням обтяженої спадковості по ВХДПК у матері або її родичів.

Для дитячого віку характерні деякі клінічні особливості: хвороба може розвиватися безсимптомно на протязі тривалого часу, а потім прогресування та бурхливі гострі напади, можливий розвиток тяжких ускладнень, що можуть закінчитися травматичними операціями.

Зокрема, до особливостей сучасного перебігу ВХДПК у дітей шкільного відносяться найбільш значимі – це значне омолодження патології часто виразкова хвороба дванадцятипалої кишки маніфестує у 6-7-річному віці. Збільшується кількість рецидивів, тривале збереження гостроти запально-деструктивних процесів, нетипові клінічні прояви (олігосимптомний перебіг, безбольовий варіант), збільшення кількості ускладнень, відсутність бажаного ефекту від лікування, резистентність до лікувальних заходів, що проводяться.

Можна зробити висновок, що діагностика та лікування виразкової хвороби дванадцятипалої кишки та її ускладнень у дітей до теперішнього часу залишаються актуальною і невирішеною проблемою. Незважаючи на значну кількість робіт, присвячених ВХ, питання етіології, патогенезу, виникнення ускладнень та лікування ВХ у дітей залишаються недостатньо вивченими.

ФОРМАЛІЗОВАНА МОДЕЛЬ ФУНКЦІОНУВАННЯ СИСТЕМИ МЕДИЧНОГО ОБСЛУГОВУВАННЯ НАСЕЛЕННЯ

Шекера О. Г.¹, Яблонський П. М.³, Шекера О. О.², Мельник Д. В.¹, Кухарчук Х. М.¹, Панасенко М. С.¹

¹ Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика (Україна)

² Національний медичний університет імені О. О. Богомольця (Україна)

³ Національний університет оборони України

Мета. Оцінити стан здоров'я людини та її працездатність.

Матеріали і методи. Проведені дослідження свідчать про необхідність проведення періодичних комплексних медичних обстежень. Такі обстеження необхідно проводити, як для певних груп населення, для яких важливим є високий рівень здоров'я і працездатності, так і для людей, які мають певні хронічні захворювання. У сучасній літературі відносно мало наукових робіт з визначення комплексного стану здоров'я і працездатності населення.

Для кількісного опису ефективності системи медичного обслуговування населення потрібно створити математичну модель її функціонування. Математична модель - це приблизний опис навколишнього світу за допомогою математичної символіки. Для математичного опису системи медичного обслуговування потрібно визначити основні параметри, які характеризують поведінку системи у певних умовах. Вибір

основних параметрів медичного обслуговування займає важливе місце під час побудови математичної моделі.

Враховуючи наведені вище особливості комплексних медичних обстежень системи медичного обслуговування населення для її формалізованого моделювання враховані такі основні міркування:

- 1) медичне обслуговування здійснюється у вигляді обов'язкових комплексних медичних обстежень через певні проміжки часу поряд з можливістю самостійного звертання захворілого за медичною допомогою в проміжках часу між такими обстеженнями;
- 2) хворий в інтервалі між комплексними медичними обстеженнями не завжди звертається за медичною допомогою з різних причин;
- 3) існує певна кількість помилкових звертань за медичною допомогою осіб, яким вона не потрібна;
- 4) одним з основних чинників, що визначає об'єм як лікувальної, так і диспансерної роботи, є рівень захворювання людей;
- 5) важливе значення для визначення періодичності комплексних медичних обстежень має середня величина інтервалу між захворюваннями;
- 6) реальний рівень якості медичної діагностики, а саме – своєчасність і точність діагностики в поліклініці, а також у лікарні;
- 7) часові затрати на відновлення працездатності людей, а також затрати часу на обстеження при звертанні за медичною допомогою і під час проведення комплексних медичних обстежень;
- 8) більшість з наведених показників має випадковий характер.

Функціонування реальної системи медичного обслуговування означає зміну її станів. Для переходу до кількісного опису системи будемо вважати, що вона змінюється із часом стохастично. Це означає випадковий характер зміни станів системи і випадковість часу перебування у станах. Тобто зміна станів системи відбувається з певними ймовірностями переходів, а час перебування у станах є випадковим. Стохастичність системи не виключає наявності детермінованих переходів та детермінованого часу перебування у станах.

Практичне використання інтегральних показників оцінки комплексних медичних обстежень можливе вже зараз, враховуючи наявність досить потужних електронно – обчислювальних машин, а також потужні бази даних. Останні забезпечують систематичне збирання відомостей про різні показники стану здоров'я, а саме: тимчасової непрацездатності, тривалості лікування, результати медичних оглядів, а також показники, що характеризують стан та якість медичної допомоги (ймовірність правильної постановки діагнозу, якість лікування, частота проведення комплексних медичних обстежень, витрачений на обстеження час).

Модель, що враховує вище наведені чинники, показана на рис. 1.

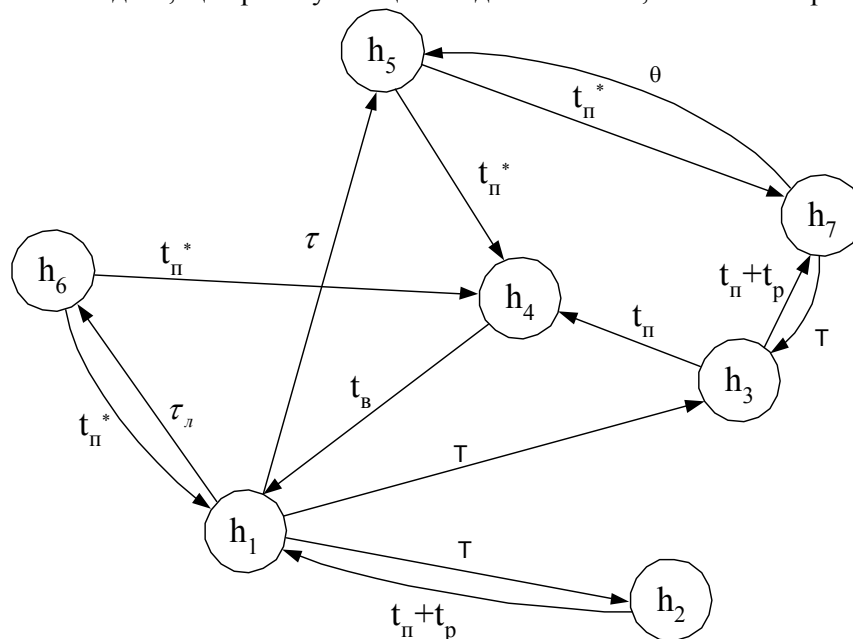


Рис. 1. Формалізована модель медичного обслуговування населення

В моделі використовуються такі позначення:

h_1 - пацієнт знаходиться у працездатному стані,

h_2 - пацієнт проходить комплексне медичне обстеження через невідомий час T , при цьому він у проміжок часу між комплексними медичними обстеженнями не хворів і в момент його проведення

знаходиться у працездатному стані;

h_3 - пацієнт проходить комплексне медичне обстеження через невідповідний час T , він хворий, але до проведення огляду за медичною допомогою не звертався;

h_4 - пацієнт знаходиться на лікуванні до повного відновлення працездатності;

h_5 - у випадкову мить τ на інтервалі $(0 \dots T)$ пацієнт захворів і своєчасно звернувся за медичною допомогою;

h_6 - у випадкову мить τ_n на інтервалі $(0 \dots T)$ здоровий пацієнт звернувся за медичною допомогою;

h_7 - хворий пацієнт помилково признаний здоровим;

T - період проведення комплексних медичних обстежень пацієнтів;

t_v - час повного відновлення працездатності хворого пацієнта;

τ - випадковий час звертання хворого пацієнта за медичною допомогою;

τ_n - випадковий час звертання здорового пацієнта за медичною допомогою;

t_n - час обстеження пацієнта при комплексному медичному обстеженні;

t_p - час виконання в ОК профілактичних заходів;

t_n^* - час обстеження захворілого пацієнта при звертанні у Центр первинної медичної допомоги;

θ - випадковий час проявлення хвороби пацієнта, що була пропущена під час огляду у поліклініці.

Висновки. Таким чином, під формалізованою моделлю будемо розуміти сукупність кількісних значень параметрів, що описують об'єкт дослідження, і якісних ознак об'єкта, яка буде використовуватись в подальших наших дослідженнях.