

В.І. Величко, В.В. Ткачук, І.В. Ткачук

ВПЛИВ ЖИРІВ РОСЛИННОГО І ТВАРИННОГО ПОХОДЖЕННЯ НА ЛІПІДНИЙ ОБМІН

Одеський національний медичний університет, м. Одеса, Україна

За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, щорічно від неінфекційних захворювань (НІЗ) помирає 38 млн людей. Серед НІЗ найбільш частими є серцево-судинні хвороби (інфаркт міокарда, інсульт), онкологічні захворювання, хронічні захворювання органів дихання (bronхіальна астма, хронічне обструктивне захворювання легень) і цукровий діабет [4].

Існує взаємозв'язок між особливостями харчування людини та ризиком розвитку багатьох НІЗ.

Харчування – це сукупність процесів, пов'язаних із вживанням поживних речовин і їх засвоєнням в організмі, завдяки чому забезпечується відновлення енергетичних затрат та побудова тканин.

Під здоровим харчуванням розуміють вживання таких харчових субстанцій, які максимально задовольняють потреби людини в енергетичних, пластичних та регуляторних сполуках, що дає змогу підтримувати здоров'я на достатньому рівні і попереджувати виникнення будь-яких гострих чи хронічних захворювань [1].

За останніми рекомендаціями, загальна калорійність дієти має бути розподілена серед макронутрієнтів таким чином: 45–65% енергії – з вуглеводів; 10–35% – з білка; 20–35% – з жиру [2].

Велику роль у харчуванні людини відіграють ліпіди, які мають найбільшу енергетичну цінність.

Так, при згоранні 1 г жиру вивільняється 9.3 ккал (38.9 кДж), тобто у 2,25 рази більше, ніж при розщепленні такої ж кількості білків або вуглеводів (при окисленні 1 г білка і 1 г вуглеводів вивільняється по 4,1 ккал (17,2 кДж)). Ліпіди не тільки виконують роль енергетичного резерву, але і входять до складу усіх тканин організму.

За даними літератури, на стан здоров'я людини впливає кількість спожитого жиру. Так, харчовий раціон жителя так званих цивілізованих країн містить велику кількість жиру, насичених і мононенасичених жирних кислот, кухонної солі. Навпаки, їжа жителів регіонів, далеких від сучасної цивілізації, багата на ненасичені жирні кислоти, мінеральні солі, вітаміни А, С, харчові волокна. В останніх серцево-судинна патологія зустрічається у 8–10, а цукровий діабет – в 5–6 разів рідше [3].

Вважається, що тип жирів має навіть більше значення, ніж кількість жиру, що споживає людина. Так, насичені жирні кислоти підвищують ризик розвитку ішемічної хвороби серця, а ненасичені, навпаки, мають протективний ефект.

Джерелом насичених жирних кислот є молочні (зокрема, цільне молоко, вершкове масло, сир), м'ясо

(свинина, яловичина, птиця), сало, деякі рослинні олії (кокосова, пальмова); мононенасичених жирних кислот – рослинні олії (соняшникова, кукурудзяна, оливкова), м'ясо; поліненасичених жирних кислот – рослинні олії, майонез, маргарини, м'ясо птиці, горіхи тощо.

Мета роботи – вивчити вплив жирів рослинного та тваринного походження на ліпідний обмін тварин, що знаходились на високожировій дієті.

Матеріали та методи. У роботі використано такі продукти: соняшникова олія, вершкове масло, стандартний раціон віварію (СРВ).

Експерименти проведено на білих щурах лінії Вістар, поділених на групи. 1-а група (контроль) отримувала СРВ. 2-га – отримувала додатково до СРВ 15% соняшникової олії, 3-я – отримувала додатково до СРВ 15% вершкового масла.

Тривалість експерименту становила 41 добу. У сироватці крові визначено вміст тригліцеридів (ТГ) та холестерину (ХС).

Результати. Рівень ТГ у щурів, які отримували високожирові раціони, достовірно підвищувався порівняно з групою контролю. Так, у 2-й групі тварин даний показник майже у 2 рази ($p < 0,001$), а в третій групі – у 3,7 рази ($p < 0,001$) перевищував аналогічний показник групи контролю. Проте більш виражені зміни спостерігались у групі тварин, які отримували високожировий раціон, збагачений вершковим маслом ($p < 0,001$), порівняно з групою щурів, які отримували високожировий раціон, збагачений соняшниковою олією.

У щурів 2 та 3-ї груп достовірно підвищувався вміст ХС у сироватці крові – в 1,6 рази ($p < 0,001$) та у 1,5 рази відповідно ($p < 0,001$) порівняно з групою контролю. Спостерігалась також тенденція до підвищення даного показника у 2-й групі тварин (на 5%) щодо 3-ї групи, проте, за результатами статистичного аналізу, достовірних відмінностей не виявлено ($p > 0,05$).

Висновки. Проведені нами дослідження підтверджують літературні дані про те, що дієти з високим вмістом жирів призводять до розвитку порушень ліпідного обміну. Стан ліпідного обміну залежить від типу жирів, що споживаються. Більш виражені порушення спостерігаються при вживанні жирів тваринного походження, можливо, за рахунок високого вмісту насичених жирних кислот.

З метою запобігання розвитку та прогресування низки НІЗ слід обмежити вживання продуктів, які містять велику кількість насичених жирів, і дотримуватись дієти, в якій вміст жирів не перевищує рекомендовані норми.

Література

1. *Дієтологія* : підручник / за ред. Н. В. Харченко, Г. А. Анохіної. – Київ : Меридіан, 2012. – 526 с.

2. *Методичні рекомендації для лікарів загальної практики – сімейної медицини з приводу консультування пацієнтів щодо основних засад здорового харчування* : наказ МОЗ України від 14.01.2013 № 16 [Електронний документ]. – Режим доступу : www.moz.gov.ua. – Назва з екрана.

3. Харченко Н. В. Решенные проблемы здорового питания / Н. В. Харченко // *Научный журнал МОЗ Украины*. – 2014. – №2 (6). – С. 46–53.

4. *Global status report on noncommunicable diseases 2014*. – Geneva : WHO, 2014 [Електронний документ]. – Режим доступу : http://www.who.int/nmh/publications/ncd-status-report-2014/en/accessed_3_February_2015. – Назва з екрана.

Л.О. Волошина

ОСОБЛИВОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ L-АРГІНІНУ У ХВОРИХ НА ОСТЕОАРТРОЗ ІЗ ВИСОКИМИ РІВНЯМИ КОМОРБІДНОСТІ І ВАСКУЛЯРНОГО РИЗИКУ

ВДНЗ «Буковинський державний медичний університет», м. Чернівці, Україна

Остеоартроз (ОА) – одне з найбільш поширених гетерогенних захворювань суглобів в осіб старших вікових груп, яке характеризується прогресуючим перебігом і зростаючими рівнями полі- та коморбідності та васкулярних подій. Існує загроза поліпразматичності та побічних ефектів від лікарських засобів. Тому в лікувальних комплексах таких пацієнтів рекомендується застосувати ліки з метаболічно багатогранною та системною дією. Одним із таких є L-аргінін.

Мета роботи – дослідити особливості позитивної дії L-аргініну у хворих на ОА з високими рівнями коморбідності і васкулярного ризику.

Матеріали та методи. В нашій рандомізованій вибірці взяли участь 70 хворих на ОА II–III ст. у віці 50–78 років, серед яких переважали жінки (58 осіб – 82,85%). Діагноз ОА встановлювався згідно з рекомендаціями EULAR (2010), коморбідних захворювань – згідно з відповідними протоколами МОЗ України. Діагнози коморбідних захворювань підтверджувалися відповідними фахівцями. Усі хворі неодноразово лікувалися в ревматологічних чи терапевтичних відділеннях стаціонарів різного рівня. Критерії ефективності лікування: клінічні (регрес проявів ОА, коморбідних захворювань, показники якості життя), біохімічні (динаміка параметрів ліпідограми, кінцевих метаболітів оксиду азоту), ЕКГ. Усі хворі отримували стандартне лікування ОА (НПЗП, хондропротектори, місцеве лікування, гастропротектори), за потреби – додатково гіпотензивні, антиішемічні. Обстежений контингент пацієнтів розподілявся на дві репрезентативні групи: порівняльну (40 осіб), що отримували стандартне лікування, та основну (30 хворих), які додатково приймали L-аргініну аспаратат («Тівортін», Юрія-Фарм, Україна) по 5 мл (1,0) тричі на день впродовж 4–6 тижнів, надалі – по 5 мл двічі на день (підтримуючий курс) впродовж такого ж часу.

Рівень кардіоваскулярного ризику (КВР) визначався за шкалою SCORE. Тривалість спостереження – 6 місяців.

Також нами були обстежені 20 практично здорових осіб аналогічного віку (контрольна група за біохімічними показниками крові). Дані оброблені статистично.

Результати. У всіх хворих відмічалися 4–7 коморбідних захворювань (артеріальна гіпертензія (АГ) – у 26 (37,14%) осіб, ішемічна хвороба серця (ІХС) – у 49 (70%), ожиріння I–III ст. – у 6 (8,57%), жирова хвороба печінки – у 3 (4,29%), цукровий діабет 2-го типу – у 5 (7,14%), хронічний панкреатит – у 7 (10%), гастроентеропатії – у 12 (17,14%), хронічні пієлонефрити – у 6 (8,57%), у т.ч. на тлі сечокислового діатезу, СКХ – у 4 (5,71)). У віковому аспекті спостерігалось кількісне зростання коморбідних процесів та їх вираженості. В гендерному аспекті у жінок вираженішими були ступені ожиріння, ІХС, стеатогепатоз, ураження нирок, системність ураження суглобів із домінуванням гонартрозу. Серед коморбідних процесів клінічно і прогностично переважали захворювання серцево-судинної системи, які разом з ураженням печінки і порушенням вуглеводного обміну формували метаболічний синдром, а їх оцінка за шкалою SCORE зумовлювала високий та дуже високий рівні КВР. У всіх хворих відмічалися різні ступені дисліпідемії з коливанням коефіцієнту атерогенності в межах 3,5–6,2. Хвороби системи травлення, нирок та шкіри оцінювалися як «некардіоваскулярні коморбідні стани» (P.S. Wang et al., 2005). Хворі обох груп з метою запобігання васкулярних подій отримували 75–100 мг ацетилсаліцилової кислоти на добу, що, за останніми науковими повідомленнями, є недостатнім при високих і дуже високих рівнях КВР.

Вибір L-аргініну був зумовлений як джерело для синтезу оксиду азоту, а також з урахуванням доведеної його антиоксидантної, антигіпоксичної, цитопротекторної, гепатопротекторної, антисклеротичної, анаболічної дій на вуглеводний і

білковий обмін тощо, що відповідало суті виявлених порушень у хворих за наявності комплексу коморбідних захворювань.

Уже з 5-10-го дня застосування «Тівортину» помітно зменшувалися прояви ІХС, артеріальної гіпертензії (АГ), поліпшувалися показники якості життя (толерантність до фізичних навантажень, настрої, сон). На прояви ОА особливого позитивного ефекту не виявлено. У хворих із високим КВР через 4 тижні відмічався суттєвий позитивний вплив на прояви ІХС, АГ, що дало змогу знизити дози антигіпертензивних і гіпотензивних засобів, однак у пацієнтів із дуже високим КВР вдалося досягти подібного ефекту лише через 6 тижнів.

Співставлення параметрів ліпідогам крові початково і через 3 місяці показало помірну дію на окремі її параметри зі зниженням коефіцієнту

атерогенності з $5,6 \pm 0,34$ до $4,4 \pm 0,42$ ($p < 0,05$), що є ще далеким від його нормального діапазону.

Але більш важливим було збільшення рівня кінцевих метаболітів NO у крові з $15,76 \pm 0,82$ мкмоль/л до $20,6 \pm 1,04$ ($p < 0,001$), що виявилось близьким до аналогічного показника у практично здорових ($22,1 \pm 0,54$; $p < 0,05$) та стало біохімічним доказом поліпшення функції ендотелію судин.

Слід зазначити, що від перорального прийому «Тівортину аспартату» нами не виявлено побічних ефектів.

Висновки. Застосування «Тівортину аспартату» в комплексному лікуванні хворих на ОА позитивно впливає на коморбідні захворювання та порушення обміну ліпідів і оксиду азоту в крові, що зумовлюють високий і дуже високий рівні КВР, а також підвищує якість життя хворих.

Н.В. Гранкіна¹, Н.Є. Марченко²

АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ РАНЬОГО ВИЯВЛЕННЯ СОЦІАЛЬНО НЕБЕЗПЕЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ У ЗАКЛАДАХ ПЕРВИННОЇ МЕДИКО-САНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ ДНІПРОПЕТРОВСЬКОЇ ОБЛАСТІ

¹КЗ «Дніпропетровський протитуберкульозний диспансер ДОР», м. Дніпропетровськ, Україна

²КЗ «Дніпропетровський обласний центр з профілактики та боротьби зі СНІДом»,
м. Дніпропетровськ, Україна

Актуальною проблемою для Дніпропетровської області є високий рівень поширеності соціально небезпечних захворювань, зокрема, туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу. У зв'язку з цим у регіоні гостро постає питання ранньої діагностики цих захворювань, насамперед на первинному рівні надання медичної допомоги.

На тлі ускладнення соціально-економічного становища і, як наслідок, зниження доступності до якісної медичної допомоги незахищених верств населення, у тому числі груп соціального ризику, показники захворюваності на туберкульоз і ВІЛ/СНІД у регіоні свідчать, що своєчасність виявлення зазначених захворювань не є оптимальною.

За підсумками 2014 р., показник поширеності всіх форм активного туберкульозу серед населення області в 1,4 разу вищий за середній по Україні (125,5 на 100 тис. населення проти 90,2 відповідно), а поширеність ВІЛ-інфекції вища за середню по країні у 2,3 разу (736,6 на 100 тис. населення проти 322,5).

За даними статистики, Дніпропетровська область, поряд із Донецькою, Запорізькою, Київською, Миколаївською, Одеською, Рівненською та Херсонською, входить до регіонів України, де показник захворюваності на деструктивні форми туберкульозу останні 3–4 роки вищий за середній по країні (2014 р.: Україна – 21,8 на 100 тис. населення, Дніпропетровська область – 25,2 на 100 тис. населення).

В області повільно зростає питома вага ВІЛ-позитивних осіб, взятих під медичний нагляд у III–IV клінічній стадії захворювання (2013 р. – 58%, 2015 р. – 60%).

Несвоєчасна діагностика та пізній початок лікування приводять до подальшого поширення соціально небезпечних захворювань, негативно впливають на стан громадського здоров'я в цілому.

Мета роботи – висвітлити проблемні питання та пріоритетні напрями удосконалення раннього виявлення соціально небезпечних захворювань (туберкульозу, ВІЛ/СНІДу) на первинному рівні надання медико-санітарної допомоги населенню.

Матеріали та методи: інформаційно-аналітичний, порівняльний та систематичний аналіз.

Результати. Згідно із Законом України «Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та м. Києві» від 07.07.2011 р. № 3612-VI, Дніпропетровська область була визначена одним із пілотних регіонів, на базі яких відпрацьовувались основні підходи до реформування системи охорони здоров'я, проводився їх моніторинг та оцінка для подальшого поширення на всю територію країни.

Практична реалізація пілотних проектів починалась зі структурної реорганізації первинної та екстреної медичної допомоги.

Станом на 01.01.2016 р. у Дніпропетровській області функціонують 53 центри первинної медико-

санітарної допомоги (ЦПМСД), до складу яких входять 172 лікарські амбулаторії (ЛА) у містах, 237 – у сільських районах області (у т.ч. міські ЛА – 10, селищні ЛА – 40, сільські ЛА – 187).

На первинній ланці надання медичної допомоги населення обслуговують 1317 лікарів загальної практики – сімейних лікарів, з яких 78,9% мають вищу або I кваліфікаційні категорії.

Відповідно до покладених на ЦПМСД функцій, одним із першочергових завдань є удосконалення роботи щодо ранньої діагностики туберкульозу та ВІЛ/СНІДу в умовах первинної ланки.

Насамперед це стосується профілактичних оглядів із метою виявлення хворих на туберкульоз.

Щорічно флюорографічне обстеження на туберкульоз проходять понад 60% дорослого населення області. Однак, поряд зі зниженням обсягів флюорографічних обстежень, повільно знижується і їх результативність.

Наприклад, якщо у 2009 р. серед уперше виявлених хворих на туберкульоз питома вага виявлених при профілактичних флюорографічних оглядах (ПФО) сягала 60,1%, то у 2014 р. – 50,5%.

Технічна зношеність діагностичного обладнання, недосконалість методик щодо планування та залучення населення до ПФО, недостатня інформаційна робота суттєво впливають на результативність проведення профілактичних оглядів, зокрема, серед груп соціального та медичного ризику щодо захворюваності на туберкульоз.

Відповідно до ДОТС-стратегії, у Дніпропетровській області проводиться значна робота із впровадження ранньої діагностики туберкульозу методом мікроскопії мазка.

Станом на 01.01.2016 р. в області відкриті 47 центрів або лабораторій I рівня з мікроскопічної діагностики туберкульозу, де проводиться мікроскопія мазка мокротиння. Це дає змогу збільшити доступ населення до своєчасної діагностики туберкульозу.

За даними 2014 р., методом бактеріоскопії у закладах охорони здоров'я області обстежені 166 175 осіб (50,5 на 100 тис. населення при середньому показнику по Україні – 33,8). При цьому результативність виявлення хворих методом мікроскопії мазка за період з 2012 р. становить 4,3–3,5%.

І хоча в області, як і в цілому по Україні, поки не досягнуті рекомендовані ВООЗ показники виявлення туберкульозу методом мікроскопії мазка (5%),

зазначений метод вже визначив свою доцільність у застосуванні в умовах роботи ЦПМСД.

Виявлення ВІЛ-інфекції на первинному рівні проводиться переважно методом ІФА, що не є оптимальним на рівні ЦПМСД. Лише в окремих ЦПМСД застосовуються швидкі тести, які здебільшого надані неурядовими організаціями, що працюють у сфері протидії ВІЛ/СНІДу.

Крім забезпечення первинної ланки швидкими тестами, надзвичайно актуальним є підготовка сімейних лікарів із питань консультування і тестування на ВІЛ, а також профілактики ВІЛ-інфекції.

Протягом 2015 р., за сприянням департаменту охорони здоров'я облдержадміністрації та міжнародної організації GIZ, фахівці Дніпропетровського обласного центру СНІДу, з питань консультування і тестування на ВІЛ, підготували 622 сімейних лікарів та 262 лікарів інших спеціальностей, які проходили перепідготовку на кафедрі сімейної медицини Дніпропетровської медичної академії для подальшої роботи сімейними лікарями.

Слід зазначити, що, відповідно до дотренінгової оцінки знань із питань ВІЛ-інфекції, середній відсоток знань фахівців із питань ВІЛ-інфекції становить 33%, тоді як після навчання – 79%.

Таким чином, суттєвою перешкодою в організації раннього виявлення ВІЛ-інфекції на рівні ЦПМСД є не тільки низька доступність сучасних діагностичних експрес-методів (швидкі тести), але й недостатній рівень знань медичних працівників із питань консультування та тестування на ВІЛ і, як наслідок, стигматизація уразливих до ВІЛ груп населення.

Висновки. В умовах оптимізації системи охорони здоров'я актуальним є питання організації раннього виявлення соціально небезпечних захворювань, у тому числі проведення скринінгових досліджень (анкетування, мікроскопія мазка, профілактичні флюороогляди, тестування на ВІЛ тощо).

Для цього вкрай важливо підвищити доступність населення до якісних діагностичних досліджень, необхідних для застосування в практиці лікарів первинної ланки. У зв'язку з цим важливо проводити подальше впровадження кращих міжнародних практик ранньої діагностики соціально небезпечних захворювань, які вже довели свою ефективність.

Водночас, потребує значного удосконалення система підготовки лікарів сімейної медицини з питань виявлення туберкульозу та ВІЛ-інфекції.

О.З. Децик, І.В. Рудко

ОНКОСТОМАТОЛОГІЧНА ЗАХВОРЮВАНІСТЬ: ПРОФІЛАКТИЧНИЙ АСПЕКТ ПРОБЛЕМИ

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет», м. Івано-Франківськ, Україна

Онкостоматологічні захворювання належать до візуальних форм злоякісних новоутворень. Відомо, що практично у 98% випадків рак на ранніх стадіях можна вилікувати, не застосовуючи таких агресивних і дороговартісних методів, як променева терапія, хіміотерапія, чи значні за обсягом хірургічні втручання. Водночас, показник занедбаності онкостоматологічних захворювань в Україні, як у світі загалом, сягає 80%. Як наслідок, збільшуються витрати на медичну допомогу, зростають показники дорічної летальності, знижуються рівні виживаності таких пацієнтів.

Мета роботи – встановити напрями удосконалення профілактичних технологій щодо попередження і раннього виявлення онкостоматологічної захворюваності.

Матеріали та методи. Проаналізовано міжнародний та вітчизняний досвід, дані офіційної медичної статистики по Івано-Франківській області.

Результати. Встановлено, що рівні загальної захворюваності на рак органів порожнини рота в Івано-Франківській області за останні три роки (2013–2015 рр.) становили відповідно 3,8; 5,4 і 4,8 випадку на 100 тис. населення. У структурі зазначеної онкопатології переважну частку склали рак, діагностований уже на

IV стадії. Причому простежується чітка тенденція до зростання вказаного показника занедбаності. Так, якщо у 2013 р. він був на рівні 46,9%, у 2014 р. – 60,9%, то вже у 2015 р. – 65,1%.

Така динаміка наочно демонструє дефекти технологій первинної профілактики, раннього скринінгу захворювання та диспансерного спостереження за хворими з передраковими станами. Досвід розвинених країн показує, що найкращим медико-організаційним рішенням проблеми є налагодження тісної співпраці, чіткої координації дій і розподілу обов'язків лікарів-стоматологів із медичними працівниками первинної ланки. Лікарі загальної практики – сімейні лікарі, як лікарі першого контакту, мають усі важелі для проведення різноманітних просвітницьких заходів, оглядів органів ротової порожнини при кожному відвідуванні, виявлення осіб із факторами-ризиком, забезпечення охоплення населення скринінг-технологіями, скерування до лікарів-стоматологів тощо.

Висновки. Для забезпечення ефективної профілактики онкостоматологічних захворювань необхідно унормувати співпрацю стоматологів із лікарями первинної медичної допомоги.

М.Ю. Дикач, О.В. Русановська

ФІЗИЧНИЙ ТА СОМАТИЧНИЙ СТАН ДІТЕЙ ЗІ ЗБІЛЬШЕННЯМ ВИЛОЧКОВОЇ ЗАЛОЗИ НА ПЕРШОМУ РОЦІ ЖИТТЯ

ДВНЗ «Ужгородський національний університет», м. Ужгород, Україна

Діти раннього віку з тимомегалією становлять групу, для якої характерно зниження адаптивних властивостей організму та підвищення ризику виникнення захворювань, контрольованих Т-ланкою імунітету. Для попередження більш несприятливих наслідків захворювань, вакцинації та інших втручань такі діти потребують особливого підходу до спостереження.

Мета роботи – вивчити за даними літератури методи діагностики та моніторингу збільшення вилочкової залози для підвищення ефективності ведення таких дітей в амбулаторній практиці.

Матеріали та методи. Нами відібрано і проаналізовано 153 джерела баз РИНЦ, Science index(eLibrari.ru), Google Scholar, Pub Med.

Результати. Основний вплив на розвиток тимомегалії у дітей першого року життя мають:

приналежність до чоловічої статі (в 2–2,5 рази частіше), штучне вигодовування, ускладнення під час вагітності та пологів (50,5–52,4%), збільшення тимусу в інших дітей у родині (10–15,7%). У дітей з тимомегалією переважають стигми дезембріогенезу (70–82% випадків): надмірна вага, грижі, широкі долоні, стопи, короткі пальці, світлі очі, волосся і слабка пігментація шкіри.

У клінічному перебігу гострих респіраторних вірусних інфекцій у дітей на фоні тимомегалії переважають ознаки обструкції бронхів (5–60%), несправжній круп (15–26%), пневмонія (10–23,7%), отити (40–46%). Середня тривалість захворювання становить 4–10 діб порівняно зі здоровими дітьми.

Найбільш інформативними методами діагностики тимомегалії є променеві, причому ультразвукове сканування як найменш інвазивне залишається найбільш неточним. Цікавим є підтвердження за даними

імуногістохімії наявності рецепторів гормону росту в епітеліальних клітинах тимусу і в тимоцитах на різних стадіях диференціювання.

Висновки. На даний момент патологія тимусу, зокрема тимомегалія, потребує подальшого дослідження.

З огляду на виявлену чутливість клітин виличкової залози до гормону росту цікавим є подальше дослідження взаємозв'язку фізичного розвитку дитини з розміром виличкової залози в динаміці.

А.С. Долгіх, Я.О. Михалко, І.І. Кутчак, І.І. Пацкань

АНАЛІЗ ПОШИРЕНOSTІ АНЕМІЇ ПІД ЧАС ВАГІТНОСТІ І ПОЛОГІВ У ЗАКАРПАТТІ

ДВНЗ «Ужгородський національний університет», м. Ужгород, Україна

У світі близько 41,8% вагітних страждають на анемію. При цьому майже в половині з них відмічається дефіцит заліза. Поширеність анемії під час вагітності коливається від 18% у розвинених країнах до 75% у країнах Південної Азії.

Дефіцит заліза негативно впливає на здоров'я як матері, так і дитини. Так, за даними різних авторів, до 20% усіх випадків материнської смертності пов'язані саме з анемією. Даний патологічний стан є причиною зниження фізичної працездатності та зростання частоти акушерських кровотеч. Існують дані про зв'язок між дефіцитом заліза в матері та ризиком відшаруванням плаценти, тому втрата крові у пренатальному та постнатальному періоді збільшується. У вагітних з анемією частіше спостерігаються післяпологові інфекції, пов'язані з негативним впливом залізодефіциту на імунну систему.

Дефіцит заліза в організмі матері призводить до зниження доставки кисню до плода, що перешкоджає нормальному його розвитку, спричиняє зростання частоти мертворожденень, неонатальної смертності та народження дітей з низькою масою тіла.

Для діагностики анемії важливу роль відіграє визначення рівня гемоглобіну (Hb) у крові. Так, діагноз анемії встановлюється, якщо рівень Hb менше 110 г/л у жінок у першому і третьому триместрах вагітності, нижче 105 г/л у другого триместрі та менше 100 г/л у післяпологовому періоді.

За рекомендацією Всесвітньої організації охорони здоров'я, препарати заліза слід призначати з профілактичною метою всьому населенню, якщо поширеність анемії в регіоні перевищує 40%.

Мета роботи – оцінити частоту анемії під час вагітності та пологів у різних районах Закарпатської області.

Матеріали та методи. Проведено ретроспективний аналіз річних звітів медичної допомоги вагітним жінкам і матерям у різних районах Закарпаття за 2014 р. Здійснено порівняння захворюваності на анемію в рівнинних і гірських районах Закарпаття. Проведено статистичний аналіз даних за допомогою пакету прикладних програм Statistica 8.0 (StatSoft, США).

Результати. При аналізі частоти анемії серед вагітних жінок протягом 2014 р. встановлено, що анемія під час вагітності спостерігалася майже в кожній третій вагітній в Свалявському районі (36,15%). Дещо нижчі

показники були в Ужгородському і Берегівському районах (22,68% та 21,73% відповідно). Найнижча частота анемії у вагітних відмічалася в Рахівському, Хустському та Виноградівському районах (7,19%, 7,64% та 8,54% відповідно).

Водночас, найвища частота анемії під час пологів мала місце в Мукачівському районі (20,57%), трохи рідше анемія при пологах траплялася в Іршавському та Ужгородському районах (18,03% і 16,67% відповідно). При цьому найнижча частота анемії при пологах фіксувалася в Берегівському, Рахівському і Свалявському районах (1,78%, 2,64% та 2,84% відповідно).

Слід зазначити, що статистично вірогідне зниження частоти анемії при пологах порівняно з частотою анемії під час вагітності спостерігалася в Свалявському (з 36,15% до 2,84%, $p < 0,05$), Берегівському (з 22,68% до 1,78%, $p < 0,05$), Тячівському (з 17,49% до 4,00%, $p < 0,05$), Міжгірському (з 19,70% до 5,83%, $p < 0,05$), Ужгородському (з 19,02% до 16,67%, $p < 0,05$), Виноградівському (з 8,54% до 5,32%, $p < 0,05$) та Рахівському районах (з 7,19% до 2,64%, $p < 0,05$). У Великоберезнянському, Воловецькому та Іршавському районах також відмічалася зменшення частоти анемії при пологах порівняно з частотою анемії під час вагітності (з 12,43%, 17,45% та 19,45% до 10,51%, 16,14% та 18,03% відповідно), проте дана тенденція була статистично невірогідною ($p > 0,05$). Слід зазначити, що в Перечинському, Мукачівському та Хустському районах спостерігалася незначне збільшення частоти анемії при пологах порівняно з цим показником під час вагітності (з 10,82%, 19,95% та 7,64% до 12,16%, 20,57% та 7,87% відповідно), але ці зміни були статистично невірогідні ($p > 0,05$).

При порівнянні частоти анемії під час вагітності та пологів в рівнинних і гірських районах не виявлено вірогідної різниці між даними регіонами (16,38 та 11,76% проти 17,24% та 11,75% відповідно, $p > 0,05$).

Висновки. У жодному районі Закарпатської області частота анемії серед жінок під час вагітності та при пологах не перевищувала 40%.

У Свалявському, Ужгородському та Берегівському районах недостатня увага приділяється профілактиці розвитку анемії серед вагітних жінок та жінок, які планують вагітність. Водночас, у вказаних регіонах проводиться ефективно лікування анемії у вагітних, на що вказує низька частота анемії в жінок при пологах.

В.М. Ждан, І.П. Катеренчук

КАРДІО- ТА ЕНДОТЕЛІЙПРОТЕКТОРНІ ВЛАСТИВОСТІ КАРДІОАРГІНІНУ ПРИ КОМОРБІДНІЙ ПАТОЛОГІЇ У ПРАКТИЦІ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава, Україна

Коморбідна патологія чинить багатогранний вплив на клінічні прояви, діагностику, прогноз і лікування багатьох захворювань. Взаємодія захворювань, віку і лікарського патоморфозу значно змінює клінічну картину і перебіг супутніх захворювань, характер і тяжкість ускладнень, погіршує якість життя пацієнта, обмежує або ускладнює лікувально-діагностичний процес. У практиці сімейного лікаря коморбідна патологія не лише ускладнює лікувально-діагностичний процес, але й перешкоджає проведенню реабілітації, збільшує число ускладнень, знижує комплайнс через призначення значної кількості медикаментів. Провідною інтегральною ланкою коморбідної патології є ендотеліальна дисфункція, тому її корекція вважається одним із найважливіших завдань у повсякденній практиці сімейного лікаря.

Мета роботи – визначити ефективність кардіо- та ендотелійпротекторного засобу кардіоаргінину в терапії коморбідної патології.

Матеріали та методи. Проведено аналіз літератури та оцінку результатів власних досліджень щодо

ефективності кардіоаргінину при коморбідних станах. Наведено результати обстеження 178 пацієнтів із різними варіантами коморбідної патології, яка включала ішемічну хворобу серця, гіпертонічну хворобу, хронічну хворобу нирок, цукровий діабет, метаболічний синдром, подагру. Пацієнти груп контролю отримували терапію відповідно до стандартів лікування, пацієнти дослідних груп додатково приймали кардіоаргінін по 5 мл на 100–200 мл 5% розчину глюкози, щоденно, 5–10 введень на курс. Проведено оцінку функції ендотелію в пацієнтів контрольної і дослідної груп.

Результати. У пацієнтів дослідних груп, які додатково приймали кардіоаргінін, спостерігалася більш рання нормалізація клінічної симптоматики, лабораторних показників, з одночасною нормалізацією функції ендотелію, що вказало на доцільність призначення кардіоаргінину при коморбідній патології. Призначення кардіоаргінину сприяло зменшенню медикаментозного навантаження комплексної терапії.

В.М. Ждан¹, І.П. Катеренчук¹, В.П. Лисак², І.Ф. Шумейко³, К.Є. Вакуленко³

ПАТОГЕНЕТИЧНІ МЕХАНІЗМИ І КОРЕКЦІЯ ОСНОВНИХ ФАКТОРІВ РИЗИКУ СЕРЦЕВО-СУДИННИХ ЗАХВОРЮВАНЬ У ПРАКТИЦІ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ НА ПОЛТАВЩИНІ

¹ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава, Україна

²Департамент охорони здоров'я Полтавської облдержадміністрації, м. Полтава, Україна

³Полтавський обласний клінічний кардіологічний диспансер, м. Полтава, Україна

Серед широкого переліку завдань сучасної профілактичної медицини найбільш важливим, але проблемним, є питання первинної профілактики і корекції факторів ризику основних неінфекційних захворювань, передусім серцево-судинних.

Подальший розвиток профілактичної медицини в практиці сімейного лікаря істотно залежить від обсягу, а головне – від результатів впровадження технологій інтегративної медицини та впроваджених технологій первинної медичної профілактики в розрізі завдань корекції факторів ризику основних неінфекційних захворювань. При цьому з'являються можливості реальної профілактики захворювань серцево-судинної системи та коморбідних станів (ішемічної хвороби серця, цукрового діабету, хронічних обструктивних захворювань легень, метаболічного синдрому, ожиріння та ін.).

Тому проведення аналізу роботи сімейних лікарів щодо впровадження профілактичних технологій, узагальнення досвіду є актуальним і практично значущим.

Мета роботи – на підставі експертної оцінки карток хворих на гіпертонічну хворобу вікової групи 41–60 років, які перебувають на диспансерному обліку в сімейних лікарів центрів первинної медико-санітарної допомоги Полтавської області, визначити наявний досвід, проблеми та недоліки з профілактики артеріальної гіпертензії (АГ) та визначити найбільш оптимальні шляхи вдосконалення цієї роботи.

Матеріали та методи. Використано медико-статистичний і соціологічний методи дослідження. Проведено експертну оцінку 835 амбулаторних карток із 35 центрів первинної медико-санітарної допомоги. Із усіх

диспансерних карток сформовано диспансерну групу, яка відображала загальні тенденції з профілактики та лікування АГ на Полтавщині.

Результати та висновки. Проведена експертна оцінка дала змогу розробити методологію експертизи дотримання вимог медико-технологічних документів із лікування АГ. Серед населення Полтавської області зберігається низька прихильність до корекції факторів ризику АГ і хвороб системи кровообігу, що вказує на вдосконалення профілактичної роботи сімейними

лікарями, створення відповідного комплайенсу. Сімейні лікарі потребують подальшого системного навчання щодо роботи з пацієнтами зі стратифікації загального серцево-судинного ризику, вміння використовувати шкалу SCORE для мотивації пацієнтів. Ведення медичної документації не повною мірою відповідає вимогам медико-технологічних документів із надання медичної допомоги при АГ. Матеріально-технічна база лабораторної служби та наявний рівень інструментального дослідження пацієнтів із АГ не забезпечують обсяг протокольних обстежень.

Н.І. Жеро

ПРОБЛЕМИ ПЕРВИННОЇ ЛАНКИ СТОМАТОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ НА СЕЛІ В УМОВАХ РЕФОРМУВАННЯ МЕДИЧНОЇ ГАЛУЗІ

ДВНЗ «Ужгородський національний університет», м. Ужгород, Україна

Реформування системи охорони здоров'я загострює ряд проблем стоматологічної допомоги на селі. Тенденція до скорочення ставок стоматологів у первинній ланці, перехід лікарів на орендні відношення та розширення приватного сектору значно знижують доступність стоматологічних медичних послуг для соціально вразливих та матеріально незабезпечених верств населення. Внаслідок згортання через неналежне фінансування планової санації «декретованих» контингентів (школярів, вагітних, осіб призовного віку) значно збільшилася кількість ускладнень карієсу. Співвідношення ускладненого періодонтитом та неускладненого карієсу в середньому по Україні наприкінці 90-х років ХХ ст. становило 1:4,7, за останні 5 років – 1:3,6–1:3,9. Хронічні вогнища одонтогенної інфекції призводять до розвитку широкого кола соматичних захворювань, що знижує загальний рівень здоров'я населення.

Мета роботи – проаналізувати стан стоматологічної допомоги в сільській місцевості рівнинних районів Закарпатської області шляхом анкетування практикуючих на селі стоматологів із подальшим статистичним аналізом відповідей на запитання анкет.

Матеріали та методи. Опрацьовано результати анонімного анкетування 84 лікарів-стоматологів, які проходили передатестаційні цикли в 2014–2015 навчальному році на кафедрі стоматології післядипломної освіти ДВНЗ «Ужгородський національний університет». Середній стаж роботи за фахом становив $12,0 \pm 4,3$ року. Слід зауважити, що 8% респондентів повернули анкети без відповідей, що розцінено нами як відмова від участі в опитуванні. Обробка даних анкетування проведена стандартними методами варіаційної статистики.

Результати. На повну зайнятість (1,0 ставки) вказали лише 16% респондентів. Не задоволені рівнем матеріально-технічного забезпечення лікувального процесу 94% опитаних. Обсяг санації школярів та дітей дошкільного віку визначили як достатній лише 42% респондентів.

Висновки. У процесі реформування системи охорони здоров'я має бути збережене адекватне бюджетне фінансування первинного рівня стоматологічної допомоги сільському та іншим соціально незахищеним верствам населення.

С.В. Жеро, Є.С. Готько

СУЧАСНІ ОСВІТНІ ТЕХНОЛОГІЇ В ПІСЛЯДИПЛОМНІЙ ПІДГОТОВЦІ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ З ОНКОЛОГІЇ

ДВНЗ «Ужгородський національний університет», м. Ужгород, Україна

Реформування системи вищої освіти, і зокрема медичної, загострює ряд проблем у післядипломній освіті. Тенденція до скорочення кількості аудиторних годин у вивченні такої актуальної дисципліни, як онкологія, несе ризики зниження онкологічної настороги лікарів первинної ланки та збільшення частки

занедбаних, інкурабельних випадків онкологічних захворювань, що призведе до зростання смертності населення від злоякісних новоутворень. Так, на вивчення онкологічної тематики на профільній кафедрі онкології та радіології лікарями-інтернами загальної практики – сімейними лікарями за програмою відведено 30 годин, з

них 2 лекційні, а за 6-місячний період первинної спеціалізації за фахом «Загальна практика – сімейна медицина» – 28 годин, з них 4 лекційні. Питання ранньої діагностики поширених онкологічних захворювань – раку легені, шлунка, колоректального раку – розпорошені в циклах дисциплін загальнотерапевтичного профілю. Отже, актуальним є впровадження сучасних освітніх технологій за двома основними напрямками – інтенсифікація навчального процесу в його аудиторній частині та широке доцільне застосування методик дистанційного навчання.

Мета роботи – підвищити ефективність навчального процесу на кафедрі онкології та радіології шляхом впровадження сучасних освітніх технологій.

Матеріали та методи. Для опанування частиною теоретичного матеріалу лікарями-інтернами та курсантами нами використано можливості сайту електронного навчання ДВНЗ «Ужгородський національний університет», де на сторінці кафедри в закладці «Клінічна онкологія» викладено лекційний матеріал, методичні розробки, посилання на додаткові джерела інформації та тести для дистанційного контролю. Ефективність дистанційного сегменту навчання забезпечує актуалізація інформації та її регулярне оновлення. Вважаємо за доцільне широко подавати англійські джерела у вигляді сучасних протоколів та клінічних рекомендацій, оскільки рівень мовної підготовки інтернів є достатнім для роботи з такими джерелами. Водночас, аудиторний компонент також потребує суттєвих новацій. Нами впроваджено метод міждисциплінарних конференцій для вивчення вкрай актуальної теми раку молочної залози. Дана нозологія посідає перше місце у структурі онкологічної патології жіночого населення із часткою до 20%, що перевищує сумарну захворюваність на рак шийки, тіла матки та рак яєчників. Рак молочної залози становить 50% серед причин первинного виходу на інвалідність жінок працездатного віку. З іншого боку, розроблено ефективні методики скринінгу раку і передпухлинних захворювань молочної залози, диференційовані для різних вікових груп жіночого населення. Міждисциплінарна конференція

сприяє формуванню не лише лікаря-клініциста, але й лікаря-організатора в системі первинної медичної допомоги. Освітніми та виховними її цілями є:

- систематизація знань, отриманих на попередніх теоретичних і клінічних кафедрах про рак молочної залози, діагностику та сучасні підходи до лікування;
- шляхом вирішення теоретичних і практичних проблем – конкретизація навиків слухачів при роботі з хворими з урахуванням особливостей даної патології;
- на основі усвідомлення значення міжпредметних зв'язків для ефективної та успішної роботи лікаря з поглиблення уміння надавати адекватну медичну допомогу хворим на рак молочної залози;
- розвиток здатності до логічного мислення у вирішенні проблемних завдань;
- сприяння формуванню вміння самостійно засвоювати знання, аналізувати, синтезувати, абстрагувати, конкретизувати, узагальнювати набуті знання;
- спонукання до колективного творчого обговорення складних питань, активізація самостійного вивчення наукової та методичної літератури;
- розвиток професійної ініціативності, самостійності, відповідальності за якість надання медичної допомоги.

Результати. За підсумками вихідного контролю, проведеного в комп'ютерному класі кафедри в групах лікарів-інтернів протягом 2014/2015 навчального року, рівень засвоєння навчального матеріалу за вказаною темою сягав 87,4%, у курсантів первинної спеціалізації – 81,8%. За результатами проведеної роботи в 2015 р. нами видано методичні рекомендації «Метод міждисциплінарних конференцій у вивченні проблеми раннього раку молочної залози».

Висновки. Впровадження сучасних освітніх технологій у післядипломну освіту лікарів загальної практики – сімейних лікарів забезпечує якісне засвоєння навчального матеріалу, стимулює формування клінічного мислення та сприяє швидкому професійному становленню лікаря-новачка.

Н.В. Іваньо, М.М. Росул, М.О. Корабельщикова, Т.В. Іваньо

ПЕРСПЕКТИВИ ПОЛІПШЕННЯ ПРОГНОЗУ У ХВОРИХ ПІСЛЯ ПЕРЕНЕСЕНОГО ГОСТРОГО ІНФАРКТУ МІОКАРДА

ДВНЗ «Ужгородський національний університет», м. Ужгород, Україна

Ішемічна хвороба серця (ІХС), за визначенням експертів Всесвітньої організації охорони здоров'я, посідає перше місце серед хвороб, від яких помирають хворі у всьому світі. В Україні із року в рік зростає показник поширеності даної патології. Протягом останніх років лікування гострого інфаркту міокарда (ІМ) як однієї з форм ІХС зазнає значних змін. Максимально ефективним є своєчасне відновлення прохідності інфаркт-залежної коронарної артерії (КА) шляхом проведення перкутанних коронарних втручань (ПКВ).

Мета – вивчити шляхи поліпшення прогнозу у хворих після перенесеного гострого ІМ.

Матеріали та методи. Обстежено 134 хворі, які рік тому перенесли первинний ІМ із зубцем Q та без зубця Q. Усі хворі були поділені на 2 групи залежно від відновлення прохідності інфаркт-залежної КА в гострий період захворювання ПКВ або без відновлення коронарного кровопостачання. Хворі, яким проведена медикаментозна реперфузія міокарда з використанням тромболітичної терапії, в дослідження не були включені.

1-ша група складалася із 45 хворих (віком від 40 до 80 років, середній вік – $58 \pm 4,8$), яким у гострий період захворювання проведені коронарографія, балонна ангіопластика та стентування інфаркт-залежної КА з відновленням її прохідності; 2-га група – із 89 хворих (віком 52–88 років, середній вік – $66 \pm 3,6$ року), яким у гострий період не проведені ПКВ. Усі хворі після перенесеного ІМ отримували медикаментозне лікування відповідно до існуючих стандартів.

Результати. Встановлено, що протягом року після перенесеного ІМ у 1-й групі жоден хворий не помер. У 2-й групі до кінця року померло 5 (5,6%) хворих. У 1-й групі в 1 (2,2%) хворого розвинувся повторний ІМ у зв'язку із тромбозом стенту. У 2-й групі кількість хворих, у яких розвинувся повторний ІМ, була значно більшою – 5 (5,6%) осіб.

У зв'язку з гемодинамічно значним стенозом неінфаркт-залежної КА протягом року в 1-ій групі 6 (13,3%) хворим проведено повторне, але вже планове стентування КА (середня кількість стентів на 1 хворого – 2,2). У 2-й групі хворих після проведення планової

коронарографії проведено стентування КА також 6 (6,7%) хворим (середня кількість стентів на 1-го хворого – 1,7).

Коронарне шунтування в 1-й групі хворих проведено 4 (8,9%) хворим. Планове коронарне шунтування у 2-ій групі проведено 2 (2,2%) хворим. Реальна потреба в шунтуванні КА в обох групах була значно більшою, але частина хворих, яким показана хірургічна реваскуляризація міокарда, від планового лікування тимчасово утрималась. Таким чином, у 1-й групі хворих хірургічне та ендovasкулярне лікування ІХС отримали 10 (22,2%) хворих, у 2-й групі – тільки 8 (8,9%) хворих.

Висновки. У хворих, яким у гострий період ІМ відновлена прохідність інфаркт-залежної КА завдяки ПКВ, виживаність протягом року була вищою, повторні ІМ розвивались значно рідше. Після перенесеного ІМ такі хворі ширше користувались ендovasкулярними та хірургічними методами лікування ІХС. Більш широке впровадження сучасних технологій лікування ІМ із своєчасним відкриттям інфаркт-залежної КА може значно поліпшити прогноз у хворих після перенесеного ІМ і вдосконалити медичну допомогу хворим з ІМ та ІХС.

С.П. Козодаєв

АКРЕДИТАЦІЯ МЕДИЧНОГО ЗАКЛАДУ ЯК ІНСТРУМЕНТ УПРАВЛІННЯ ЯКІСТЮ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

ДВНЗ «Ужгородський національний університет», м. Ужгород, Україна

В умовах прогресуючого розвитку ринку медичних послуг, подальшого розмежування державної, приватної медицини та в очікуванні трансформації загальнодержавного страхування якості медичної допомоги в Україні залишається однією з найактуальніших проблем.

Мета – вивчити доцільність проведення контрольних (позачергових) акредитацій закладів охорони здоров'я (ЗОЗ).

Матеріали та методи. Матеріалами та інформаційною основою дослідження стали річні звіти, отримані за допомогою статистичних методів, та експертні висновки акредитації ЗОЗ.

Результати. Акредитація ЗОЗ, поряд з їх ліцензуванням та атестацією спеціалістів, є складовою позаповідомчого контролю якості медичної допомоги. Визначення акредитаційної категорії за 100-бальною системою здійснюється на підставі пункту 4 Критеріїв акредитації закладів охорони здоров'я, затверджених наказом МОЗ України від 14.03.2011 р. № 142 «Про вдосконалення державної акредитації закладів охорони здоров'я», зареєстрованих у Міністерстві юстиції України 06.06.2011 р. № 679/19417, та відповідного листа МОЗ України від 24.03.2014 р. № 17/7755. Перша

акредитація ЗОЗ проводиться не пізніше ніж через два роки від початку діяльності. Подальша акредитація проводиться один раз на три роки. Таким чином, між двома акредитаціями (трирічний період) у ЗОЗ проводиться тільки внутрішній контроль якості медичної допомоги. Проте обсяг параметрів експертизи при цьому значно менший, і об'єктивна картина може бути неповною. У 4 приватних і 6 комунальних ЗОЗ протягом 3 років проведені по 2 контрольні акредитації – проміжні (по терміну проведення) або вибіркової (по структурі закладу). Виявлено поліпшення якості медичної допомоги порівняно із ЗОЗ контрольної групи того ж переліку, де акредитація проводилась 1 раз на три роки.

Висновки. Контрольні самоакредитації значною мірою сприяють певному поліпшенню показників діяльності ЗОЗ. Тому доцільним є проведення (1 раз на рік) позачергових (контрольних) самоакредитацій ЗОЗ будь-якої форми власності. Отримані показники постійної реальної оцінки якості медичної допомоги є підставою для своєчасного прийняття управлінських рішень для подальших відповідних заходів із метою досягнення кінцевого результату – надання медичної допомоги населенню відповідної якості.

О.А. Корон

ІНФОРМАЦІЙНО-МЕТОДИЧНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ ЩОДО НАДАННЯ ПОЗАЛІКАРНЯНОЇ ХІРУРГІЧНОЇ ДОПОМОГИ

Харківська медична академія післядипломної освіти, м. Харків, Україна

Однією з провідних складових управління та контролю поточних процесів як фактора, що певною мірою впливає на якість первинної медико-санітарної допомоги на засадах загальної практики – сімейної медицини (ЗПСМ), є удосконалення механізмів інформаційного забезпечення лікаря загальної практики – сімейного лікаря (ЛЗПСЛ).

Мета – поліпшити систему позалікарняної хірургічної допомоги в умовах ЗПСМ.

Матеріали та методи: експертні оцінки діяльності ЛЗПСЛ, системний підхід та системний аналіз, структурно-функціональний аналіз.

Результати. Основними вимогами до організації інформаційно-методичного забезпечення ЛЗПСЛ є повнота, своєчасність, якість, достовірність інформації, періодичність у використанні різних видів і джерел інформації та пріоритетність тих чи інших показників у вирішенні проблеми, комплексність і певна послідовність у застосуванні показників (обсягу, структури, інтенсивності, якості, ефективності) тощо.

Визначено, що для надання якісної первинної хірургічної допомоги ЛЗПСЛ має володіти такою інформацією: загальні знання щодо професійної діяльності ЛЗПСЛ (накази Президента України, постанови Кабінету Міністрів України і МОЗ України, накази обласних і міських управлінь охорони здоров'я

щодо подальшого розвитку системи охорони здоров'я, відповідні статті Конституції України, статті кримінального, адміністративно-правового та громадянського кодексів, що стосуються лікарської діяльності, знання медичної етики та деонтології та роботи з обліково-звітною медичною документацією); обсяги надання медичної допомоги хворим на хірургічні хвороби в позалікарняних умовах і в стаціонарі (розроблені стандарти надання хірургічної допомоги хворим на первинному, вторинному і третинному рівнях; учбово-методична і навчальна література з організації позалікарняної хірургічної допомоги, матеріали науково-практичних конференцій, семінарів, з'їздів, конгресів щодо надання хірургічної допомоги хворим на різних рівнях); обсяги надання позалікарняної медичної допомоги хірургічним хворим саме на засадах ЛЗПСЛ.

Висновки. Необхідне інформаційно-методичне забезпечення ЛЗПСЛ створює умови для реалізації державної політики з охорони здоров'я в регіоні та інформаційну базу для подальшого розвитку ЗПСМ. Своєчасне забезпечення інформацією щодо впровадження нових медичних технологій, стандартів профілактики, діагностики і лікування хворих, підвищення компетентності ЛЗПСЛ із надання позалікарняної хірургічної допомоги певною мірою впливає на доступність, якість та ефективність медичної допомоги.

А.В. Кудря, Н.Я. Жилка, В.Г. Слабкий

РОЗВИТОК МЕРЕЖІ ЗАКЛАДІВ ПЕРВИННОЇ МЕДИКО-САНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ

ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України», м. Київ, Україна

Актуальність розвитку потужної мережі закладів охорони здоров'я (ЗОЗ), які надають первинну медико-санітарну допомогу (ПМСД), пов'язана з прийняттям постанови Кабінету Міністрів України від 25.11.2015 р. № 1024 «Про затвердження нормативу забезпечення стаціонарними лікарняними ліжками у розрахунку на 10 тис. населення». Коригування кількості ліжкового фонду, згідно з цією постановою, потребує створення адекватних стаціонарозамінних форм медичної допомоги, у тому числі на первинному рівні.

Станом на 01.01.2016 р. ПМСД в Україні надавалася у 5891 амбулаторії загальної практики – сімейної медицини (АЗПСМ). Показники мережі ЗОЗ первинного рівня в регіональному аспекті наведено в таблицях 1 та 2.

За аналітичними даними, в Україні кількість АЗПСМ поступово збільшилася: 2015 р. – 5891, 2014 р. – 5646, 2013 р. – 6223, із них у сільській місцевості: 2015 р. – 3729, 2014 р. – 3583, 2013 р. – 3698, кількість АЗПСМ у містах у 2015 р. – 2162, 2014 р. – 2073, 2013 р. – 2525.

Показник забезпеченості АЗПСМ на 10 тис. населення в сільській місцевості у середньому по Україні становив 3,8 (максимальний: 5,84 – у Харківській області), що майже відповідало затверженому нормативу – 3,3. Проте в ряді регіонів (2,68 – в Івано-Франківській та Рівненській областях, 2,5 – у Чернігівській області) фактична забезпеченість сільськими АЗПСМ була значно нижчою за необхідну. Середній показник забезпеченості АЗПСМ на 10 тис.

населення в містах у середньому по Україні становив 0,93, що також не відповідало нормативу (від 1,6 до 2,5 залежно від особливостей розселення та забудови).

Показник коливався від 0,56 на 10 тис. населення (у Закарпатській області) до 2,0 (у Чернігівській області), де він наближався до нормативу.

Таблиця 1

Кількість закладів загальної практики – сімейної медицини (2011–2015 рр.)

Адміністративно-територіальна одиниця	Усього					Усього в сільській місцевості					Усього в містах та селищах міського типу				
	2011	2012	2013	2014	2015	2011	2012	2013	2014	2015	2011	2012	2013	2014	2015
<i>Область</i>															
Вінницька	177	276	302	318	322	–	225	234	238	242	–	51	68	80	80
Волинська	104	127	120	127	135	90	88	85	88	89	14	39	35	39	46
Дніпропетровська	377	383	399	402	409	–	185	187	187	187	–	198	212	215	222
Донецька	618	445	453	–	–	–	114	117	–	–	–	331	336	–	–
Житомирська	239	280	272	267	264	199	198	197	192	189	40	82	75	75	75
Закарпатська	277	292	266	265	279	266	251	249	249	252	11	41	17	26	27
Запорізька	118	285	313	274	275	105	140	148	141	141	13	145	165	133	134
Івано-Франківська	143	164	29	161	218	133	125	12	109	149	10	39	17	52	69
Київська	239	272	294	294	296	215	211	230	231	227	24	61	64	63	69
Кіровоградська	111	150	165	164	165	103	103	104	103	103	8	47	61	61	62
Луганська	132	278	256	–	124	64	89	82	–	66	68	189	174	–	58
Львівська	275	262	262	268	305	206	153	153	158	186	69	109	109	110	119
Миколаївська	149	217	214	214	218	131	142	142	142	141	18	75	72	72	77
Одеська	230	252	246	276	276	208	185	177	177	176	22	67	69	99	100
Полтавська	282	316	313	323	324	249	234	234	234	234	33	82	79	89	90
Рівненська	122	165	168	169	169	119	114	113	113	114	3	51	55	56	55
Сумська	141	183	196	202	202	119	140	136	138	135	22	43	60	64	67
Тернопільська	197	208	220	219	225	193	171	172	172	176	4	37	48	47	49
Харківська	66	487	516	489	488	50	258	253	251	251	16	229	263	238	237
Херсонська	110	203	163	164	164	96	132	123	123	124	14	71	40	41	40
Хмельницька	169	207	216	219	226	149	135	136	137	143	20	72	80	82	83
Черкаська	154	–	211	212	220	133	0	149	148	149	21	0	62	64	71
Чернівецька	173	185	178	182	182	164	155	155	159	159	9	30	23	23	23
Чернігівська	127	193	194	166	148	114	113	110	93	96	13	80	84	73	52
<i>Місто</i>															
Київ	99	–	257	271	257	x	x	x	x	x	–	257	271	257	
Україна	4829	5830	6223	5646	5891	3106	3661	3698	3583	3729	452	2169	2525	2073	2162

Таблиця 2

Мережа амбулаторій загальної практики / сімейної медицини (2015 р.)

Адміністративно-територіальна одиниця	Усього	Амбулаторії, розташовані в сільських населених пунктах		Амбулаторії, розташовані в містах та селищах міського типу						Показник забезпеченості амбулаторіями на 10 тис. населення	
		кількість амбулаторій	прикріплене населення	структурні підрозділи ЦПМСД			відокремлені структурні підрозділи ЦПМСД			міського	сільського
				кількість амбулаторій	усього	у т.ч. сільське (приписні дільниці)	кількість амбулаторій	усього	у т.ч. сільське (приписні дільниці)		
<i>Область</i>											
Вінницька	322	242	650613	40	529681	101609	40	380061	62890	0,88	3,04
Волинська	135	89	284709	20	475555	147794	26	229511	68264	0,65	3,13
Дніпропетровська	409	187	440 289	77	1 161 195	37 892	145	1 554 484	440 289	0,82	4,24
Донецька	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Житомирська	264	189	394283	25	514925	92991	50	347527	34699	0,87	4,79
Закарпатська	279	252	770 616	7	231 785	4 211	20	252 926	19 091	0,56	3,27
Запорізька	275	141	381193	73	855978	32926	61	465484	7508	1,01	3,7
Івано-Франківська	218	149	556454	39	532306	116547	30	289855	111873	0,84	2,68
Київська	296	227	547924	35	608974	111209	34	292885	23542	0,77	4,14
Кіровоградська	165	103	255416	34	490940	92964	28	236160	17487	0,85	4,03
Луганська	124	66	163465	29	361781	27203	29	194171	14013	1,04	4,04

Львівська	305	186	537086	40	589764	113813	79	698192	130180	0,92	3,46
Миколаївська	218	141	322505	27	332209	43263	50	473559	8076	0,96	4,37
Одеська	276	176	522647	59	914162	92293	41	433087	33082	0,74	3,37
Полтавська	324	234	490920	38	508113	74899	52	409679	9344	0,98	4,77
Рівненська	169	114	422629	30	429429	116864	25	265494	68526	0,8	2,69
Сумська	202	135	296236	32	513041	37459	35	276059	20973	0,85	4,55
Тернопільська	225	176	452733	16	274966	116999	33	298665	66116	0,85	3,88
Харківська	488	251	429803	74	1017037	56588	163	1227436	48220	1,06	5,84
Херсонська	164	124	389661	40	676783	26526	*	-	-	0,59	3,18
Хмельницька	226	143	393 057	45	583 807	127 622	38	276 125	52 741	0,96	3,64
Черкаська	220	149	419945	46	623574	99965	25	204668	23604	0,86	3,55
Чернівецька	182	159	476777	15	177119	51596	8	65267	13854	0,95	3,33
Чернігівська	148	96	203396	20	267740	84645	32	219650	61377	2,0	2,5
<i>Місто</i>											
Київ	257	х	х	71	940334	х	186	1824775	х	0,93	х
Україна	5891	3729	9802357	932	13611198	1807878	1230	10915720	1335749	0,88	3,8

Примітка: * – у Херсонській області у зв'язку з нестворенням ЦПМСД у Голопристанському районі міське населення в кількості 14 678 осіб обслуговується поліклінікою ЦРЛ, аналогічно в Дніпровському (72 490 осіб), Комсомольському (119 520 осіб) та Суворовському (121 342 особи) районах м. Херсона первина медична допомога населенню надається поліклініками лікарень.

Загалом медичною допомогою в АЗПСМ охоплено 89,9% населення в Україні. Показник забезпеченості населення АЗПСМ підвищився порівняно з 2014 р. (76,9%) на 13%. Майже стовідсоткове охоплення населення було у Житомирській, Закарпатській, Херсонській, Черкаській

областях та у м. Києві. Найнижчий показник виявлено у Луганській (32,4%), Івано-Франківській (74,3%) і Чернівецькій (76,0%) областях, що вплинуло на загальнонаціональний показник.

Н. Нізова¹, С. Дворяк², В. Шагінян³, Л. Гетьман¹, Я. Соболева¹, І. Пикало²

МЕДИКО-СОЦІАЛЬНІ АСПЕКТИ ІНТЕГРОВАНОЇ ДОПОМОГИ ХВОРИМ З ОПОЇДНОЮ ЗАЛЕЖНІСТЮ НА ПЕРВИННОМУ РІВНІ МЕДИКО-САНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ

¹ДУ «Український центр контролю за соціально небезпечними хворобами МОЗ України», м. Київ, Україна

²ВБО «Український інститут досліджень політики щодо громадського здоров'я», м. Київ, Україна

³ДУ «Інститут епідеміології та інфекційних хвороб імені Л.В. Громашевського НАМН України», м. Київ, Україна

Надання інтегрованої медико-соціальної допомоги хворим з опіоїдною залежністю (ОЗ) (психічний та поведінковий розлади внаслідок вживання опіоїдів. Синдром залежності. F.11.2. – відповідно до МКХ-10) є важливим завданням сучасної системи охорони здоров'я. Цей контингент потребує уваги не тільки через медичну та соціальну значущість наркозалежності, але й тому, що практика споживання ін'єкційних наркотиків створює величезний ризик поширення ВІЛ-інфекції та туберкульозу (ТБ) у середовищі людей, які вживають наркотики ін'єкційно (ЛВНІ). На початок 2016 р. серед 8512 пацієнтів замісної підтримувальної терапії (ЗПТ) частка хворих на ВІЛ-інфекцію становила 44%, вірусний гепатит С – 47%, ТБ – 18%.

Завдання та заходи Загальнодержавної програми забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2014–2018 рр. передбачають забезпечити ЗПТ щонайменше 20 тис. хворих на ОЗ. Для полегшення доступу до ЗПТ в Україні з 2008 р. активно проводиться процес інтеграції та децентралізації послуг. Станом на 01.01.2016 р. відкрито 172 сайти для надання послуг

із ЗПТ. Вони розташовані в наркологічних, а також протитуберкульозних закладах і центрах профілактики та боротьби із ВІЛ/СНІДу. Зокрема, на базі СНІД-центрів послуги ЗПТ отримує 748 пацієнтів, що становить 8,7% від загального числа цього контингенту. Встановлений діагноз ВІЛ-інфекція мають 3556 осіб (41,7% пацієнтів ЗПТ), 60,6% із них приймають антиретровірусну терапію (АРТ) (2158 осіб).

Наркологічна служба, яка має забезпечувати лікування хворих на ОЗ, недостатньо пристосована для забезпечення доступу до максимальної кількості медичних і психосоціальних послуг на території одного лікувального закладу. До того ж у силу історичних причин наркологічна допомога є досить стигматизованою, і в багатьох випадках хворі надають перевагу зверненню до загальних медичних установ із приводу лікування соматичних захворювань. З огляду на ці чинники запропоновано створити осередки надання інтегрованої медико-соціальної допомоги (тобто такої, яка б передбачала лікування не тільки психічних, але й соматичних захворювань в одному закладі охорони здоров'я – ЗОЗ) на базі центрів первинної медико-санітарної допомоги (ЦПМСД).

Методи. Вивчено досвід пілотних проектів у 3 ЦПМСД (2 – Полтави і 1 – Миколаєва). У кожному під спостереженням було по 30 хворих з ОЗ. По 10 було переведено з місцевого обласного наркологічного диспансеру, по 20 взято по направленню від партнерських неурядових організацій, які рекрутували хворих безпосередньо «з вулиці». В останньому випадку діагноз встановлено наркологом і він же призначав ЗПТ. Спостереження проведено протягом 6 міс. За допомогою психодіагностичних інструментів (опитувальників) і клінічних показників оцінено такі параметри: кількість та якість медичних процедур, які надавались хворим; рівень інтеграції медичних послуг; динаміка споживання наркотичних речовин і ризикованої поведінки; якість життя; рівень стигматизації; готовність обрати той чи інший медичний заклад для лікування. Також оцінено ставлення персоналу до цієї категорії хворих. Отримані дані порівнено з показниками, зафіксованими під час лікування в наркологічному закладі.

Результати. Відповідно до отриманих у ході дослідження даних, показники якості лікування та рівня інтегрованості медичних послуг є кращими у пацієнтів, які отримували допомогу в умовах ЦПМСД. Порівняно з наркологічними диспансерами, ЦПМСД мають суттєві переваги як за кількістю послуг для хворих на ОЗ, так і за якістю їх надання. Географічне розташування ЛПЗ є головним чинником вибору пацієнтами закладу для участі у ЗПТ – вони надають перевагу закладам, розміщеним як найближче до місця їхнього проживання.

Це означає, що завдяки розташуванню програм ЗПТ у ЦПМСД можна значно підвищити рівень охоплення цією послугою, більш раціонально організувати лікувальний процес і підвищити ефективність стратегій інфекційного контролю. На вибір впливає ставлення медичного персоналу до наркозалежних пацієнтів і до ЗПТ, як такої. Стигматизація наркозалежних осіб є значним бар'єром на шляху до підвищення ефективності лікування ОЗ. Інтегрована допомога дає змогу знизити рівень стигматизації пацієнтів з ОЗ; показники стигматизації пацієнтів ЦПМСД є значно меншими за такі для пацієнтів наркологічних диспансерів. Ставлення персоналу змінювалось із часом від помірно негативного до нейтрального та помірно позитивного, здебільшого за рахунок подолання хибних стереотипів щодо хворих на ОЗ і ЗПТ.

Висновки. Організація інтегрованої допомоги хворим на ОЗ із коморбідністю дає змогу розширити доступ хворих на соціально небезпечні захворювання до надання медичної допомоги і збільшує шанси на виконання Загальнодержавної програми забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2014–2018 рр. Дана тема потребує подальшого вивчення щодо забезпечення сталості послуг у контексті реформування системи охорони здоров'я.

Дослідження виконане завдяки фінансовій та технічній підтримці Американської Агенції з Міжнародного Розвитку (USAID), проекту RESPOND.

В.Ф. Орловський, А.В. Жаркова

ОПТИМІЗАЦІЯ ЛІКУВАННЯ РАННІХ ФОРМ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ ШЛЯХОМ ВИКОРИСТАННЯ ВІДНОВНИХ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНИХ ПРОГРАМ

Сумський державний університет, медичний інститут, м. Суми, Україна

У сучасній медичній науковій літературі все більше уваги приділяється немедикаментозним методам лікування і профілактики серцево-судинних ускладнень. Актуальність розробки немедикаментозних технологій відновної терапії та реабілітації хворих на серцево-судинну патологію зумовлена високим рівнем поширеності цих захворювань, що є важливою медико-соціальною проблемою, а також необхідністю зниження медикаментозного навантаження і небажаних побічних реакцій фармакологічних препаратів, що часто співпадає з бажанням пацієнта.

Мета – оцінити клінічну ефективність програм додаткового фізичного навантаження при лікуванні осіб із ранніми формами артеріальної гіпертензії (АГ) без ознак ураження органів-мішеней.

Матеріали та методи. Дослідження проведено на базі КЗ «Центр первинної медико-санітарної допомоги № 3 м. Суми». Активно викликані на прийом до сімейного лікаря молоді особи 18–40 років (n=250), батьками яких

були 250 диспансерних хворих на АГ віком 45–65 років. У результаті їх обстеження виявлено 60 осіб із нормальним рівнем артеріального тиску (АТ), 190 осіб – із підвищеним рівнем АТ, з числа яких виключені особи з симптоматичною АГ (n=10). Обстеження пацієнтів здійснено до початку лікування та за 12 тижнів монотерапії: бісопрололом 2,5–5 мг за добу, лізиноприлом 5–10 мг за добу або лозартаном 25–75 мг за добу. У групі порівняння пацієнтам, замість медикаментозних препаратів, запропоновано методики відновної терапії, які базувались на програмах додаткової помірної фізичної активності загальною тривалістю 180 хв. на тиждень. Результати оцінено за даними моніторингу АТ. Якість життя в пацієнтів із високим нормальним АТ і АГ проаналізовано з використанням опитувача «SF-36 v2 Health Status Survey». Проведено стратифікацію ризику серцево-судинних ускладнень, враховуючи рівень АТ і наявність інших факторів ризику.

До дослідження залучено 34 особи з високим нормальним рівнем АТ та 146 пацієнтів з АГ I–II ступеня I стадії. Групу контролю становили 30 здорових молодих людей з нормальним АТ і необтяженим сімейним анамнезом, відповідних за віком і статтю. Залежно від рівня АТ, ризику серцево-судинних ускладнень пацієнти рандомізовані в такі групи: група I з високим нормальним АТ – немедикаментозні методи (n=34); група II з АГ (I–II ступеня) – отримували бісопролол (n=36); група III з АГ (I–II ступеня) – отримували лозартан (n=36); група IV з АГ (I–II ступеня), отримували лізиноприл (n=37); група V з АГ (I–II ступеня) – немедикаментозні методи (n=37); група контролю (n=30). Критерії виключення: симптоматична АГ; наявність об'єктивних ознак ураження органів-мішеней, вагітність; використання гормональних контрацептивів; наявність інших хронічних захворювань, гострі захворювання в період дослідження, небажання хворих брати участь у дослідженні.

Результати. Серед 250 обстежених молодих осіб з обтяженим за АГ сімейним анамнезом лише у 24% (n=60) рівень АТ був у межах норми. У 13,6% (n=34) пацієнтів зареєстровано високий нормальний АТ. У 58,4% (n=146) виявлено есенціальну АГ, у 4% (n=10) обстежених – симптоматичну АГ. Поширеність есенціальної АГ серед чоловіків становила 89,6%, а серед жінок – 38,8% (p<0,05). Високий нормальний АТ також частіше зустрічався серед чоловіків – 17%, ніж серед жінок – 11% (p<0,05).

На фоні проведеної терапії у всіх пацієнтів I групи відмічено зниження АТ до оптимальних значень – <120/80 мм рт. ст. (p<0,05). При АГ I ступеня у всіх пацієнтів II, III, IV і V груп досягнуто цільового рівня АТ – <140/90 мм рт. ст. (p<0,05). У хворих на АГ II ступеня цільові значення АТ досягнуто при збільшенні доз антигіпертензивних препаратів у II, III і IV групах: бісопролол – 7,5 мг/добу, лозартан – 75 мг/добу, лізиноприл – 20 мг/добу. У пацієнтів V групи з АГ II ступеня не досягнуто цільових значень АТ, однак отримано зниження систолічного АТ на 13% (p<0,05), діастолічного АТ на 10% (p<0,05).

Оцінка ефективності терапії включала аналіз впливу лікування на показники якості життя. У пацієнтів I групи відмічено статистично вірогідне поліпшення

показників якості життя за шкалами GH – на 17,3%, VT – на 13,4%, MH – на 13,4%, а також фізичного і психологічного компонентів здоров'я – на 13,4% і 12,9% відповідно. У хворих на АГ I ступеня у II, III і V групах (на фоні прийому бісопрололу, лозартану і фізичної активності) статистично значуще поліпшилися показники якості життя, які визначали фізичний компонент – BP на 8,1%; GH – на 52,4%; 46,7%; 56,9% відповідно, а також показники, які визначали психологічний компонент здоров'я: VT – на 15,3%; 14,4%; 16,7%, MH – на 16,4%; 14,6%; 18,2% відповідно. Більш високі показники шкал отримано в V групі. У пацієнтів IV групи найменшою мірою відмічено підвищення показників за шкалами BP (на 2,1%), GH (на 24,2%), VT (на 7,8%) і MH (на 10,8%); не отримано статистично значущих відмінностей за шкалами фізичного і психологічного компонентів здоров'я. У хворих на АГ II ступеня в усіх групах визначено достовірне підвищення показників шкал BP, GH, VT, SF, RE і MH, найбільшою мірою – у групах V, II і III, найменшою – у групі IV. При терапії лізиноприлом не отримано статистично значущих відмінностей порівняно з вихідними даними за шкалами MH і PH.

Висновки. Необхідно проводити активне виявлення і обстеження молодих осіб з обтяженим сімейним анамнезом для ранньої діагностики високого нормального АТ і АГ, адже малосимптомний перебіг АГ не спонукає молодих людей та їхніх батьків контролювати АТ і своєчасно звертатись по медичну допомогу. У якості неспецифічної терапії пацієнтам із високим нормальним АТ і хворим на АГ I–II ступеня з помірним ризиком серцево-судинних ускладнень рекомендується підвищити фізичну активність, використовуючи різні види додаткової фізичної активності загальною тривалістю не менше ніж 180 хв. на тиждень. У разі досягнення цільового рівня АТ необхідно продовжити диспансерне спостереження і корекцію факторів ризику, у тому числі використання програм підвищеної фізичної активності. При недосягненні цільового рівня АТ, а також у пацієнтів з АГ II ступеня слід призначити базові антигіпертензивні препарати, переважно бісопролол або лозартан в індивідуальних добових дозах, на фоні дозованого підвищення тижневої фізичної активності.

Т.В. Острогляд

ЧИМ ЗАПИВАТИ ЛІКИ?

Медичний ліцей при Національному медичному університеті імені О.О. Богомольця, м. Київ, Україна

Останнім часом значна увага прикута до питання про взаємодію медикаментів через конкуренцію їх в процесі метаболізму за участі комплексу цитохрому P450 [1]. Однак, за даними літератури, конкуренцію медикаментам можуть створювати і рослини, якщо їх метаболізм відбувається через ті ж ізоферменти згаданого комплексу, що й ліки [2, 3].

Яскравим прикладом небезпеки такої взаємодії є описані трагічні наслідки запивання деяких медикаментів

грейпфрутовим соком. Першим повідомленням про небезпечні ускладнення від запивання медикаментів грейпфрутовим соком, які найбільше припадали на 3–7-й дні уживання, була стаття, опублікована у 1991 р. у журналі Lancet під назвою «Взаємодія цитрусових соків з фелодипіном і ніфедипіном» [4]. Через підозру щодо токсичності перший з цих медикаментів незабаром був заборонений FDA для використання в клінічній практиці. В наступні роки встановлено, що згаданий сік містить

алкалоїд фуранокумарин – інгібітор ізоферменту CYP3A4, через який метаболізуються понад 85 медикаментів різних груп, небезпечні концентрації яких при цьому є причиною таких побічних ефектів, як порушення серцевого ритму, рабдоміоліз, мієлотоксичність, пригнічення дихання, гастроінтестинальні кровотечі, нефротоксичність [2]. Через блокування цього ізоферменту концентрація прийнятого одночасно з соком медикаменту сягає небезпечно для життя рівня. Небезпечність запивання ліків була встановлена й для інших соків, у тому числі гранатового.

Часто для «посилення ефекту» пацієнти воліють запивати медикаменти відварами та настоянками трав, наївно вважаючи, що природні засоби не шкодять. Насправді алкалоїди численних лікарських трав метаболізуються через ізоферменти комплексу цитохром р450, створюючи конкуренцію лікам. Так, звіробій дріявий, чорний перець, канадський гідратис (жовтокорінь) зменшують активність ферменту CYP3A4, зумовлюючи побічну дію десятків медикаментів, які метаболізуються саме цим шляхом.

Неприпустим є запивання медикаментів алкогольними напоями, як міцними, так і слабкими (пиво), у тому числі настоянками, оскільки алкоголь метаболізується за участю ізоферменту CYP2E1, як і такі ліки, як ацетомінафен, ізоніазид та галотан. Описані випадки діабетичної коми при поєднанні алкоголю з інсуліном, смерті від печінкової недостатності – з парацетамолом, шлунково-кишкової кровотечі – з аспірином.

Непередбачуваними клінічними ефектами супроводжується запивання ліків кавою. В одних випадках уживання її зменшує ефективність ліків, наприклад, антибіотиків через стрімке виведення їх з організму. В інших запивання кавою посилює і робить небезпечним прийом гіпотензивних і протиаритмічних препаратів. Однією з причин згаданих ефектів є факт конкуренції кофеїну і медикаментів (варфарин, теофілін, пропранолол) за ізофермент CYP1A2.

В основі недостатньої ефективності або шкідливої дії медикаментів може бути пряма фізико-хімічна взаємодія рідин, які використовуються для запивання, і ліків. Так, танін, що міститься в чаї, здатний утворювати нерозчинні сполуки і випадати в осад багатьох діючих речовин лікарських препаратів. Тому не рекомендують запивати чаєм антибіотики, азотовмісні засоби (антипірін, амідопірін), алкалоїди (папаверин, еуфілін), ферментні препарати, нейрореплетики тощо.

Не рекомендується запивати медикаменти тонізуючими напоями (пепсі-кола, кока-кола), які містять ортофосфорну кислоту, іони заліза і кальцію, що можуть вступати в пряму взаємодію з такими медикаментами, як антациди, діуретики, антибіотики. Згадані застереження відносяться і до запивання ліків молоком, катіони кальцію і казеїнат якого зв'язують антибіотики або руйнують кислотостійке покриття капсул ферментних препаратів.

Отже, найбезпечнішою рідиною для запивання ліків є вода.

Література

1. *Вдовиченко В. І.* Міжмедикаментозна конкуренція як одна з причин неефективності та побічної дії ліків / В. І. Вдовиченко, В. В. Кульчицький // Гепатологія. – 2015. – № 2. – С. 6–15.
2. *Bailey D. G.* Grapefruit-medication interactions forbidden fruit or avoidable consequences? / D. G. Bailey, G. Dresser, J. M. Arnold // Canadian Medical Association Journal. – 2013. – Vol. 186. – P. 309–316.
3. *Gurley B. J.* Pharmacokinetic herb-drug interactions (Part 2) drug interactions involving popular botanical dietary supplements and their clinical relevance / B. J. Gurley, E. K. Fifer, Z. Gardner // Planta Medica. – 2012. – Vol. 78. – P. 1490–1514.
4. *Interaction of citrus juices with felodipine and nifedipine* / D. G. Bailey, J. D. Spence, C. Munoz [et al.] // Lancet. – 1991. – Vol. 337. – P. 268–269.

І.П. Пасічнюк

ОЦІНКА НУТРИТИВНОГО СТАТУСУ ШКОЛЯРІВ 1–11-х КЛАСІВ м. ЛЬВІВ

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, м. Львів, Україна

Для дітей шкільного віку особливе значення має повноцінне і регулярне харчування, яке має забезпечити підрастаючий організм необхідними макро- і мікронутрієнтами, вітамінами й мінеральними речовинами. Окремі нутрієнти чи поєднана їх біологічна дія відіграють провідну роль у забезпеченні не лише фізичного, але й нервово-психічного розвитку, опірності організму до дії несприятливих факторів довкілля, динамічного розвитку і функціонування всіх його органів і систем. В Україні сьогодні недостатньо досліджень, які б узагальнювали дані про стан харчування школярів

різного віку, поширеність серед них порушень харчової поведінки та дефіциту основних макро- і мікронутрієнтів.

Мета – оцінити особливості харчового статусу учнів загальноосвітніх шкіл м. Львів різного віку, виявити дефіцит споживання мікро- і макронутрієнтів, порушень харчової поведінки.

Матеріали та методи. Проведено обстеження 90 учнів загальноосвітніх шкіл м. Львів. Розподіл досліджуваних осіб на 3 групи здійснено за віковим критерієм: 1–4-ті класи (6–9 років), 5–8-ті класи (10–13 років), 9–11-ті класи (14–17 років). В учнів кожної

групи детально визначено триденний раціон харчування (два будні та один вихідний день), а також індекс маси тіла (ІМТ). З метою вивчення найбільш вживаних страв і продуктів харчування використано спеціально розроблені щоденники, які заповнювалися батьками учнів молодших класів або учнями старших класів самостійно. У щоденники внесено дані щодо кількості кожного продукту зі щоденного раціону. Харчову цінність раціону підраховано за допомогою спеціальної комп'ютерної програми Dietplan 6 (Велика Британія), адаптованої до норм і стандартів України. Аналіз проведено за такими показниками: добова калорійність, кількість спожитих білків, жирів, вуглеводів, макроелементів, вітамінів тощо. Отримані результати порівняно з нормою.

Результати. Серед учнів 1–4-х класів м. Львів не виявлено жодної особи з надмірною вагою. Серед учнів 10,0% мали недостатній ІМТ і вірогідно менше забезпечення енергією, пов'язане з меншим споживанням жирів (47,8 г/добу) і білків (40,7 г/добу), ($p < 0,01$). Харчовий раціон учнів із недостатнім ІМТ характеризувався дефіцитом насичених жирних кислот і мікронутрієнтів через нестачу в добовому раціоні тваринного м'яса. Дефіцит фосфору асоціювався з майже цілковитою відсутністю рибних страв. Неадекватним у харчовому раціоні було недостатнє споживання сирих овочів, фруктів, молока і кисломолочних продуктів, що корелювало з дефіцитом цинку 5,0 мг/добу ($p < 0,01$), кальцію 571,3 мг/добу ($p < 0,01$), магнію 158,7 мг/добу ($p < 0,005$), заліза 5,5 мг/добу ($p < 0,05$), фруктози (в 1,3 разу), мальтози (у 0,6 разу), лактози (в 1,1 разу) тощо. За нашими даними, учні з недостатньою вагою споживали меншу кількість солодоців, цукерок, соків тощо, що корелювало з меншим надходженням в організм глюкози (в 1,5 разу) і сахарози (в 1,4 разу).

На відміну від учнів початкової школи, серед школярів 5–8-х класів виявлено 20,0% осіб із надмірною вагою, яка асоціювалася з надлишковим споживанням вуглеводів 427,0 г/добу ($p < 0,005$). Аналіз щоденного харчового меню показав, що учні споживали в середньому на 11,8% більшу кількість їжі порівняно з однолітками, а надлишок вуглеводів у цих осіб корелював зі споживанням великої кількості хлібобулочних, кондитерських виробів і страв мережі «фаст-фуд» тощо. Серед учнів із надмірною вагою виявлено дефіцит надходження натрію 2524,7 мг/добу ($p < 0,05$), натомість, вірогідно більше надходження фолієвої кислоти 403,2 мкг/добу ($p < 0,01$), біотину 43,6 мг/добу ($p < 0,05$) і вітаміну С 136,5 мг/добу

($p < 0,05$). Визначено також тенденцію до більшого надходження глюкози (в 1,4 разу) на тлі меншої кількості фруктози (в 1,5 разу), сахарози (в 1,4 разу), мальтози (в 1,2 разу). Серед учнів 5–8-х класів виявлено 3,3% із недостатньою масою тіла. У даних осіб спостерігалась тенденція до дефіциту енергії за рахунок меншого надходження білків (в 1,3 разу), жирів (в 1,6 разу), вуглеводів (в 1,2 разу), жирних кислот 1,4 г/добу, холестерину 129,9 мг/добу, низки важливих мікроелементів порівняно з однолітками з нормальною масою тіла. За даними харчового щоденника, меню цих учнів характеризувалось недостатньою кількістю тваринного м'яса, кисломолочних продуктів, свіжих овочів і фруктів. Натомість, часто вживаними були печиво і цукерки, надлишок яких корелював із підвищеними в 2 рази рівнями надходження цукрів ($p < 0,01$).

Серед учнів 9–11-х класів виявлено 20,0% осіб із надмірною вагою і жодної особи з недостатньою вагою тіла. В осіб із надмірною вагою визначено більше надходження енергії 3763,0 ккал/добу ($p < 0,05$), пов'язане з більшим споживанням білкової їжі 105,3 г/кг/добу і крохмалу 383,6 ($p < 0,05$), що корелювало зі споживанням великої кількості картопляних, бобових виробів, а також білкових інгредієнтів (наприклад, яєць). Кількісний вміст харчового меню на 10–12,7% перевищував аналогічний показник у школярів із нормальною масою тіла. У таких дітей виявлено більше надходження кальцію 1481,8 мг/добу ($p < 0,001$) і магнію 450,8 мг/добу ($p < 0,005$) на тлі дефіциту цинку 8,5 мг/добу ($p < 0,01$). Окрім цього, визначено більшу кількість глюкози 32,9 г/добу ($p < 0,01$) на тлі тенденції до меншого споживання фруктових і молочних цукрів. За даними харчового щоденника, учні старшої школи надавали перевагу печиву, хлібобулочним виробам і солодоцям над фруктами, овочами і молочними продуктами.

Висновки. Серед учнів різного віку загальноосвітніх шкіл м. Львів визначено 13,3% осіб з надвагою, яку порівню становили учні 5–8 і 9–11-х класів. Група учнів із недостатньою масою тіла (4,4%) виявлена більшою мірою серед учнів початкової школи (3,3%) і в 3 рази менше серед учнів середньої школи. Харчовий раціон більшості учнів різних груп дослідження не був збалансованим як за якісним, так і за кількісним вмістом. Виявлені відхилення нутритивного статусу можуть призвести до формування метаболічних порушень і вказують на необхідність розробки і запровадження заходів щодо їх профілактики.

О.А. Рішко, М.М. Блецькан, Т.М. Ганич, Г.Ю. Машура

МЕТАБОЛІЧНИЙ СИНДРОМ ЯК ЗАГАЛЬНОМЕДИЧНА ПРОБЛЕМА: РОЛЬ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ

ДВНЗ «Ужгородський національний університет», м. Ужгород, Україна

Метаболічний синдром – це цивілізаційна хвороба, яка виникає в генетично схильних

осіб при нездоровому способі життя та харчування, проявляється комбінацією патогенетично пов'язаних

абдомінального ожиріння, підвищення артеріального тиску, порушень метаболізму (вуглеводного, ліпідного, пуринового, гемостазу), основою яких є інсулінорезистентність і зумовлена нею компенсаторна гіперінсулінемія, котра призводить до прогресуючого атеросклерозу та зростання серцево-судинної смертності.

Понад 50% дорослих українців мають зайву вагу чи ожиріння, а для чоловіків характерним є абдомінальне ожиріння. Саме з цим пов'язують збільшення кількості хворих на гіпертонічну хворобу, цукровий діабет і смертність від їх ускладнень.

Метаболічний синдром – це проблема не тільки ендокринологів і кардіологів, але й загальномедична та соціальна проблема: ревматологів (подагра), пульмонологів (синдром Піквіка), гінекологів (кисти яєчників, безпліддя), урологів (сечокам'яна хвороба, ерекційна дисфункція), нефрологів (дисметаболическі нефропатії), гастроентерологів (гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба, жовчнокам'яна хвороба, неалкогольна жирова хвороба печінки).

Найчастіше проблема метаболічного синдрому виявляється вже на стадії його ускладнень, тому актуальною є його профілактика, рання діагностика та лікування, провідна роль у цьому відведена сімейним лікарям.

Мета – звернути увагу сімейних лікарів на їх провідну роль у профілактиці, ранній діагностиці та лікуванні метаболічного синдрому як важливої складової профілактичної медицини, а також на необхідність комплексного вивчення та корекції порушень всіх видів метаболізму у практично здорових осіб з абдомінальним ожирінням.

Матеріали та методи. Ретроспективно проаналізовано результати обстежень 36 чоловіків з абдомінальним ожирінням (об'ємом талії понад 102 см), які амбулаторно зверталися за консультацією з різних причин: профілактичне обстеження, передопераційне обстеження, артеріальна гіпертензія, аритмія, кардіалгії, артралгії, печія тощо. Жоден із пацієнтів не палив, попередньо на обліку в сімейного лікаря чи дільничного терапевта не знаходився, хворим себе не вважав. Пацієнти були віком 28–56 років без клінічно виражених проявів серцево-судинного захворювання.

Поряд із загальноклінічним обстеженням вивчено стан серця (у всіх – електрокардіограма, у 28 – ехокардіоскопія), судин (у 17 – ультразвукове дослідження екстракраніальних судин), нирок (у всіх – загальний аналіз сечі та креатинін крові, у 17 – ультразвукове дослідження, у 2 – радіоізотопна ренографія), печінки (у 17 – ультразвукове дослідження), проведено комплексне вивчення вуглеводного (глюкоза крові натще, гликозильований гемоглобін, інсулін крові, індекс інсулінорезистентності), ліпідного (загальний холестерин, ліпопротеїди низької та високої щільності, тригліцериди) та пуринового (сечова кислота крові) обмінів.

Результати. Троє пацієнтів були практично здоровими без порушень метаболізму та уражень серцево-судинної системи (всі – віком до 32 років). У п'яти пацієнтів виявлено інсулінорезистентність із

проявами гіперсимпатикотонії без уражень серця і нирок (усі – віком до 36 років).

У 28 (78%) пацієнтів виявлено інсулінорезистентність із різного ступеня порушеннями метаболізму та ураженнями серцево-судинної системи, нирок і печінки.

У 12 із них інсулінорезистентність компенсувалась гіперінсулінемією з нормоглікемією, були відсутні органічні ураження серцево-судинної системи, однак мали місце різного ступеня атерогенна дисліпідемія, гіперурикемія при клінічних проявах артеріальної гіпертензії (у 9 хворих), стеатогепатозу (8 хворих), нічного апное (5 хворих), гастроєзофагеального рефлюксу (4 хворих), сечокам'яної хвороби (4 хворих), екстрасистолії (2 хворих) та подагри (1 хворий). Усі 12 хворих були віком до 42 років.

У 16 (44%) хворих виявлено різного ступеня органічні ураження серцево-судинної системи (гіпертрофія лівого шлуночка, дилатація лівих відділів серця, потовщення інтіми-медії сонних артерій чи наявність у них атеросклеротичних бляшок, у 2 хворих – електрокардіографічні та ультразвукові ознаки перенесеного інфаркту міокарда). З них у 7 хворих інсулінорезистентність компенсувалась гіперінсулінемією, тому мала місце нормоглікемія. У 6 хворих навіть при гіперінсулінемії (2 пацієнти) чи нормоінсулінемії (4 пацієнти) відмічалася гіперглікемія натще при нормальних показниках глікозильованого гемоглобіну. У 3 хворих вперше виявлено цукровий діабет: в 1 пацієнта 38 років – з артеріальною гіпертензією II стадії та сечокам'яною хворобою; в 1 хворого 46 років – з артеріальною гіпертензією II стадії, сечокам'яною хворобою та подагрою; в 1 пацієнта 56 років – з артеріальною гіпертензією на фоні перенесеного інфаркту міокарда невідомої давності. В 1 хворого перенесений інфаркт міокарда діагностовано на фоні артеріальної гіпертензії, атерогенної дисліпідемії, гіперурикемії, сечокам'яної хвороби, при нормоглікемії, однак унаслідок компенсаторної гіперінсулінемії, зумовленої інсулінорезистентністю.

У цілому серед обстежених пацієнтів у 26 осіб виявлено артеріальну гіпертензію, у 18 – симптоми нічного апное, у 12 – гастроєзофагеальний рефлюкс, у 24 – атерогенну дисліпідемію з підвищеним коефіцієнтом атерогенності, у 23 – гіперурикемію (з них у 3 – подагру). В 11 хворих із 17 обстежених, яким проведено ультразвукове обстеження нирок, виявлено сечокам'яну хворобу, у всіх 17 обстежених, яким проведено ультразвукове обстеження печінки, – ознаки стеатогепатозу (з них у двох – жовчнокам'яну хворобу).

Таким чином, у 28 хворих із 36 обстежених з абдомінальним ожирінням виявлено метаболічний синдром. Погоджуючись з експертами Всесвітньої організації охорони здоров'я, які рекомендують розглядати метаболічний синдром як преморбідний стан і не включати осіб з розвинутим серцево-судинним захворюванням чи цукровим діабетом 2-го типу, у 6 з них (у 2 – з подагрою, в 1 – з перенесеним інфарктом міокарда, в 1 – з цукровим діабетом та перенесеним інфарктом міокарда, у 2 – з

цукровим діабетом) діагностовано власне не метаболічний синдром, а вже його ускладнення.

Висновки. У переважній більшості чоловіків з абдомінальним ожирінням з часом розвиваються порушення вуглеводного, ліпідного та пуринового обмінів, у прогресуванні яких певну роль відіграють зумовлені ними стеатогепатоз та сечокам'яна хвороба. Підтверджується провідна патогенетична роль інсулінорезистентності у формуванні та прогресуванні метаболічного синдрому. Тривалий час інсулінорезистентність компенсується гіперінсулінемією і не проявляється гіперглікемією, тому рутинне обстеження не виявляє порушень навіть вуглеводного обміну, а ліпідний та пуриновий рутинно не вивчаються. Метаболічний синдром і навіть його серцево-судинні, ниркові та печінкові ускладнення тривалий час

можуть перебігати безсимптомно, що зумовлює необхідність профілактики, ранньої діагностики та лікування вже абдомінального ожиріння. З метою ранньої діагностики метаболічного синдрому та профілактики його ускладнень при обстеженні пацієнтів із абдомінальним ожирінням слід проводити комплексне та повне обстеження вуглеводного, ліпідного та пуринового обмінів, а також стану серцево-судинної системи, печінки та нирок, не обмежуючись визначенням глюкози крові натще та вимірюванням артеріального тиску. Провідна роль у профілактиці, ранній діагностиці та лікуванні метаболічного синдрому належить сімейним лікарям, які, за потреби чи вже при ускладненнях, мають залучати кардіологів, ендокринологів та інших вузьких спеціалістів.

*О.А. Рішко, М.І. Фатула, В.В. Свистак, М.М. Блецькан,
М.М. Шютєв, М.І. Лазорик, А.А. Трохимович, Г.Ю. Машура*

СПОСІБ ОПТИМІЗАЦІЇ ПОЕТАПНОГО ПІДБОРУ ІНДИВІДУАЛЬНОЇ АНТИГІПЕРТЕНЗИВНОЇ ФАРМАКОТЕРАПІЇ

ДВНЗ «Ужгородський національний університет», м. Ужгород, Україна

Артеріальна гіпертензія (АГ) є основним фактором ризику серцево-судинної та загальної смертності, оскільки підвищує ризик смертності в 4,5 рази в чоловіків та у 2 рази в жінок. В Україні АГ зареєстрована у 30–35% дорослого населення. Однак ефективність її лікування становить лише 19% у міській та 8% у сільській місцевості. Застосування антигіпертензивних препаратів не завжди є оптимальним і часто не дає стійкої нормалізації артеріального тиску (АТ).

Мета – запропонувати швидкий і доступний спосіб оптимізації підбору ефективної індивідуальної антигіпертензивної фармакоterapiї пацієнта з метою її здешевлення, зменшення ризику негативного впливу медикаментів на хворого, поліпшення прихильності до тривалого лікування, що сприятиме швидшому досягненню та утриманню клінічного ефекту і знизить ризик серцево-судинних ускладнень.

Матеріали та методи. На основі вітчизняних (2012 р.) та європейських (2013 р.) клінічних рекомендацій з АГ, нами запропоновано таблицю «Вибір оптимальної антигіпертензивної фармакоterapiї». У лівій частині таблиці вказано основні клінічні стани, які слід враховувати при виборі антигіпертензивних препаратів, знизу – абсолютні протипоказання та найчастіші побічні ефекти, а зверху – основні та додаткові групи антигіпертензивних препаратів. У квадратиках, що утворюються на перетині певних клінічних станів з окремими групами препаратів, цифрами «1», «2» та «3» позначено препарати відповідно першого, другого та третього вибору при даному клінічному стані; позначкою «±» – препарати, не бажані при даному клінічному стані; позначкою «!» – препарати, протипоказані при даному

клінічному стані; позначкою «⊗» – протипоказану комбінацію препаратів.

Користуючись запропонованою таблицею, лікар відмічає в її лівій колонці клінічні стани, виявлені в пацієнта, знаходить і виділяє ті, які унеможливають призначення препаратів певної групи (абсолютні протипоказання), наприклад, бета-блокатори при бронхіальній астмі, і викреслює їх. Потім лікар враховує ті клінічні стани, які роблять небажаними призначення препаратів відповідної групи (можливі побічні ефекти), наприклад, інгібітори ангіотензин-перетворюючого ферменту при кашлі, і переводить їх у групу третього вибору. Далі проводить пошук конкретних оптимальних препаратів для лікування хворого: для кожного відміченого в лівій колонці таблиці клінічного стану знаходить в квадратах препаратів обох груп препарати першого вибору, позначені цифрою 1. Якщо такий препарат один і хворому планується монотерапія, лікар обирає єдиний оптимальний антигіпертензивний препарат. За наявності кількох препаратів першого вибору, перевагу надає тому, який показаний при більшій кількості клінічних станів у хворого, має менше побічних ефектів і є дешевшим, а за необхідності комбінації двох препаратів – отримує оптимальну їх комбінацію. Якщо немає препаратів першого вибору, або вони використані, а водночас існує потреба у збільшенні кількості препаратів для комбінованого лікування, лікар послідовно обирає препарати другого та третього вибору. За наявності кількох препаратів будь-якого вибору, перевагу надає тим, які показані при більшості клінічних станів у хворого, мають менше побічних ефектів і дешевші.

Підібравши за таблицею препарати для індивідуального лікування пацієнта, лікар контролює стан

хворого та ефективність антигіпертензивної терапії. При недостатній ефективності збільшує дозу або додає інший препарат. У разі появи побічних ефектів негайно змінює заходів: зменшує дозу або замінює препарат іншим.

Підібрану і відкориговану таким способом антигіпертензивну терапію пацієнт продовжує амбулаторно під контролем сімейного лікаря.

Результати. З метою перевірки придатності запропонованого способу проведено антигіпертензивне лікування 32 стаціонарних та амбулаторних хворих, що сприяло більш швидкому їх одужанню. Можливість здійснення способу проілюстрована клінічним прикладом. Хворий П.М.В., 44 років, звернувся зі скаргами на періодичний головний біль, запаморочення, швидку втомлюваність. Об'єктивно: абдомінальне ожиріння – обхват талії 109 см при індексі маси тіла 27 кг/м²; АТ – 170/105 мм рт. ст., пульс – 95/хв. В аналізах крові: глюкоза – 5,3 ммоль/л, інсулін – 31,2 мкМО/мл, індекс інсулінорезистентності – 8,2, холестерин – 6,7 ммоль/л, ліпопротеїди низької щільності – 4,2 ммоль/л, ліпопротеїди високої щільності – 0,9 ммоль/л, тригліцериди – 2,7 ммоль/л. При ехокардіоскопії виявлено ознаки концентричної гіпертрофії лівого шлуночка зі збереженою систолічною функцією – фракція викиду 58%. При ультразвуковому дослідженні нирок, наднирників, судин сонної артерії та щитоподібної залози патологічних змін не виявлено.

Виставлено діагноз: Гіпертонічна хвороба II стадії II ступеня. Гіпертрофія лівого шлуночка, ХСН-0. Загальний серцево-судинний ризик високий.

Фактори ризику: абдомінальне ожиріння, дисліпідемія.

На запропонованій таблиці відмічено два клінічні стани хворого: метаболічний синдром (абдомінальне ожиріння, інсулінорезистентність, гіперінсулінемія, атерогенна дисліпідемія) та гіпертрофію лівого шлуночка. Клінічні стани, які зумовили б протипоказання до певних препаратів, у пацієнта були відсутні, як і відсутні клінічні стани, споріднені з можливими побічними ефектами.

Наявність АГ II стадії та II ступеня, високого серцево-судинного ризику вказала на необхідність

медикаментозного лікування комбінацією двох препаратів. При обох клінічних станах надано перевагу блокаторам ренін-ангіотензин-альдостеронової системи, при гіперсимпатикотонії – бета-блокаторам або недигідропіридиновим блокаторам кальцієвих каналів. Оскільки при метаболічному синдромі бета-блокатори є небажаними, а примусових показів до них немає, перевага надана блокаторам кальцієвих каналів.

Хворому призначено препарат із фіксованою комбінацією трандолаприлу в дозі 4 мг та блокатора кальцієвих каналів верапамілу в дозі 240 мг один раз на добу.

Через 5 днів стан хворого поліпшився, АТ стабілізувався на рівні 125/80–135/85 мм рт. ст., частота серцевих скорочень (ЧСС) – 60–70/хв.

Оглянутий через місяць після початку лікування. Стан хороший, АТ на рівні 125/80–135/85 мм рт. ст., ЧСС 65–75/хв. Лікуванням задоволений.

Висновки. Запропонований спосіб значно спрощує та прискорює пошук лікарем індивідуально оптимальної антигіпертензивної терапії конкретного пацієнта. Індивідуально оптимальна антигіпертензивна фармакотерапія, підібрана з урахуванням етіопатогенетичних особливостей АГ конкретного пацієнта та механізмів можливих побічних ефектів окремих медикаментів при певних клінічних станах, зменшує кількість і дозу препаратів, здешевлює лікування і зменшує ризик негативного впливу медикаментів на хворого, що поліпшує його прихильність до тривалого лікування і сприяє швидшому досягненню та утриманню клінічного ефекту. При виявленні нових клінічних станів і факторів, які зумовлюють особливості антигіпертензивного лікування, та при появі нових антигіпертензивних препаратів з особливими показаннями, протипоказаннями й можливими побічними ефектами, лікар додатково вносить їх у таблицю і в подальшому враховує при призначенні лікування. Спосіб оптимізації поетапного підбору індивідуальної антигіпертензивної фармакотерапії може бути рекомендованим для широкого впровадження у практику роботи сімейних лікарів, кардіологів і спеціалістів інших профілів, які займаються лікуванням хворих з АГ.

І.М. Рогач, Д.В. Шун

ЩОДО ЗАДОВОЛЕНОСТІ ПРАЦІВНИКІВ УЖГОРОДСЬКОГО НАЦІОНАЛЬНОГО УНІВЕРСИТЕТУ ОТРИМАНОЮ МЕДИЧНОЮ ДОПОМОГОЮ

ДВНЗ «Ужгородський національний університет», м. Ужгород, Україна

Для вивчення основних тенденцій захворюваності, лікування та ставлення працівників ДВНЗ «Ужгородський національний університет» до профілактики захворювань проведено спеціальне дослідження. За результатами досліджень опрацьовано майже 400 анкет.

За отриманими даними, переважна більшість (67,7%) опитаних звертались по медичну допомогу востаннє протягом 1 року; 12,7% респондентів – від 1 до 3 років, 19,7% викладачів – більше ніж 3 роки.

Про проходження диспансерного огляду відзначили 85,9% працівників університету, а про його

відсутність – 14,1%. Оскільки в державі диспансеризація є не обов'язковою і свідомість людей не на найвищому рівні, то така значна питома вага опитаних, які пройшли диспансеризацію, може бути причиною некоректного розуміння поняття диспансеризації.

Щодо стану здоров'я та частоти захворювань 50,2% працівників відповіли, що хворіють 1 раз на рік, 48,1% – 2–5 разів на рік, 1,7% – понад 5 разів на рік. Загалом стан здоров'я працівників є задовільним, проте не може бути прикладом для наслідування іншим категоріям населення.

На питання про задоволеність працівників системою надання медичної допомоги тільки 19,4% працівників відповіли, що їх влаштовує дана ситуація з надання медичної допомоги, а 80,6% анкетованих – не влаштовує. Основними причинами незадовільної ситуації респонденти назвали: незадовільне фінансування (24,8%), низьку якість (23,4%) та доступність (11,4%) надання медичної допомоги, 37,0% опитаних не змогли визначитися.

Лікування для 33,4% опитуваних обходиться в середньому до 500 грн, для 8,8% респондентів – 1000–2000 грн, для 14,3% – від 300 до 1000 грн, для 13,6% – понад 2000 грн. Отже, при низьких фінансових доходах, характерних для населення України, у разі захворювання на лікування необхідно витратити практично увесь місячний дохід.

Незважаючи на те, що понад 80,0% респондентів не влаштовує теперішня ситуація з наданням медичної

допомоги, майже 72–79% опитаних відмітили, що ні вони, ні члени їхніх родин не бажають бути членами організації «Лікарняна каса». Це, ймовірно, пов'язано з тим, що опитані не знайомі з роботою подібних громадських організацій.

Проте пропозицію щодо створення окремої дільниці для працівників ДВНЗ «Ужгородський національний університет» підтримали 52,7% респондентів, а відхилили 47,3%. Це свідчить про те, що суспільство розуміє про необхідність змін, оскільки воно є відповідальним за власне здоров'я, проте ще не знає, в якій формі це має бути, хто повинен це організувати і проводити, і хто за це відповідатиме.

За вищенаведеними даними, тільки 15,7% респондентів не готові понести матеріальні витрати за доступну та якісну медичну допомогу, а решта (84,3%) готові сплатити ту чи іншу суму за таку послугу. Так, 16,8% опитуваних готові платити на рік до 500 грн, 13,5% – 500–1000 грн, 15% – 1000–2000 грн, 2,6% – понад 2000 грн. У відсотковому співвідношенні 36,3% опитуваних можуть відшкодувати 1–2% від зарплати, 45,4% респондентів – 2–5%, а 18,1% анкетованих працівників – понад 5%.

Таким чином, 80,6% працівників незадоволені системою надання медичної допомоги, а основними причинами вважають незадовільне фінансування, значні фінансові витрати на лікування, а також низьку якість і доступність медичної допомоги.

Б.А. Рогожин

ПРАКТИКА СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ ЯК БІЗНЕС-ПРОЕКТ

Харківська медична академія післядипломної освіти, м. Харків, Україна

Зміни у сфері охорони здоров'я України стосуються двох напрямів: структурної перебудови із розвитком первинної допомоги і прискореного розвитку сектору, заснованого на приватній власності. Останніми роками на ринку медичних послуг з'явилися приватно практикуючі лікарі загальної практики – сімейні лікарі (ЛЗПСЛ), що працюють як у складі великих медичних компаній, так і в статусі «фізичної особи – підприємця» (ФОП). Вказане обумовлює актуальність дослідження організації діяльності ЛЗПСЛ як бізнес-проекту.

Мета – визначити умови щодо розробки бізнес-плану «ЛЗПСЛ» та його основних підрозділів.

У дослідженні проведено оцінку: вартості витрат на утримання матеріально-технічної бази; оплати праці працівників медичних організацій; витрат на надання амбулаторних медичних послуг від їхніх провайдерів. Методи: системний підхід і системний аналіз, метод експертної оцінки та моделювання. Соціологічним опитуванням охоплено 150 ЛЗПСЛ.

За отриманими результатами, для підготовки плану організації роботи медичного підприємства або ФОП необхідно визначити предмет продажу – які саме медичні

послуги може запропонувати вказаний провайдер. У разі надання або організації виробництва послуг із первинної допомоги слід встановити їх обсяг і показники якості. Базою для цього повинні слугувати державні стандарти та протоколи надання первинної допомоги МОЗ України. Відповідно, реалізацію послуг необхідно доручити лікарю належної кваліфікації, витрати на оплату праці якого мають компенсувати його власні потреби та забезпечити професійний розвиток. Оцінка вартості робочої сили також повинна включати діючі тарифні ставки для відповідного медичного персоналу. За даними опитування, інтервали запиту для лікарів приватних установ співвіднесені з тарифними окладами від 1:2 до 1:8. При цьому не відмічено зв'язку з кваліфікацією та стажем. Проте виявлено залежність від місця можливого розташування практики – велике місто, місто-районний центр, селище або село.

При оцінці можливого ринку медичної послуги з первинної допомоги слід дослідити необхідні витрати на утримання самого місця розташування лікарської практики. За досвідом респондентів, для цього потрібна в середньому площа 45–60 м² у приміщенні, яке має належне опалення, електрику, водопровід і каналізацію.

Тобто необхідно або побудувати таке приміщення, або взяти його в оренду. Також слід визначити вартість обладнання та меблів і витрат на утримання: комунальні платежі, можливі ремонти, обслуговування, прибирання.

На думку респондентів, яка знайшла підтримку і в оцінках експертів, витрати на оренду приміщення в умовах великих міст більш прийнятні, ніж на побудову нового або придбання власного приміщення. Тоді як ситуація із нерухомістю у невеликих населених пунктах спонукає до облаштування нового приміщення і придбання його у власність.

У цілому, витрати на оплату праці медичним працівникам та на облаштування належної матеріально-технічної бази становитимуть у загальних обсягах 25–50% відповідно, а витрати на придбання медичних та інших матеріалів необхідних для початку роботи і її здійсненні протягом перших 3 місяців при плановому завантаженні – ще 25%. Таким чином, орієнтиром для визначення обсягів витрат при розробці бізнес-проекту може бути рівень заробітної плати персоналу.

Оцінка можливого платоспроможного попиту свідчить, що серед опитаних громадян (усього – 250 осіб, що представляли окремі домогосподарства) лише 12% респондентів готові розглянути можливість таких витрат. При цьому критичною ознакою є обсяг річного доходу: від 40,0 тис. грн. Обсяг самих витрат має не перевищити 8% цього доходу, що становить до 400 грн на місяць і майже 50% річних витрат бюджету населених пунктів, де проживали респонденти, на громадські медичні послуги.

Проведене дослідження дає змогу зробити наступні висновки. В теперішній час існує певний соціальний запит на громадські медичні послуги з первинної допомоги на засадах сімейної медицини. Основні етапи планування бізнес-проекту з надання первинної допомоги такі: розрахунки щодо постійних витрат – заробітна плата; утримання матеріальної бази; розрахунки щодо змінних витрат. Метод соціологічного дослідження може бути застосований для оцінки платоспроможності можливого споживача медичних послуг.

В.В. Рудень, Н.Ф. Тімченко, О.Р. Ковальська

ВПЛИВ ПОВЕДІНКОВИХ ФАКТОРІВ РИЗИКУ ЛЮДИНИ НА ПОГІРШЕННЯ СТАНУ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я В КОНТЕКСТІ ГОСТРОГО ІНФАРКТУ МІОКАРДА (НА ПРИКЛАДІ НАСЕЛЕННЯ ЛЬВІВСЬКОЇ ОБЛАСТІ)

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, м. Львів, Україна

Стан громадського здоров'я держави ще у 2007 р. охарактеризовано Радою національної безпеки і оборони України як «...критичний та такий, що загрожує національній безпеці держави», що створює загрозу не лише обороноздатності, але й нормальному функціонуванню держави, особливо в контексті розвитку її трудових ресурсів. Саме з цієї причини національні інтереси країни потребують нагального вжиття ефективних заходів і адекватного вирішення даної проблеми загальнодержавного значення шляхом зміцнення здоров'я населення як найвищої соціальної цінності.

Не виняток у стані погіршення суспільного здоров'я з причини захворюваності становить гострий інфаркт міокарда (ГІМ). Щорічно на цей недуг хворіють 50 тис. осіб, а помирають – понад 11 тис., що має істотну поширеність серед осіб працездатного віку і на пряму впливає на зменшення тривалості та зниження якості життя людини.

Вивчення поведінкових факторів ризику людини, як детермінант її здорового способу життя, на погіршення стану громадського здоров'я в контексті ГІМ робить дане дослідження актуальним, оскільки дасть змогу дослідити можливі причини виникнення даної патології та в разі такого, їх профілактики.

Мета – науково обґрунтувати вплив поведінкових факторів ризику на погіршення стану громадського здоров'я в контексті ГІМ.

Матеріали та методи. Дослідження виконано за методом «випадок–контроль» серед досліджуваної (n=374 пацієнти з ГІМ ($t > 2$, $p < 0,05$)) та контрольної (n=374 особи, які не хворіли на дану хворобу ($t > 2$, $p < 0,05$)) груп із числа мешканців Львівської області, що дало змогу виявити поведінкові фактори ризику за величиною їх негативного впливу на стан громадського здоров'я з приводу ГІМ з обрахунком величин популяційного атрибутивного ризику (ПАР) та індексу потенційної шкоди (ІПШ), де використано методи: анамнестичний, анкетування, медико-статистичний та аналітичний з урахуванням принципів системності, а отримані дані зведено та опрацьовано на персональному комп'ютері з використанням програм Microsoft Office Excel 2010 та SPSS.

Результати. Отримані дані серед осіб досліджуваної групи свідчать про наявність 10 поведінкових чинників ризику в ймовірному негативному впливі на стан громадського здоров'я в контексті виникнення/розвитку ГІМ, що, власне, і підтверджено релевантними даними отриманими порівняно з показниками контрольної групи.

Встановлено, що за величиною ПАР $0,39 \pm 0,04$ у негативному впливі на громадське здоров'я населення

Львівщини в розвитку ГІМ у 39% випадків відводиться надмірному споживанню Na^+ -вмісних продуктів, що може проявитися в кожній другій людині (ІПШ=1,9).

Доведено, що нездорове харчування людини через неадекватне добове споживання фруктів та овочів, за отриманими результатами, також розцінюється як фактор ризику у виникненні гострого серцевого нападу в 1 з 2 мешканців, про що свідчить показник ІПШ=2,1, оскільки такий елемент способу життя в популяційному здоров'ї в 37% має негативну дію у розвитку ГІМ (ПАР=0,37±0,04).

З'ясовано, що фактором ризику в стані здоров'я даної територіальної громади є наявність у людини АТ>140/90 мм рт. ст., що у 30% випадків негативно відбивається на стані громадського здоров'я (ПАР=0,30±0,03), де практично також кожен другий мешканець Львівщини (ІПШ=1,7) із діагностованою гіпертонічною хворобою піддається загрози виникнення ГІМ.

Малорухливий спосіб життя та індекс маси тіла >25,0 за результатами цієї наукової роботи також визначені як чинники ризику в несприятливому впливі на стан здоров'я жителів даної області з однаковим числовим виразом ІПШ=2,1, де кожна друга людина має ймовірність захворіти на ГІМ. Отримані показники ПАР=0,23±0,03 (для гіподинамії) та ПАР=0,17±0,03 (для надмірної ваги тіла людини) засвідчують правдивість виникнення ГІМ у осіб, що мало рухаються і мають надмірну вагу, відповідно у 23% і 17% випадків, порівняно з тими особами, хто цих детермінант у здоровому способі життя не відмічає.

З'ясовано, що рівень холестерину >5,5 ммоль/л у людини за величиною популяційного атрибутивного ризику 0,22±0,03 збільшує на 22% небезпеку у впливі на суспільне здоров'я через виникнення/розвиток ГІМ, тоді

як 4 із 7 осіб із підвищеним рівнем холестерину в крові мають імовірність виникнення даної патології, що власне і доводить величина індексу потенційної шкоди для здоров'я людини 1,75.

Науково доведеним чинником ризику у виникненні гострого серцевого нападу, що погіршує стан соціального здоров'я, є зловживання алкогольними напоями (ПАР=0,14±0,03), що на 14% частіше призводить до виникнення ГІМ при загальному популяційному впливі даної ознаки, ніж у того, хто не вживає алкоголю, та можливості кожного другого, хто зловживає спиртними напоями на Львівщині, мати дану патологію (ІПШ=2,1).

На популяційному рівні особи з числа населення Львівщини з порушенням психоемоційної рівноваги на 11% мають більший шанс захворіти на ГІМ (ПАР=0,11±0,03), тоді як кожний третій мешканець (ІПШ=3,4) може мати цю патологію за наявності нервово-психічної напруги.

Важливе місце серед ризиків у виникненні ГІМ серед мешканців Львівщини посідає тютюнокуріння, при якому 2 із 7 осіб, що курять, мають шанс захворіти на ГІМ (ІПШ=3,5), та в 10% зростає популяційний ризик (ПАР=0,10±0,03) серед тих, хто курить тютюн, порівняно з тими, хто його не вживає.

Висновки. Отримані результати дослідження слугують базисом для активізації профілактичної роботи лікарів загальної практики – сімейних лікарів, а також лікарів-терапевтів дільничних і лікарів-кардіологів амбулаторно-поліклінічних закладів у питанні первинної профілактики ГІМ щодо мінімізації поведінкових факторів ризику у ймовірному виникненні даної патології серед населення та формування основ здорового способу життя як на індивідуальному, так і на суспільному рівні.

В.Т. Рудник, Л.В. Глушко, Х.С. Симчич

ЕФЕКТИВНІСТЬ НЕБУЛАЙЗЕРНОЇ ТЕРАПІЇ БЕРОДУАЛОМ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНІ ОБСТРУКТИВНІ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ В АМБУЛАТОРНИХ УМОВАХ

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет», м. Івано-Франківськ, Україна

Небулайзерна терапія – сучасний метод інгаляційної терапії, заснований на перетворенні рідких форм лікарських засобів у дрібнодисперсний аерозоль [1, 5, 6]. Небулайзерна терапія широко застосовується в лікуванні гострих і хронічних захворювань респіраторного тракту (ГРВІ, гострого бронхіту, хронічного обструктивного захворювання легень (ХОЗЛ), бронхіальної астми, бронхоектатичної хвороби, професійних захворювань легень, муковісцидозу) [2–4]. Роль небулайзерної терапії при ХОЗЛ зростає разом зі ступенем тяжкості бронхообструкції і стає винятковою у разі тяжкого і вкрай тяжкого перебігу ХОЗЛ, а також у період загострення в будь-якій стадії захворювання. У таких клінічних ситуаціях небулайзерна терапія забезпечує найбільш ефективну доставку лікарських препаратів у

нижні дихальні шляхи, оскільки характеризується мінімальною залежністю від ступеня вентиляційних порушень. Переваги небулайзерної терапії: доставка більшої дози препарату й отримання ефекту за більш короткий проміжок часу; можливість легко й точно дозувати лікарські засоби; проста техніка проведення інгаляцій, у тому числі в домашніх умовах; можливість використання широкого спектру лікарських засобів і їх комбінацій; доставка лікарського препарату в дистальні бронхи й альвеоли; можливість підключення в контур подачі кисню; можливість включення в контур ШВЛ.

Щодо підвищення ефективності бронхолітичної терапії, то комбінація бронхолітиків із різним механізмом дії забезпечує більш виразний і тривалий бронхолітичний ефект при одночасному зменшенні ризику виникнення

побічних ефектів через зменшення дози кожного з компонентів комбінованого препарату. Слід зазначити, що єдиним в Україні комбінованим бронхолітичним препаратом для небулайзерної терапії є Беродуал – розчин для інгаляцій (Boehringer Ingelheim). Цей препарат поєднує в собі два бронхолітики короткої дії – β_2 -агоніст фенотеролу гідробромід 500 мкг і М-холінолітик іпратропію бромід безводний 250 мкг.

Мета – провести порівняльну оцінку ефективності застосування препарату Беродуал (β_2 -агоніст в 1 дозі – фенотеролу гідроброміду 50 мкг + М-холінолітик іпратропію броміду 21 мкг) у вигляді дозованого інгалятора та препарату Беродуал у вигляді розчину для інгаляцій через небулайзер у хворих на ХОЗЛ.

Матеріали та методи. Під спостереженням знаходилося 32 хворі, які звернулися на прийом до пульмонолога поліклініки Івано-Франківського обласного клінічного фізіопульмонологічного центру з діагнозом ХОЗЛ II ст., групи В у фазі загострення. Серед пацієнтів було 25 чоловіків і 7 жінок, середній вік яких становив $60,73 \pm 3,85$ року. Вивчалася ефективність терапії бронхіальної обструкції інгаляційним та розчинним Беродуалом: небулайзерна терапія (по 20 крапель через небулайзер Omron з 2 мл фізіологічного розчину) призначалася 20 хворим (I група), інгаляційна – 12 хворим (II група).

Результати. Встановлено, що індивідуальний хронотерапевтичний підхід для лікування бронхіальної обструкції у хворих на ХОЗЛ препаратом Беродуал суттєво підвищує ефективність лікування, особливо при застосуванні Беродуалу в розчині для інгаляцій через небулайзер.

За даними комп'ютерної спірографії, після проведеного 14-денного лікування кращі показники ФЗД отримані у пацієнтів I групи: ОФВ₁ збільшився на 11,3%

порівняно з контрольною групою – 7,4%. Пацієнти цієї ж групи відзначали зменшення задишки на 3–5-ту добу лікування порівняно з 6–8-ю добою у хворих II групи.

Висновки. За отриманими даними, даний препарат і спосіб його доставки є найбільш ефективним і безпечним для зняття нападів задишки в умовах поліклініки. Небулайзерна терапія Беродуалом дає змогу отримати швидкий і стійкий результат при лікуванні бронхіальної обструкції. Крім того, перевагою даної терапії є відсутність побічних ефектів, зменшення кількості загострень і подовження періоду ремісії. Вказані позитивні ефекти цього препарату можуть бути основою для подальшого наукового вивчення та практичного застосування в пульмонології та загальнотерапевтичній практиці.

Література

1. Авдеев С. Н. Устройства доставки ингаляционных препаратов, используемых при терапии заболеваний дыхательных путей / С. Н. Авдеев // Рос. мед. журнал. – 2002. – № 5. – С. 255–261.
2. Ковальчук В. П. Протимікробна активність і лікувально-профілактична дія антисептичних засобів та антимікробних матеріалів (клінічно-експериментальне дослідження) : автореф. дис. ... д.мед.н. : спец. 03.00.07 «Мікробіологія» / В. П. Ковальчук. – Харків, 1999. – 33 с.
3. Кричинська І. В. Небулайзерна терапія гострих респіраторних захворювань / І. В. Кричинська // Терапія. – 2012. – № 12 (75). – С. 68–70.
4. Рациональная мукоотропная терапия острого обструктивного бронхита у детей / Л. С. Овчаренко, А. А. Вертегел, Т. Г. Андриенко [и др.] // Новости медицины и фармации. Киев, 2005. – 72 с.
5. European Respiratory Society Guidelines on the use of nebulisers / J. Boe, J. H. Dennis, B.R. Driscoll [et al.] // Eur. Respir. J. – 2001. – Vol. 18. – P. 228–242.

О.М. Рудь, Л.В. Хіміон

АРТЕРІАЛЬНА ГІПЕРТЕНЗІЯ В ПАЦІЄНТІВ МОЛОДОГО ВІКУ З ОЖИРІННЯМ

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ, Україна

На сьогоднішній день у світі налічується близько 1 млрд хворих на артеріальну гіпертензію (АГ). У 2000 р. кількість таких хворих становила 972 млн, а у 2025 р. очікується 1,5 млрд.

До переліку основних факторів ризику, які провокують розвиток і клінічну маніфестацію АГ, входить збільшення маси тіла. Ожиріння, зокрема абдомінальний його тип, розцінюється як передумова виникнення стану гіперглікемії та інсулінорезистентності (ІР), дисліпідемії та підвищення артеріального тиску (АТ), що призводить до зростання частоти розвитку кардіоваскулярних подій та смертності від них.

Мета – вивчити рівні АТ та високочутливого С-реактивного протеїну (СРП) серед пацієнтів молодого віку з надлишком маси тіла та ожирінням.

Матеріали та методи. Нами обстежено 22 пацієнти (середній вік – $35,6 \pm 1,6$ року) з надлишком маси тіла та різними ступенями ожиріння, які склали основну групу, а також 20 осіб (середній вік – $37,5 \pm 1,9$ року) групи контролю з нормальною масою тіла без будь-яких вад розвитку, серцево-судинних, ендокринних та інших хронічних захворювань. В усіх пацієнтів (100%) основної групи виявлено ожиріння центрального типу (абдомінальне); у 3 (13,6%) пацієнтів був надлишок маси тіла, у 10 (45,5%) – ожиріння I ступеня, у 8 (36,4%) хворих – ожиріння II ступеня, в 1 (4,5%) – ожиріння III ступеня.

Усім хворим і особам групи контролю проведено комплекс клініко-лабораторних та інструментальних методів дослідження, які включали ретельне фізикальне обстеження, вимірювання антропометричних показників: маси тіла (кг), зросту (см), обчислення індексу маси тіла (ІМТ), об'єму талії (ОТ) (см) і об'єму стегон (ОС) (см), обчислення співвідношення ОТ/ОС; лабораторні обстеження: визначення рівня високочутливого СРП – основного маркера запалення; добовий моніторинг АТ.

Результати. За даними добового моніторингу АТ виявлено достовірну різницю середніх показників АТ у пацієнтів із надлишком маси тіла та ожирінням та в осіб групи контролю ($p < 0,001$). Так, серед пацієнтів основної групи середнє значення систолічного АТ (САТ) становило 135 мм рт. ст., діастолічного АТ (ДАТ) – 88 мм рт. ст. Тоді як у групі контролю – відповідно 113 мм рт. ст. та 72 мм рт. ст. Серед досліджуваних основної групи у 5 (22,7%) обстежених виявлено підвищення САТ > 140 мм рт. ст. та у 6 (27,3%) – підвищення ДАТ > 90 мм рт. ст. У групі контролю не встановлено підвищення АТ $> 140/90$ мм рт. ст. За допомогою кореляційного аналізу рівнів САТ і ДАТ та значень ІМТ серед пацієнтів основної групи виявлено зв'язок середньої сили між даними показниками ($r = 0,48$)

та ($r = 0,39$) відповідно, тоді як у групі контролю – низький кореляційний зв'язок між рівнями САТ і ДАТ та ІМТ ($r = 0,14$) та ($r = 0,21$) відповідно.

При дослідженні основного маркера запалення – високочутливого СРП – встановлено, що середнє значення СРП у групі хворих із надлишком маси тіла й ожирінням дорівнювало $3,4 \pm 0,75$ мг/л, тоді як у групі контролю – $1,56 \pm 0,32$ мг/л ($p < 0,05$). Отримані результати вказали на загальне підвищення активності маркерів запалення у групі пацієнтів із надлишком маси тіла та ожирінням порівняно з групою здорових однолітків із нормальною масою тіла.

Висновки. Середні рівні САТ і ДАТ у осіб молодого віку з надлишком маси тіла та ожирінням перевищують такі показники у здорових однолітків і залежать від ІМТ ($r = 0,48$) та ($r = 0,39$). Серед осіб молодого віку з надлишком маси тіла та ожирінням за результатами добового моніторингу АТ вперше виявлено АГ у 5 (22,7%) обстежених. Середнє значення рівня СРП серед пацієнтів із надлишком маси тіла та ожирінням вище за таке в групі контролю, що може вказувати на зв'язок запального процесу та розвиток ожиріння і серцево-судинних захворювань, зокрема АГ.

О.М. Русин

КОМПЛЕКСНА ЕХОКАРДІОГРАФІЯ В ОЦІНЦІ ВІДДАЛЕНИХ РЕЗУЛЬТАТІВ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ВРОДЖЕНИХ ВАД СЕРЦЯ У ДОРОСЛИХ

ДУ «Науково-практичний медичний центр дитячої кардіології та кардіохірургії МОЗ України», м. Київ, Україна
Закарпатський обласний клінічний кардіологічний диспансер, м. Ужгород, Україна

У країнах європейського регіону народжуваність дітей з вродженими вадами серця (ВВС) варіює у межах 0,7–1,7% (Otto D., 2012). У жодній з країн немає повноцінних даних про поширеність ВВС серед дорослого населення (Moons P., 2008). Останні досягнення хірургічної корекції ВВС вирізняються високим рівнем. Відтворення нових анатомічних відношень, нормалізація гемодинаміки та газообміну забезпечує нормальну тривалість життя та його якості (Babu-Narayan S.V., Mohiaddin R.H., Cannell T.M., 2011). Сучасні методи візуалізації (МРТ, КТ, ЕхоКГ) дають змогу виявити навіть незначні відхилення, особливості анатомії і функції серця та судин у віддалений післяопераційний період. Слід відзначити, що «золотим стандартом» діагностики ВВС є ЕхоКГ, яка дає змогу діагностувати ваду, визначити ступінь її тяжкості та вчасно виділити пацієнтів із критичним перебігом захворювання (Liske M.R., 2006).

Однак і на теперішній час відсутній чіткий алгоритм динамічного ЕхоКГ у дорослих із ВВС, яким проведено хірургічне лікування. Є потреба в подальшому удосконаленні ЕхоКГ діагностики різних варіантів вродженої патології серцево-судинної системи для

надання своєчасної допомоги та підвищення якості життя, обґрунтування оптимальних термінів скерування в спеціалізовані стаціонари для повторного кардіохірургічного лікування та визначення обсягу даного втручання (Carretero I., Rissech M., Moriera C. et al., 2005; Kiran V.S., Singh M.K., Shah S. et al., 2008).

Вирішення цих питань представляє теоретичний інтерес і має практичну спрямованість, що стало підставою для визначення мети й завдань нашого дослідження.

Мета – удосконалити методи комплексної ЕхоКГ-оцінки серцево-судинної системи дорослих пацієнтів у віддалений період після хірургічної корекції ВВС для оптимізації диспансерного спостереження, підвищення якості життя та визначення оптимальних термінів для повторного хірургічного втручання.

Матеріали: обстежено 943 пацієнти різного віку (від 18 років) із ВВС у віддалений післяопераційний період.

Методи: клінічні обстеження, інструментальні (ЕКГ, ЕхоКГ), статистичні.

Результати. У таблиці наведено структуру хірургічно коригованих вроджених вад серця у дорослих Закарпатської області за 1990–2013 рр.

Висновки. Досліджено частоту та структури ВВС у дорослих пацієнтів (на прикладі Закарпатської області). Детально розроблена програма ЕхоКГ у дорослих пацієнтів із ВВС у віддалений післяопераційний період. На основі аналізу тривалого ЕхоКГ спостереження за дорослими пацієнтами з ВВС розроблено алгоритм їх обстеження для надання своєчасної допомоги, підвищення якості життя та визначення потреби в повторному хірургічному лікуванні.

Таблиця
Структура хірургічно коригованих вроджених вад серця у дорослих Закарпатської області за 1990–2013 рр.

ВВС	Випадки	
	абс.	%
ДМШП	306	32,5
ТФ	53	5,6
ВАП	153	16,1
ДМПП	245	26,0
АС	25	2,7
КоА	63	6,7
ТПМС	31	3,3
СтЛА	50	5,3
Інші	17	1,8
Усього	943	100,0

О.І. Сердюк, С.О. Самусенко

ЛОР-ДОПОМОГА ДІТЯМ: МІЖСЕКТОРАЛЬНА СПІВПРАЦЯ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ ТА ПРОВАЙДЕРІВ СПЕЦІАЛІЗОВАНОЇ ДОПОМОГИ

Харківська медична академія післядипломної освіти, м. Харків, Україна

Вирішення проблеми організації медичної допомоги дитячому населенню в умовах структурної перебудови національної охорони здоров'я є важливим завданням, що має забезпечити ефективність використання громадських ресурсів і підвищити рівень доступності медичної допомоги. Зокрема, ефективність медичної допомоги полягає як в успішному наданні спеціалізованої допомоги, так і в здійсненні профілактичних заходів, спрямованих на збереження здоров'я дитини. Останнє може стати результатом тісної співпраці між сектором спеціалізованої допомоги та первинної допомоги, зокрема, між сімейними лікарями та провайдерами спеціалізованої ЛОР-допомоги.

Мета – визначити структуру взаємозв'язків між первинною ланкою і сектором спеціалізованої допомоги дитячому населенню великого промислового міста-мегаполісу при реалізації профілактичних заходів дітям із ЛОР-патологією.

Матеріалами дослідження була медична документація (амбулаторні карти), за даними якої визначено медичні маршрути та результати проведених профілактичних заходів. Усього простежено 300 медичних маршрутів протягом 3 років. До програми включено дітей шкільного віку. Методами дослідження були: метод спостереження, експертної оцінки та системного і порівняльного аналізу.

Результати. Встановлено, що медичні маршрути включали лікарів первинної ланки – сімейних лікарів або дільничних педіатрів, структури вторинної допомоги: кабінети ЛОР-спеціалістів дитячих міських поліклінік і прийомів ЛОР-спеціалістів у недержавних медичних

установах. Початок медичного маршруту на рівні лікаря первинної ланки виявлено в 48% випадків, у спеціаліста в поліклініці – 36% дітей, у приватно практикуючих лікарів – 16%.

У медичних документах 42% дітей зазначено рекомендації спеціаліста з ЛОР-патології, визнані експертами як профілактичні заходи. Для 72% дітей, відповідно до отриманих призначень і рекомендацій, призначено лікування або профілактичний захід під наглядом лікарів первинної ланки, а 15% знаходилися під наглядом самих лікарів ЛОР-кабінетів.

Дослідження документації, яка відображала медичну допомогу в закладах приватної власності, засвідчило, що профілактичні заходи рекомендовані 34% з числа тих, хто був на прийомі в цих установах. Їх реалізація покладалася на батьків, які у 64% зверталися до лікарів у поліклініках. Своєю чергою, ними були або ЛОР-спеціалісти (64%) або лікарі первинної ланки.

Висновки. До етапів медичного маршруту дітей з ЛОР-патологією входять лікарі первинної ланки, спеціалісти ЛОР-кабінетів дитячих поліклінік і лікарі приватних медичних структур. Усі вказані структури задіяні в наданні медичної допомоги при ЛОР-захворюваннях та здійснюють профілактичні заходи. Саме ЛОР-спеціалісти відіграють провідну роль у розробці програм профілактики для дітей, які перенесли відповідні захворювання або хворобливі стани. Дослідження медичних маршрутів доводить, що мають місце резерви щодо оптимізації планування та проведення профілактичних заходів дітям із ЛОР-патологією.

Х.С. Симчич, Л.В. Глушко, В.Т. Рудник

КЛІНІЧНА ЕФЕКТИВНІСТЬ КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА СОМАТОФОРМНУ ВЕГЕТАТИВНУ ДИСФУНКЦІЮ В УМОВАХ ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет», м. Івано-Франківськ, Україна

Соматоформна вегетативна дисфункція (СВД) є істотною соціально-економічною проблемою, діагностується у 25–70% тих, хто звертається по медичну допомогу до лікаря загальної практики [1]. За статистичними даними МОЗ України, захворюваність на СВД становить 1672,8 на 100 тис. населення. Однак статистика СВД утруднена недостатньо однорідними підходами практичних лікарів до критеріїв діагнозу і його термінологічного оформлення. На сьогодні це міждисциплінарна проблема, яка виступає предиктором АГ, ішемічної хвороби серця та цереброваскулярної патології, що є однією з провідних причин смертності та інвалідизації серед осіб працездатного віку. Вегетативна дисфункція знижує якість життя, є частою причиною непрацездатності, дезадаптації в професійній діяльності у повсякденному житті. Останнім часом усе більше уваги приділяється засобам рослинного походження для лікування СВД, які комплексно впливають на основні функції організму і спричиняють значно менше побічних реакцій [2].

Мета – вивчити можливості корекції основних проявів СВД із кардіальним і гіпертензивним синдромом.

Матеріали та методи. Нами проведено обстеження 48 пацієнтів (38 жінок і 9 чоловіків), середній вік – $32,4 \pm 6,4$ року. Стан вегетативної системи досліджено за допомогою «Опитувальника для виявлення ознак вегетативних змін» і «Схеми дослідження для виявлення ознак вегетативних порушень». Для оцінки вегетативної діяльності використано показник індексу Кердо та визначено хвилиний об'єм крові (ХОК) за методом Лільє–Штрандера [1], для оцінки якості життя використано опитувальник Medical Short-Form Health Status (SF-36). Усім досліджуваним проведено однотипне клініко-інструментальне дослідження: загальний аналіз крові і сечі, електрокардіографічне дослідження, домашнє вимірювання систолічного (САТ), діастолічного (ДАТ) артеріального тиску (АТ), частоти серцевих скорочень (ЧСС), офісне вимірювання АТ. Пацієнтами проведено оцінку вираженості суб'єктивних відчуттів, самопочуття, настрою, працездатності та проявів кардіального і гіпертензивного синдромів за чотирибальною шкалою. Досліджувана когорта розподілена на 2 групи, рівнозначні

за віком, статтю та проявами захворювання. I група отримувала стандартне лікування, II група на фоні комплексного лікування приймала Неокардил по 2 капсули/добу протягом 1 місяця [2].

Результати. У пацієнтів обох груп спостерігалася полісимптоматична клінічна картина. При визначенні ступеня вегетативних розладів за опитувальником Вейна А.М. середній бал становив $42,5 \pm 1,9$ та $43,3 \pm 1,2$ у I та II групі відповідно (достовірної різниці між групами не виявлено, $p > 0,05$). Після 4-тижневої терапії середній бал в II групі становив $29,7 \pm 2,4$, що достовірно нижче за аналогічні дані I групи ($p < 0,05$). У процесі терапії у II групі у всіх пацієнтів відмічалася поступове зниження основних клінічних проявів, спостерігалися помірна нормалізація ЧСС ($96,4 \pm 6,5$ до $78,6 \pm 3,8$; $p < 0,05$) і зниження АТ (САТ $118,5 \pm 4,2$ мм рт. ст. ($p < 0,05$) та ДАТ $112,6 \pm 3,4$ мм рт. ст.) і відповідно відзначалася позитивна динаміка індексу Кердо і ХОК ($\Delta 36\%$ і $21,3\%$ відповідно, $p < 0,05$). За оцінкою якості життя в динаміці лікування, у пацієнтів II групи достовірно поліпшилися оцінки практично за всіма показниками, зокрема фізичної активності ($\Delta 25,6\%$), життєздатності ($\Delta 28,4\%$), загального здоров'я і соціальної активності ($\Delta 36,8\%$), $p < 0,05$. Переносимість препарату Неокардилу була доброю, побічні дії при його застосуванні пацієнти не виявлені.

Висновки. Застосування Неокардилу має позитивний вплив на вегетативні і кардіологічні прояви соматоформної вегетативної дисфункції, підвищує показники якості життя хворих.

Література

1. Клінічна ефективність препарату Імуно-тон при лікуванні хворих з синдромом вегетативної дистонії / І. М. Кліщ [та ін.] // Фармацевтичний часопис. – 2007. – № 2. – С. 72–77.
2. Оцінювання ефективності застосування препарату Неокардил для зменшення факторів ризику захворювань серцево-судинної системи при первинній профілактиці / М. М. Долженко [та ін.] // Сімейна медицина. – 2014. – № 6. – С. 45–50.

Г.А. Слабкий, А.Ю. Качур

К ВОПРОСУ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ИНФОРМАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В РЕНТГЕНОЛОГИИ

ГУ «Украинский институт стратегических исследований МЗ Украины», г. Киев, Украина

Внедрение современных информационных технологий в рентгенологии связано с реформированием системы стационарной помощи для обеспечения доступности качественной рентгендиагностической помощи.

В настоящее время подлежит разработке рентгенологическая информационная система, которая предусматривает создание автоматизации работы рентгенологических кабинетов больниц планового и интенсивного лечения, а также консультативных поликлиник и консультативно-диагностического центра совместно с автоматизированными рабочими местами врачей-специалистов.

Основным программным продуктом данной системы являются программы передачи и просмотра снимков, а также их хранение со структурированной информацией о пациентах, учреждениях, сроках обследования и пр. Доступ к информации в базе данных должен быть авторизованным с системой защиты конфиденциальных данных о пациенте. Доступ к данным в базе может иметь только лечащий врач или другое допущенное администрацией больницы лицо.

Автоматизированное рабочее место врача-рентгенолога должно содержать все необходимые для него

справочники, журнал пациентов, сделавших рентгеновские снимки, карточку пациента и пр. Врач в любое удобное для него время сможет просматривать и описывать снимки, при этом одновременно смотреть медицинскую карту пациента и сравнивать с предыдущими снимками. Карточка пациента для каждого врача разрабатывается целенаправленно согласно требованиям и уровню доступа данного врача. Во всех медицинских картах пациентов отражены общие сведения о человеке: дата рождения, пол, место проживания, место работы и т.д. Для рентгенолога выводится информация обо всех сделанных снимках с их описаниями и проставленными диагнозами.

Функционирование системы с использованием Интернет позволит расширить функции рентгенологической службы, что будет способствовать удаленным консультациям, а так же послужит незаменимым инструментом для врачей, оказывающих «скорую помощь» и помощь на дому.

Информационные технологии в рентгенологии позволят сконцентрировать квалифицированные врачебные кадры лечебных учреждений госпитального госпиталя в рентгенологическом центре на базе больницы интенсивного лечения с обеспечением их круглосуточной деятельности.

Г.О. Слабкий¹, В.В. Кручаниця¹, А.Г. Круть²

ЩОДО ТЯГАРЯ ПРОБЛЕМ В УКРАЇНІ, ПОВ'ЯЗАНИХ ЗІ СПОЖИВАННЯМ АЛКОГОЛЮ

¹ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України», м. Київ, Україна

²ДВНЗ «Ужгородський національний університет», м. Ужгород, Україна

У світовому рейтингу Україна посідає одне з перших місць за показником споживання алкоголю на душу населення (15,6 л), поступаючись тільки Молдові, Чехії, Угорщині та Російській Федерації. При цьому відмічається негативна тенденція до зростання цього показника з 5,4 л у 2002 р. до 15,6 л у 2014 р.

Характерною для України особливістю споживання алкоголю є ранній вік початку споживання, часте споживання у великих дозах, переважно міцних спиртних напоїв, зі значною часткою – неякісних і небезпечних. Так, у структурі споживання населенням України алкогольних напоїв переважають міцні напої (48%) і пиво (40%), при цьому на вино доводиться 9% усіх споживаних алкогольних напоїв. За показником споживання міцних спиртних напоїв Україна посідає сьоме місце в рейтингу європейських країн. Ще однією

новою проблемою є так званий «пивний» алкоголізм. Матеріали соціологічних опитувань свідчать, що майже 40% підлітків регулярно вживають спиртні напої.

За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я щодо споживання алкоголю серед різних груп населення, в Україні у 2010 р. епізодично споживали алкоголь 22,6% населення, у т.ч. 35,2% чоловіків і 12,1% жінок. При цьому непитущими назвали себе 31,7% населення від 15 років, у т.ч. 26,5% чоловіків і 35,9% жінок. Серед непитущих ніколи не споживали алкоголь 12,5% населення, у т.ч. 7,9% чоловіків і 16,4% жінок, кинули споживати алкоголь – 19,1%, у т.ч. 18,6% чоловіків і 19,6% жінок.

У розрахунку на все населення на 1 особу віком від 15 років у 2008–2010 рр. споживалося 13,9 л алкоголю в перерахунку на чистий спирт, з яких 8,9 л становив врахований алкоголь і 5,0 л – неврахований. Порівняно з

2003–2005 рр. у 2008–2010 рр. відбулося деяке зниження споживання – на 2,8%. Серед осіб, які регулярно споживали спиртні напої, рівень досяг у 2010 р. 20,3 л у перерахунку на чистий спирт, у т.ч. 30 л – на одного чоловіка, 11,2 л – на одну жінку.

Вплив споживання алкоголю на порушення здоров'я, захворюваність і смертність значною мірою визначається двома окремими, але взаємопов'язаними параметрами споживання алкоголю: загальним обсягом і моделлю споживаного алкоголю.

Контекст споживання алкоголю відіграє важливу роль із точки зору заподіяння шкоди, пов'язаної з алкоголем, зокрема, це стосується наслідків алкогольної інтоксикації для здоров'я і в рідкісних випадках якості алкоголю. Споживання алкоголю може впливати не тільки на захворюваність, травматизм і виникнення інших порушень здоров'я, але й на перебіг таких станів і їх результати.

За даними Державної служби статистики та МОЗ України, у країні від причин, безпосередньо викликаних алкоголем, щорічно вмирає 12–13 тис. осіб, опосередковано – близько 100 тис. Він у 30% випадків є причиною передчасної смерті українських чоловіків при цьому протягом 2015 р. у закладах охорони здоров'я зареєстровано 2,0 тис. гострих алкогольних психозів, 26,9 тис. нових випадків хронічного алкоголізму.

Усього у 2015 р. на обліку в закладах охорони здоров'я перебувало 471,9 тис. осіб із приводу хронічних алкогольних розладів, 3,8 тис. – з приводу гострих психотичних алкогольних розладів.

Порівняно з 2014 р. у 2015 р. показники захворюваності на хронічні алкогольні синдроми зменшилися на 5,7%, гострі алкогольні психотичні розлади – на 11,7%.

Проведений аналіз захворюваності населення внаслідок споживання алкоголю в регіональному аспекті

виявив високі рівні захворюваності на гострі психотичні алкогольні розлади в Черкаській (13,7 випадку на 100 тис.), Вінницькій (12,4), Чернігівській (11,3), Івано-Франківській (9,2) та Донецькій (9,1) областях при середньому показнику в Україні – 4,7 випадку на 100 тис. При цьому захворюваність на хронічні алкогольні синдроми була найвищою в Київській (164,2 випадку на 100 тис.), Хмельницькій (119,2), Миколаївській (103,8) та Луганській (97,6) областях, що в 1,6–2,6 разу перевищувало середньоукраїнський показник.

Поширеність гострих психотичних алкогольних розладів у 2015 р. була найвищою у Хмельницькій (37,2 випадку на 100 тис.), Черкаській (23,3), Івано-Франківській (21,2), Донецькій (17,4) та Чернігівській (16,0) областях. У більшості вказаних областей зареєстровано найвищі рівні поширеності хронічних алкогольних розладів (Хмельницька, Чернігівська, Івано-Франківська області). Поширеність наркоманії була значною в Запорізькій (364,1 випадку на 100 тис.), Кіровоградській (251,3), Донецькій (247,3), Одеській (232,1) та Миколаївській (206,9) областях при середньому по країні – 140,8 випадку на 100 тис. населення.

У чоловіків зловживання алкоголем на 18,3% формує глобальний тягар хвороб (DALY) і посідає друге місце серед усіх факторів ризику, у жінок – на 4,3%, що визначає шосте місце.

Тягар проблем, пов'язаних з алкоголем, значною мірою можна попередити, що підтверджують численні фактичні дані, які свідчать про ефективність окремих стратегій і заходів щодо скорочення шкоди, пов'язаної зі зловживанням алкоголем. З огляду на багатоплановість і комплексність проблем громадського здоров'я, пов'язаних зі спиртними напоями, для їх ефективного вирішення необхідне застосування різних варіантів стратегій і елементів політики, спрямованої на попередження шкідливого споживання алкоголю.

В.Г. Слабкий¹, І.М. Рогач², Л.О. Качала², Р.Ю. Погоріляк², А.В. Кудря¹

ХАРАКТЕРИСТИКА ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЛІКАРЯМИ ПЕРВИННОЇ МЕДИКО-САНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ В УКРАЇНІ

¹ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України», м. Київ, Україна

²ДВНЗ «Ужгородський національний університет», м. Ужгород, Україна

Нами вивчено питання кадрового забезпечення первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД) у розрізі регіонів України.

Кількість штатних посад лікарів загальної практики – сімейних лікарів (ЛЗПСЛ) у штатних розписах закладів ПМСД у 2015 р. становила 18 685,91 (17 469 у 2014 р.) штатних посад, а кількість фізичних осіб лікарів, які ці посади обіймали, збільшилась із 8794 у 2011 р. до 12 383 лікарів у 2015 р. (рис.).

Укомплектованість штатних посад ЛЗПСЛ фізичними особами в Україні у 2015 р. становила 66,27%, що було нижчим, ніж у попередні роки (2011 р. – 76,40%,

2012 р. – 71,60%, 2013 р. – 71,40%, 2014 р. – 64,84%). Показник коливався від 28,97% у Львівській до 91,3% у Закарпатській областях (табл.).

Питома вага ЛЗПСЛ, які надають ПМСД пацієнтам від народження і протягом усього життя, в Україні становила лише 67,6%, а питома вага населення, яке обслуговується ЛЗПСЛ, які надають ПМСД від народження і протягом усього життя, у сільській місцевості дорівнювала 74,5%, у міській – 43,55%. Слід зазначити, що цей показник був стовідсотковим лише в Кіровоградській, Миколаївській та Херсонській областях. І зовсім не зрозумілою є тенденція, виявлена в м. Києві

(пілотному регіоні, в якому протягом трьох років проводилося реформування системи охорони здоров'я), де питома вага ЛЗПСЛ, які надають ПМСД пацієнтам від

народження і протягом усього життя, становила 6,0%, а питома вага населення, яке обслуговується ЛЗПСЛ, дорівнювала 3,0%.



Рис. Кількість штатних посад і фізичних осіб лікарів загальної практики – сімейних лікарів у 2011–2015 рр.

Таблиця
Укомплектованість штатних посад сімейних лікарів фізичними особами у 2011–2015 рр. (%)

Адміністративно-територіальна одиниця	Рік				
	2011	2012	2013	2014	2015
<i>Область</i>					
Вінницька	77,04	75,18	78,02	79,43	77,64
Волинська	71,68	73,94	64,70	74,0	76,55
Дніпропетровська	72,0	65,05	65,71	72,74	75,31
Донецька	70,21	65,70	68,05	–	–
Житомирська	76,64	72,53	70,55	72,08	73,1
Закарпатська	87,97	93,56	89,40	88,22	91,3
Запорізька	77,32	76,21	71,02	75,49	74,8
Івано-Франківська	77,21	81,90	95,45	88,82	82,23
Київська	70,11	54,10	63,84	62,42	69,35
Кіровоградська	70,22	54,81	57,54	46,63	53,33
Луганська	70,94	75,64	58,40	–	62,81
Львівська	93,55	89,25	89,25	27,50	28,97
Миколаївська	65,41	48,97	59,21	66,16	65,74
Одеська	72,47	65,26	68,58	66,68	67,49
Полтавська	75,76	65,19	77,22	71,95	72,73
Рівненська	78,90	78,74	67,90	75,26	80,37
Сумська	72,93	66,78	69,38	71,70	72,30
Тернопільська	86,52	89,20	87,53	82,06	81,15
Харківська	71,90	68,77	69,74	70,16	71,73
Херсонська	67,68	63,62	53,27	54,69	57,14
Хмельницька	86,88	85,90	82,76	79,32	81,37
Черкаська	71,27	–	66,20	66,99	68,47
Чернівецька	76,23	94,05	86,08	85,50	82,1
Чернігівська	80,32	78,44	66,44	62,44	62,45
місто Київ	59,87	–	68,50	76,09	76,94
Україна	76,46	71,66	71,44	64,84	66,27

Навантаження на одного лікаря є одним із показників, які характеризують якість та ефективність надання ПМСД на засадах ЗПСМ.

Середнє навантаження на ЛЗПСЛ, за результатами моніторингу 2015 р., у міських поселеннях складало 1447,56 на штатну посаду лікаря та 1831,72 на фізичну

особу, у сільській місцевості – 1610,32 на штатну посаду лікаря та 2659,13 на фізичну особу, що значно перевищило норматив навантаження на сімейного лікаря в Україні (1200 осіб у сільській місцевості і 1500 – у міській) та негативно впливає на якість медичної допомоги ЛЗПСЛ.

Відбувалися коливання показника середнього навантаження на ЛЗПСЛ у сільській місцевості від 5531,92 у Луганській та 4573 у Кіровоградській областях до 1609 у Черкаській та 1745 у Чернівецькій областях.

Показник навантаження на штатну посаду лікарів ПМСД, введена для обслуговування в містах та селищах міського типу, у 2015 р. становив від 1189,0 осіб у

Житомирській та 1161,0 у Кіровоградській і 920,0 у Львівській до 3397,6 у Луганській областях.

Унормовані вимоги підготовки кваліфікованих кадрів із метою забезпечення ефективної організації медичної допомоги у 2015 р. також виконувалися недостатньо, про що засвідчили дані моніторингу стосовно підготовки кадрів: 14,49% керівників центрів ПМСД не мали підготовки з організації охорони здоров'я, а питома вага заступників головних лікарів із лікувальної роботи центрів ПМСД, які не мали підготовки з організації охорони здоров'я, у 2014 р. становила 33,32%.

Наведені дані вказують на недостатньо ефективну кадрову політику в системі надання ПМСД.

Г.О. Слабкий¹, В.В. Скрип², І.М. Рогач², Л.О. Качала², Р.Ю. Погорляк²

МОЖЛИВИЙ АЛГОРИТМ ДІЙ З РЕОРГАНІЗАЦІЇ БЮДЖЕТНИХ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В КОМУНАЛЬНІ НЕКОМЕРЦІЙНІ ПІДПРИЄМСТВА НА ПРИКЛАДІ ЦЕНТРАЛЬНОЇ РАЙОННОЇ ЛІКАРНІ

¹ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України», м. Київ, Україна
²ДВНЗ «Ужгородський національний університет», м. Ужгород, Україна

Реорганізація бюджетних закладів охорони здоров'я у комунальні некомерційні підприємства (КНП) проводиться відповідно до ст. 26 Закону України «Про місцеве самоврядування в Україні».

Для практичного перетворення закладів охорони здоров'я у КНП необхідно здійснити ряд послідовних заходів, які передбачають: проведення попередньої аналітичної роботи, яка ініціюється районною радою чи колективом (керівництвом) центральної районної лікарні (ЦРЛ) з визначенням реальної потреби населення в медичній допомозі другого рівня її надання та можливостей ЦРЛ її надавати.

На рівні районної ради розробляється та затверджується план дій з реорганізації бюджетних закладів охорони здоров'я у КНП. Планом передбачається:

– прийняття рішення ради про передачу ЦРЛ у управління районної державної адміністрації;

– прийняття рішення ради про реорганізацію ЦРЛ у КНП «ЦРЛ»;

– затвердження статуту КНП «ЦРЛ»;

– реєстрація КНП «ЦРЛ» у податковій інспекції;

– реєстрація КНП «ЦРЛ» обласним управлінням статистики;

– укладання договору між районною державною адміністрацією та КНП «ЦРЛ» на постачання послуг.

У період проведення вказаних заходів проводиться підготовка персоналу ЦРЛ до роботи в нових господарських умовах із запровадженням нових стимулів до забезпечення якості медичної допомоги, раціонального використання ресурсів, нових методів фінансування та оплати праці.

Заходи, що проводяться, мають висвітлюватися в засобах масової інформації.

І.М. Ткачук, Г.З. Мороз

ШЛЯХИ ОПТИМІЗАЦІЇ РОБОТИ ЛІКАРЯ ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ ЩОДО ПРОФІЛАКТИКИ СЕРЦЕВО-СУДИННИХ ЗАХВОРЮВАНЬ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ

Українська військово-медична академія, м. Київ, Україна

Клініка амбулаторної допомоги Національного військово-медичного клінічного центру «ГВКГ» МО України, м. Київ, Україна

Протягом багатьох років серцево-судинні захворювання (ССЗ) становлять понад 25% у структурі загальної захворюваності, є основною причиною професійної дискваліфікації військовослужбовців

Збройних Сил України за медичними показаннями у мирний час та вносять значний вклад в інвалідність, смертність серед даного контингенту осіб. Тому поліпшення профілактичної роботи щодо ССЗ є одним із

найактуальніших питань сучасної військової медицини, особливо на етапі первинної медичної допомоги, де починають і закінчують лікування 80% пацієнтів. Важливе значення має відповідна підготовка лікарів із питань проведення профілактичного консультування та їх активна участь у практичному впровадженні профілактичних програм.

Мета – дослідити участь лікарів загальної практики – сімейних лікарів (ЛЗПСЛ) Клініки амбулаторної допомоги Національного військово-медичного клінічного центру «ГВКГ» (КАД НВМКЦ «ГВКГ») у роботі щодо профілактики ССЗ у військовослужбовців із метою вирішення питання доцільності та необхідності запровадження навчального модуля «Профілактика ССЗ».

Матеріали та методи. Для проведення дослідження розроблено анкету, яка включала 21 питання, зокрема, участь ЛЗПСЛ у підвищенні поінформованості пацієнтів із питань здорового способу життя, корекції факторів ризику ССЗ, застосування в практичній роботі шкал для стратифікації ризику розвитку серцево-судинних подій, використання в профілактичному консультуванні інформаційних матеріалів для пацієнтів, ставлення ЛЗПСЛ щодо доцільності запровадження навчального модуля «Профілактика ССЗ».

Проведено анонімне соціологічне опитування ЛЗПСЛ (n=35), які працюють у КАД НВМКЦ «ГВКГ» (середній вік – 46,8±9,6 року, стаж роботи – 23,7±9,9 року). Дані з анкет внесено в комп'ютерну базу даних для подальшої статистичної обробки. Для формування бази даних і статистичної обробки результатів використано програму Microsoft Excel.

Результати. Згідно із сучасними засадами доказової медицини, основними заходами профілактики ССЗ є виявлення факторів ризику (ФР), стратифікація ризику розвитку серцево-судинних подій, впровадження засад здорового способу життя та корекція ФР. За даними проведеного соціологічного опитування, 62,8% ЛЗПСЛ регулярно обговорюють з пацієнтами питання здорового способу життя і 37,1% це робить «не завжди». При цьому переважна більшість лікарів проводить у профілактичне консультування за ініціативи самого пацієнта (90,1%), у

зв'язку з клінічним станом пацієнта (77,1%) і 54,5% – у разі першого звернення пацієнта. Найчастіше ЛЗПСЛ із пацієнтом обговорюють необхідність: припинення тютюнокуріння (85,7%), корекції артеріального тиску (91,4%) та рівня холестерину (54,3%), запровадження здорового харчування (80%), контролю маси тіла (45,7%), підвищення фізичної активності (42,9%). Переважна більшість ЛЗПСЛ (62,9%) надає рекомендації усно та 68,7% зазначають, що мають потребу в додатковому інформаційному матеріалі (пам'ятках для пацієнта, інформаційних листках). Слід зауважити, що у своїй щоденній практичній діяльності шкалою SCORE для стратифікації фатальних серцево-судинних подій користується менше половини (31,4%) респондентів. Проте більш активно лікарі (77,1%) проводять оцінку серцево-судинного ризику у хворих з артеріальною гіпертензією.

Оскільки кафедра військової загальної практики – сімейної медицини Української військово-медичної академії впродовж багатьох років плідно співпрацює з КАД НВМКЦ «ГВКГ», ми запитали у ЛЗПСЛ, чи доцільно, з їх погляду, запровадити кафедрою навчальний модуль «Профілактика ССЗ» при проведенні циклу тематичного удосконалення. З'ясовано, що 97,1% лікарів вважають таке впровадження доцільним, що сприятиме поліпшенню якості профілактичної роботи та її ефективності. При цьому більшість лікарів цікавлять такі питання: сучасні стратегії профілактики (82,4%), технологія та методологія проведення профілактичного консультування (64,7%), сучасна доказова база щодо ФР ССЗ та їх можливої корекції (76,5%), основні сучасні аспекти здорового способу життя (70,6%). Встановлено, що більшість (85,3%) лікарів для отримання інформації медичного характеру використовують ресурс Інтернет, тому в навчальний модуль тематичного удосконалення лікарі вважають необхідним включити питання «використання Інтернету в медичній практиці» та (91,2%) підтримали розміщення на веб-сайті установи сучасних матеріалів щодо профілактики ССЗ.

Висновки. За результатами дослідження обґрунтовано доцільність запровадження навчального модуля «Профілактика серцево-судинних захворювань» у програму тематичного удосконалення для ЛЗПСЛ.

О.О. Фальбуш, К.В. Бора

СУЧАСНІ МОЖЛИВОСТІ ЛАЗЕРНОГО ЛІКУВАННЯ ДІАБЕТИЧНОГО МАКУЛЯРНОГО НАБРЯКУ

ДВНЗ «Ужгородський національний університет», м. Ужгород, Україна

Головною причиною зниження гостроти зору при цукровому діабеті є макулярний набряк, який через 15 років після початку захворювання розвивається у 42% хворих із цукровим діабетом 1-го типу і у 80% пацієнтів із цукровим діабетом 2-го типу (Романенко І.А., 2013; Фабрикантов О.В., 2014). Причинами макулярного набряку при діабетичній

ретинопатії є мікрооклюзія капілярів і підвищення їх проникливості, які пов'язані з порушенням внутрішнього та зовнішнього гематорегінального бар'єрів. Розвиток змін сітківки супроводжується значним зниженням функції центрального зору і часто має незворотний характер. Тому вчасне втручання в патологічний процес важливе для стабілізації процесу і збереження зору.

Сучасним стандартом лікування діабетичної ретинопатії та макулярного набряку є лазерна коагуляція сітківки, ефект якої залежить від клінічної картини та адекватної методики лазерного втручання.

Мета – оцінити результати лазерної коагуляції сітківки в очному відділенні обласної клінічної лікарні імені А. Новака у хворих із діабетичним макулярним набряком.

Матеріали та методи. Проведено аналіз ефективності лікування у 26 пацієнтів із діабетичним макулярним набряком без тракції на 49 очах. Серед досліджуваних було 13 чоловіків і 13 жінок віком 53–73 роки. Цукровий діабет 2-го типу був у 15, 2-го типу інсулінозалежний – у 8, 1-го типу – у 3 осіб. Дифузний діабетичний макулярний набряк спостерігався на 44 очах, фокальний – на 5; з них на 40 очах – на фоні проліферативної діабетичної ретинопатії, на 9 – на фоні проліферативної діабетичної ретинопатії з неоваскуляризацією.

Усім хворим проведено стандартні обстеження: візометрію, периметрію, тонометрію, офтальмоскопію та фотореєстрацію змін очного дна до проведення лазерної коагуляції, через тиждень і через 6 місяців після процедури. Усі пацієнти обстежені ендокринологом, кардіологом і мали відповідні призначення.

Лазерна коагуляція проведена на апараті Pure Point TM Lazer System фірми ALCON з використанням лінзи centralis HR фірми Volk. Застосовано три режими лазерної коагуляції – фокальну, селективну та панмакулярну лазерну коагуляцію. Вибір режиму залежав від змін на дні очного яблука та стану прозорих середовищ пацієнта. Фокальна та селективна лазерна коагуляція сітківки проводилася при фокальному

макулярному набряку (на 38 очах), а при дифузному набряку використовувалась панмакулярна лазеркоагуляція по типу «решітки» – самостійно (на 11 очах) або в додаток до раніше проведеного лазерного втручання (на 24 очах через 6 тижнів).

Результати. Пацієнти перенесли процедуру спокійно. Через тиждень після втручання об'єктивної динаміки функцій і очного дна не спостерігалось. Через 6 місяців 7 (27%) пацієнтів вказували на поліпшення зору, інші 15 (57%) пацієнтів характеризували власний стан як «без змін», а 4 (15%) відмітили погіршення стану. При візометрії через 6 місяців гострота зору на 11 (22%) очах поліпшилася, на 36 (75%) очах – не змінилася, а на 2 (4%) – погіршилась. При офтальмоскопії та за даними фотореєстрації через 6 місяців на 29 (59%) очах зменшився набряк та відмічалася резорбція «твердих» ексудатів. На 15 (31%) очах змін не було. На 5 (10%) очах у пацієнтів із погіршенням загального стану та прогресуванням захворювання збільшилась кількість твердих ексудатів, з'явилися нові крововиливи у сітківці. У пацієнтів із гостротою зору <0,1 (з корекцією) і вираженим набряком із множинними вогнищами твердих ексудатів лазерна коагуляція не привела до позитивних зрушень.

Висновки. Лазерне втручання при діабетичному макулярному набряку забезпечило поліпшення або стабілізацію функцій, зменшення набряку сітківки і резорбцію ексудатів на 29 (59%) очах. Методика селективної та фокальної лазерної коагуляції була ефективною і достатньою на 14 (8%) очах.

При грубих змінах у ділянці жовтої плями і значному зниженні зорових функцій послідовне використання всіх режимів лазерного лікування не привело до поліпшення функцій і стану очного дна.

І.І. Фейса¹, Г.О. Слабкий², Л.О. Качала¹

ВИКОРИСТАННЯ НОВИХ ІНФОРМАЦІЙНИХ І ТЕЛЕКОМУНІКАЦІЙНИХ ТЕХНОЛОГІЙ У ПІСЛЯДИПЛОМНІЙ ОСВІТІ ЛІКАРІВ

¹ДВНЗ «Ужгородський національний університет», м. Ужгород, Україна

²ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України», м. Київ, Україна

У сучасних умовах глобального інтенсивного розвитку інформаційних технологій виникає необхідність у створенні принципово нового навчального підходу, в тому числі для післядипломного навчання лікарів. Сучасні комп'ютерні програми і телекомунікаційні технології відкривають доступ до нетрадиційних джерел інформації – електронних гіпертекстових підручників, навчальних сайтів, а також до цілих систем дистанційного навчання, що дає змогу підвищити ефективність післядипломної освіти.

Мета – оцінити ефективність використання нових інформаційних і телекомунікаційних технологій у післядипломній освіті лікарів.

Матеріали та методи. Для досягнення поставленої мети нами проаналізовано анонімні анкети лікарів, які навчалися на передатестаційних циклах (ПАЦ) «Організація та управління охороною здоров'я» (ОУОЗ) та на курсах тематичного удосконалення (ТУ) «Основи менеджменту та забезпечення оцінки якості в системі охорони здоров'я» в ДВНЗ «Ужгородський національний університет» у 2014–2016 рр., а також оцінено результати дистанційного навчання з використанням віртуального навчального середовища MOODLE.

Результати. Розпочинаючи роботу над дослідженням, ми відмітили наявність протиріч між теоретичними можливостями та практичним впровадженням моделі використання сучасних

технологій. Насамперед вимогу освіти загалом – формування в курсантів знань та умінь з даної дисципліни – в умовах тотальної інформатизації сучасного суспільства виконати важко, оскільки Інтернет дає доступ до всієї інформації, у тому числі до непотрібної та застарілої. Інше протиріччя полягає в тому, що за наявності великої кількості інформації з даного питання відсутня її систематизація, немає єдиного підходу до вирішення проблеми інформатизації освіти. Крім того, персональне забезпечення лікарів сучасними гаджетами вигідно відрізняється від забезпечення закладів охорони здоров'я.

Нами висунуто гіпотезу: якщо розробити програмно-педагогічні засоби з ОУОЗ, які б відповідали вимогам до сучасних уявлень про мультимедійні навчальні курси, а також використати відповідні телекомунікаційні засоби і методику їх застосування, то комплексне використання цієї моделі сприятиме підвищенню якості знань курсантів із даної дисципліни.

Як відомо, до засобів інформаційних і телекомунікаційних технологій відносяться: ПЕОМ (у т.ч. ноутбуки, нетбуки, макбуки, планшети, смартфони та інші гаджети), периферійне обладнання, засоби технології мультимедіа і систем «віртуальна реальність», системи машинної графіки та штучного інтелекту, засоби комунікації (мережеве обладнання, програмні комплекси, телефонні лінії, роутери, волоконно-оптичні та супутникові канали зв'язку) та їх інструментарій, а також відповідне програмне забезпечення. Під телекомунікаційними технологіями (ТКТ) ми розуміємо мережеві технології, що використовують локальні мережі та Інтернет у синхронному і асинхронному режимах часу для різних навчальних цілей. Передусім ТКТ забезпечують можливість проведення дистанційних уроків, показу відеоматеріалів, тестувань. Одним із

напрямків застосування ТКТ у навчанні є дистанційна освіта, важливим сучасним напрямком розвитку якої є розміщення на спеціальних серверах навчальних мультимедійних курсів, дистанційних уроків, у т.ч. інтерактивних, тестових тренажерів.

На кафедрі громадського здоров'я використовувалося віртуальне навчальне середовище MOODLE як засіб для систематизації навчального контенту з дисципліни «ОУОЗ». Структура курсу передбачала поділ його на окремі частини (дні), в кожній з яких містилися лекції-презентації, матеріали семінарів чи практичних занять (відповідно до розкладу та навчальної програми). Засвоєння матеріалів кожного дня оцінювалося за допомогою тестового тренажеру за кожною із запропонованих тем. Матеріали курсу містили гіперпосилання на зовнішні веб-ресурси, електронні посібники, підручники, нормативні документи, які були вільно доступними в Інтернет-просторі.

Слід вказати, що якщо три роки тому дистанційні технології навчання викликали у курсантів інтерес своєю новизною, самим фактом існування можливості вчитися через Інтернет, то зараз вже переважає інтерес не до факту новизни, а до змісту та якості «наповнення» курсу.

Висновки. Дистанційне безперервне післядипломне навчання лікарів із використанням сучасних інформаційних та телекомунікаційних технологій є перспективним напрямком медичної освіти за умови наявності когнітивного вектору, особистісної орієнтації та професійної інформативності. Впровадження дистанційної освіти є невід'ємним компонентом професійно-педагогічної культури викладача вищої медичної школи, слугує інструментом для формування інформаційної компетентності лікаря та є економічно ефективною і найбільш вигідною формою освіти в умовах економічної кризи в Україні.

В.П. Фекета, Ю.М. Савка, К.Б. Ківежді, О.Ю. Райко, Л.А. Глеба

КОРЕКЦІЯ СКЛАДУ ТІЛА ТА ЇЇ ВПЛИВ НА ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН АВТОНОМНОЇ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ

ДВНЗ «Ужгородський національний університет», м. Ужгород, Україна

Однією з актуальних проблем сьогодення залишається надмірна вага тіла і ожиріння. Прогрес людства за останнє півстоліття призвів до стрімкого витіснення фізичної праці з економіки, розвитку всіх видів транспорту, появи відносно дешевої, надмірно калорійної і водночас фізіологічно неповноцінної їжі, зростання темпу життя, інформаційного навантаження та пов'язаного з ним стресу – це фактори, які ведуть до ожиріння населення. За прогнозами Всесвітньої організації охорони здоров'я, до 2025 р. у світі налічуватиметься понад 300 млн осіб з ожирінням, наслідки якого вкрай негативні, бо можуть суттєво впливати на прояви та ефективність лікування цілої низки захворювань, смертність, якість життя.

За даними багатьох авторів, вісцеральний жир є небезпечним з точки зору нейрогуморальної регуляції автономних функцій. Однак у літературі менше висвітлені особливості автономної регуляції з урахуванням вмісту не тільки жиру в організмі, але й скелетних м'язів. На наш погляд, негативний вплив надмірного жиру значною мірою може нівелюватися участю в метаболічних процесах скелетних м'язів.

Мета – з'ясувати можливості корекції автономної дисфункції в пацієнтів із надмірною масою тіла шляхом дозованих фізичних навантажень.

Матеріали та методи. Контингент обстежуваних становили 34 практично здорові особи чоловічої статі

віком 36–50 років, які не пред'являли скарг щодо здоров'я і професійно не займалися спортом.

За допомогою аналізатора складу тіла Tanita 600B (Японія) визначено вміст жиру та скелетних м'язів в організмі обстежених (показник у відсотках), а співвідношення між вмістом м'язової та жирової тканини в організмі визначено безрозмірним коефіцієнтом К ($K = M\% / Ж\%$, де М% – відсотковий вміст м'язової тканини, Ж% – відсотковий вміст жирової тканини). Функціональний стан автономної нервової системи (АНС) оцінено методом реєстрації показників варіабельності серцевого ритму (ВСР) за допомогою електрокардіографічного модулю приладу «Варіокард» (Україна). Статистичні і спектральні показники ВСР отримано в результаті обробки приладом кардіосигналу: активність симпатичного відділу АНС оцінено за показником – потужність хвиль низької частоти у діапазоні 0,04–0,15 – LF (mc^2), парасимпатичного відділу – за показником потужність хвиль високої частоти у діапазоні 0,15–0,4 Гц – HF (mc^2), про активність надсегментарних рівнів автономної регуляції – за показником потужність хвиль наднизької частоти у діапазоні 0,003–0,04 Гц – VLF (mc^2). Крім цього, розраховано показник симпатовагального балансу LF/HF та відносний вклад у відсотках кожного з показників окремих ланок АНС у загальну варіабельність серцевого ритму – сумарна енергія спектру (Total Power) частот серцевого ритму – TP (mc^2).

Для обстежених призначено виконання комплексу фізичних навантажень протягом двох місяців:

– індивідуально підібрані аеробні навантаження на еліптичному тренажері з 70% від максимального пульсу для даної вікової категорії;

– анаеробні – навантаження у вигляді гантельної гімнастики 2–3 рази на тиждень.

Отримані показники оцінено методом варіаційної статистики.

Результати. Встановлено вірогідний позитивний кореляційний зв'язок між вмістом жиру та показником VLF ($r=0,37$, $p<0,05$) і VLF% ($r=0,41$, $p<0,02$). У ході досліджень виявлено вірогідний позитивний кореляційний зв'язок між вмістом скелетних м'язів та TP і HF ($r=0,31$, $p<0,05$ та $r=0,45$, $p<0,01$) і негативну кореляцію між вмістом скелетних м'язів і LF ($r=-0,29$, $p<0,05$). Однак найвищі коефіцієнти кореляції знайдено між коефіцієнтом К і більшістю показників варіабельності серцевого ритму. Зокрема, кореляція між К та HF, LF, VLF і TP відповідно становила: 0,59 ($p<0,01$), -0,61 ($p<0,005$), -0,55 ($p<0,01$) та 0,73 ($p<0,001$).

Після проведеного комплексу фізичних навантажень отримані результати показників варіабельності вказали на зростання загальної варіабельності серцевого ритму (TP%) (15%, $p<0,05$) та зменшення питомої ваги низькочастотних хвиль (VLF%). Паралельно з цими змінами в обстежуваних зменшився вміст вісцерального жиру в організмі (з 36,6% до 21,5%).

Висновки. Одним із суттєвих факторів у формуванні функціонального стану автономної нервової системи є саме співвідношення вмісту м'язової та жирової тканини в організмі людини. Корекція співвідношення м'язової та жирової тканини в бік зменшення жирової приводить до поліпшення функціонального стану АНС, про що свідчить зростання загальної варіабельності серцевого ритму (TP) і зменшення низькочастотних хвиль (VLF).

Р.М. Фіщук, М.М. Пилип'юк, О.Р. Оріщак

ПОКАЗНИКИ ПІКОВОГО НАЗАЛЬНОГО ІНСPIРАТОРНОГО ПОТОКУ У ЗДОРОВОЇ МОЛОДІ 15–20 РОКІВ В УКРАЇНІ

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет», м. Івано-Франківськ, Україна

Вимірювання пікового назального інспіраторного потоку (ПНІП) – простий, дешевий, доступний та легкий у виконанні метод для оцінки стану носового дихання.

Мета – встановити нормативні дані ПНІП для здорового населення України віком 15–20 років; визначити величину показника ПНІП залежно від віку, статі, зросту, ваги та індексу маси тіла.

Матеріали та методи. Вимірювання ПНІП проведено 322 студентам Івано-Франківського медичного коледжу віком 15–20 років протягом січня–лютого 2016 р. Вимірювання здійснено за допомогою портативного назального пікфлуометра In-Check Nasal. З 332 обстежуваних у дослідження включено 183 студенти, які відповідали критеріям дослідження: не палили, не мали супутньої бронхолегеневої патології, не страждали на захворювання носа та приносних пазух і не приймали

лікарські засоби, які могли б вплинути на результати вимірювань. Дані статистично проаналізовано стосовно кореляції ПНІП залежно від віку, статі, зросту, ваги та індексу маси тіла.

Результати. Виявлено залежність показників ПНІП від статі, які вищі у чоловіків порівняно з жінками, різниця – статистично значуща. У ході дослідження не виявлено кореляції показників ПНІП залежно від віку, ваги, зросту та індексу маси тіла.

Висновки. Визначено нормальний діапазон ПНІП у здоровій популяції молоді віком 15–20 років в Україні. Встановлено залежність показників ПНІП від статі, проте не виявлено кореляції показників ПНІП залежно від антропометричних даних. Дане дослідження надає нормативні дані для європеїдної популяції, тому залишається корисним методом для спостереження й обстеження пацієнтів зі скаргами на закладеність носа.

Л.І. Чумак, Я.І. Головка

ПРОФІЛАКТИЧНА СКЛАДОВА У СТРУКТУРІ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ДІТЯМ ІЗ ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ

Харківський національний медичний університет, м. Харків, Україна

Важливість профілактичних заходів неможливо переоцінити. Використання їх у лікарській практиці спрямоване на зменшення ризику прогресування наявних у пацієнта захворювань і виникнення нового патологічного процесу, оптимальне використання ресурсів медицини і забезпечення задоволеності пацієнта при його взаємодії з медичною системою. Процес надання медичної допомоги дітям із цукровим діабетом починається з диспансерного нагляду та злагодженої роботи лікарів-ендокринологів і батьків хворої дитини. Протягом усього життя пацієнт із цукровим діабетом має надглядатись дільничним педіатром, дитячим ендокринологом, офтальмологом, неврологом і нефрологом, згодом у дорослому віці – лікарем загальної практики та спеціалістом-ендокринологом, а також лікарем-генетиком і психологом. На кожному з етапів надання медичної допомоги передбачені профілактичні заходи, повнота реалізації яких залежить від різних причин.

Мета – визначити фактори, які впливають на реалізацію профілактичних заходів при наданні медичної допомоги дітям із цукровим діабетом.

Матеріали та методи. У дослідженні взяли участь 212 родин, які мають хвору на цукровий діабет дитину та мешкають у м. Харків та Харківській області. Використано метод опитування, проведеного за спеціально розробленою анкетною.

Результати. Основний об'єм роботи щодо надання медичної допомоги дітям із цукровим діабетом припадає на первинну та вторинну медико-санітарну допомогу, і важливою складовою частиною організації цієї допомоги є диспансерний нагляд. За даними опитування щодо планових звертань дітей з цукровим діабетом до дільничного педіатра за рік встановлено, що більшість (43,3±3,3%) із них відвідували цього лікаря 1–2 рази на рік, 32,5±3,1% дітей – 3 та більше разів, а 24,2±2,8% – жодного разу. До дитячих ендокринологів дитячого центру при ендокринологічному поліклінічному відділенні міської клінічної лікарні №2 м. Харків планово зверталось від 1 до 6 разів на рік 41,1±3,2% дітей із цукровим діабетом, більше 6 разів на рік – 40,7±3,2%, жодного разу – 18,2±2,5% дітей. Діти, що не відвідували ендокринолога амбулаторного закладу з певною регулярністю доглядалися дитячими ендокринологами спеціалізованого дитячого ендокринологічного відділення стаціонару, що вдалося

виявити під час опитування. 82,7±2,5% усіх опитаних зазначили, що хоча б 1 раз на рік відвідували цих лікарів із метою амбулаторних консультацій.

Зазначене свідчить про значну долю консультативної та профілактичної роботи, яку ведуть спеціалісти стаціонарів. Однак профілактичні заходи для хворих на цукровий діабет дітей мають реалізовуватись на всіх рівнях надання медичної допомоги, зокрема, сімейними лікарями та лікарями-ендокринологами амбулаторних і стаціонарних спеціалізованих закладів.

Для розробки профілактичних програм для цих дітей слід враховувати: внутрішні обставини, які залежать від культурного та освітнього рівнів, побутових умов, активності стратегії поведінки і містять знання про діабет і наявність мотивації контролю захворювання; зовнішні обставини, зокрема, взаєморозуміння лікаря та пацієнта, співдружність лікарів та психологів, підтримку та фінансове становище родини. Профілактичні заходи втілюються в життя в процесі лікування захворювання. Корекція впливу кожного фактора є спільною роботою лікарів, родини та самого хворого і оформлюється в індивідуальний план роботи з пацієнтом, хворим на цукровий діабет. Оцінюючи результат, необхідно враховувати медичні, соціальні та психологічні компоненти здоров'я, долучати до оцінюючих методик визначення рівня якості життя пацієнтів.

Важливішим компонентом профілактичної роботи є самоконтроль, зокрема, комплекс заходів, які самостійно в домашніх умовах має проводити хворий після навчання у так званих школах для хворих на цукровий діабет. Основна мета навчання – дати хворому знання про його хворобу, які допоможуть змінити спосіб життя, попередити розвиток ускладнень. Передбачена активна участь хворого та його рідних у лікуванні та контролі стану здоров'я.

Висновки. На реалізацію профілактичних заходів при наданні медичної допомоги дітям із цукровим діабетом впливають певні аспекти організації медичної допомоги, оскільки основну роботу щодо профілактики проводять лікарі спеціалізованих стаціонарів, а не сімейні лікарі. Визначення та врахування потреб пацієнтів є спільною роботою лікарів, родини та самого хворого, а наявність мотивації щодо контролю захворювання має забезпечити позитивний результат лікувально-профілактичної допомоги.

В.В. Шафранський¹, Г.О. Слабкий², Л.В. Крохмалюк²

МІЖНАРОДНІ МЕДИКО-САНІТАРНІ ПРАВИЛА ЯК ЕФЕКТИВНЕ ВИРІШЕННЯ БЕЗПЕЧНОСТІ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я

¹Міністерство охорони здоров'я України, м. Київ, Україна

²ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України», м. Київ, Україна

У країнах Європи існує загроза безпеки громадського здоров'я, пов'язана з новими хворобами, природними бідами і техногенними катастрофами, спалахами та епідеміями інфекційних хвороб. До природних і техногенних бід відносяться біологічні, хімічні та радіаційні катастрофи. Ситуація з готовністю забезпечити безпеку громадського здоров'я погіршується наслідками економічних криз. Всесвітня організація охорони здоров'я зазначає, що в цілому світ недостатньо підготовлений до затяжної надзвичайної ситуації в області громадського здоров'я.

У розробці стратегій стійкості систем громадського здоров'я до несприятливих дій важливе значення має забезпечення готовності до надзвичайних ситуацій. Міжнародною правовою та практичною основою такої стратегії мають стати Міжнародні медико-санітарні правила (ММСП, 2005), які вступили в силу 15.06.2007 р.

У ММСП значаться чіткі вимоги до того, щоб усі країни створили основні можливості для здійснення

епіднагляду та відповідних заходів, спрямованих на своєчасне виявлення, оцінку та повідомлення про події, пов'язані з випадками захворювання чи смерті, частота яких перевищує очікувані рівні і які можуть представляти надзвичайну ситуацію місцевого, регіонального чи міжнародного рівня.

Укріплення, висока готовність і чітка організація можливостей з попередження та прийняття відповідних заходів на випадок кризи громадського здоров'я – це юридичні обов'язкові вимоги, передбачені ММСП.

Ефективні стратегії з попередження майбутніх криз у сфері охорони здоров'я та мінімізації їх наслідків передбачають укріплення стратегічного управління, впровадження системи планування на випадок надзвичайних ситуацій на постійній основі за принципом готовності до будь-яких загроз. МОЗ має прийняти довгострокову програму управління охороною здоров'я в кризових ситуаціях, управління ризиками для здоров'я та посилення механізмів міжсекторальної взаємодії.

І.В. Шушман, П.О. Колесник

ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ТРЕНІНГОВИХ ЗАНЯТЬ ЯК МЕТОДУ НАВЧАННЯ ЛІКАРІВ ДОКАЗОВОМУ СКРИНІНГУ

ДВНЗ «Ужгородський національний університет», м. Ужгород, Україна

У зв'язку з обраним в Україні напрямком розвитку первинної медичної допомоги на засадах загальної практики – сімейної медицини назріла необхідність впровадження інноваційних методів підготовки, зокрема тренінгів. Як форма педагогічного впливу, тренінг передусім передбачає використання інтерактивних методів групової роботи: «мозковий штурм», робота в малих групах, клінічні завдання, рольові ігри, зворотній зв'язок.

Мета – оцінити рівень знань і засвоєння матеріалу сімейними лікарями в процесі проведення тренінгів.

Матеріали та методи. Серед 134 лікарів проведено вхідне та вихідне тестування, яке включало по 20 запитань. Правильна відповідь оцінювалася як 1 бал, відповідно максимальна кількість балів – 20. Запитання на початку та наприкінці тренінгу були ідентичними. Статистична обробка даних, зокрема визначення Т-тесту, проведена за допомогою програми Microsoft Excel 2007.

Результати. Кількість лікарів, які взяли участь у тестуванні, становила 134 особи, з яких за темою «Гострі респіраторні захворювання, гострі респіраторні вірусні інфекції та їх ускладнення – практичний підхід сімейного лікаря» (далі – Тема 1) було 65 осіб, а за темою «Метаболічний синдром» (далі – Тема 2) – 69 осіб. Середній результат вхідного тестування за Темою 1

становив 6,5 балу (32,5% правильних відповідей), а за Темою 2 – 8,2 балу (41% правильних відповідей). Середній результат вихідного тестування за Темою 1 становив 15,3 балу (76,5% правильних відповідей), за Темою 2 – 13,7 балу (69% правильних відповідей). Отже, рівень знань лікарів вірогідно зріс на 44% (на 8,8 правильних відповідей більше) та на 28% відповідно (на 5,5 правильних відповідей більше). Кількість лікарів, які правильно відповіли на половину тестових запитань (отримали 10 та більше балів) за Темою 1 на вхідному тестовому контролі становила 11 (17%) осіб, причому на вихідному контролі всі лікарі дали більшість правильних відповідей. Кількість лікарів, які правильно відповіли не менше ніж на половину запитань вхідного тестування за Темою 2 становила 12 (17,4%) осіб, на вихідному контролі знань 64 (92,7%) особи отримали понад 10 балів. Таким чином, після пройдених семінарів-тренінгів майже всі лікарі мали вищий за середній рівень знань.

Висновки. Вхідний рівень знань лікарів за тематикою тренінгів вірогідно зріс, що підтверджують результати проведеного тестування. Після проходження тренінгів абсолютна більшість лікарів мали вищий за середній рівень знань, що свідчить про високу ефективність тренінгових занять, ефективність інтерактивних методик навчання.