

## ХАРКІВСЬКА МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ МОЗ УКРАЇНИ

### НАУКОВО-ПРАКТИЧНА КОНФЕРЕНЦІЯ З МІЖНАРОДНОЮ УЧАСТЮ «ПЕРВИННА МЕДИЧНА ДОПОМОГА: СУЧАСНІ ТЕХНОЛОГІЇ ДІАГНОСТИКИ, ЛІКУВАННЯ ТА ПРОФІЛАКТИКИ», 04 – 05 ЖОВТНЯ 2018 РОКУ

#### РОЛЬ І МІСЦЕ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ В УМОВАХ МЕДИЧНОЇ РЕФОРМИ В УКРАЇНІ

*Хвилюк О.М., Марченко В.Г., Корж О.М., Цодікова О.А.*

*Харківська медична академія післядипломної освіти*

В Україні знову очікуються реформи. І знову вони обертаються навколо сімейної медицини, яка є найбільш поширеною формою організації первинної медичної допомоги, що надається лікарем загальної практики (сімейним лікарем). І якщо для України ця концепція ще остаточно не сформувалася, то весь цивілізований медичний світ давно зупинився на цій перевіреної формі організації початкової фази спілкування лікаря і пацієнта.

Завдання сімейного лікаря — це забезпечити індивідуальне первинне і безперервне медичне обслуговування окремих осіб, сімей і населення в цілому, незалежно від віку, статі або виду захворювання.

Міжнародний досвід свідчить, що найбільш ефективною системою надання допомоги є в системах охорони здоров'я, орієнтованих саме на первинну медичну допомогу, яку вони надають силами висококваліфікованих і максимально наближених до пацієнта сімейних лікарів.

У відповідності з рекомендаціями Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) дуже важливо, щоб медичні працівники, організатори охорони здоров'я, економісти, політики і суспільство в цілому в достатній мірі усвідомили ключову роль сімейного лікаря в системі охорони здоров'я і складність завдань, які нею. Важливо домогтися такого розвитку сімейної медицини, щоб забезпечити більш повну спроможність системи охорони здоров'я у відповідності до потреб і сподіваннями пацієнтів.

Міжнародне співтовариство сімейних лікарів (WONCA) виділяє основні компетенції відповідно до основних вимог, якими повинен опанувати кожен сімейний лікар. Складна взаємозв'язок вимог до лікаря сімейної медицини повинна бути основою процесів навчання, наукових досліджень і підвищення якості їх роботи.

Кваліфікований сімейний лікар може самостійно діагностувати і ефективно лікувати до 80% захворювань, які зазвичай служать причиною первинного звернення в амбулаторію. Іншими словами, чотирьом з п'яти звернулися до лікаря не знадобляться ніякі інші фахівці, не кажучи про необхідність госпіталізації.

Кваліфікований сімейний лікар на етапі первинної допомоги може самостійно вирішити безліч проблем, позбавити пацієнта від різноманітних «дрібних» нападів (отиту, ангіни, циститу і т.д.) і від необхідності безпричинно звертатися до вузького спеціаліста.

Саме тому реформи в системі охорони здоров'я задумані для того, щоб зменшити навантаження на спеціалізовану ланку медичної допомоги, але не за рахунок того, що пацієнта «не пустять» на прийом до фахівця, а за рахунок того, що «маленькі» проблеми зі здоров'ям він може відразу вирішити у сімейного лікаря. І хоча багато хто сьогодні обурюється тим, що один лікар буде лікувати «від усього», насправді ж сімейний лікар зобов'язаний надавати первинну допомогу

при сотні простих захворювань, тоді як часто можна зустріти на практиці набагато менше — всього близько 30.

Втім, не варто забувати і про те, що запорука здоров'я — профілактика, а якщо говорити про профілактичну роботу, то, як показує світовий досвід, сімейний лікар тут поза всякою конкуренцією. Адже саме слово «сімейний» діє на підсвідомість пацієнта, змушує прислухатися і слідувати порадам лікаря. І — як результат — зберігати своє здоров'я.

Важливо розуміти, що сімейна медицина є клінічною спеціальністю, яка розглядає людину як єдине ціле. І професійний обов'язок сімейного лікаря — надання первинної медичної допомоги будь-якому хворому, незалежно від віку і статі. Всебічний підхід сімейного лікаря до хворого нерідко може стати основою для висновків, які значно відрізняються від висновків, отриманих при односторонньому, вузькоспеціалізованому медичному підході.

Також важливо відзначити той факт, що якщо буде реалізована і фінансова складова реформи первинної ланки, то сімейний лікар, керуючий здоров'ям близько 2000 пацієнтів, які уклали з ним річні договори, стає офіційно високооплачуваним фахівцем. Якщо вірити планам, то кожен сімейний лікар будуть управляти фінансовим потоком близько 420 000 грн на рік.

Нова модель фінансування створює стимули для лікарів у сільській місцевості активно обслуговувати якомога більшу кількість пацієнтів, в тому числі з інших громад. Дохід не буде розподілятися на витрати за кошторисом, заклад або лікар з приватною практикою зможуть самі вирішувати, куди витратити свої кошти.

Як показує світовий досвід, більшість проблем зі здоров'ям можуть бути вирішені на рівні первинної ланки, особливо в разі своєчасного звернення. Крім безпосереднього обстеження і лікування, лікарі первинної ланки в разі необхідності будуть також видавати направлення до вузькопрофільних спеціалістів, виписувати рецепти на ліки, в т.ч. що підпадають під програму «Доступні ліки» (безкоштовні ліки в аптеці, за які платить держава), і будь-які медичні довідки, наприклад, в басейн і т.д. Тому з цих міркувань краще вибирати лікаря, який практикує поруч з пацієнтом — це скоротить витрати часу на дорогу.

Реформа посприяє вирішенню ще однієї проблеми — небажання українців звертатися до лікарів первинної ланки. Вважається, що 80% звернень повинні доводитися на частку первинки. У реальності до цих докторів йдуть від сили 40% пацієнтів.

Решта відразу шукають допомоги у вторинної ланки, помилково вважаючи, що дільничний терапевт, педіатр або сімейний лікар вміють тільки виписувати напрямки і довідки. Виходить, що профільні фахівці та стаціонари перевантажені, тому що змушені займатися випадками, з якими цілком вправя б сімейний лікар.

## СУЧАСНІ ОСОБЛИВОСТІ ВІДНОВЛЮВАЛЬНОГО ЛІКУВАННЯ ДІТЕЙ З ФУНКЦІОНАЛЬНИМИ РОЗЛАДАМИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЇ ЗОНИ ТА БІЛІАРНОГО ТРАКТУ

*Белоусова О.Ю., Павленко Н.В., Шутова О.В., Бабаджанян О.М., Солодовниченко І.Г., Ганзій О.Б., Савицька К.В., Каафарані А.М.*

*Харківська медична академія післядипломної освіти*

Значний інтерес до дитячої гастроентерології, що спостерігається в останні десятиліття, обумовлений зростанням хвороб органів травлення серед дитячого населення, зміною структури і морфогенезу багатьох «старих», появою нових нозологій. За даними МОЗ України частота захворювань органів травлення становить 148,8 на 1000 дітей і має тенденцію до зростання. Серед гастроентерологічних захворювань перше місце належить патології верхніх відділів ШКТ, функціональним розладам. Відомо, що для дитячого віку характерний поєднаний (коморбідний) характер патології, найчастіше гастродуоденальної зони і біліарного тракту.

Останнім часом активно дискутується питання функціональних розладів ШКТ у дітей. Існуючі рекомендації (Римські Критерії IV) створювались для дорослих пацієнтів і використання їх в дитячому віці викликає справедливі питання з боку педіатрів. Глибоке вивчення цих питань, розуміння фізіологічних особливостей регуляції діяльності ШКТ в дитячому віці викликають необхідність відпрацювання терапевтичних заходів корекції коморбідних функціональних порушень саме для педіатричного контингенту хворих. Однією з найважливіших причин виникнення функціональної диспепсії та функціональних розладів біліарного тракту у дітей є недосконалість механізмів регуляції, вегетативні дисфункції, що викликають мінущий характер цих змін. Саме тому, пріоритетним для педіатрії на різних етапах лікування і реабілітації дітей з поєднаною функціональною патологією є використан-

ня комплексних препаратів на рослинній основі з багатовекторними ефектами разом з немедикаментозними (перш за все психотерапією) видами корекції. Рекомендації щодо відновлювального лікування повинні враховувати спільні механізми розвитку функціональних порушень гастродуоденальної зони та біліарного тракту та необхідність всебічного відновлення на етапах реабілітації.

Такі рекомендації (переглянуті і доповнені у Наказі МОЗ № 59, 2013 р.) стосуються режимних підходів, корекції харчування з урахуванням секреторних і моторно-евакуаторних порушень, фітотерапії та бальнеолікування. Широко застосовуються на етапі амбулаторно-поліклінічної і санаторно-курортної реабілітації можливості фізіотерапії, ЛФК та масажу. На етапі відновлення дітей з поєднаною функціональною патологією гастродуоденальної зони та біліарного тракту рекомендуємо використовувати групи комплексних рослинних препаратів і заходи, що не мають побічних ефектів, «м'якої» дії, які сприяють відновленню та дозріванню регуляторних систем дитини та усувають основні клінічні прояви.

Таким чином, лікування та реабілітацію дітей з поєднаною функціональною патологією гастродуоденальної зони та біліарного тракту можливо проводити одночасно чи послідовно, використовуючи мінімальну кількість медикаментозних препаратів, віддаючи перевагу комплексним рослинним препаратам багатовекторної дії, а також широкі можливості сучасних методів немедикаментозної корекції.

## ПІДВИЩЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ПІДГОТОВКИ ДИТЯЧИХ ГАСТРОЕНТЕРОЛОГІВ

*Белоусова О.Ю., Бабаджанян О.М., Павленко Н.В., Волошина Л.Г., Шутова О.В., Ганзій О.Б., Солодовниченко І.Г., Савицька К.В., Каафарані Абас*  
*Харківська медична академія післядипломної освіти*

**Вступ.** Процеси інтеграції Європейських країн, в тому числі і України, в єдину спільноту в останні десятиріччя поширились і на науку та освіту, без розвитку яких неможливий прогрес в охороні здоров'я. В Україні створена Концепція додипломної та післядипломної освіти у відповідності з вимогами Всесвітньої федерації медичної освіти та основних положень Болонського процесу, яка дозволить суттєво покращити якість підготовки як студентів, так і лікарів, сприятиме зростанню конкурентоздатності українських фахівців в Зоні Європейської вищої освіти. Одним з положень цієї Концепції є триступенева післядипломна підготовка фахівців, третім етапом якої визнано безперервний професійний розвиток.

**Основна частина.** Кафедра педіатричної гастроентерології і нутриціології ХМАПО, яка призначена опорною в Україні за фахом «Дитяча гастроентерологія», неодноразово виступала з пропозиціями щодо поліпшення післядипломної підготовки фахівців — дитячих гастроентерологів. Однією з особливостей підготовки лікарів за фахом «дитяча гастроентерологія» є відсутність у Європейській номенклатурі лікарських спеціальностей такого фаху, існує тільки загальна педіатрія. Але статистичні дані свідчать про те, що не тільки в Україні, але й у багатьох розвинених країнах світу захворювання органів травлення у дітей займають провідне місце серед хронічних захворювань та мають чітку тенденцію до постійного зростання. Тому освідченість щодо питань дитячої гастроентерології повинна бути у всіх лікарів, які надають допомогу дітям. Головним у рішенні цієї проблеми ми вважаємо єдиний підхід до оцінки стану дитини, трактування результатів дослідження та, в першу чергу, стандартів лікування. Науковцями кафедри розроблено план та програма циклів спеціалізації та передатестаційного циклу за фахом «дитяча гастроентерологія», які затверджені МОЗ України та застосовуються при

підготовці фахівців у всіх закладах післядипломної освіти, розроблена атестаційна тестова програма за фахом, опубліковано ціла низка методичних посібників, методичних рекомендацій, національний підручник, розроблені стандарти діагностики та лікування захворювань органів травлення у дітей, які стали до основи «Протоколів лікування захворювань органів травлення у дітей», затверджених МОЗ України. Всі ці методичні розробки базуються на досягненнях української та міжнародної, в тому числі і європейської, гастроентерологічної спільноти та особистою багаторічною досвіді співробітників кафедри.

Для поглиблення знань педіатрів та сімейних лікарів з питань дитячої гастроентерології розроблені та впроваджені у практику цикли тематичного удосконалення, в тому числі і відповідно вимогам Болонського процесу. Для забезпечення високої якості навчального процесу та поліпшення підготовки слухачів на кафедрі впроваджуються в учбовий процес інноваційні технології (електронні посібники, комп'ютерне тестування та контроль знань, новітні засоби мультимедіа), навчання в малих групах, робота в режимі самостійного пошуку знань, високий рівень самостійності, елементи дистанційної освіти.

Але на сьогодні лишається невирішеною ціла низка проблем щодо підготовки лікарів за означеним фахом: спеціалізацію дитячих гастроентерологів доволі часто проводять непрофільні кафедри, що призводить до неоднозначного підходу до рішення проблем; доволі часто керівники медичних закладів заперечують щодо підготовки на курсах тематичного удосконалення за фахом «дитяча гастроентерологія» педіатрів та сімейних лікарів, у штатному розкладі значної кількості педіатричних лікувальних закладів посада дитячого гастроентеролога взагалі відсутня.

Крім того, слід пам'ятати, що досягнення світової науки передують встановленим в нашій країні термінам підвищення кваліфікації на курсах.

#### Висновки.

— Підготовку дитячих гастроентерологів необхідно проводити тільки на профільній кафедрі.

— Навчання з метою підвищення професійної майстерності варто проводити постійно (у вигляді роботи з літературою, дистанційна освіта та інш.), через певні інтервали часу — на циклах тематичного удосконалення, які дадуть змогу впровадити у повсякденну роботу найсучасніші досягнення науки.

— Акцентувати увагу на етичних принципах визначення та коректування обсягу обстеження та лікування хворого.

## ПОРІВНЯЛЬНА ОЦІНКА ЕНДОТЕЛІАЛЬНОГО СТАТУСУ У ПАЦІЄНТІВ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ ТА ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ

*Березняків В.І., Кочув Г.І., Корж О.М.*

*Харківська медична академія післядипломної освіти*

**Мета:** порівняти рівні циркулюючих маркерів дисфункції ендотелію ендотеліну 1, фактора фон Віллебранда, ендотеліальної NO-синтази у пацієнтів з артеріальною гіпертензією та цукровим діабетом.

**Методи:** в дослідження були включені 20 пацієнтів з артеріальною гіпертензією і 22 пацієнта з цукровим діабетом 1 і 2 типу, контрольну групу склали 20 пацієнтів без артеріальної гіпертензії та цукрового діабету, еквівалентні за статтю та віком з групами порівняння. Рівні ендотеліну 1, фактора фон Віллебранда, ендотеліальної NO-синтази визначали в сироватці крові методом твердофазного імуноферментного аналізу.

**Результати:** в ході проведеного дослідження було встановлено підвищення рівнів вазоконстрикторного пептиду ендотеліну 1 у групах пацієнтів з артеріальною гіпертензією  $4,13 \pm 1,7$  fmol / ml (1 фмоль = 1015 моль) і цукровий діабет  $9,56 \pm 2,01$  fmol / ml, що перевищило відповідні величини і достовірно відрізнялося від показників контрольної групи (1,05

$\pm 0,3$  fmol / ml,  $p < 0,05$ ). Фактор фон Віллебранда як маркер тромбогенної активації судинної стінки був достовірно вище у пацієнтів з артеріальною гіпертензією ( $6,1 \pm 0,7$  од / мл) і цукровий діабет ( $8,09 \pm 3,8$  од / мл), перевищуючи показники в групі контролю ( $1,2 \pm 0,09$  од / мл). Зміст в плазмі крові ендотеліальної NO-синтази в основних групах складав  $224,07 \pm 19,3$  пг / мл і  $308,0 \pm 20,25$  пг / мл відповідно, контрольної  $197,13 \pm 12,07$  пг / мл, причому достовірно розрізнялися показники пацієнтів з на цукровий діабет та контрольної групи ( $p < 0,05$ ).

**Висновки:** артеріальна гіпертензія і цукровий діабет характеризуються підвищенням рівнів циркулюючих маркерів ендотеліальної дисфункції ендотеліну-1 і фактора фон Віллебранда, а також тенденцією до наростання ендотеліальної NO-синтази. Порушення ендотеліального статусу відображає наявність системного ураження судинного русла і схожість патогенетичних механізмів ангіопатій у даних груп пацієнтів і може бути використано в діагностичних цілях.

## ІНОВАЦІЙНА ЗАХОПЛЕНІСТЬ БЕЗПЕРЕРВНОЮ ОСВІТОЮ ТА ПІДВИЩЕННЯМ ПРОФЕСІЙНИХ НАВИЧОК СЕРЕД ЛІКАРІВ ПЕРВИНОЇ ТА ВТОРИНОЇ ЛАНОК НАДАВАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

*Більченко А.В., Браславська А.П., Власенко О.М., Самбур Я.Ю., Кравцова В.І., Родіонова Ю.В., Смоляник К.Ю., Бутікова О.О.*

*Харківська медична академія післядипломної освіти*

*Кафедра терапії, нефрології та загальної практики-сімейної медицини, м. Харків, Україна*

Вступ. XXI століття — це епоха, яка стрімко змінюється, коли технології швидше, ніж у минулому. Щоб впоратися з змінами навколишньому середовищі медична галузь потребує зростаюче споживче знання, підтримку відмінних переваг при зміні навколишнього середовища та розуміння успішних інновацій, що є надзвичайно важливим у організації даної галузі. Тим не менш, необхідно враховувати, чи може організація забезпечити добре середовище особам, що розвивають свій творчий потенціал та прагнуть залучати цифрові технології не тільки у роботі лікаря але й у процесі отримання професійних знань та вмінь. Інноваційний клімат в організації є ключовим фактором удосконалення цілей організації. Медична промисловість відноситься до організацій, що прагнуть надавати медичні послуги, які є процесом високого рівня знань (Hansen et al., 1998), які знання, пов'язані з медичним лікуванням, сестринством, адміністрацією та іншим медичним маніпуляціями є інтегрованими. Для медичної промисловості вищі прибутки можуть бути отримані шляхом ефективно інтеграції різних професійних знань для подальшого створення економіки, основаної на знаннях. Після вступу в національний розвиток з економікою, що базується на знаннях, медична галузь знаходиться в високому ступені у конкурентноздатному економічному ринку, заснованому на знаннях. За такої ділової складової середовища лікарня може ефективно посилити економічну адаптацію та конкурентоспроможність, ефективно інтегруючи різні професійні знання та активувати організацію інновацій. Хоча організація інноваційної спроможності є ключовим фактором розвитку та продуктивності організацій, ці ключові фактори інноваційної спроможності організації в медичній промисловості рідко обговорюються глибоко.

**Огляд літератури. Людський капітал.** Мішель [10] розглядав людський капітал як навчання, досвід та міжособистісні відносини співробітники компанії. Chaudhary et al. [3] зазначив джерело інновацій та оновлень як важливість людського капіталу, що підприємство стикається з труднощами, щоб отримати більше людського капіталу та інвестувати в нього цінність медичної галузі. Durmusoglu et al. [5] далі визначив людський капітал як здатність працівників, тобто здатність працівників створювати матеріальні та нематеріальні активи, включаючи явні знання, навички, досвід, ціннісні судження та соціальну мережу в різних ситуаціях. Парк та ін. [12] підкреслили, що людський капітал був технічно спроможністю працівників в організації та вартість людського капіталу полягала у забезпеченні потенціалу, внесок у конкурентні переваги або основні компетенції організації.

Відповідно, людський капітал слід розглядати як ресурси підприємства, що інвестують та вкоринюються в індивідуалі, який би перемістився з людьми (Bhaskar & Mishra) [1]. Kanten et al. [7] охоплювали особисті здібності, знання, навички, навчання, спільну роботу, навчання та досвід усіх співробітників компанії, а також цінності, культури та філософії компанії.

**Інноваційна здатність.** Підприємство має постійно вдосконалювати інноваційні можливості постійно створювати цінність [8]. Robinson & Minikin [13] виступили за нововведення, необхідні для сучасних організацій як:

1. постійно розробляти або вдосконалювати поточні робочі процеси для вдосконалення продуктів або послуг. Після вдосконалення такі нові продукти або послуги постійно відображатимуть конкурентоспроможність у галузі протягом 2—3 років;

2. організації повинні мати можливість або використовувати внутрішнє навчання, або отримувати зовнішні новізнання для розробки нових послуг, заснованих на існуючих продуктах або навичках, для наступного генерування;

3. організації представляють системи інноваційного процесу, виявляють процес постійних інновацій, але не дотримуються конвенції про базові знання, що може призвести до того, що найближчим часом нові знання будуть «застаріли», втрачаючи сенс використовувати нове інноваційне знання. У цьому випадку інноваційна спроможність може бути факторами індивідів, груповим виходом і структурою в організаційному виконанні в основі процесу оновлення знань.

Осман [11] визначив інноваційні можливості як здатність:

1. розробляти нові продукти щоб задовольнити вимоги ринку;

2. застосовувати належні процеси та технології для виробництва нових продуктів;

3. розробляти та впроваджувати нові продукти, процеси і технології для задоволення майбутніх потреб;

4. відповідати несподіваним технологіям, прийнятими конкурентами, і створення несподіваних можливостей.

**Організаційне навчання.** Відповідно до точок зору різних учених щодо організаційного навчання, Caruth [2] вказував на це як організаційний процес реструктуризації, що впливають на зовнішні технології та політичні умови, тобто безперервні процеси успішного розуміння тамислення, коли організаційні члени вирішують проблеми, пов'язані з організаційними моделями та результатами. Мансор і співавтор [9] розглядають організаційне навчання як процес виявлення та виправлення помилок, тобто організація активно виявляє та виправляє розрив між фактичним результатом та очікуваним результатом. Сгіу & Сеобану [4] розглядав індивідуальне навчання як основу організаційного навчання. Хоча індивідуальне навчання не могло гарантувати всю організаційно-навчання, організаційне навчання не буде працювати без індивідуального навчання. Хіл та ін. [6] зазначив, що організаційні навчання підкреслюють динамічні відносини між організацією та середовищем виживання; мета організаційного навчання зосереджена на реструктуризації вдосконалення організаційної структури, а також корекції організаційної поведінки аבודосягнення організаційної ефективності; зміст організаційного навчання базувався на минулому досвіді; організаційне навчання охоплює загальне вивчення людей, груп та організації; організаційне навчання було процесом управління знаннями.

**Взаємозв'язок між організаційним навчанням та людським капіталом.** Сгіу & Сеобану [4] зазначив, що в економічній науці, оснований на знаннях, як на нематеріальних активах, підприємство підвищило цінність через знання, а організаційне навчання могло б розширювати потік знання поглиблювати інтелектуальний капітал для сталого управління підприємством. Інтелектуальні столи можуть використовуватись для створення конкурентних переваг, інформації, досвіду та трудових ресурсів, структури. Навчальна організація, з спонтанною активністю, продовжує трансформацію через адаптивне навчання та інноваційне навчання. У цьому випадку, успішна навчальна організація повинна представити безперервну освіту та забезпечити працівників середовищем для навчання, а також для подальшого вдосконалення навчальних відносин працівників та прискорення всіх навчальних процесів, щоб постійно зміцнювати організаційний людський капітал та організаційне навчальне середовище для підтримки працівників, що ділилися знаннями Захур [14] також зазначив, щоб розвивати людський капітал, необхідно заохочувати на постійне навчання або участь у прийнятті рішень співробітників з метою підвищення кваліфікації знань та організаційної відповідальності. В цьому випадку, співробітники підприємства, після організаційного навчання, підвищать свої здібності та матимуть незмінні знання з високою доданою вартістю, щоб стати найважливішим людським капіталом на підприємстві. Організаційне навчання дає значний вплив на

підготовку персоналу у медичній організації. Тобто, корисна навчальна організація могла б сприяти завершенню належного навчання персоналу програми та розвивати унікальність працівників та професійні здібності для подальшого накопичення людського капіталу.

*Метою дослідження* було визначення ступеня іноваційної захопленості для безперервної освіти та контролю знань, підвищення професійних навичок серед лікарів первинної та вторинної ланок медичної допомоги

*Результати дослідження:* у дослідженні прийняли участь 10 лікарів первинної ланки надання медичної допомоги та 7 лікарів вторинної ланки надання медичної допомоги. Опрос проводився методом анкетування. Питання в анкеті були запропоновані міжнародними дослідниками. Після заповнення анкети обговорювалась з т'ютором та дослідником усно. Відповідно, анкета містила наступні пункти: організаційне навчання, людський капітал та іноваційні спроможності; перевірялися загальні причинно-наслідкові зв'язки з лінійними структурними відносинами. Під організаційним навчанням мався за увазі курс дистанційної освіти, розроблений співробітниками профільних кафедр ХМАПО на базі програми Moodle, яка впроваджена на офіційному сайті ХМАПО. Під людським капіталом вважалися лікарі, які працюють на первинній та вторинній ланках надання медичної допомоги. Під іноваційними здібностями дослідники мали на увазі використання та доступність у процесі навчання та безперервної освіти новітнього технічного обладнання, яке використовується у ХМАПО. Такою технічною іновацією є унікальний апаратно-програмний комплекс фірми Sectra — 3D-візуалізаційний стол, який надає революційні можливості наддетальної 3D-візуалізації органів та тканин людини. Статистична модель базувалась на матриці коефіцієнта кореляції гхуспостережуваних змінних. Лінійний результат аналізу структурних зв'язків показував загальну модель, придатну для досягнення раціонального діапазону. Дані, отримані в ході дослідження, представлені у таблиці 1.

Таблиця 1

**Взаємозв'язок напрямлень безперервної освіти та захопленості іноваціями в медичній галузі лікарів первинної та вторинної ланок надання медичної допомоги**

направлення		RXY (17 лікарів первинної та вторинної ланок надання медичної допомоги)
організаційні навчання	зобов'язання до навчання	0.663 *
	спільне бачення	0.675 *
	відкритість	0.692 *
людського капіталу	значення	0,702 **
	унікальність	0.713 **
іноваційні здібності	здатність до технологічних іновацій	0.726 **
	здатність іноваційних управлінських кадрів	0.719**

Примітка: \*  $p < 0,05$ , \*\*  $p < 0,01$ , \*\*\*  $p < 0,001$

З таблиці 1, три виміри організаційного навчання (прагнення до навчання, спільне бачення, відкритість) можна пояснити організаційне навчання, два виміри людського капіталу (цінність, унікальність) пояснюють людський капітал і два виміри інноваційної здатності (здатність до технологічних інновацій, здатність інноваційних управлінських кадрів) пояснює здатність інновацій ( $t > 1,96$ ,  $p < 0,05$ ). Придатність та включеність індивідів до організаційного навчання та людського капіталу мали позитивні та значні кореляції (0,847,  $p < 0,001$ ), людський капітал та інноваційна спроможність мають позитивні та сильні кореляції (0,863,  $p < 0,001$ ), а організаційна освіта та інноваційна здатність виявляють позитивні помітні кореляції (0,834,  $p < 0,001$ ).

## ЗНАЧЕНИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ЛИКВОРА В СОВРЕМЕННОЙ ДИАГНОСТИКЕ МЕНИНГИТОВ

Бойко Л.Т., Корон А.Г., Журова Т.Э.

Харьковская медицинская академия последипломного образования

**Вступление.** Современный уровень развития неврологии, благодаря использованию информативных методов, позволил значительно улучшить диагностику многих заболеваний нервной системы. Однако, диагностическое значение результатов исследования ликвора при ряде заболеваний центральной нервной системы (ЦНС) продолжает оставаться ведущим. Для современного этапа развития ликворологии характерно углубление биохимических исследований, цитологического анализа клеток ликвора, выделение возбудителя методом полимеразной цепной реакции (ПЦР) либо бакпосевом (1, 2, 3, 4, 5), что позволяет судить о локализации и характере патологического процесса, в частности менингита.

**Цель.** Целью написания наших тезисов было объединить информацию об анатомии и физиологии ликворной системы, определении физико-химических свойств ликвора с трактовкой полученных результатов, определении клеточного состава спинномозговой жидкости и его изучение, морфологической характеристики клеток ликвора в норме и при патологии. Также приведена характеристика спинномозговой жидкости при некоторых заболеваниях и опухолях ЦНС, а также менингитах.

**Материалы и методы.** Спинномозговая жидкость (СМЖ) — это жидкая среда, циркулирующая между оболочками мозга, в его желудочках, цистернах и в спинномозговом канале. Основным путем образования ликвора является его секреция сосудистыми сплетениями при помощи механизма активного транспорта.

Исследование физико-химических свойств СМЖ включает в себя определение количества, реакции (рН), цвета, прозрачности и наличия фибриновой сетки. Из биохимических компонентов наиболее важными и востребованными для клиницистов являются определение общего белка ликвора, глюкозы и электролитов (натрий, кальций, калий, магний).

Одновременно с этими исследованиями врачей интересует клеточный состав СМЖ с морфологической характеристикой клеток. При диагностике таких грозных заболеваний ЦНС как менингиты, ведущее значение имеет исследование СМЖ

**Выводок.** Результаты дослідження показують, що більш сильна організаційна здатність до навчання може краще акумулювати людський капітал у медичній галузі. Завдяки сильнішим організаційним здібностям, медична індустрія адаптується до змін середовища та передуює інноваціям. Тим часом, знання кожного індивідуума можуть бути покращені за рахунок посилення здатності до навчання, використовуючи новітні технічні інновації у прямому доступі та мати змогу безперервно отримувати знання. Відповідно корисне навчання організація може сприяти завершенню належних програм підготовки персоналу та вихованню працівників, що дозволить далі накопичувати людський капітал.

— определение содержания белка, глюкозы и плеоцитоза с последующим выделением возбудителя методом полимеразной цепной реакции (ПЦР) либо бакпосевом (1, 2, 3, 4, 5).

К сожалению в последние годы в Украине отмечается рост заболеваемости вирусными и бактериальными менингитами. Нередки и летальные исходы от этих заболеваний.

**Результаты.** Ликвор при воспалительных заболеваниях мозговых оболочек имеет ряд особенностей. Так, при гнойных менингитах на второй-третий день заболевания появляется плеоцитоз. В разгаре заболевания преобладают нейтрофильные гранулоциты, при выздоровлении появляются лимфоциты и плазмочиты. Резко повышается содержание белка (иногда до 2,5—3,0 г/л), глобулиновые реакции положительные. Наблюдается снижение глюкозы и хлоридов в СМЖ. В большинстве случаев обнаруживают менингококки, стрептококком и очень редко дрожжевыми грибами.

При серозных менингитах (негнойное, преимущественно вирусное воспаление оболочек головного мозга). При заболеваниях жидкость обычно бесцветна, плеоцитоз невысокий за счет лимфоцитов, содержание белка повышено умеренно (до 0,6 г/л), уровень сахара нормальный или незначительно понижен, фибриновая пленка выпадает редко.

При туберкулезном менингите СМЖ чаще прозрачная, бесцветная, иногда опалесцирует. При стоянии в прохладном месте образуется тонкая пленка фибрина. Цитоз в начале заболевания может быть небольшой, в разгаре болезни увеличивается до 200 и больше клеток в 1 мкл ликвора. Из клеток вначале преобладают нейтрофилы, в дальнейшем плеоцитоз носит лимфоцитарный характер. Реакции Нонне-Апельта и Панди положительные. Патогномичным является обнаружение в фибриновой пленке микробактерий туберкулеза (в 60—90% случаев).

**Выводы.** Итак, применяя вышеперечисленные методики при исследовании СМЖ, имеем возможность наиболее полно описать доставленные образцы, что поможет клиницистам в постановке диагноза.

## УДОСКОНАЛЕННЯ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ В ПЕРВИННІЙ ЛАНЦІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЮ З ЗАХВОРЮВАННЯМИ ХІРУРГІЧНОГО ПРОФІЛЮ

Вовк В.А., Лица К.О., Тищенко К.В.

КП «Центр первинної медико-санітарної допомоги Вовчанського району», Харківська область,

КЗОЗ «Вовчанська центральна районна лікарня», Харківська область

**Вступ.** Реформування системи організації охорони здоров'я в Україні на сучасному етапі диктує необхідність удосконалення хірургічної допомоги на первинній ланці.

Слід відзначити, що медична допомога, за вимогами ВООЗ, повинна бути:

- безпечною — уникати завдання шкоди пацієнтам під час надання допомоги;

- ефективною — надавати послуги, що базуються на наукових знаннях, всім, хто може отримати користь від них, та утримувати від надання послуг тим, хто не отримає від них користь;

- орієнтованою на пацієнта — надавати допомогу, яка враховує та відповідає особистим вимогам, потребам та цінностям пацієнта, забезпечувати відповідність всіх клінічних рішень до цінностей пацієнта;

- вчасною — скорочувати час очікування та уникати затримок як для тих, хто надає, так і для тих, хто отримує допомогу;
- раціональною — уникати нераціонального використання обладнання, ресурсів, ідей, та досягати взаємодії в системі;
- справедливою — надавати якісну медичну допомогу, незалежно від особливих характеристик, географічного розташування та соціально-економічного статусу.

Усі вказані аспекти рівнозначні за своєю важливістю і мають бути реалізовані починаючи з рівня надання первинної медичної допомоги.

Метою запропонованої публікації стало визначення шляхів удосконалення організації надання медичної допомоги населенню, що потребує хірургічного лікування, на рівні первинної ланки сфери охорони здоров'я.

*Матеріали та методи.* Шляхи розвитку допомоги пацієнтам з хірургічними захворюваннями можна розділити на два напрямки:

1. Сучасні організаційні заходи щодо пацієнтів хірургічного профілю.

2. Впровадження сучасних технологій та методик лікування пацієнтів з захворюваннями, що вимагають хірургічної корекції.

*Обговорення.* Організаційні заходи включають багато різноманітних аспектів. Приймаючи до уваги останні законодавчі тенденції, на сучасному етапі найважливішу роль в організації хірургічної допомоги відіграватиме сімейний лікар як організатор та диспетчер медичного маршруту пацієнта. Пропонується система, на підставі якої, організації первинної медико-санітарної допомоги виступають як «посередники» для вторинної і третинної медичної допомоги, з метою запобігання недоцільного звернення до будь-яких лікарень.

Однак, при організації допомоги хірургічним хворим, особливо в плановому порядку, існують декілька проблемних і дискусійних моментів, що потребують вирішення як в системному плані, так і в кожному конкретному випадку.

- Взаємозв'язок між спеціалістами, що надають первинну медичну допомогу та хірургами, що надають вторинну

та третинну медичну допомогу не можна визнати цілком задовільним. Наприклад, серед кількості пацієнтів, що госпіталізуються для планового хірургічного лікування, питома вага направлених сімейними лікарями становить 3—5%. Можливо, має місце недостатня увага на проблеми пацієнта хірургічного характеру.

- Дотепер залишається дискусійним питанням, чи потрібне обов'язкове документальне направлення на стаціонарне хірургічне лікування?

- Недосконалість системи оплати хірургічних послуг та витратних матеріалів для проведення оперативного лікування.

Розвиток сучасних медичних технологій пропонує більше можливостей стосовно надання медичних послуг та зменшення інвазивності хірургічних втручань. На теперішній час серед послуг в секторі охорони здоров'я ЄС особливої ваги набувають:

- базова амбулаторна хірургія;
- послуги денного стаціонару для проведення діагностичних тестів, а також оперативних втручань;
- медичні послуги вдома за місцем проживання.

Розвиток таких підходів до надання хірургічної допомоги потребує необхідного додаткового навчання персоналу первинної ланки як у відношенні правильного ведення дохірургічного етапу, так і набуття навичок для виконання нескладних хірургічних маніпуляцій на дому.

*Висновки.* Для удосконалення хірургічної допомоги необхідна тісна взаємодія спеціалістів, що надають первинну медичну допомогу та фахівців вторинної та третинної її ланок. Вказані відповідні форми хірургічної допомоги можуть існувати в амбулаторно-поліклінічних закладах із залученням профільних лікарів вторинного та третинного рівнів.

Усі зазначені сучасні тенденції мають важливе значення як підвищенні ефективності системи надання хірургічної допомоги населенню, так і в аспекті раціонального використання коштів та механізму контролю видатків, і мають бути широко впроваджені в сферу охорони здоров'я України та Харківської області.

## РОЗВИТОК ЛІКАРСЬКОГО МИСЛЕННЯ В ПІСЛЯДИПЛОМНІЙ МЕДИЧНІЙ ОСВІТІ

*Водолазька Л.П.*

*Харківська медична академія післядипломної освіти*

Сучасним змістом якісної безперервної медичної освіти є завдання виявлення і передачі сучасних засобів організації розумової роботи лікаря. Ідеологія передачі «готових знань» поступово змінюється ідеологією формування компетенцій, а на зміну парадигмі просто передачі знань приходить парадигма професійної дієздатності.

Організація медичних знань — це відбір, систематизація та представлення необхідних лікарю даних в такому вигляді, щоб він зміг прийняти авторитетне рішення для постановки діагнозу.

Саме для цього були створені медичні електронні бібліотеки, комп'ютерні та інші інноваційні технології. Кінцевою метою функціонування медичної освітньої програми є формування у лікарів клінічного мислення, заснованого на успішному оволодінні ними сучасними професійними компетенціями.

Ставити перед медичним вузом завдання навчити студента клінічному мисленню несвоєчасно. ВУЗ дає знання. А ось на післядипломному етапі навчити лікаря, який вже попрацював, пов'язувати воедино знання і накопичений досвід, вміти на основі цього розпізнати не тільки типове, а й атипичне, орієнтуватися в клінічній ситуації, з якою ніколи раніше не стикався, — це своєчасно і можливо.

Клінічне (лікарське) мислення — специфічна розумова діяльність практичного лікаря, спрямована на найбільш ефективне використання теоретичних наукових знань, практичних навичок і особистого досвіду при вирішенні професійних (діагностичних, лікувальних, прогностичних та профілактичних) задач для збереження здоров'я конкретного пацієнта.

У поняття клінічного мислення включені наступні елементи: осмислення виявлених симптомів; висування гіпотез щодо діагнозу захворювання; ланцюг міркувань, які ведуть лікаря до діагностичного висновку; уявне відтворення можливої послідовності факторів і ситуацій, що утворюють етіологію і патогенез хвороби; складання лікарського прогнозу; складання плану лікування; оцінка результатів лікування і планування профілактичних і реабілітаційних заходів.

У кожному конкретному випадку питома вага різних видів мислення відрізняється, що і зумовлює неповторність і складність лікарського мислення. У кожного фахівця повинен бути чіткий алгоритм діагностичних заходів. Основний метод діагностики — це клінічне мислення.

Інформація, що видобувається сучасними високотехнологічними методами дослідження, це така ж діагностична інформація, як і одержувана за допомогою анамнезу та пальпації з аускультатією.

Разом ці інформації включаються в часто складний інтелектуальний процес, яким є клінічне мислення. Клінічне мислення не може обмежуватися рамками діагностичного мислення, так як виконує значно більше багатofункціональне завдання. Важливо, що клінічне мислення — це не тільки форма пізнання, а й форма визначення практичної дії.

Для розвитку і контролю не тільки знань, а й клінічного мислення лікарів — курсантів (акушерів — гінекологів, онкологів, лікарів сімейної медицини) на кафедрі акушерства, гінекології та онкогінекології розроблений і впроваджений метод ситуаційних завдань (СЗ) із свідомо вкладеними лікарськими помилками.

Основу методу проблемного навчання складають СЗ трьох типів, що являють собою опис закінченого клінічного випадку, де свідомо допущені лікарські помилки різних етапів лікарського процесу. Проблемне завдання полягає в виявленні відсутніх або надлишкових елементів; встановленні причинно-наслідкових зв'язків між елементами, а також між елементами і цілим. Логіка вирішення завдань максимально наближена до структури клінічного мислення. Послідовне виконання етапів завдання формує специфічні розумові вміння фахівця.

Розроблені 3 типи ситуаційних завдань:

Завдання I типу включають помилки різних етапів лікарського процесу. В даному типі завдань використовуються принципи звітуючого навчання, за допомогою уявлення алгоритмів розпитування і обстеження пацієнта з конкретним захворюванням, критеріїв встановлення правильного діагнозу.

Основою проблемної ситуації є помилки лікування при правильно встановленому діагнозі, нераціональне використання ресурсів діагностики і лікування, помилки формулювання або змісту діагнозу, що не мають впливу на лікування пацієнтів.

Завдання II типу містять комплекси логічно пов'язаних помилок 2—х етапів лікарського процесу. Основою проблемних ситуацій є хибне встановлення діагнозу внаслідок помилок збору інформації; невірне призначення лікування внаслідок помилок встановленого діагнозу.

Завдання III типу є найбільш складними з точки зору експертного аналізу. Основою проблемної ситуації є комплекс логічно пов'язаних помилок 3—4 етапів лікарського процесу, коли внаслідок хибно зібраної інформації допускається помилка діагнозу, яка стає причиною неправильного призначення лікування.

За результатами рішення ситуаційних завдань і заповнення експертних протоколів розраховуються кількісні показники, що дозволяють оцінити ефективність навчання: правильність виявлення лікарських помилок в СЗ та по кожному з етапів надання допомоги, зрозуміти причини незнання лікарями (акушерами — гінекологами, онкологами, лікарями сімейної медицини) конкретних питань діагностики, формулювання діагнозу, лікування, профілактики, що дозволяє зробити висновки про досконалість логічного мислення лікарів — курсантів.

## ПІДВИЩЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ЗАСВОЄННЯ ЛЕКЦІЙНОЇ ІНФОРМАЦІЇ У КОНТЕКСТІ СУЧАСНИХ ПЕДАГОГІЧНИХ ТЕНДЕНЦІЙ

Гірка В.Д., Потапова Л.М.

*Медичний коледж Харківської медичної академії післядипломної освіти*

Лекція (від лат. lectio — читання) у сучасній дидактиці розглядається як одна з основних і провідних форм викладання у вищій школі. Ця форма являє собою найбільш емне й оперативне подання науково-професійної інформації. Лекція покликана формувати і розвивати методологічне, науково-професійне мислення студентів і їхню загальну культуру. При цьому лекція має професійно орієнтований характер, що опосередковано впливає на формування ставлення студентів до майбутньої практичної діяльності, виробляє синтетичний спосіб освоєння системи знань з філософсько-гносеологічними можливостями самостійного пізнання професійних явищ. Високий рівень проведення лекцій у вищому навчальному закладі є фактором активізації самостійної творчо-пошукової діяльності студента, формування його світоглядних позицій і прагнення до високого професіоналізму.

Значення лекції в навчальному процесі дуже велике і відіграє провідну роль, хоча має, на нашу думку, свої переваги і свої недоліки. До переваг лекції можна віднести те, що за її допомогою можна отримати нову інформацію, причому без обмеженості аудиторії. Велике значення при цьому відіграє контакт з аудиторією, по очах яких видно, засвоюється матеріал чи ні, зрозумілий він чи ні. Для кращого засвоєння матеріалу лекція передбачає використання допоміжних засобів. Лекція допомагає систематизувати знання, які були раніше отримані з даного предмету, крім того, лекція має виховне значення і в якійсь мірі економію коштів на навчання.

До недоліків лекції ми могли б віднести наступні моменти: по-перше, це пасивна форма передачі та отримання інформації, при цьому може бути низька ефективність засвоєння матеріалу, так як викладачеві неможливо адаптувати темп викладання матеріалу, щоб було зручно кожному присутньому на лекції студенту. Крім того, на лекції неможливо управляти пізнавальною діяльністю кожного студента, тобто неможливо контролювати ступінь засвоєння, так як контингент в аудиторії буває дуже різний. До недоліків лекції також можна віднести, в якійсь мірі, дублювання книжкового матеріалу, що в результаті швидко втомлює студентів і ми втрачаємо його увагу. Відомо, що найбільш активне сприйняття інформації відбувається протягом перших 30 хвилин, а потім увага слабшає, розсіюється, тому завдання викладача забезпечити ефективність засвоєння лекційної інформації. Виходячи з нашого досвіду, для того, щоб лекції в повній мірі були засвоєні студентами треба дотримуватися наступних прийомів які допоможуть у досягненні поставленої задачі. Щоб налаштувати

студентів на робочий лад і зацікавити їх, дуже добре почати лекцію з короткого опису того, що ми збираємося їм викласти і, найголовніше, пояснити їм для чого це їм потрібно і де стане в нагоді. Важливо при цьому нагадати студентам про ту інформацію, яка їм вже відома і на основі якої буде будуватися наша лекція.

У процесі лекції ми широко використовуємо роздатковий матеріал з неповною інформацією, але в якійсь мірі відомої для студентів. Найчастіше для цього використовуються «німі малюнки» або таблиці, які студенти можуть заповнювати в процесі нашого пояснення — це дуже підвищує їх активність.

Дуже допомагає студентам відокремити головне від другорядного — інтонація голосу викладача, а також введення в поясненні таких фраз як: «Отже, це найбільш важливе питання» або «Повторюю — запишіть», або «Постарайтеся зрозуміти і запам'ятати» і т.д.

Викликає великий інтерес студентів приклади, якими насичує викладач лекцію, або спогади близькі і зрозумілі студентам по темі лекції.

Для того щоб студенти протягом лекції добре засвоїли нову термінологію, ми ключові слова пишемо на дошці, вони служать протягом всієї лекції «опорним сигналом» для запам'ятовування нової інформації — наприклад: інфекція, інфекційний процес, інфекційна хвороба і д.т. Активізує сприйняття на лекції невелика дискусія, яку організовує викладач поставленим питанням, що починається словами: «А як Вам здається ..., чому ....?»

Дуже часто ми включаємо в лекцію елементи бесіди: «викладач-студент», «студент-студент», при цьому відбувається своєрідний обмін досвідом, це збагачує лекцію, підвищує активність студентів.

Іноді ми використовуємо в лекції прийом «мнимо затруднення», задаємо студентам питання, начебто не знаємо на нього відповідь. Це змушує студентів задуматися про почуте на лекції, згадати і підказати викладачеві.

Великий інтерес студентів викликає використання під час лекцій різних технічних прийомів: слайди, муляжі, колекції, малюнки, таблиці, графіки, а також використання засобів за принципом «bring your own devices» — комп'ютер, ноутбук, планшет, смартфон, мобільний телефон тощо.

Вважаємо, що за скорочення традиційних лекційних годин мають бути альтернативні лекції — у вигляді вебінарів. Методи коучингу дозволяють швидко і якісно розвивати і посилювати нові навички та компетенції людини. Лектор може вико-

ристовувати фото, відео, слайди. А студент, слухаючи лекцію, зможе самостійно записати лекцію, зберегти її у вигляді електронного ресурсу, зупинитися на цікавому, повторно прослухати (продивитися) той матеріал, що найбільше зацікавив. Тобто, коучинг підтримує активне прагнення студента на шляху до успіху. При всьому при цьому хочеться нагадати, що викладач впродовж лекції повинен говорити чітко, ясно, до-

сильно голосно, щоб чули, але досить тихо, щоб слухали. Необхідно також, щоб у викладача було вироблено «почуття часу», тобто чітко робити перерви і закінчувати лекцію вчасно.

Все вище зазначене підвищує активність студентів під час лекції, активізує сприйняття, мислення, пам'ять, а головне, забезпечує ефективність засвоєння інформації та головних її положень.

## ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ПРОФІЛЮ КОГНІТИВНИХ ПОРУШЕНЬ У ПАЦІЄНТІВ З ВІКОЗАЛЕЖНИМИ ДЕМЕНЦІЯМИ

Дубенко О.Є.<sup>1</sup>, Чиняк О.С.<sup>2</sup>, Неволіна Т.В.<sup>3</sup>

Харківська медична академія післядипломної освіти<sup>1</sup>,

Сумський державний університет, м. Суми<sup>2</sup>, Харківська міська клінічна лікарня №7<sup>3</sup>

**Вступ.** Хвороба Альцгеймера (ХА) та судинна деменція (СД) є найбільш поширеними формами деменції у світі деменції та, незважаючи на існуючі діагностичні критерії диференційної діагностики цих форм досить складна. Це зумовлено відсутністю лабораторних діагностичних маркерів та спільністю факторів ризику розвитку ХА і СД.

**Мета.** Провести порівняльний аналіз профілю когнітивних порушень у пацієнтів з вікозалежними деменціями, зокрема з ХА, СД та помірними когнітивними розладами (ПКР).

**Матеріали та методи дослідження.** Обстежено 65 хворих з когнітивними порушеннями різного ступеня віці від 50 до 85 років, середній вік 68,5±2,5 років, чоловіків 30 (46,15%), жінок 35 (53,84%). Критеріями виключення були: важка соматична патологія, наявність в анамнезі інших психічних захворювань, черепно-мозкових травм та пухлин головного мозку, нейроінфекції, зловживання алкоголем, прийом препаратів, що знижують когнітивні функції, неможливість достатнього вербального контакту та ін.

Усім хворим було виконано нейровізуалізаційне дослідження головного мозку, ультразвукове дослідження мозкових судин, повне клінічне та лабораторне обстеження. При встановленні діагнозу «вірогідна хвороба Альцгеймера» керувалися критеріями NINCDS-ADRDA, при встановленні діагнозу «вірогідна судинна деменція» керувалися критеріями NINDS-AIREN. Діагноз «помірні когнітивні розлади» встановлювався на основі діагностичних критеріїв (J. Touchon і R. Petersen, 2005).

Всім пацієнтам було проведено комплексне нейропсихологічне обстеження з використанням наступних тестів та шкал: коротка шкала оцінки психічного статусу (MMSE), Монреальська шкала оцінки когнітивних функцій (MoCA), батарея лобної дисфункції (БЛД), шкала Alzheimer disease assessment scale-cognitive (ADAScog) та геріатрична шкала депресії з 30 питань (ГШД) (Lovenstone S. et al., 2001).

**Результати досліджень.** За результатами обстеження критеріям «вірогідної хвороби Альцгеймера» (ХА) відповідали 20 пацієнтів, критеріям «вірогідної судинної деменції» (СД) 25 пацієнтів, «помірні когнітивні розлади» (ПКР) виявлені у 20 хворих.

В групі хворих з ПКР середній бал за шкалою MMSE склав 24–26, за результатами MoCA тесту — 24–25 балів. У хворих на СД середній бал за MMSE становив 20,4±0,8, за MoCA — 13,2±0,7. У хворих на ХА показники за цими шкалами були дещо нижчими — за MMSE становив 19,5±0,7, за MoCA — 10,2±0,6 (p<0,05).

При зіставленні даних проведених нейропсихологічних методів обстеження, виявлені відмінності у когнітивних профілях між хворими на ХА, СД та ПКР. За результатами тестування за MoCA у хворих на ХА та СД за однакового ступе-

ня важкості деменції та пацієнтів з ПКР, найбільш виражений ступінь порушення когнітивних функцій був виявлений у хворих на ХА. За окремими розділами шкали, а саме в тесті на «зорово-конструктивні навички» ступінь їх порушення був вищий у пацієнтів на ХА та спостерігався у 95% обстежених, у хворих на СД реєструвався у 88%, найнижчий у хворих з ПКР — у 65%. За розділом «називання тварин» у хворих на ХА порушення виявлялись у 35%, у пацієнтів з СД — 20%, з ПКР — у 15%. У домені «увага» у хворих з ХА порушення уваги та рахунку виявлено у 80%, з СД — у 68%, з ПКР — у 60%, «повторення фрази» було порушено у 85% хворих на ХА, у 80% на СД, у 70% на ПК. «Вербальна швидкість» була знижена у 88% пацієнтів з СД, у 80% хворих на ХА та у 70% з ПКР. За пунктом «абстракція» та здатність до узагальнення відзначені значно нижчі результати у хворих з СД — у 72% хворих, у порівнянні серед пацієнтів на ХА — у 60%, та більш високі з ПКР — у 25% обстежених осіб. У тесті на «відстрочене відтворення» більш виражені порушення були зареєстровані у хворих на ХА — у 95% обстежених, серед пацієнтів з СД — у 88%, з ПКР — у 65%. За результатами тестування на «орієнтацію у часі та місці» переважали значно нижчі показники зафіксовані у хворих на ХА — у 80% обстежених, у порівнянні з СД — у 65% та хворими з ПКР, де порушення відмічалися лише у 15%.

Тест БЛД виявив більш високі бали у хворих з ПКР, в середньому показник за тестом склав 16,5 бала, у пацієнтів на ХА — 15,5, з СД — 14,4 бали.

У обстежених пацієнтів на ХА шкалою ADAScog відзначено також більш виражені порушення в завданні на «конструктивний праксис» у 80% обстежених, у хворих на СД у 68%.

При оцінці емоційного стану за ГШД у хворих на СД були діагностовані значно більш високі показники депресії та спостерігалися у 18 (72%) хворих, у порівнянні з пацієнтами з ХА — у 13 (65%), у хворих з ПКР депресія легкого ступеню була виявлена тільки у 7 (35%). Перевага вираженості симптомів депресії у хворих на СД у порівнянні із хворими на ХА виявлялися як на початкових, так і на помірних стадіях деменції.

**Висновки.** Використання різних когнітивних тестів та шкал дозволило виявити відмінності в порушенні різних когнітивних доменів у хворих на СД та ХА. У хворих на ХА найбільш часто страждали зорово-конструктивні навички, увага, орієнтування, відстрочене повторювання, конструктивний праксис. Тоді, як у хворих на СД найчастіше були порушені абстрактне мислення та вербальна швидкість. Ступінь депресивних розладів зростала паралельно з поглибленням когнітивного дефіциту та була найбільш виражена у хворих на СД. В цілому, диференційна діагностика трьох найбільш розповсюджених форм когнітивних порушень може бути більш повноцінно проведена на легкій та помірній стадії деменції, що необхідно для вибору лікувальної тактики.



## РАННЯ ДІАГНОСТИКА ТА ПРОФІЛАКТИКА РАКУ ЕНДОМЕТРІЯ В ПРАКТИЦІ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ

Єгоров О.О.

Харківська медична академія післядипломної освіти,  
Харківська клінічна лікарня на залізничному транспорті №2, м. Харків

Щороку близько 142 тисяч жінок в світі захворюють на рак ендометрія (РЕ) і приблизно 42 тисячі з числа раніше захворюємих помирають від цієї хвороби. В Україні РЕ займає друге місце серед онкологічних хвороб жінок, поступаючись лише раку молочної залози, і перше місце серед пухлин жіночої статеві сфери. Слід відзначити збільшення питомої ваги жінок молодого віку серед хворих на РЕ, що відзначається в останнє десятиліття в Україні. Частка жінок, хворих на РЕ в репродуктивному і в перименопаузальному періодах, становить майже 40% від загального числа хворих. Стрімке зростання захворюваності РЕ у жінок визначає проблему вивчення факторів ризику та скринінгу як одну з актуальних в системі його раннього розпізнавання. Необхідно пам'ятати, що саме лікар амбулаторної ланки медичної допомоги може реально вплинути на виживання пацієнтів при розвитку онкологічних захворювань. Це досягається шляхом інформування населення про чинники ризику розвитку злоякісних пухлин і впровадження принципів первинної профілактики, організації регулярних скринінгів населення, що відносяться до групи ризику і підтримки у цій категорії осіб певної онкологічної настороженості. Лікарі первинної ланки охорони здоров'я повинні володіти навичками своєчасного розпізнавання онкологічних захворювань, мотивувати пацієнтів до своєчасного використання активних методів лікування. Сімейний лікар відіграє важливу роль як в організації виявлення передпухлинної патології репродуктивного тракту, так і в підвищенні освіти населення щодо профілактики РЕ. Це полягає, насамперед, у виявленні факторів ризику розвитку РЕ, до яких відносять: ендокринно-обмінні порушення (ожиріння, цукровий діабет, гіпертонічна хвороба), гормонально активні пухлини яєчників (гранульозотекалітинна пухлина і пухлина Бреннера в 20% випадків супроводжуються РЕ), синдром Штейна-Левенталя (у молодих жінок (до 45 років) поєднання з РЕ відзначається більш ніж в 30% випадків), генетичну схильність, обтяжену спадковість по раку молочної залози, яєчників, тіла матки, відсутність статевого життя, вагітностей, пологів, пізні настання менопаузи (у віці старше 55 років), гормональну терапію (тамоксифеном з приводу лікування раку молочної

залози). З огляду на тенденцію до зростання РЕ, сімейному лікарю на кожному візиті пацієнтки в повсякденній практиці слід проводити збір та оцінку сімейного анамнезу з метою визначення ризику спадкового раку. Оцінка даних сімейного анамнезу щодо раку у всіх жінок повинна стати стандартом, як скринінговий метод визначення спадкового раку. Збір даних щодо випадків сімейного раку у всіх пацієнток при кожному візиті повинен вноситися до єдиного реєстру. Оцінка і перегляд сімейного анамнезу з урахуванням факторів ризику повинні регулярно переглядатися і оновлюватися у випадках значних змін сімейної історії. При виявленні обтяженого онкологічного випадку сімейного захворювання пацієнтка повинна бути направлена до гінеколога-онколога для подальшого дообстеження щодо виключення генетичних синдромів. Ідентифікація осіб груп високого ризику, використанням генетичні тести, сприяє зниженню ступеня ризику розвитку раку і раннього його виявлення. Лікар сімейної медицини є важливою сполучною ланкою між пацієнтом і вузьким фахівцем. При наявності у жінок аномальних маткових кровотеч, маткових кровотеч в пери- та постменопаузі, ультразвукових ознаках патології ендометрію, пацієнтки повинні бути спрямовані до гінеколога в територіальну жіночу консультацію для розширеного дообстеження і в разі потреби лікування. Якщо підозрюється злоякісне захворювання, пацієнтку слід відправити в медичні заклади онкологічного профілю: онкологічні диспансери, центри з лікування раку, університетські клініки, науково-дослідні інститути. При відсутності обтяженого онкологічного сімейного анамнезу профілактичні заходи мають бути направлені сімейним лікарем на усунення гіперстrogenії як чинника, що сприяє розвитку РЕ: зниження маси тіла, компенсацію цукрового діабету, відновлення репродуктивної функції, нормалізацію менструальної функції, усунення причин ановуляції, своєчасне направлення на оперативне лікування при фемінізуючих пухлинах, лікування гіперпластичних процесів ендометрія.

Таким чином, підвищення якості підготовки та професійного рівня сімейних лікарів допоможе ранній діагностиці, своєчасному лікуванню та профілактиці РЕ.

## ОСОБЛИВОСТІ ТЕРАПІЇ ХВОРИХ НА ОСТЕОАРТРИТ В ПОЄДНАННІ З КАРДІОВАСКУЛЯРНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ В ПРАКТИЦІ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ

Ждан В.М., Лебідь В.Г., Бабаніна М.Ю.

Вищий державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава, Україна

**Вступ.** Актуальність проблеми остеоартриту (ОА) зумовлена його широкою розповсюдженістю, складністю в лікуванні та ранньою інвалідизацією хворих працездатного віку. Встановлено, що ОА відноситься до хвороб з високою коморбідністю і поєднується з артеріальною гіпертензією, атеросклерозом, ішемічною хворобою серця.

**Мета:** вивчити ефективність комбінованої терапії, її анальгезуючий, протизапальний ефект і безпеку одночасного застосування: хондропротекторів, кардіопротекторів, нейропротекторів, сартанів, статинів у хворих на ОА в поєднанні з кардіоваскулярною патологією.

**Матеріали і методи.** В дослідження включені 60 хворих на ОА віком 57—78 років, середній вік, яких склав  $63,4 \pm 3,2$  роки. Хворих жіночої статі було 38 осіб (63,3%) і чоловіків 22 особи (36,7%) з гонартрозом I-II стадії. Під час проведення дослідження пацієнти розподілені по групам: 1 група (n=30пацієнтів), яка отримувала хондропротектори (хондроїтину сульфат 200 мг внутрішньом'язево № 25 ін'єкцій через день; глюкозаміну сульфат 400мг внутрішньом'язево № 25 ін'єкцій через день); сартан (вазар 80—320 мг на добу перорально, постійно); статин (розувастатин 10—20 мг на добу

перорально, постійно), кардіопротектор (тризипин 1000мг внутрішньовенно 1 раз на добу, 2 тижні, потім тризипин лонг 750 мг перорально 1 раз на добу, 1 місяць), нейропротектор (армадин 2мл внутрішньом'язево 1 раз на добу, 2 тижні, потім армадин лонг 500 мг перорально 1 раз на добу, 1 місяць); 2 група — (n=30пацієнтів), яка отримувала хондропротектори (хондроїтину сульфат 200 мг внутрішньом'язево № 25 ін'єкцій через день; глюкозаміну сульфат 400 мг внутрішньом'язево № 25 ін'єкцій через день, а потім глюкозамін гідрохлорид 500 мг з хондроїтин сульфатом 500 мг перорально по 1 табл. 3 рази на добу, 1,5 місяці) на фоні прийому вазару, розувастатину, тризипину та армадину.

Всім хворим були проведені наступні дослідження: загальноклінічні обстеження крові, сечі, ліпідограма, рентгенографія і УЗД колінних суглобів, визначення індексу Лекена, шкали WOMAC, VAS, Лісхолма і критерії активності хворих по шкалі Тегнера.

**Результати.** Спостереження за хворими проводилися протягом 6 місяців. Відмічена позитивна динаміка функціонального стану опорно-рухового апарату в обох групах пацієнтів: 1 група — 23 хворих (76,6%), 2 група- 27 хворих (90%). Спосте-

рігався більш виражений позитивний ефект в 2 групі пацієнтів: більш виражене зниження індексу Лекена, швидкість появи та стійкість анальгезуючого ефекту згідно шкал WOMAC, ВАШ; відновлення функціональної здатності колінних суглобів за шкалою Лісхола м і підвищення рухової активності хворих за шкалою Тегнера, збільшення термінів ремісії, покращення якості життя у хворих на ОА в поєднанні з кардіоваскулярною патологією.

**Висновки.** Під час дослідження не було зафіксовано жодних побічних ефектів використання ступеневого підходу застосування хондропротекторів (ін'єційна та таблетовані форми) на фоні прийому сартана, статина, нейропротектора і кардіопротектора, показало більш високу ефективність в плані зменшення больового синдрому і покращення функціональної здатності суглобів, збільшення термінів ремісії, а також безпеку використання даної схеми лікування у хворих на ОА в поєднанні з кардіоваскулярною патологією.

## НАВЧАННЯ ФАХІВЦІВ ЕКСТРЕНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ПРИНЦИПАМ СОРТУВАННЯ ПОСТРАЖДАЛИХ В СИМУЛЯЦІЙНОМУ ЦЕНТРІ.

*Загуровський В.М., Яцина Г.С., Огієнко Л.Ф., Кулік В.С.*

*Харківська медична академія післядипломної освіти, м. Харків*

**Вступ.** Основним чинником успішності надання екстреної медичної допомоги одночасно великій кількості постраждалих є правильно проведене їх сортування, чим займається, як правило, бригада або медичний працівник, що першим прибув на місце події. Від універсальності їх дій та адекватності заходів в величезній мірі залежать успішність надання допомоги на місці випадку, так продовж на подальших етапах евакуації і надання допомоги.

**Мета дослідження.** Відпрацювати експериментально найбільш вірогідні сценарії розвитку подій при проведенні медичного сортування постраждалих при екстремальних ситуаціях.

**Матеріали та методи дослідження.** Дослідження проводилось шляхом спостереження, експериментального відпрацювання та узагальнення одержаних результатів у співставленні з загально прийнятими нормативами та положеннями.

**Результати дослідження.** Діючі принципи та основи сортування постраждалих несуть на собі чіткий відбиток періоду глобального протистояння епохи холодної війни та розраховані на одночасне виникнення великих масивів постраждалих. Вони відповідно формувалися для «ідеальних» умов, що були розроблені та сплановані для умов застосування засобів масового враження. В реаліях сьогодення такі умови відсутні, а багато з тих старих принципів та засад стають перешкодами в розвитку процесу сортування в теперішніх динамічних умовах та відносно малій кількості постраждалих. Нами зроблена спроба пристосування та адаптація старих основ з урахуванням сучасних умов та стану, працюючої в вогнищі надзвичайної ситуації, бригади екстреної медичної допомоги. Основний принцип сортування — оцінка соматичного стану на час огляду — ліг основою, на тлі якого були застосовані інші, додаткові критерії. До цього спонукало розуміння того, що процес сортування є не тільки розподілом на по-

токи постраждалих, але і необхідність одночасного надання екстреної медичної допомоги за вітальними показниками та прогнозування (формування) подальшого маршруту проходження кожного постраждалого. Це зумовлено а) можливістю приділення більшого часу кожному постраждалому при первинному сортуванні, та б) розширення можливості надання медичної допомоги на вторинному етапі. Перш за все, ми відійшли від статичної картини враження і доповнили її динамікою — появою нових локусів ураження та ускладнень з боку наявних. Це приводило до зміни стереотипів дій та пластичності в роботі бригади, її адекватності. Наступним чинником було встановлення преморбідного стану постраждалих, що давало можливість оцінити компенсаторні можливості та вразливі місця в механізмах регуляції й виникнення ускладнень, які можуть бути більш загрозливими, ніж основне враження.

Наступною була спроба спрогнозування можливих ускладнень та необхідність, нагальність додаткових дій та втручання для їх попередження або послаблення. На основі одержаної інформації формується план негайних та відстрочених заходів, невідкладність, напрям та шляхи евакуації та заходи в процесі її проведення, супровід і таке інше. Запропонована схема значно покращує якість та прогноз надання екстреної медичної допомоги при сортуванні в умовах роботи бригад екстреної медичної допомоги.

**Висновки.** Відпрацювання принципів сортування та показань для надання екстреної медичної допомоги на вторинному етапі в умовах симуляції дозволяє вирішити питання командної роботи, швидкість огляду та діагностування, комплексну оцінку стану постраждалого та її прогноз на найближчий період. Тренування дозволяє відпрацювати швидкість реагування, перспективи та результати як патологічного процесу, так і наслідки екстреного медичного втручання.

## СУЧАСНІ ФОРМИ САМООСВИТИ В ПРАКТИЦІ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ

*Каук<sup>1</sup> О.І., Крупеня<sup>2</sup> В.І., Просолєнко<sup>2</sup> Н.В.*

<sup>1</sup> *Харківський національний медичний університет, м. Харків*

<sup>2</sup> *Харківська академія післядипломної освіти, м. Харків*

**Вступ.** В умовах реформи охорони здоров'я, яка зараз проходить в Україні діяльність сімейного лікаря, як соціального агента надання медичних послуг в більшій мірі визначається його прагненням постійно підвищувати свій професійний рівень шляхом вивчення в спеціалізованій літературі і на медичних Інтернет сайтах новітніх тенденцій і розробок. Так як в сучасних умовах ринкової економіки і страхової медицини, коли пацієнт має реальну можливість вибору того чи іншого лікувального закладу, застосування сімейним лікарем новітніх розробок дозволить залучити в лікувальний заклад більше число потенційних споживачів медичних послуг.

**Метою** нашого дослідження було визначення впливу різних форм підвищення кваліфікації в післядипломній освіті сімейних лікарів.

**Матеріали та методи.** У дослідженні взяли участь 76 лікарів-інтернів 2 року навчання за спеціальністю «Загальна

практика-сімейна медицина», що проходили навчання на кафедрі неврології № 2 Харківського національного медичного університету. Дослідження включало в себе інтерв'ювання, анкетування, а також метод експертних оцінок.

**Результати.** Дослідження показало, що основним джерелом для отримання нової професійної інформації опитані лікарі-інтерни назвали семінари і конференції, що проходять в своєму місті (65,4%), нормативні акти органів управління охорони здоров'я (відомчі накази, інструкції, рекомендаційні листи) — 53,7%, періодичні медичні видання — 43,4%. Причому, особисте спілкування з представниками медичних фірм при їх візитах, як метод отримання нової інформації відзначили тільки 26,9% респондентів. Найменше опитані були схильні до отримання професійної інформації з Інтернет-сайтів (всього 23%). Відповідно до цього і значимість цієї інформації для своєї діяльності лікарі так само оцінюють не-

високо, про значущість для своєї професійної діяльності Інтернет-сайтів повідомило менше половини опитаних (39,5%). При дачі рекомендацій пацієнтам з вибору препаратів для лікування на інформацію, розміщену на Інтернет-сайтах, орієнтуються лише 12,4% опитаних лікарів-інтернів. Нечасто відвідують вони і бібліотеки (регулярно — 3,9%, кілька разів на рік — 17,2%, епізодично — 11,8%, не відвідують — 67,1%).

Однак, останнім часом все більш актуальним стають різні види дистанційної освіти, такі як: відеоконференції (обмін відеозображенням, яке супроводжує звук); аудіо-конференції (обмін звуковою інформацією на цифрових і аналогових засобах зв'язку); комп'ютерні телеконференції; відео-лекції; заняття в чаті; веб-уроки; радіозв'язок; телевізійні канали. Це обумовлено в першу чергу розвитком Інтернет-комунікацій і складнощами з відривом від виконання своїх функціональних обов'язків лікарів загальної практики — сімейної медицини, особливо у віддалених сільській районах.

Види дистанційного навчання можуть використовуватися як окремо, так і комплексно в залежності від оснащення

віддаленого лікувального закладу технічними засобами (ТСО) і специфікою окремих програми. Від вибору ТСО багато в чому залежать характер і ефективність навчання: наприклад, використання радіо і телебачення не передбачає отримання персоналізованої інформації, а передбачає лише вручення загальної.

Проведене опитування показало, що більш 56,7% респондентів віддають перевагу відео-конференціям, 42,8% — відео-лекціям і більше 67% вибрали б заняття в чаті і веб-уроки, так як саме ці форми навчання передбачають можливість дискусії, постановки цікавих для них питань викладачеві.

**Висновки.** З кожним роком збільшується значимість дистанційних методів підвищення кваліфікації лікарів загальної практики, що обумовлено розвитком Інтернет-комунікацій. Для викладання кожної з дисциплін можуть застосовуватися будь-які види дистанційного навчання, їх успішне поєднання дозволяє зробити процес пізнання нового менш монотонним і цікавішим і продуктивним.

## КОМПЕТЕНЦІЇ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ З НЕОНАТОЛОГІЇ

*Клименко Т.М., Сандуляк Т.В., Закревський А.М., Каранетян О.Ю.*

*Харківська медична академія післядипломної освіти, кафедра неонатології*

**Вступ.** Професійна діяльність сімейного лікаря (СЛ) є одночасно процесом, механізмом і результатом прояву фахово-професійної компетентності [3] та поєднує досвід, знання, вміння, ставлення — автономність і відповідальність (здатність самостійно виконувати завдання, розв'язувати задачі і проблеми та відповідати за результати своєї діяльності), поведінкові реакції. Компетентність — об'єктивна оціночна категорія, суспільно визнаний рівень знань, умінь, навичок, що дозволяє особистості виконувати певні дії через власне ставлення. Компетентність — сукупність компетенцій. Компетенція — параметр соціальної ролі лікаря, його готовність до мобілізації знань, умінь, зовнішніх ресурсів для ефективної діяльності в конкретній професійній ситуації задля якісного продуктивного виконання поставленої задачі і отримання соціально закріпленого результату або заданої соціальної норми [2]. В нашій країні термін компетенція (від лат. *compete* — відповідаю, підхожу) сприймають як коло повноважень, наданих посадовій особі законом, статутом або іншим актом для виконання яких їй потрібні знання і досвід у певній галузі. Компетентності набувають в навчанні, а компетенції регламентуються атестацією і ліцензіями на право медичної діяльності після отримання відповідного рівня знань, умінь і досвіду роботи. Тобто межі і зміст компетенцій для спеціаліста і фахівця визначені наперед, а при навчанні перевіряється досягнення необхідного рівня компетенцій, щоб відповідати професійно-посадовим вимогам і бути здатним до виконання заданої роботи за фахом і займаною посадою, за стандартами і протоколами профілактики, діагностики та лікування. Для інтегрованого ведення вагітних і новонароджених СЛ має також володіти міждисциплінарною комунікаційною компетентністю, яка формується в навчанні на різних кафедрах

**Мета** — окреслити сучасні компетенції сімейного лікаря по формуванню здорового початку нового життя і веденню періоду новонародженості та запропонувати міждисциплінарні резерви покращення підготовки в інтернатурі.

**Основна частина** Формування фахової компетентності сімейного лікаря після закінчення ВНЗ — процес закономірної послідовної і цілеспрямованої зміни в змісті, структурі післядипломної медичної освіти, що розпочинається в інтернатурі і триває упродовж усього життя згідно вимог оновлених у 2017 році Європейської рамки кваліфікацій [4] та у 2018 році ключових компетентностей, рекомендованих Європейським парламентом і Радою (ЄС) [5,6]. Мета післядипломного навчання СЛ — передбачуване застосування знань, умінь та набуття інтегральної компетентності на 7-8 рівні за Національною рамкою кваліфікацій (НРК) в контексті нового Закону України «Про вищу освіту» [1].

Компетенції СЛ з неонатології змінюються відповідно вимогам часу і рівню розвитку перинатології та медицини в світі та державі. Викладачі ВНЗ мають мати експертний (науковий) рівень своєї професійної компетентності, щоб володіти, прописати в програмах і впроваджувати в процесі навчання ті компетенції спеціаліста сімейної медицини, які дозволять СЛ отримати соціально гарантований результат якості надання медичної допомоги.

При направленні інтернів на кафедру неонатології передбачається, що вони вже володіють базовими компетентностями з педіатрії та неонатології на 5-7 рівні за НРК — здатність розв'язувати типові спеціалізовані задачі в певній галузі професійної діяльності або у процесі навчання, що передбачає застосування положень і методів відповідної науки і характеризуються певною невизначеністю умов, а після навчання зможе розв'язувати також і складні задачі, до яких відносяться проблеми надання допомоги вагітним і новонародженим. Але на практиці це не так, викладачам приходится формувати елементарні і базові знання та вміння, а вже на їх базі — навчати розв'язувати типові і складні завдання. Звісно, що за 3-4 тижні навчання на кафедрі неонатології справитись з таким завданням на заданому рівні якості складно, не всі слухачі здатні до такої інформаційної нагрузки і подальшого навчання та розвитку.

Оскільки програма навчання і фахова кваліфікація СЛ охоплюють кілька галузей медицини, жодна з яких не домінує, а відносяться до категорії міждисциплінарних, вважаємо за потрібне на методичній нараді кафедр сімейної медицини, педіатрії, неонатології та перинатальної медицини описати інтегральну компетентність — узагальнений опис кваліфікаційного рівня СЛ, який виражає основні компетентності та характеристики рівня щодо навчання та професійної діяльності, а вже потім обрати методи інтерактивного навчання спеціаліста і фахівця та переглядати їх кожні 5 років.

Інноваційні освітянські технології в підготовці сімейних лікарів на кафедрі неонатології передбачають набуття таких фахових компетенцій: здатність від початку професійної діяльності розуміти та оцінювати вікові (гестаційні і календарні) особливості адаптації та патології новонароджених; бути готовим надати їм необхідну екстрену, невідкладну та планову медичну допомогу за прийнятими в державі новими стандартами і протоколами; організувати соціальну допомогу нужденним і навчати батьків дитини методам розвиваючого догляду, контролю за розвитком малюка, забезпечення раціонального харчування та ефективного імунного захисту, створення безпечного середовища зростання і виховання здорового способу життя.

Компетентнісний підхід і результатна парадигма в освіті розглядають початок нового життя не з першого подиху новонародженого, а з усвідомленого бажання батьків мати здорову дитину і планування вагітності під контролем СЛ за їх станом здоров'я. Для оздоровлення майбутніх батьків потрібна постійна співпраця зі спеціалістами задля інтегрованого ведення жінок і чоловіків репродуктивного віку з обтяженим анамнезом, генетичною схильністю та проявами соматичної, психічної, гінекологічної та іншої патології. Планування вагітності потребує догравідарної підготовки та сумісне ведення подружжя з гінекологом, андрологом, генетиком, репродуктологом. Для спостереження за вагітною — співпраця і тісна професійна комунікація з гінекологом, терапевтом, ендокринологом, кардіологом, нефрологом та ін. згідно протоколів. Скерування до спеціалістів, динамічна оцінка та аналіз результатів спостереження, попередня підготовка до пологів, також компетенція СЛ, бо за ним кінцевий результат якісної, ефективної медичної допомоги — народження здорової дитини.

Огляд немовляти після виписки з пологового стаціонару або домашніх родів, ведення періоду новонародженості описані і вивчаються за відповідними наказами МОЗ України (здорова новонароджена дитина, №149 та ін.), але з точки зору нової парадигми організації охорони громадського здоров'я — предиктивна, превентивна та персоналізована медицина (4Р), слід уточнити і конкретизувати роль СЛ і на-

вчити його методикам оцінки стану здоров'я дітей раннього віку і новонароджених.

Диспансеризація новонароджених та передчасно народжених дітей раннього віку з вродженою та перинатальною патологією та подальше їх катанестичне спостереження, також потребує пояснення суті та структури нових компетенцій СЛ і ретельної підготовки з патології новонароджених. Таким чином, формування компетентностей СЛ з неонатології, зважаючи на важливість для суспільства його фахових компетенцій та результатів діяльності, слід проводити на циклі «Адаптація та патологія новонароджених» тривалістю не менше 1 міс.

**Висновки** 1. Формування освітніх програм спеціалізації СЛ є колективною справою різних кафедр і викладачів навчального закладу післядипломної підготовки. Рекомендуємо переглянути і доповнити зміст і структуру навчання сімейного лікаря з неонатології для досягнення компетенцій за вимогами НРК. 2. На міждисциплінарній нараді викладачів кафедр, що навчають СЛ в інтернатурі та на курсах підвищення кваліфікації, необхідно узгодити зміст і структуру навчання за сучасними вимогами 4Р медицини. 3. Кафедра неонатології має відповідну матеріально-технічну базу, учбово-методичне забезпечення, сучасні посібники для детального навчання сімейних лікарів і суміжних спеціалістів як в інтернатурі, так і на циклах тематичної підготовки за окремими програмами, створеними на основі технологій 4Р медицини.

## ОРГАНІЗАЦІЙНІ АСПЕКТИ ПОЗАЛІКАРНЯНОЇ ХІРУРГІЧНОЇ ДОПОМОГИ В СУЧАСНІЙ ПРАКТИЦІ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ

Короп О.А.

Харківська медична академія післядипломної освіти

**Вступ.** Реформування охорони здоров'я, а фактично створення її нової системи, адаптованої до сучасних вимог та суспільних потреб, є єдиним шляхом для забезпечення належного рівня медичного обслуговування населення України. Головними напрямками сучасних змін в охороні здоров'я є автономізація діяльності закладів охорони здоров'я (Закон України від 06.04.2017 р. № 2002—VIII «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров'я»), подальший розвиток загальної практики — сімейної медицини, що в сучасних умовах доцільно реалізовувати двома шляхами — роботою сімейних лікарів в центрах первинної медичної допомоги, які можуть переходити на нову форму господарської діяльності — комунальні неприбуткові підприємства та їх діяльністю у якості фізичних осіб — підприємців (ФОП) і нова система фінансування галузі охорони здоров'я в Україні, яка передбачає виплати за медичні послуги за кожного пацієнта від Національної служба здоров'я (НСЗ).

**Мета** — оптимізація та удосконалення організації позалікарняної хірургічної допомоги в практиці сімейного лікаря в умовах сучасних системних змін в галузі охорони здоров'я України.

**Матеріали і методи.** Для проведення дослідження використано нормативно-директивні документи МОЗ України, літературні джерела та результати власних досліджень щодо організації позалікарняної хірургічної допомоги населенню в умовах пріоритетного розвитку первинної медичної допомоги (ПМД). Об'єктом дослідження визначена система ПМД, предметом дослідження — організаційні аспекти позалікарняної хірургічної допомоги на первинній ланці. Методи дослідження — бібліосемантичний, аналітичний, експертний, системного аналізу та системного підходу.

**Результати.** ПМД як основа системи медичної допомоги є головною у формуванні громадського здоров'я, несе найбільшу відповідальність за його втрату, визначає раціональне та ефективне використання ресурсів охорони здоров'я та задоволення населення станом медичного обслуговування.

Пріоритетний розвиток ПМД (про що свідчить заявлене Урядом збільшення фінансування її діяльності майже у 1,5 рази), спрямовано на збільшення обсягів загальнолікарської та спеціалізованої медичної допомоги саме на первинному рівні, де лікарі загальної практики забезпечують надання ква-

ліфікованої первинної лікувально-профілактичної допомоги в обсязі кваліфікаційної характеристики лікаря зі спеціальності «загальна практика — сімейна медицина», тобто проводить профілактичну роботу серед населення, діагностику хвороб і надають першу лікарську допомогу при невідкладних станах, гострих хірургічних хворобах і травмах, забезпечують лікування і реабілітацію хворих хірургічного профілю, здійснюють хірургічні маніпуляції і операції згідно обсягам, що визначені директивними документами та науково-методичними розробками щодо цих питань

Основними напрямками удосконалення організації надання медичної допомоги, що визначено в зарубіжній і вітчизняній науковій медичній літературі, є посилення первинної ланки при провідній ролі в її розвитку загальнолікарської (сімейної) практики з одночасним проведенням реорганізації стаціонарної допомоги і перерозподілом частини обсягів спеціалізованої медичної, зокрема хірургічної допомоги із стаціонарного сектора в позалікарняний, переважний обсяг якої представляє ПМД.

*Наказом* МОЗ України №504 від 19.03.2018 року «Про затвердження порядку надання первинної медичної допомоги» визначено список послуг ПМД, вартість яких буде компенсувати держава через НСЗ України (НСЗУ), а саме спостереження за станом здоров'я дорослого і дитячого населення, діагностика хвороб, лікування найбільш поширених хвороб, травм, отруєнь, патологічних та фізіологічних станів у вагітних та курація пацієнтів з хронічними хворобами.

Важливим завданням в цих стає умовах забезпечення належної клінічної бази для підготовки кваліфікованих фахівців для надання позалікарняної медичної допомоги хірургічного профілю (підготовка сімейних лікарів на циклах тематичного удосконалення з загальної хірургії, ортопедії і травматології, онкології, урології, проктології) — що є особливо доцільним для закладів ПМД і сімейних лікарів ФОП сільських районів у відповідності до нових організаційних та клінічних технологій, які ґрунтуються на принципах доказової медицини.

**Висновок.** Реалізація основних завдань сучасних змін в охороні здоров'я щодо спеціалізованої медичної допомоги на первинній ланці мають сприяти удосконаленню організації позалікарняної хірургічної допомоги в практиці сімейного лікаря і мати значні наслідки у формах господарчої діяльності закладів ПМД та фізичних осіб — підприємців (ФОП).

## КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ АСЦИТИЧЕСКОЙ ЖИДКОСТИ

Корон А.Г., Бойко Л.Т., Журова Т.Э.

Харьковская медицинская академия последипломного образования

**Вступление.** Лабораторные исследования жидкостей из брюшной полости являются важной составляющей обследования пациентов, позволяют установить причину её появления, а также выявить инфицированность жидкости.

**Цель.** Обосновать необходимость и значение лабораторных исследований жидкости из брюшной полости для диагностики различных заболеваний.

**Материалы и методы.** Экссудаты и трансудаты из брюшной полости, исследованные с помощью клинических лабораторных методов.

**Результаты.** Жидкости для исследования получают путём парацентеза или при лапароскопии.

Во избежание образования фибринозного сгустка (свёртка) в посуду для сбора жидкости предварительно добавляют антикоагулянт (лучше 5% раствор цитрата натрия, 2—5 мл на каждые 100,0 мл жидкости).

Выпотные жидкости накапливаются в серозных полостях при различных патологических процессах и могут быть трансудатами и экссудатами в зависимости от причины их появления.

Асцит может появиться в результате портальной гипертензии, гепатоцеллюлярного рака, при метастазах опухолей в печень, при панкреатите, перитонеальном туберкулёзе и при злокачественных опухолях с метастазами по брюшине.

Основными лабораторными показателями разделения асцита на экссудат и трансудат является содержание общего белка, альбумина, уровень холестерина и фибриногена. Для трансудата характерен высокий градиент альбумина между сывороткой и асцитом, а для экссудата — наоборот — незначительный градиент. Имеют значение для дифференциации трансудата и экссудата такие показатели как уровень общего белка (значение  $>30$  г/л характерно для экссудата), относительная плотность ( $>1015$ ) и положительная реакция Ривальта (экссудат).

По характеру асцитическая жидкость бывает серозной, гнойной, геморрагической и хилёзной. Трансудат чаще светлый, иногда с желтоватым оттенком. Мутная серозная жидкость характерна для перитонита (как осложнения аппендицита, панкреатита, кишечной непроходимости и других острых заболеваний органов брюшной полости). Перфорация жёлчного пузыря, луковицы 12—перстной кишки, тонкого кишечника, холецистит и панкреатит даёт зеленоватую окраску жидкости за счёт наличия в ней билирубина.

Молочный цвет жидкости является результатом повреждения грудного лимфатического протока, при туберкулёзе, циррозе, лимфоме. Геморрагическая жидкость появляется при травмах живота с разрывом внутренних органов, внема-

точной беременности, диссеминации злокачественной опухоли по серозной оболочке брюшной полости.

В экссудатах содержится больше нейтрофилов, туберкулёзное воспаление, опухолевый процесс чаще сопровождается лимфоцитозом. Эозинофилия ( $>10\%$ ) указывает на наличие аллергического или паразитологического заболевания, а также о злокачественных опухолях.

У женщин опухолевые клетки в асцитической жидкости чаще всего обнаруживаются при злокачественных опухолях гениталий (чаще яичников), желудочно-кишечного тракта, раке молочной железы. У мужчин такая клиническая картина наблюдается при диссеминации по брюшине опухолей органов желудочно-кишечного тракта.

Из патологических процессов, которые встречаются только в брюшине, диагностируется псевдомиксома брюшины. В этом случае брюшина поражается слизеобразующей опухолью — чаще всего муцинозной опухолью яичника или мукоцеле аппендикса. В таких случаях в брюшной полости скапливается много слизи высокой плотности, её трудно аспирировать, а опухолевых клеток мало, но они имеют очень изменённую форму и для их обнаружения и дифференциации приходится просматривать несколько препаратов.

Кроме определения значения общего белка и альбумина считается информативным и определение концентрации глюкозы, которая в значении  $>5,0$  ммоль/л почти всегда присутствует в трансудате. Представляет интерес и содержание лактата, концентрация которого в пределах 5—22 ммоль/л указывает на бактериальную природу заболевания. Очень высокое содержание лактата указывает на наличие метастазов опухолей.

Помогают в определении наличия опухолевого процесса и опухолевые маркеры. Однако отрицательный результат при определении опухолевых маркеров нельзя считать доказательством отсутствия злокачественного поражения. Для уверенного суждения о характере патологического процесса необходима морфологическая верификация с помощью цитологического или гистологического исследования. Дополнительными методами выявления опухолевых процессов являются цитохимические, иммуногистохимические, иммуноцитохимические исследования, а также определение хромосомных aberrаций и генетический анализ.

**Выводы.** Таким образом, исследование асцитической жидкости в каждом отдельном клиническом случае (в зависимости от причины и характера жидкости) даёт возможность клиницистам более точно определить причину возникновения асцита, а также наблюдать динамику заболевания с целью дальнейшего клинического прогноза.

## ПОЛІМОРБІДНА ПАТОЛОГІЯ У ПРАКТИЦІ СІЛЬСЬКОГО СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ

Костенко О.В.<sup>1</sup>, Костенко І.Ф.<sup>2</sup><sup>1</sup> Центр первинної медико-санітарної допомоги, АЗПСМ с. Шабо, Одеська область<sup>2</sup> Одеський національний медичний університет, кафедра внутрішньої медицини № 3, м. Одеса

**Вступ.** Профілактика і лікування захворювань внутрішніх органів визначені ВООЗ пріоритетним напрямком розвитку медицини у XXI сторіччі через збільшення кількості хворих на декілька хронічних захворювання. Зростання поліморбідності спостерігається із збільшенням тривалості життя і постарінням населення. За даними наукових досліджень, більше 80% людей похилого віку мають 2—3 і більше захворювань, які призводять до збільшення трірічної смертності до 82%. Найявність різномірної групи таких хворих, відсутність єдиної класифікації коморбідних захворювань і єдиного підходу до лікування (відсутність протоколів надання медичної допомоги, велике навантаження лікарськими препара-

тами) спричиняють високий ризик ускладнень та зниження ефективності лікування.

**Мета** дослідження. Визначити можливості надання медичної допомоги людям похилого і старечого віку з поліморбідною патологією на сільській дільниці сімейного лікаря.

**Матеріали і методи.** Було обстежено 37 осіб похилого і старечого віку з однієї дільниці сімейного лікаря, які мешкали в несприятливих соціальних умовах і нечасто зверталися по допомогу до медичних працівників. Серед них було 23 жінок і 14 чоловіків. План обстеження складався із визначення скарг, збирання анамнезу, об'єктивного обстеження, дослідження медичної документації, загально клінічного лабораторного

та інструментального (ЕКГ, Ехо—КГ, рентгенографія органів грудної клітки, огляд очного дна) методів обстеження, консультацій спеціалістів (окуліст, невропатолог, ендокринолог, гінеколог, уролог) в умовах центральної районної лікарні. Також було досліджено умови праці та проживання, оцінено рівень санітарної культури мешканців, складено санітарний паспорт дільниці, умов транспортування хворих до лікарні.

**Результати дослідження.** За результатами дослідження виявлено, що 2 хронічних захворювання, переважно ішемічна хвороба серця (ІХС) гіпертонічна хвороба різного ступеню і стадії мали місце у 13 осіб (35,1%). Ускладнення перебігу гіпертонічної хвороби на фоні ІХС мали 9 хворих (24,3%) у вигляді порушення серцевого ритму, тимчасових гострих порушень мозкового кровообігу, погіршення зору; троє хворих (8,1%) перенесли ішемічний інсульт і отримали 1—2 групи інвалідності. Наявність ІХС та артеріальної гіпертензії супроводжувалася ожирінням різного ступеня у 7 пацієнтів (18,9%), порушенням толерантності до глюкози у 21 пацієнта (56,1%), цукровий діабет II типу під час обстеження вперше виявлено у 3 осіб (8,1%). Серед уражень інших органів і систем мали місце сечокам'яна хвороба (14

хворих — 37,1%), хронічна хвороба нирок (9 осіб — 24,3%), урологічні захворювання у чоловіків (14 — 43,4%) та жінок (10 — 43,4%). Хронічні неспецифічні захворювання органів дихання мали місце більше ніж у половини обстежених пацієнтів серед жінок (58,3%) і 76,7% чоловіків. Три і більше хронічних захворювання було виявлено у 29 (56,7%) осіб. Дев'ятеро пацієнтів (24,3%) постійно потребували сторонньої допомоги і медичного догляду.

Слід зазначити, що виявлені під час дослідження неналежні санітарно-гігієнічні і соціальні умови, віддаленість від амбулаторії сімейного лікаря, невелика потужність лікарняної лабораторії, недостатність медичних працівників, висока вартість ліків утруднює надання медичної допомоги в сільській місцевості, особливо хворим похилого віку.

**Висновки.** Отже, наявність декількох хронічних захворювань у хворого погіршує прогноз для його життя. Для осіб похилого і старечого віку в умовах дільниці сімейного лікаря є важливим індивідуальний підхід до організації профілактики, діагностики і лікування поліморбідних станів. Також необхідно оптимізувати патронажну і волонтерську службу з паліативного догляду за такими хворими.

## ХРОНІЧНІ НЕІНФЕКЦІЙНІ ЗАХВОРЮВАННЯ: ЯКІСТЬ ПРОФІЛАКТИЧНИХ ПОСЛУГ У СІЛЬСЬКІЙ МІСЦЕВОСТІ

*Кравченко І. М.*

*Харківська медична академія післядипломної освіти*

**Вступ.** Передумовою для створення ефективної та дієвої публічної системи медичного обслуговування є оптимізація обсягів медичної допомоги, яку забезпечують працівники первинної ланки. Особливої актуальності це питання набуває в сфері профілактики хронічних неінфекційних захворювань (НІЗ), при яких своєчасне виявлення та контроль факторів ризику є провідним механізмом в зміцненні здоров'я як на індивідуальному рівні, так і на рівні громади. Існують переконливі докази того, що чотири найбільш поширені групи НІЗ (серцево-судинні захворювання, хронічна обструктивна хвороба легень, діабет II типу та онкологічні захворювання) пов'язані з чотирма ключовими керованими факторами ризику, а саме, з нездоровим харчуванням, гіподинамією, вживанням тютюну та зловживанням алкоголем. Саме працівники первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД) — є ключовими дійовими особами в виявленні та контролі зазначених факторів ризику НІЗ.

**Мета дослідження** складалася у встановленні характерних рис медичних послуг, що надаються працівниками ПМСД з метою попередження НІЗ, а також виявленні найбільш впливовіших організаційно-технологічних детермінант якості медичної допомоги у сільській місцевості на основі узагальнення типових медичних маршрутів.

**Матеріали та методи.** Визначення типових рис надання профілактичних медичних послуг виконано за адаптованою методикою дослідження медичних маршрутів пацієнтів, які мешкають в сільській місцевості. Додатково проведено вивчення розподілу обсягів наданої медичної допомоги між закладами різного рівня до закінчення первинного випадку, що дозволило простежити та проаналізувати медико-соціальні заходи у їх системному взаємозв'язку.

Первинні дані щодо медичних маршрутів отримано ретроспективно (метод вкопіювання із карток амбулаторного пацієнта (ф 025/о)). Експертна оцінка якості наданих профілактичних послуг та дані щодо обсягів, видів та рівня наданої допомоги виконано у відповідності зі стандартами, що визначені наказом МОЗ № 564 від 13.06.2016 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги в частині профілактики серцево-судинних захворювань».

Впродовж 2017 року проаналізовано 100 амбулаторних карт пацієнтів, що мешкають у сільській місцевості Харківської області. Всім пацієнтам медична допомога первинного рівня надавалася лікарем амбулаторії ЗПСМ. До вибірки включено

медичну документацію тих пацієнтів, які відвідали амбулаторію впродовж попереднього місяця з будь-якою метою.

**Обговорення результатів.** Аналіз якості медичних послуг з профілактики НІЗ було виконано без урахування причини звернення пацієнтів до амбулаторії. Встановлено, що жоден з пацієнтів не був обстежений в повному обсязі згідно орієнтовного плану моніторингу пацієнта у лікарів первинної медичної допомоги. Так, вимірювання АТ проведено у 99 пацієнтів, визначення індексу маси тіла — у 11 пацієнтів (при тому, що дані про зріст і масу тіла були наявні у 82 картках), вимірювання обсягу талії не було проведено жодному з пацієнтів. Відмітку про оцінку статусу тютюнокуріння було встановлено у 46 документах, при цьому оцінка рівня фізичної активності та дотримання засад здорового харчування не була проведена жодному з пацієнтів.

Необхідно звернути увагу на те, що було встановлено досить високий рівень оцінки сімейного анамнезу щодо ССЗ та ЦД при первинному зверненні — у 83 пацієнтів є відповідні дані, при цьому даних про проведення оцінки ризику за SCORE не виявлено в жодному випадку.

Дані про загальний аналіз крові за попередні 12 календарних місяців виявлено у 92 картках, загальний аналіз сечі — у 84 документах, випадковий рівень глюкози визначено (або рівень глікемії натще) — у 51, загальний рівень холестерину — у 14, креатинін — у 14 пацієнтів. Дані ЕКГ-обстеження наявні в 57 картках.

Також необхідно зазначити, що у всіх 100 картках було встановлено наявність інформації щодо планової терапії, переліку препаратів, дози та частоти прийому, при цьому тільки у 21 картці були відповідні записи щодо рекомендацій зі здорового способу життя (припинення куріння, зловживання алкоголем, здорове харчування та адекватну фізичну активність).

**Висновки:** Дані аналізу медичних маршрутів дозволяють зробити висновок про наявність диспропорції у наданні профілактичних послуг з НІЗ в закладах ПМСД мешканцям сільських районів. Це стосується як якості клінічного огляду пацієнта і визначених наказами МОЗ лабораторних і інструментальних методів обстеження, так і корекції поведінкових факторів ризику.

Перспективність подальшого дослідження якості та обсягів медичних послуг з профілактики НІЗ, які надаються в закладах ЗПСМ, полягає в тому, що узагальнені дані дозволяють створити передумови для керування процесами реформуван-

ня галузі з урахуванням найбільш впливових організаційних детермінант. Методологічні пошуки мають бути спрямовані на системне вирішення проблеми з урахуванням розвитку

кадрового потенціалу, ресурсного забезпечення галузі, створення дієвої системи комунікацій та мультисекторального підходу в попередженні НІЗ.

## ЭФФЕКТ СОЧЕТАННОГО ПРИМЕНЕНИЯ МЕТФОРМИНА И ФОРКСИГИ У ПАЦИЕНТОВ С СД 2 ТИПА

Мамасуева Л. В., Вершиковская В. А., Брек В. В.

Харьковский национальный медицинский университет г. Харьков

Сахарный диабет (СД) — тяжело прогрессирующее, социально значимое заболевание. На данный момент врачу-терапевту предоставляется огромное количество сахароснижающих препаратов, которые позволяют эффективно регулировать уровень глюкозы в крови даже в сложных случаях. Однако, следует учитывать эффект препарата не только на сахароснижающую функцию, а и на снижение риска кардиоваскулярных осложнений.

Новым препаратом является Форксига, при применении которого было отмечено снижение кардиоваскулярных осложнений, и, рекомендовано использование сочетанного применения Метформина при СД и артериальной гипертензии (далее — АГ).

Форксига (дапаглифлозин) — гипогликемическое пероральное средство — селективный обратимый ингибитор натрийзависимого котранспортера глюкозы 2-го типа (SGLT2). Тормозя почечный перенос глюкозы, дапаглифлозин снижает ее реабсорбцию в почечных канальцах, что приводит к выведению глюкозы почками.

**Цель:** Оценить сочетанное применение Метформина с Форксигой на углеводный обмен и уровень артериального давления (далее — АД) у пациентов с СД 2 типа.

**Разбор клинического случая:** На прием обратился пациент Белый В.А., 58 лет, с жалобами на общую слабость, периодическое повышение АД, увеличение массы тела. СД 2 выявлен 3 года назад, принимает Метформин в дозе 1000 г/сут. В связи со сменой работы 6 лет назад, перестал регулярно заниматься спортом, стал вести малоподвижный образ жизни и постепенно прибавлять в массу тела. В последние годы периодически повышается артериальное давление до 155/95, регулярную антигипертензивную терапию не получает. Вредные привычки — курение (стаж 20 лет).

Совместно с кардиологами был поставлен диагноз: Сахарный диабет 2 типа, ИБС 2 степени, АГ 1 степени. Принимая

во внимание высокий сердечно-сосудистый риск у пациента из-за АГ 1 степени, уровень глюкозы натощак — 7,0, уровень гликозилированного гемоглобина (HbA1c) — 7,6, абдоминальную форму ожирения (окружность талии 105 см), ИМТ 33,9 (рост 170 вес 98) — ожирение 1 степени, атерогенную дислипидемию (ЛПНП — 4,88, ЛПВП — 1,65, холестерин 3,43, коэффициент атерогенности — 4,0), отягощенный семейный анамнез (у матери СД 2 типа) и наличие вредных привычек — была назначена терапия: Метформин 1000 мг (по 500 мг 2 раза в сутки), Форксига 10 мг 1 раз в сутки, исключение жирной, соленой пищи, физическая нагрузка 45 минут 3 раза в неделю, постоянный контроль глюкозы и АД, исключение курения.

Через 2 месяца регулярного выполнения всех выше перечисленных указаний, отмечается: снижение концентрации глюкозы натощак — 5,2 и после приема пищи — 7,3, снижение (HbA1c) — на 1,6%, кроме того, отмечалось достоверное снижение ИМТ — 29,9 (рост 170 вес 85 — стадия предожирения), уровня систолического и диастолического АД (110/80), также не было зарегистрировано тяжелых гипогликемий, легкая гипогликемия наблюдалась редко (после стрессовой ситуации). У пациента отмечается нормализация липидограммы (ЛПВП — 1,68 ЛПНП — 4,0, холестерин — 5,2, коэффициент атерогенности — 2,8).

**Вывод.** В обсуждаемом случае наиболее целесообразно применение Метформина 1000 мг. в комбинации с Форксигой 10 мг. для достижения нормализации гликемического профиля, HbA1c, ИМТ, липидного показателя, систолического и диастолического АД. Нами было доказано что сочетанное применение Метформина с Форксигой дает положительный эффект у пациентов с СД 2 типа и АГ. Комбинацию с Форксигой рекомендуется использовать при недостаточном эффекте Метформина на уровень АД и гликемический профиль.

## НЕЙРОФАРМАКОЛОГІЧНІ ФАКТОРИ РИЗИКУ ДОРОЖНЬО-ТРАНСПОРТНИХ ПРИГОД ТА МОЖЛИВОСТІ ЇХ ПРЕВЕНЦІЇ В ЗАГАЛЬНІЙ ПРАКТИЦІ ТА СІМЕЙНІЙ МЕДИЦИНІ

Мисько Г.М.

Харківська медична академія післядипломної освіти

**Вступ.** Значне збільшення кількості важких, резонансних дорожньо-транспортних пригод на автомобільних дорогах України з великою кількістю загиблих і постраждалих людей свідчить про недосконалість існуючих методів контролю за станом водіїв транспортних засобів. Особливе занепокоєння у лікарів викликає прийом водіями лікарських препаратів, які знижують увагу та швидкість реакції і практично не можуть бути ідентифіковані при проведенні медичних оглядів на стан сп'яніння.

Отримати докладну інформацію про лікарські засоби, які знижують увагу та швидкість реакції у водіїв транспортних засобів досить складно із-за відсутності списків таких препаратів як в існуючих нормативних документах, так і в методичних рекомендаціях, запропонованих МОЗ України для використання в медичній практиці при проведенні діагностики станів сп'яніння. Дізнатися про побічні ефекти лікарських засобів нині можна лише з короткої анотації в медичних довідниках.

**Мета.** Визначити групи офіційних лікарських препаратів, які знижують увагу та швидкість реакції і протипоказані водіям транспортних засобів.

**Матеріали і методи.** Проведено аналіз побічних ефектів і ускладнень різних груп офіційних лікарських препаратів, які знижують увагу та швидкість реакції у водіїв транспортних засобів.

**Результати.** Надзвичайно небезпечними і протипоказаними для вживання водіями транспортних засобів є:

**Психотропні препарати,** зокрема, нейролептики, антидепресанти, транквілізатори, седативні, снодійні препарати і препарати літїю. Їх вживання збільшує ризик дорожньо-транспортних пригод від 2 до 5 разів. У

Європі 10% всіх травмованих і загиблих на дорогах людей сталися з вини водіїв, які знаходилися під дією психотропних засобів.

**Нейролептичні препарати** — аміназин, неупелтил, еглол та ін. гальмують роботу центральної нервової системи, але не порушують свідомості і в звичайних дозах не викликають сонливості. Проте вони чинять седативну і особливу заспокійливу дію, яка супроводжується зменшенням реакції на зовнішні подразники, пригнічують почуття страху, можуть викликати дрімотний стан. Основний їх побічний ефект — екстрапірамідні розлади.

**Антидепресанти** — трициклічні (амітриптилін, кломіпрамін, іміпрамін) та тетрациклічніантидепресанти (мапротилін, мансерин) несумісні з керуванням автомобілем, оскільки викликають порушення акомодатції, координації рухів, втомлюваність, головний біль, запаморочення, коливання артеріального тиску і тахікардію. Антидепресанти нового покоління — селективні інгібітори зворотнього захвату серотоніну (ципраміл, флуоксетин, сертралін) в меншій мірі викликають порушення координації рухів, але вони також небезпечні для водіїв.

**Транквілізатори** — сибазон, еленіум, седуксен, валіум, та-зепам, феназепам, нозепам, рудотель, мепротан, мепробамат, альпразопакупірують тривогу, неспокій та страхи, одночасно сповільнюють реакцію організму на зовнішні подразники, знижують здатність до концентрації уваги, роблять людину байдужою до оточуючого середовища. Більші дози викликають сонливість і розлади координації. Ці симптоми утримуються ще 1—2 дні після відміни транквілізаторів. В цей період сідати за кермо автомобіля вкрай небезпечно.

**Препарати літію** — літію карбонат і літію оксибутират-викликають сонливість, відчуття втоми, атаксію, тремор пальців рук, спрагу, порушення серцевого ритму. В період лікування препаратами літію особливо небезпечним є прийом алкоголю. Керувати транспортними засобами неможливо.

**Препарати зі снодійним ефектом** — барбітурати (барбітал, фенобарбітал), бензодіазепіни (радедорм, нітразепам, еуноктин), препарати імован, івадалпригнічують функцію центральної нервової системи, викликають порушення реакції людини на зовнішні подразники. Призначення цих препаратів і комбінованих лікарських засобів, які їх містять, протипоказано до і під час роботи водіям та особам, професія яких потребує швидкої психічної і рухової реакції. Фенобарбітал входить до складу знеболюючих лікарських засобів, зокрема, пенталгіну і спазмовералгіну. Препарати від закачування також містять снодійні засоби. До і під час поїздки водію не можна вживати препарати від головного болю, які містять компоненти зі снодійним ефектом — веродон і діафен. Всі снодійні і заспокійливі засоби протипоказані водіям. Гальмівний ефект чинять аспірин, амідопірин, анальгін та фенацетин. Від головного болю водіям дозволяється прийом аскофену, цитрамону, новоцефалгіну, пірафену, новомігрофену, кофальгіну та фенальгіну. Від застуди — парацетамол, чистий аспірин, ромашка, чебрець. І тільки в лікувальних дозах.

**Заспокійливі, седативні засоби** — корвалол, валокордин, препарати валеріани, трава пустинника, настоянка піону та ін. викликають загальмованість, сонливість, апатію протипоказані водіям.

**Знеболювальні засоби-** кеторол, кетанов, пенталгін, седалгін, солпафлекс, солпадеїн, анальгетики бупренорфін, налбуфін, спазмовералгін (містить кодеїн і фенобарбітал) викликають сонливість, головний біль, запаморочення, порушення зору, тому протипоказані водіям. Лікарський засіб від зубного болю лідокаїнугідрохлорид викликає головний біль, запаморочення, сонливість, шум у вухах, неспокій, порушення мови та зору. Сідати за кермо водію можна лише через 12

годин після анестезії з використанням розчину лідокаїнугідрохлориду.

**Отіодиди**, зокрема, кодеїн міститься в препаратах, які використовуються для лікування застуди і кашлю. Це — кодтерпін,коделакс, кодтермопсис, солпадеїн, пенталгін, седалгін, ношпалгін, кафетин. Їх прийом несумісний з керуванням автотранспортом.

**Засоби від застуди**, які містять антиалергічні добавки, що викликають сонливість. Це — колдрекс, найт, нурофен плюс, лорейне, мигренол, фервекс, терафлю, НЛ-колд. Під час лікування цими препаратами керувати автотранспортом не можна.

**Антигістамінні препарати** — димедрол, супрастин, діазолін, тавегіл, піпільфен, діпразин. Всі вони викликають седативний ефект, відчуття втоми, сонливість, запаморочення, порушення координації. Виключення становлять антигістамінні препарати групи лоратідину.

**Гіпотензивні препарати** — алкалоїди раувольфії — раувазан, препарати резерпіну — аделффан, кристепін, трирезид К, а також лікарські засоби, що містять клонідин викликають підвищену втомлюваність, сонливість, брадикардію, головний біль, закладеність носу, блювоту. Водіям вони протипоказані.

**Лікарські засоби для лікування захворювань шлунково-кишкового тракту**, зокрема, всі М-холіноблокатори впливають на зір, викликають розширення зіниць, нечітке зображення предметів. Це препарати пірензепіну (гастрин, гастроцепін), препарати атропіну, що містять беладону та лікарський препарат метоклопрамід (церукал). Препарати для лікування діареї — лоперамід та імодіум викликають головний біль, підвищену стомлюваність, сонливість та апатію, тому за кермо сідати не можна. Водіям можна призначити лише мотиліум.

**Засоби для лікування захворювань очей, які містять атропін.** Після їх застосування водію сідати за кермоможна лише через 2—3 доби.

**Стимулятори**, які містять кофеїн чи фенамін, зокрема, енергетичні напої (енерготоніки, енерджайзери), які за останні 10—15 років стали популярними на споживчому ринку України, протипоказані водіям транспортних засобів, оскільки здатні викликати безсоння, різке підвищення артеріального тиску, напади тахікардії на тлі виснаження центральної нервової системи.

**Висновки.1.** На законодавчому рівні слід заборонити неконтрольовану, безрецептурну продаж лікарських препаратів; а також їх рекламу в засобах масової інформації.

2.Для лікарів загальної практики (сімейної медицини) розробити спеціальні програми з наркології, зокрема, з питань діагностики станів сп'яніння. Сімейні лікарі повинні пройти ці програми, щоб давати аргументовані поради водіям транспортних засобів з питань їх лікування та профілактики.

3.Розширити програми підготовки студентів з наркології в медичних навчальних закладах.

4.Через засоби масової інформації широко інформувати населення про безпеку самолікування та прийому лікарських засобів особам, які керують транспортними засобами.

## ІНФОРМАЦІЙНО-ЕТИЧНІ АСПЕКТИ ВЗАЄМОДІЇ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ З ПАЦІЄНТОМ

Мнушко З.М., Парфьонова І.І., Рогова О.Г.

Харківська медична академія післядипломної освіти

Порівняльні результати соціологічних досліджень стосовно оцінки роботи лікарів загальної практики в Україні, Норвегії, Данії, Германії свідчать про те, що найбільший розрив на користь європейських країн має місце за такими показниками як «інформація і підтримка», «доступність», «взаємодія лікар — пацієнт» (різниця в оцінках 1 і більше балів). Рівень надання медичної допомоги в Україні оцінюється дещо вище і становить 3,51 порівняно з 4,12—4,34 у вказаних зарубіжних країнах.Варто враховувати, щодо немедичних складових лояльності клієнтів закладу охорони здоров'я (ЗОЗ), поряд із іншим, відносяться ставлення лікарів, середнього медпер-

соналу та адміністрації до хворих, індивідуальний підхід до кожного пацієнта; серед суспільно-соціальних складових лояльності відзначаються імідж, престиж ЗОЗ, поширеність інформації про нього, відзиви пацієнтів.

Незважаючи на те, що в системі охорони здоров'я України приділяється певна увага питанням етики лікаря, правовим та комунікативним аспектам взаємодії з пацієнтом тощо, існує доцільність виокремлення певних складових з даних напрямків.

Інформаційною базою даних досліджень були нормативно-правові документи, дані наукової літератури та сайти мережі



Інтернет. Використані методи — аналітичний, логічний, узагальнення.

Соціально-етичні принципи взаємодії лікаря з пацієнтом набувають особливого значення під впливом реформи охорони здоров'я, коли до медичних закладів вперше висуваються сервісні вимоги. Якщо пацієнт не може оцінити категорію лікаря, він може оцінити ставлення до нього медичного персоналу і рівень обслуговування, що впливає на конкуренцію між закладами охорони здоров'я, між окремими лікарями. В роботі сімейного лікаря актуалізується, за оцінками експертів ВООЗ, проведення профілактики, яка неможлива (крім медичних навичок) без володіння технікою спілкування, знання прийомів етичної взаємодії, особливостей психотипів людей тощо. Звертається увага на те, що етичні та юридичні обов'язки сімейного лікаря набагато вищі в порівнянні з іншими фахівцями, бо, як представники первинної ланки, саме вони пояснюють і відповідають на багато питань пацієнтів. Як наслідок, у багатьох країнах вже введена в медичні навчальні програми етика, спрямована на потреби сімейного лікаря в сфері професійної діяльності. Лікареві сімейної медицини також необхідно розуміти уявлення і відношення пацієнта до його захворювання. Домінуючою при цьому є особистість пацієнта зі своїми надіями, побоюваннями, очікуваннями й потребами.

Наразі важливими є питання узгодження автономії пацієнта і інформованої згоди. Поняття «інформована згода» відносно недавно з'явилося в медичній біоетиці і постійно оновлюється у зв'язку з рухом про права пацієнтів. Сьогодні воно вважається одним з основних принципів відносин між лікарем і пацієнтом. Зловживання в медичній практиці також сприяли присудженню цьому принципу важливого місця. Умовами інформованої згоди є: компетентність (пацієнта), відповідна інформація, добровільне рішення.

Проводиться відмінність між медичним висновком про здатність пацієнта приймати рішення і правовими висновками про «компетентність», але вони часто тісно взаємопов'язані. Це поняття використовується і для медичних, і для правових компетентностей. Адекватна компетентність пацієнта передбачає розуміння відповідної інформації для прийняття рішень, оцінку життєвої важливості даної ситуації, причин для використання відповідної інформації, можливість вибору і вираження; заснована на ефективній комунікації між медичним працівником і пацієнтом. Дія ін-

формованої згоди вимагає, щоб пацієнти мали адекватну інформацію про хворобу, плани лікування, можливі наслідки, альтернативи, наслідки цих альтернатив тощо, що розуміється як вимога самостійності і відповідальності. Вона містить деякі моральні зобов'язання медичного працівника надавати необхідну інформацію, але характер і масштаби правових зобов'язань залишаються різними в різних юрисдикціях. Моральна вимога стосовно адекватного інформування пацієнта на перший погляд здається простою, але приховує чимало неточностей і складнощів.

У цілому сімейний лікар відіграє три ключових ролі в забезпеченні здоров'я людей: лідер, впливова особа та комунікатор. Оскільки сімейний лікар нерідко стикається з веденням хронічних хворих, існує необхідність співробітництва сімейного лікаря з іншими фахівцями. До хворих, які страждають хронічними захворюваннями, і можливо мають і інші хвороби, що ведуться різними фахівцями, часто потрібно підходити мультидисциплінарно. Слід застосовувати і психологічний підхід, визначити тип особистості та її реакцію на свою хворобу. Адже знання соціотипу споживача медичних послуг (екстраверт, інтраверт, сенсорик, інтуїт, раціонал, ірраціонал) сприяє формуванню індивідуального підходу, що в свою чергу є запорукою лояльності споживача (пацієнта, клієнта) ЗОЗ. Сімейному лікареві варто визначати, враховувати соціальні, економічні або культурні фактори, які можуть впливати на провадження лікування хворого.

Важливе значення має фармакотерапія у практиці роботи сімейного лікаря, так як до 75% всіх його консультацій пов'язані з призначенням відповідних лікарських препаратів. Як свідчать дані літератури, середньостатистичний лікар сімейної медицини призначає за квартал близько 200 різних ЛЗ, а деякі лікарі — у два-три рази більше. При цьому варто пам'ятати, що, за оцінками ВООЗ, тільки 30—40% пацієнтів отримують лікування відповідно до клінічних протоколів, понад 50% всіх лікарських засобів призначається або поширюється неаціонально; близько 50% пацієнтів неpravильно приймають ліки. У зв'язку з цим доцільно звертати увагу на необхідність дотримання пацієнтом дисципліни лікування, участь лікарів у здійсненні фармаконагляду. Таким чином, у діяльності сімейного лікаря важливе значення мають низка складових морально-етичного, правового, інформаційного, психологічного характеру.

## ДИАГНОСТИКА, ПОДХОДИ К ЛЕЧЕНИЮ КИСТ ЯИЧНИКОВ

*Мухтаржанова Х.Н., Холматова М.Ш., Якуббекова С.С.*

*Андижанский государственный медицинский институт*

**Актуальность:** кисты яичников — это доброкачественные опухоли, среди гинекологических заболеваний кисты яичников у женщин в возрасте 18—48 лет составляют 14—19%. Кисты яичников могут быть различных размеров, гормонально активные или неактивные. Кисты яичников могут осложняться перекрутом ножки кисты, нагноением, разрывом, кровотечением в брюшную полость.

**Цель исследования:** изучение особенности клинического течения, диагностика и методы лечения больных с кистами яичников.

**Материалы и методы исследования:** нами изучено 56 женщин больных с кистами яичников, всем проведены клинико-лабораторные исследования. Результаты лабораторных и инструментальных исследований: изучалась степень чистоты влагалища: II ст. чистоты выявлена у 22 (39,2%), III ст. чистоты у 30 женщин, что составило 53,6% IV степень чистоты у 4 (7,2%). СОЭ у 18 больных было в пределах от 14 до 20 мм/час. Умеренный лейкоцитоз у 13 от 8,5x10,9 до 11x10,9, а у остальных в пределах нормы. Кольпоскопия проведена 47 больным из них у 6 женщин обнаружено эрозия шейки матки.

Результаты и их обсуждение: Фолликулярная киста яичника у 36 (64,2%), киста желтого тела у 2 (3,6%), текалютеиновая киста у 1 (2%), эндометриоидные кисты у 9 (16%) случаях, дер-

моидные кисты у 5 (8,9%) и параовариальные кисты у 3 (5,3%) случаях. Жительниц города было 9 (16%), сельской местности — 47 (83%). Из них домохозяйки — 17 (30,3%), служащие — 7 (12,5%), работницы сельского хозяйства 32 (57,1%). Кисты яичников чаще развивались в репродуктивном возрасте: от 20 до 25 лет 10 (18%), в возрасте от 26 до 30 лет 12 (21%), от 31 до 45 лет 24 (43%), 46 лет и выше — 6 (11%). Начали половую жизнь в возрасте до 19 лет 17 (30%), в возрасте от 20 до 25 лет — 31 (55%), от 26 до 30 — 5 (8,9%), 30 лет и выше — 3 (5,3%). В анамнезе простудные заболевания выявлены у 49 больных (87%), анемия легкой степени у 11 (19%), анемия средней тяжести — у 41 (73,2%), анемия тяжелой степени — у 4 (7,1%), аппендэктомия — у 3 (8,9%), хронический холецистит — у 1 (1,7%). Частой причиной возникновения кист яичников является перенесенные гинекологические заболевания. Исходы беременностей в анамнезе у больных с кистами яичников распределились следующим образом, у 56 больных общее количество беременностей было всего 96, родами закончили 56 беременностей, из них: срочные — 49, преждевременные — 7, аборт 37. Первичное бесплодие у женщин с кистами яичников встречалось у 13 больных (23%), а вторичное бесплодие у 6 (11%). Жалобы и симптомы при поступлении больных с кистами яичников: Боли внизу жи-

вота 54 (96,4%), альгодисменорея 13 (23,2%), нерегулярність менструації 19 (33,9%), гиперполименорея 17 (30,3%), олигоменорея 3 (5,3%), рвота, тошнота 11 (19,6%), серцебиеніє 9 (16), підвищення температури тіла 7 (12,5%), загальна слабкість 39 (69%), дизуричні явища 4 (7,1%), збільшення живота 1 (1,7%), дефанс м'язів 15 (26%), положителний симптом Щеткина-Блюмбурга 8 (14%), безпліддя 18 (32%). В 13 случа-

ях із 56 операція — резекція яєчника, в 5 випадках операція виконана лапароскопічним путем. Із 56 больних 26 по-лучили консервативне лічення.

**Висновки:** Частота кисти яєчників по даним 3—го ро-дильного комплексу за останній рік склала 2,5% в струк-турі гінекологічної захворюваності і має тенденцію к росту.

### КОМБІНІРОВАННЕ ЛІЧЕННЯ ПРИ ПЕРВИЧНОМУ РАКУ ПЕЧЕНИ

*Мухтаржанова Х.Н., Урманбаева Д.А., Якубекова С.С., Мамарасулова Д.З.  
Андижанський державний медичний інститут, кафедра онкології*

Незважаючи на досягнуті успіхи, рання діагностика і лічення первинного раку печінки остається однією з актуальних і трудних задач сучасної онкології. Об цьому свідчить неуклонний ріст захворюваності во всьому світі. Незважаючи на єдине радикальне лічення хірургічне втручання, більшість больних, звертаючись в спеціалізовані медичні установи, приходять з запущеними стадіями. Крім того, більш ніж в 70% випадків після радикальної резекції, в процесі 5 років розвивається рецидив захворювання. Історія хіміотерапії первинного раку печінки дозволяє, в ряді випадків, сподіватися на ефективне лічення і не розглядає процес як первинно-лекарствено-резистентний. В процесі клінічних досліджень протипухлинних препаратів, спроб лічення первинного раку печінки визначили спектр можливостей хіміотерапевта.

**Ціль дослідження:** Оцінити ефективність монохіміотерапії і поліхіміотерапії з імуностимулятором при ліченні первинного раку печінки.

**Матеріали і методи:** Досліджені больні з Т4 захворюванням, 2 клінічної групою були розділені на 2 групи в залежності від методу лічення. 1 групу склали 24 (54,5%) больних, яким проводилася системна монохіміотерапія с фторурацилом по 500 мг/м.кв. 1,3,5,7 дні і вифероном по 3 млн. МЕ 1 свіча 1 раз в день ректально в процесі 10 днів, 2 групу — 20 (45,5%) больних отримували

ліхіміотерапію по схемі FAP 5-фторурацил по 500 мг/м.кв. 1,5 дні, Доксорубіцин 50 мг/м.кв. 1 день, Цисплатин 50 мг/м.кв. 1 день с Вифероном по тій же схемі.

В першій групі (якій проводилася монохіміотерапія с фторурацилом і вифероном) не відзначалася ускладнень як аллопеція, гастроінтестинальні змінені і гепатотоксичність, стабілізація процесу тільки у 5 (21%) больних, інші 19 (79%) мали прогресивне захворювання. Во другій групі, відзначалися ускладнень як аллопеція у 3 (15%), гастроінтестинальні змінені у 4 (20%), гепатотоксичність у 3 (15%) де проводилася поліхіміотерапія по схемі FAP с вифероном, стабілізація опухлинного процесу досягнута у 11 (55%) пацієнтів, у 8 (40%) больних, незважаючи на проводимі хіміотерапію, відзначено прогресивне захворювання і тільки у 1 (5%) больного досягнута частиний протипухлинний ефект.

**Висновок.** Незважаючи на токсичність ефективність поліхіміотерапії декілька вище, ніж монохіміотерапії с фторурацилом. При лікарственому ліченні нерезектабельного первинного раку печінки в режимі поліхіміотерапії стабілізація опухлинного процесу досягнута у 11 (55%) пацієнтів, у 1 (5%) больного досягнута частиний протипухлинний ефект, тоді як в режимі монохіміотерапії с фторурацилом і вифероном, відзначалася стабілізація процесу тільки у 5 (21%) больних, інші мали прогресивне захворювання.

### СУЧАСНІ ТЕХНОЛОГІЇ НАВЧАННЯ ЛІКАРІВ ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ДЛЯ ЗДІЙСНЕННЯ СУПРОВОДУ ВІЛ-ІНФІКОВАНИХ

*Ніколаєва Л.Г., Майстат Т.В., Черкасов О.П.  
Харківська медична академія післядипломної освіти  
КЗОЗ Обласний центр профілактики і боротьби зі СНІДом, м. Харків*

**Вступ.** В умовах нових викликів, з якими стикнулася Україна на порозі реформування системи охорони здоров'я та стабільно високими темпами поширення ВІЛ-інфекції, а також в рамках реалізації глобальної ініціативи Стратегії FastTrack «Прискорення припинення епідемії СНІДу до 2030 року» необхідно вирішити питання покращення підготовки лікарів первинної медичної допомоги з питань ВІЛ-інфекції.

Заходи щодо припинення глобальної епідемії ВІЛ-інфекції/СНІД реалізуються за стратегією «FastTrack», згідно з якою 90% усіх людей, які живуть з ВІЛ, мають знати свій статус, з них 90% стабільно отримувати антиретровірусну терапію (АРТ) та 90% з тих, що отримують лікування, матимуть тривале пригнічення вірусного навантаження. Ці заходи суттєво зменшать ймовірність передачі ВІЛ та подальше поширення збудника у популяції. Задля оцінки досягнення стратегічних цілей 90—90—90 в країні побудований каскад послуг для людей, які живуть з ВІЛ (ЛЖВ). За основними даними каскаду послуг ЛЖВ в Україні станом на 01.01.2018 р. тільки 58% від оціночної кількості ЛЖВ знали про свій ВІЛ-позитивний статус та перебували під медичним наглядом у закладах охорони здоров'я (ЗОЗ) служби СНІДу.

**Мета.** На кафедрі дерматовенерології та ВІЛ/СНІД Харківської медичної академії післядипломної освіти було розроблено та впроваджено цикл тематичного удосконалення «Супровід пацієнтів з ВІЛ-інфекцією лікарями первинної

медичної допомоги», метою якого є удосконалення знань та умінь лікарів при веденні ВІЛ-інфікованих осіб.

**Матеріали та методи дослідження.** Забезпечити засвоєння принципів діагностики та лікування ВІЛ-інфекції та відпрацювати уміння проведення консультування і тестування в різних групах населення, використовуючи досвід успішних практик взаємодії з неурядовими організаціями.

При навчанні на циклі лікарі знайомляться з питаннями етіології, епідеміології, патогенезу, клінічної картини ВІЛ-інфекції, її діагностики та лікування. На сьогоднішній день викликає занепокоєння значна кількість випадків пізньої діагностики ВІЛ-інфекції у лікувальних закладах, коли у пацієнта вже розвинулась ІV клінічна стадія ВІЛ-інфекції. У зв'язку з цим одним із завдань циклу є підвищення обізнаності лікарів, щодо клінічних проявів ВІЛ-інфекції на різних стадіях захворювання, формування настороги з метою своєчасного залучення пацієнта до тестування на ВІЛ.

Значну увагу приділено основним принципам консультування при тестуванні на ВІЛ-інфекцію (КіТ), протоколу та алгоритму КіТ, нормативним актам України, що пов'язані з організацією послуг КіТ.

Навчання на даному циклі тематичного удосконалення дозволяє сімейним лікарям визначити у яких випадках доцільно пропонувати послуги з КіТ, як доброзичливо порадити пацієнту пройти тестування на ВІЛ, кваліфіковано

проконсультувати та підтримати його. Досвідчено проведення консультування відкриває пацієнту шлях до оптимального лікування, оскільки своєчасно розпочата АРТ здатна підвищити якість життя, суттєво збільшити його тривалість а також є потужним заходом профілактики ВІЛ-інфекції.

Велику увагу в програмі циклу приділено особливостям консультування різних груп населення, зокрема представників груп ризику.

Консультантам потрібно навчитися проводити бесіди з особами, які споживають ін'єкційні наркотики, надавати інформацію, в тому числі про ризиковану поведінку, заохочувати пацієнтів самостійно приймати рішення про необхідність проведення тестування на ВІЛ-інфекцію. Консультант повинен допомогти виробити прості та доступні кожному моделі поведінки, які дозволяють зменшити ризик передачі ВІЛ, відповідно, зменшити розповсюдження епідемії.

Профілактика поширення ВІЛ-інфекції серед підлітків та молоді є невід'ємною складовою подолання епідемії та її негативних наслідків. Формування стійких мотиваційних установок і застосування знань щодо здорового способу життя допоможе боротися як із звичними проблемами (що виникають внаслідок куріння тютюну, вживання алкоголю та наркотиків), так і запобігти захворюванню на ВІЛ/СНІД. Саме актуалізація знань лікарів про поведінкові, психологічні особливості підлітків, специфічні ризики передачі ВІЛ у неповнолітніх, вкрай низької поінформованості підлітків про

ВІЛ-інфекцію, покладена в основу проведення консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію.

В останні роки в Україні фіксується переважання статевого шляху інфікування ВІЛ (у 2017 році — 72,5%), що вказує на ризик переходу епідемії із груп ризику до загальної населення, у тому числі жінок дитородного віку. Ця обставина спричиняє поступове збільшення кількості дітей, народжених ВІЛ-інфікованими матерями.

Надання консультативної допомоги батькам/іншим законним представникам дітей, народжених ВІЛ-інфікованими матерями, щодо інфікування ВІЛ з урахуванням особливостей догляду за дитиною, присвячено розділ програми циклу.

Відмінна риса методики проведення даного циклу є інтерактивний підхід. Навчання передбачає практичні заняття, які проходять у формі тренінгу. Тренінг передбачає групову та індивідуальну роботу слухачів, проведення презентацій, «мозкових штурмів», рольових ігор, зокрема при КІТ, рішення ситуаційних задач. В учбовому процесі демонструється метод діагностики з використанням швидких тестів, які є оптимальним методом надання всебічної допомоги.

**Висновки.** Застосування інтерактивної форми навчання на циклі тематичного удосконалення з питань супроводу ВІЛ-інфікованих осіб буде сприяти доступу населення до якісних діагностичних досліджень на рівні первинної ланки та покращенню підготовки лікарів сімейної медицини з питань консультування і тестування на ВІЛ.

## ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ЗАХВОРЮВАНOSTI НА ТУБЕРКУЛЬОЗ У ХАРКІВСЬКІЙ ОБЛАСТІ У 2017 РОЦІ

*Овчаренко І. А., Китаєнко З. А., Горянський А. С., Степаненко Г. Л.  
Харківський національний медичний університет. м. Харків*

Епідеміологічна ситуація щодо туберкульозу (ТБ) в Україні залишається складною. Одним із індикаторів епідеміологічної обстановки є показник захворюваності на ТБ серед дітей, тобто осіб 0—17 років.

Висока захворюваність на ТБ серед дітей є показником неблагополучної епідеміологічної ситуації щодо цього захворювання.

Мета: Аналіз епідеміологічної ситуації щодо ТБ у Харківській області.

Завдання. вивчити динаміку захворюваності на дитячий ТБ у Харківській області за останні 5 років.

**Матеріали та методи.** Статистичні дані ДЗ «Центр медичної статистики МОЗ України» — основні показники з ТБ за 2013—2017 роки.

Результати. Станом на кінець 2017 року захворюваність на ТБ у дітей загалом по Україні становила 11 на 100 тис. відповідного населення. По Харківській області у 2017 р. вона складала 12 на 100 тис. населення. З 2013 року, коли цей показник був 11,8 на 100 тис. населення, зростання відбулось на 1,7%. Однак, у 2016 році вона складала 8,2 на 100 тис. на-

селення. За рік відбулось зростання на 46,34%. Серед дітей віком 0—14 років з 2013 року, коли захворюваність серед осіб відповідного віку складала 9,6 на 100 тис. населення, цей показник зріс до 10,3 на 100 тис. населення, тобто на 7,3%. Проте, порівняно з 2016 роком, зростання відбулось на 63,5% (у 2016 році — 6,3 на 100 тис. населення). Серед підлітків (15—17 років) за період з 2013 по 2017 роки захворюваність на ТБ суттєво не змінилась (22,3 та 22,7 на 100 тис. населення у 2013 та 2017 роках відповідно). Однак порівняно із 2016 роком, вона зросла на 39,3% (16,3 та 22,7 на 100 тис. населення у 2016 та 2017 рр. відповідно).

**Висновки.** Таким чином, захворюваність на дитячий туберкульоз у Харківській області за період 2013—2017 роки значно змінилась. Динаміка зниження захворюваності, яка спостерігалась до 2016 року, змінила вектор до значного зростання цього показника у 2017 р. Причиною такого явища є недостатній рівень охоплення дитячого населення туберкулінодіагностикою та вакцинацією/ревакцинацією БЦЖ, що було пов'язано із дефіцитом вакцин та туберкуліну у Харківській області.

## СИМУЛЯЦІЙНЕ НАВЧАННЯ В МЕДИЧНІЙ ОСВІТІ

*Огієнко Л.Ф., Кулик В.С.*

*Харківська медична академія післядипломної освіти  
Кафедра медицини невідкладних станів і медицини катастроф*

**Вступ.** У процесі реформування системи освіти на перший план виходить проблема вдосконалення підготовки лікарів-слухачів на циклах підвищення кваліфікації. Під час надання екстреної медичної допомоги актуальним питанням залишається підвищення рівня володіння практичними навичками з надання невідкладної медичної допомоги постраждалим у надзвичайних ситуаціях.

**Мета.** На сучасному етапі проблема підвищення рівня володіння практичними навичками з надання невідкладної та екстреної медичної допомоги постраждалим знаходиться на першому місці. І тільки відпрацювання на практиці алгоритмів проведення серцево-легеневої реанімації, надання ек-

стреної медичної допомоги при політравмі, бойовій травмі та інших невідкладних станах для лікарів-слухачів усіх фахів, для бригад екстреної (швидкої) медичної допомоги є найбільш прийнятним у цій ситуації.

**Матеріали і методи.** Симуляційна форма навчання, що передбачає підготовку в спеціальному штучно створеному імітованому середовищі з використанням манекенів, є найбільш актуальною.

У симуляційному центрі при Харківській медичній академії післядипломної освіти проводяться різні форми симуляційного навчання слухачів: бригадні заняття, спільне навчання, майстер-класи, семінари-тренінги, змагання.

При використанні симуляційної форми навчання у лікарів-інтернів, лікарів-слухачів різних спеціальностей формуються та удосконалюються технічні навички невідкладної допомоги при різних невідкладних станах, що дає можливість навчити їх давати об'єктивну оцінку своїм діям, а також сформуванню здатності приймати рішення.

На окрему увагу заслуговують навички командного спілкування та командної роботи (гучні зрозумілі накази, чіткий розподіл обов'язків у команді під час проведення серцево-легеневої реанімації, зупинки кровотечі, огляду постраждалого і транспортування постраждалого до лікарні).

Головні ознаки симуляційного навчання — це можливість використання муляжів, манекенів або стажистів для повноти та реалістичності моделювання об'єкта, відпрацювання

конкретних практичних навичок за чітким алгоритмом дії з використанням сучасної апаратури та без завдання шкоди здоров'ю людини, відпрацювання командної роботи в імітованій конкретній ситуації.

**Висновок.** Як бачимо, симуляція у підготовці медичних фахівців — це сучасна технологія навчання й оцінювання практичних навичок, умінь та знань. Симуляція ґрунтується на реалістичному моделюванні імітації клінічної ситуації чи окремо взятої фізіологічної системи, для чого можуть використовуватися біологічні, механічні, електронні та віртуальні (комп'ютерні) моделі, особливо при сучасному високому темпі розвитку науково-технічного прогресу в медицині. Тому стимуляційне навчання у медичній освіті має велике значення і потребує подальшого розвитку та впровадження.

## АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ОСНОВНЫЕ ПУТИ ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА ПРОВЕДЕНИЯ ОБЯЗАТЕЛЬНЫХ МЕДИЦИНСКИХ ОСМОТРОВ РАБОТНИКОВ ХИМИЧЕСКОЙ ПРОМЫШЛЕННОСТИ

*Островский А.М.*

*УО «ГомГМУ», Гомель, Республика Беларусь*

Химическая промышленность является лидером по числу неблагоприятных факторов, воздействующих на человека. Общей чертой условий труда работников химической промышленности является сочетание физических и нервно-эмоциональных нагрузок со значительным числом одновременно действующих химических факторов. В последние годы все большее внимание привлекает вопрос о возможном неблагоприятном влиянии на организм работающих длительно действующих химических веществ в малых концентрациях. Известно, что контакт человека с различными неблагоприятными факторами производственной среды, в том числе химической природы, приводит к напряжению различных систем организма, что провоцирует за собой развитие различного рода преморбидных состояний, заболеваний, а также усугубляет течение уже имеющейся у работника хронической патологии. Частота и интенсивность неблагоприятных воздействий возрастает при нарушении технологического цикла, пусконаладочных и ремонтных работах, работе на оборудовании, не отвечающем режимным требованиям, что приводит к созданию высоких концентраций вредных веществ в воздухе рабочей зоны.

Результаты литературного анализа и собственный опыт работы врачом-офтальмологом лечебно-профилактического участка ОАО «Гомельский химический завод» свидетельствуют о многих проблемах в организации цеховой медицинской службы на предприятиях химической промышленности.

Во-первых, в период реформ в сфере здравоохранения 1991—1995 гг. на исключительном большинстве промышленных предприятий были закрыты медико-санитарные части. В результате этого, медицинское обеспечение работников проводится медпунктом или здравпунктом с малым количеством должностей врачебного и среднего медицинского персонала, отсутствуют мероприятия по контролю за состоянием здоровья работников промышленных объектов. Работники в основном обслуживаются в территориальных организациях здравоохранения на договорной основе. На данном этапе медицинского обеспечения работников промышленных предприятий главной причиной низкой выявляемости профессиональных заболеваний является слабая подготовка по профпатологии врачей (особенно «узких» специалистов), занимающихся медицинскими осмотрами. При этом в основном выявляются профессиональные болезни органов дыхания и сенсоревральная тугоухость.

Во-вторых, сама специфика проведения обязательных медицинских осмотров препятствует эффективному диагностическому процессу: значительная доля здоровых лиц, высокий темп работы медперсонала, отсутствие жалоб на здоровье, обусловленное страхом работника перед увольнением, — все это усложняет работу врача и требует тщательности осмотра при строгом выполнении необходимого объема дополнительных исследований. Поэтому при проведении профилактиче-

ских медицинских осмотров нередко случаи первичной диагностики запущенных форм профессиональных заболеваний и несвоевременного отстранения работников от вредных производственных факторов, снижающих трудовой потенциал, продолжительность и качество жизни.

В-третьих, медицинские работники зачастую не следуют стандартному алгоритму обследования, прежде всего, из-за отсутствия необходимого оборудования и навыков, что, в свою очередь, порождает низкое качество осмотров, по результатам которых не диагностируются ранние признаки профзаболеваний. Отдельной проблемой является отсутствие или некачественная информация о перенесенных заболеваниях из организаций здравоохранения по месту жительства работника (выписка из медицинской документации), а также несовершенство нормативно-правовой базы в части отсутствия регламентации отношений между нанимателем и работником при обнаружении ранних признаков профзаболеваний.

Вполне очевидно, что ситуация с профзаболеваемостью в республике в настоящее время усугубляется и социально-экономическими предпосылками. С одной стороны, неудовлетворительное финансирование оздоровительных и профилактических мероприятий, включенных в коллективные договоры, программы по улучшению условий труда, предписания органов и учреждений, осуществляющих государственный санитарный надзор, приводит к постепенному снижению общего уровня санитарного состояния предприятий. С другой стороны, финансово-экономическое положение многих предприятий, неритмичность их работы, вынужденные отпуска и угроза безработицы снижают обращаемость работников за медицинской помощью при ухудшении их состояния здоровья, способствуют сокрытию симптомов и, надеясь на льготное пенсионное обеспечение, заставляют их обращаться за медицинской помощью в организации здравоохранения лишь в запущенных случаях. В связи с этим, прогнозировать и оценивать риск профессиональной заболеваемости в настоящее время представляется крайне затруднительным, истинное положение с профпатологией в республике по-прежнему остается неясным.

Практическое здравоохранение сегодня, как никогда, испытывает острую необходимость в подготовке высококвалифицированных специалистов в области профпатологии, решение которой должно осуществляться как в процессе додипломной, так и последипломной подготовки медицинских работников. Однако в последние несколько лет курсы профпатологии перестали быть подразделениями высших медицинских заведений и как бы «растворились» в других кафедрах, что в целом негативно отражается на преподавании этой дисциплины. В то же время, в ходе послевузовской подготовки, осуществляемой на базе кафедры аллергологии и профпатологии Белорусской медицинской академии после-

дипломного образования, основное внимание уделяется подготовке специалистов терапевтического профиля.

Безусловно, определенный недостаток или отсутствие знаний по проблемам профессиональной патологии ущербны для специалистов-медиков, что в последующем негативно отражается в их практической работе, порождая низкое качество проводимых исследований и, как следствие, несвоевременное выявление профессиональных и производственно-обусловленных заболеваний в потенциально обратимой доклинической стадии.

Руководитель Гродненского областного центра профпатологии Л.Н. Зеньков для решения данной проблемы в свое время предложил следующее:

1) С целью улучшения качества подготовки медицинских специалистов по профпатологии на додипломном уровне преподавание дисциплины «Профессиональные болезни» необходимо проводить на всех факультетах высших медицинских заведений.

2) Для улучшения качества последипломной подготовки врачей, участвующих в проведении профилактических медицинских осмотров, кроме Белорусской медицинской академии последипломного образования подготовку специалистов можно проводить в областных центрах профпатологии

с привлечением профессорско-преподавательского состава медицинских вузов.

3) Для ранней диагностики профессиональных заболеваний и производственно-обусловленной патологии должен быть использован весь потенциал медицинских университетов, включая сотрудников кафедр и диагностическое оборудование.

Также необходима разработка и создание механизма экономической заинтересованности нанимателя в улучшении условий и повышении безопасности труда. Существенным стимулом в этом направлении явилась бы разработка методологии установления дифференцированных, с учетом состояния условий и охраны труда на предприятии, страховых взносов Фонда социальной защиты населения, страховых взносов по обязательному страхованию от несчастных случаев и профзаболеваний.

Таким образом, подготовка высококвалифицированных специалистов в области профпатологии является ключевым звеном в повышении качества проведения обязательных медицинских осмотров работающих с целью раннего выявления и своевременного лечения профессиональных и производственно-обусловленных заболеваний.

## ЗАСТОСУВАННЯ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛІКУВАННЯ ПОЛІПІВ ШЛУНКА В КОМПЛЕКСІ З ХІРУРГІЧНИМ

Пікас П. Б.

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

**Вступ.** Ендоскопічна поліпектомія є основним способом лікування (ефективним і безпечним, діагностичним і профілактичним) хворих із поліпами шлунка. При поліпектомії існує можливість їх рецидивів. Різноманітними є дані літератури про малігнізацію поліпів, час прогресії поліпа в аденокарциному складає 3,5—11,5 років.

Нами було встановлено зміну складу жирних кислот (ЖК) ліпідів у сироватці крові (зростання сумарного вмісту ненасичених (в тому числі поліненасичених (ПНЖК)) і зниження сумарного вмісту насичених жирних кислот) у хворих із поліпами шлунка порівняно із здоровими особами, що свідчить про необхідність проведення їх корекції. В якості патогенетично обґрунтованого засобу у комплексному лікуванні поліпів шлунка нами взятий закофальк (містить масляну кислоту), який відновлює метаболічний баланс і покращує трофічні умови слизової оболонки. **Мета** дослідження — оцінити ефективність консервативного лікування поліпів шлунка із застосуванням закофальку в комплексі з хірургічним за складом жирних кислот у сироватці крові.

**Матеріали та методи.** Обстежено 35 здорових осіб та 63 хворих із поліпами шлунка. Першу групу (I, порівняння) в кількості 35 (35,7% із 98) осіб склали здорові особи. Другу (II) і третю (III) групи склали хворі із 1—2 поліпами шлунка. До II групи входило 32 (32,6% із 98) особи, до III групи — 31 (31,7% із 98) особа. Вік обстежених — 30—75 років.

Хворим на поліпи проводили ендоскопічне дослідження слизової оболонки шлунка. Забір матеріалу поліпа для біопсії (для виключення чи підтвердження його малігнізації) проводили під час ендоскопічного дослідження (зондом) або при поліпектомії. Дослідження проводились на базі клініки Державної установи «Національний інститут хірургії та трансплантології (ДУ НІХТ) ім. О.О. Шалімова» НАМН України, де хворі знаходились на амбулаторному чи стаціонарному лікуванні. Пацієнтам II групи проводилось лише традиційне хірургічне лікування, а пацієнтам III групи — типове хірургічне лікування в комплексі з медикаментозною терапією (закофальк). Закофальк® (Німеччина) призначали по 1 таблетці 3 рази на добу до їди (не розжовуючи); курс лікування — 30 днів.

До лікування і після завершення курсу прийому закофальку у хворих обох груп (II і III) спостерігали за змінами складу жирних кислот у сироватці крові.

Визначення складу жирних кислот фосfolіпідів у сироватці крові проводили на газовому хроматографі серії «Цвет-

500» із плазмоіонізаційним детектором в ізотермічному режимі. Кількісну оцінку складу жирних кислот ліпідів у сироватці крові проводили за методом нормування площ шляхом визначення піків метилових ефірів ЖК та їх частки (у%). Похибка визначення показників складала  $\pm 10\%$ .

**Результати та їх обговорення.** До лікування показники жирних кислот у сироватці крові у хворих із поліпами шлунка II групи достовірно не відрізнялися від таких показників жирних кислот у пацієнтів III групи, що дало можливість порівнювати ці групи між собою в процесі лікування.

Після проведеного лікування швидше покращувалися показники жирних кислот сироватки крові у хворих на поліпи шлунка III групи порівняно з хворими II групи.

Кількість пальмітинової та стеаринової ЖК достовірно підвищувалась до  $(40,2 \pm 1,1)\%$  і  $(14,8 \pm 1,0)\%$  відповідно у хворих III групи (при  $(28,6 \pm 1,5)\%$  і  $(5,8 \pm 0,6)\%$  відповідно до лікування,  $p < 0,001$ ). У здорових осіб кількість пальмітинової ЖК складала  $(41,9 \pm 0,9)\%$ , стеаринової —  $(15,1 \pm 1,3)\%$ . У пацієнтів II групи рівень пальмітинової та стеаринової ЖК не нормалізувався і склав відповідно  $(30,2 \pm 0,7)\%$  і  $(6,2 \pm 0,4)\%$ , що достовірно відрізнялось від таких показників у здорових осіб ( $p < 0,05$ ) та не відрізнялось від показників жирних кислот до лікування ( $p > 0,05$ ).

В осіб II групи рівень пентодеканої ЖК ( $C_{15:0}$ ) достовірно не відрізнявся ( $p > 0,05$ ) від таких показників до лікування, в осіб III групи в процесі лікування пентодеканої ЖК зникала ( $p < 0,05$ ). Кількість маргаринової ЖК у пацієнтів II групи після лікування становила  $(0,6 \pm 0,1)\%$  (до лікування —  $(0,7 \pm 0,1)\%$ ), що достовірно не відрізнялось ( $p > 0,05$ ) від таких показників після лікування у хворих III групи. Кількість міристинової ЖК у хворих III групи в процесі лікування достовірно зменшилась (відповідно до  $(2,8 \pm 0,3)\%$  при  $(9,5 \pm 0,8)\%$  до лікування,  $p < 0,001$ ). У хворих II групи її рівень зменшувався не достовірно (до  $(8,6 \pm 0,6)\%$ ,  $p > 0,05$ ) порівняно з таким показником до лікування.

У хворих III групи в процесі лікування нормалізувався сумарний вміст насичених та ненасичених (в тому числі, ПН ЖК) жирних кислот. У хворих II групи — нормалізації показників жирних кислот не було.

### Висновки.

1. Зміни в спектрі жирних кислот ліпідів у сироватці крові у хворих із поліпами шлунка обумовлюють необхідність проведення корекції їх складу.

3. Застосування закофальку у комплексі з типовим хірургічним лікуванням у хворих із поліпами шлунка спрямоване на швидшу корекцію змін складу жирних кислот ліпідів у

сироватці крові, що є перспективою підвищення ефективності лікування хворих та його застосування у практичній медицині.

### ХАРАКТЕРИСТИКА МЕТАБОЛІЗМУ ЛІПІДІВ У КОНДЕНСАТІ ПОВІТРЯ, ЩО ВИДИХАЄТЬСЯ В ОСІБ, ЯКІ КУРЯТЬ

Пікас О. Б.

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, Київ, Україна

**Вступ.** В Україні 19 млн. осіб курять цигарки, з яких 40% у віці старші за 15 років (з них 34% курять щодня, 6% — час від часу). Цей показник є одним із найвищих серед країн Європи. Загалом споживання цигарок населенням за останні 10 років збільшилося у 5 разів. В Україні курить кожен другий чоловік і кожна п'ята жінка.

За останні роки кількість курців серед жінок в Україні зростає у 3 рази. У третини курців стаж куріння становить більше 20 років, у 19% — 6-10 років; 37% опитаних осіб викурюють 16-20 цигарок за день, 33% — 6-10 цигарок. За споживанням цигарок Україна посідає 17 місце серед усіх країн світу.

У димі цигарок міститься біля 1900 компонентів, що шкідливо впливає на організм людини (в тому числі на альвеолярний епітелій). За даними ВООЗ в результаті куріння у світі щорічно помирають близько 4—5 млн. осіб, а в Україні — більше 100 тис. осіб (13% загальної смертності). Причиною виникнення патологічних станів є зміна стану цитоплазматичних мембран, до складу яких входять жирні кислоти (ЖК). Тому **метою** наших досліджень було — оцінити метаболізм ліпідів у курців (за складом жирних кислот) у конденсаті повітря, що видихається (КВП).

Наукове дослідження було фрагментом планової науково-дослідної роботи Національного медичного університету імені О.О. Богомольця МОЗ України «Поширеність, клінічний перебіг та наслідки лікування туберкульозу серед груп підвищеного ризику захворювання».

**Матеріал і методи.** Було вивчено склад жирних кислот КВП у 126 здорових осіб віком від 16 до 29 років, серед яких було 78 (61,9%) чоловіків та 48 (38,1%) жінок. Усі обстежені розподілені на 2 групи. Першу групу (I) склали 94 (74,6%) особи, які не курили цигарки, а другу групу (II) — 32 (25,4%) особи, котрі курили цигарки. КВП збирали за допомогою спеціальної спіральної скляної трубки-конденсатора. Склад жирних

кислот фосфоліпідів у КВП визначали біохімічним методом. Із КВП виділяли фосфоліпіди, метилювали і проводили газохроматографічний аналіз на хроматографі серії «Цвет — 500». Похибка визначення показників становила  $\pm 10\%$ .

**Результати.** В осіб I групи (не курці) виявлено найбільший рівень пальмітинової ЖК (C16:0) —  $(52,30 \pm 1,40)\%$ . Було встановлено, що в осіб I групи є високий вміст стеаринової ЖК (C18:0) та ненасиченої олеїнової ЖК (C18:1), що склали відповідно  $(19,30 \pm 1,00)\%$  і  $(20,67 \pm 1,30)\%$ . Сумарний вміст поліненасичених жирних кислот (ПН ЖК) в осіб I групи становив  $(7,73 \pm 0,09)\%$ .

В осіб II групи (курці) у 2 рази зменшувався вміст ейкозотрієнової ЖК (C20:3) (до  $(0,54 \pm 0,11)\%$ ,  $p < 0,05$ ) проти  $(1,12 \pm 0,14)\%$  в осіб, які не курять (I група) та частково підвищувався рівень арахідонової ЖК (C20:4) до  $(3,27 \pm 0,53)\%$ ,  $p > 0,05$  (у не курців —  $(2,78 \pm 0,69)\%$ ). Підвищення вмісту полієнових ЖК (C22:4,6) в осіб II групи (до  $(2,57 \pm 1,32)\%$  у курців ( $p > 0,05$ ) проти  $(2,04 \pm 0,44)\%$  у не курців) та лінолевої ЖК (C18:2) (до  $(1,71 \pm 1,35)\%$  у курців ( $p > 0,05$ ) проти  $(1,29 \pm 0,81)\%$  у не курців) сприяло збільшенню частки ПН ЖК (до  $(8,41 \pm 1,80)\%$ ,  $p > 0,05$ ), що компенсувалося достовірним зниженням рівня ейкозотрієнової ЖК (C20:3).

**Висновки та перспективи.** У курців метаболізм ліпідів порушений, в результаті чого відмічаються зміни складу жирних кислот ліпідів у КВП. Підвищення вмісту поліненасичених жирних кислот у КВП курців (як результат дії компонентів диму цигарок на сурфактант) може сприяти виникненню патологічних процесів у легенях.

Отже, оцінка складу жирних кислот у КВП має значення для виявлення осіб групи ризику щодо бронхолегеневих захворювань і сприятиме обґрунтованому вибору тактики профілактики та лікування.

### ІНФОРМОВАНІСТЬ НАСЕЛЕННЯ ТА СВОЄЧАСНЕ ВИЯВЛЕННЯ ФАКТОРІВ РИЗИКУ РОЗВИТКУ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ У ПРАКТИЦІ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ

Радомська Т.Ю., Лазько К.В., Прутула В.Ю.

Запорізький державний медичний університет, м. Запоріжжя

**Вступ.** Артеріальна гіпертензія (АГ) — важлива соціально-економічна та медична проблема не тільки у зв'язку з широкою розповсюдженістю, а й з-за високого показника у структурі загальної смертності. За оцінкою Всесвітньої організації здоров'я (ВООЗ), у 40% дорослих осіб у світі розвивається АГ та є причиною більше 9 млн. щорічних смертельних випадків. На сьогоднішній день в усьому світі спостерігається стійка тенденція до зростання випадків АГ.

ВООЗ визначає АГ як «провідний глобальний ризик підвищення смертності від серцево-судинних захворювань у світі». 30—45% європейського населення страждають на АГ. В Україні за даними епідеміологічних досліджень поширеність АГ серед жителів міст становить 30%, у сільській місцевості — 36%. Не дивлячись на покращення ранньої діагностики та підвищення ефективності лікування, кількість пацієнтів з АГ залишається високою.

При цьому обізнані щодо наявності АГ 81% міських мешканців і 68% сільських жителів з підвищеним артеріальним тиском (АТ), приймають будь-які антигіпертензивні препарати відповідно 48 і 38% пацієнтів, а ефективність лікування становить лише 19% у міській і 8% у сільській популяціях. Висока розповсюдженість АГ та її тяжкі ускладнення потребу-

ють подальшої розробки методів інформованості, раннього виявлення та профілактики даного захворювання.

**Мета** — проаналізувати поінформованість амбулаторних пацієнтів стосовно АГ та оцінити своєчасність виявлення факторів ризику даного захворювання.

**Матеріали та методи.** Дослідження проводилося у 2 етапи серед пацієнтів, які відвідували сімейну амбулаторію з різних приводів: 1-й — анкетування з метою виявлення інформованості осіб стосовно АГ; 2-й — анкетування пацієнтів з підвищеним АТ з метою виявлення факторів ризику. У 1-му етапі прийняли участь 130 респондентів, 30,5% склали чоловіки, а 69,5% — жінки. Розподіл за віком був наступним: 18—29 років — 23,5%, 30—49 років — 61%, старше 50 років 15,5%. Пацієнтам була запропонована анкета, що включала наступні питання: чи чули Ви про захворювання АГ? Чи знаєте Ви основні прояви АГ? Який АТ є оптимальним для дорослої людини? АГ — це стійке підвищення АТ вище (варіанти цифрових значень АТ). Які Ви знаєте фактори ризику АГ, що можна усунути? Які органи та системи уражаються при АГ? Які ускладнення можуть виникнути при АГ?

На 2-му етапі роботи було проанкетовано 56 амбулаторних пацієнтів з АГ I—го та II—го ступенів, середній вік яких склав

52±2,5 роки, 38% жінок та 62% чоловіків. Вони відповідали на наступні питання: Чи відомо Вам, що у Вас має місце підвищення АТ? Чи мали Ви у минулому перенесений інсульт чи інфаркт? Чи підвищувався у Вас коли-небудь цукор крові або у Вас є цукровий діабет? Ви палите? Ви зловживаєте алкогольом? Скільки хвилин на день Ви ходите пішки в помірному або швидкому темпі? Чи вживаєте Ви щодня близько 400 г фруктів та овочів (окрім картоплі)? Чи звертаєте Ви увагу на вміст жиру і холестерину у продуктах (на етикетках, упаковці) або під час приготування їжі? Чи маєте Ви звичку досоловати готову їжу, не скуштувавши її? Чи споживаєте Ви шість та більше шматків цукру, варення, меду та інших солодощів в день? Чи страждали ваші батьки і близькі родичі на АГ? Статистична обробка результатів проводилась за допомогою комп'ютерної програми «Statistica 6.1».

**Результати.** Практично 100% опитаних пацієнтів чули про АГ. Тільки 20% осіб впевнені в тому, що знають ознаки та симптоми АГ. Щось чули, але конкретно не пам'ятають 42,5%, 37,5% не знають про симптоми даного захворювання. 52% пацієнтів обізнані, що оптимальний АТ для дорослої людини — до 120/80 мм рт. ст., 41% осіб вважає оптимальним рівень АТ 135/90 мм рт. ст., 7% респондентів — 140/90 мм рт. ст. 48% опитаних знають, що АГ — це стійке підвищення АТ вище 140/90 мм рт. ст., 32,5% вважають, що про АГ свідчить стійке підвищення АТ вище 135/85 мм рт. ст., 13,5% вважає, що цей показник вище 150/100 мм рт. ст., а 6% осіб — вище 120/80 мм рт. ст. Також було виявлено, що 78% респондентів розуміють, що стрес, куріння та зловживання алкогольом є факторами ризику розвитку АГ, 69,5% вважають фактором ризику надлишкову вагу, 37% — надлишкове вживання повареної солі, і лише 19,5% пацієнтів знають про те, що малорухоливий спосіб життя є також фактором ризику розвитку АГ. 97,7% опитаних

осіб знають, що ускладненням АГ можуть стати інсульт та інфаркт, 34,6% також поінформовані, що АГ може привести до зниження або втрати зору, 23,8% знають про ризик розвитку ниркової недостатності при АГ, а 30,8% — серцевої недостатності.

Серед пацієнтів з підвищеним АТ тільки одна третина мала нормальну вагу тіла, 63% з них не дотримувалися принципів раціонального харчування, зловживали тваринними жирами, мали недостатньо овочів та фруктів у раціоні. Не палять 31% осіб, 38% палять до 1 пачки на день, а 45% палять більше 1 пачки на день. Зловживають алкогольом 9% опитаних, вживають алкогольні напої періодично 73% пацієнтів. Також більшість пацієнтів не була обізнана щодо своєї спадковості стосовно АГ. Всі респонденти відмітили наявність стресів: постійно — 63%, періодично — 37%. Більше половини осіб ведуть малорухоливий спосіб життя.

**Висновки.** Таким чином, інформованість населення про АГ та її наслідки є недостатньою. Це призводить до незрозуміння пацієнтами небезпечності даного захворювання, що веде до малої кількості звернень за допомогою до сімейних лікарів на ранніх стадіях захворювання. При цьому має місце досить висока розповсюдженість факторів ризику розвитку АГ у пацієнтів з підвищеним АТ, зокрема провідними є надлишкова вага, гіподинамія, нераціональне харчування, паління та зловживання алкогольом. За таких умов зростає необхідність оптимізації профілактичних заходів на первинній ланці медичної допомоги шляхом популяризації серед населення принципів здорового способу життя, раціонального харчування, фізичної активності, більш широкого розповсюдження інформації про АГ та її наслідки, організації шкіл здоров'я та навчання пацієнтів з АГ, проведення масового скринінгу для виявлення АГ на ранніх стадіях.

## ПРОБЛЕМНІ ПИТАННЯ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ПІДГОТОВКИ СІМЕЙНИХ ЛІКАРІВ НА ЦИКЛАХ СПЕЦІАЛІЗАЦІЇ ТА ІНТЕРНАТУРИ

*Редько І.І., Чакмазова О.М.*

*ДЗ «Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України», м. Запоріжжя*

В умовах реформування системи охорони здоров'я необхідна оптимізація як до дипломної, так і післядипломної медичної освіти. Варіантом оптимізації існуючої організації післядипломної освіти спеціалістів є інтеграція очних та дистанційних форм навчання. Очна та дистанційна форма не є відокремленими, а працюють спільно, доповнюючи один одного. Інтерактивне спілкування дозволяє дискусію, можливість впроваджувати технології, що рекомендовані в практику лікаря, вже в день спілкування та обговорювати результати.

На етапі післядипломної освіти в навчальному процесі повинні застосовуватися як традиційні форми роботи (лекції, семінари, практичні заняття, самостійна робота), так і сучасні дистанційні технології. Досвід роботи з практичними лікарями свідчить про їх недостатні знання теоретичних основ діагностичної роботи лікаря. Практикуючі лікарі в умовах широкого доступу до наукової інформації різного рівня та впровадження діагностичної техніки в практичну медицину потребують чіткого уявлення про методологію аналізу та синтезу при діагностиці патологічних проявів. Практика навчання показує, що засвоєність матеріалу на семінарських і практичних заняттях не завжди ефективна. Тому основним напрямком інтенсифікації повинен бути перехід від механічного заучування готових тестів до все більшої активізації навчальної та розумової діяльності лікарів, до використання внутрішніх резервів їх психіки, що передбачає самостійну роботу слухачів та лікарів-інтернів в процесі навчання.

Існуючі учбові програми мають переважно прикладний характер та страждають недостатньою увагою до основ логічного мислення при постановці діагнозу, принципів створення патогенетичної лікувальної тактики та контролю стану в динаміці, застосування додаткових методів дослідження.

Для поліпшення самостійної роботи необхідна методична розробка викладачем плану теоретичних і практичних питань, що розбираються на кожному занятті, контрольних пи-

тань для поточного опитування з еталоном відповідей на них, які спонукали б слухача самого перевірити ефективність його самостійної роботи. При відборі матеріалу для самостійної роботи необхідно використовувати проблемний метод, концепцією якого є зміна звичайної стратегії «від знань до проблеми» стратегією «від проблеми до знань», які були здобуті наукою заради вирішення цього завдання. Особливо велику увагу необхідно приділяти інтернам в перші дні їх самостійної роботи в клініці. Викладач знаходиться в ролі репетитора біля ліжка хворого, виявляючи і виправляючи дефекти самостійної роботи інтернів, що підвищує ефективність придбання лікарських практичних навичок, вміння аналізувати, діяти і мислити по-лікарському. Метою занять повинен бути акцент на клінічну роботу: можливість самостійної курації хворих, обговорення проблемно-орієнтованих клінічних ситуацій, ролі ділових ігри, розв'язання ситуаційних задач.

В даний час рішення задач діагностики і лікування біля ліжка хворого далеко не завжди реально, до того ж не всі захворювання, що вивчаються згідно з навчальними програмами, можуть бути представлені під час відповідних занять. Рішення даної проблеми можливе шляхом створення віртуальних клінічних презентацій.

В якості самостійної роботи зарекомендував себе бібліографічний пошук з коротким конспектом і коротким повідомленням практичних рекомендацій щодо тієї чи іншої проблеми, написання рефератів та аналіз архівного матеріалу з експертною оцінкою історій хвороб.

Зі зміцненням матеріально-технічних баз кафедр розширилися можливості для самостійної роботи слухачів та інтернів в комп'ютерних класах, де можливо перевірити рівень своїх знань за допомогою тестів. Сучасні комп'ютерні технології дозволяють підвищити якість навчання, але тільки в комплексі із застосуванням друкованих носіїв інформації в сполученні з педагогічною майстерністю та кваліфікацією викладача.

## ОСОБЛИВОСТІ УРАЖЕНЬ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ У НОВОНАРОДЖЕНИХ ПРИ ВРОДЖЕНИХ ВІРУСНИХ ІНФЕКЦІЯХ

Редько І.І., Чакмазова О.М., Остапенко А.В.\*

ДЗ «Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України»

Кафедра педіатрії та неонатології з курсом амбулаторної педіатрії

\*КЗ «Пологовий будинок №3» м. Запоріжжя, Україна

Ураження серцево-судинної системи (ССС) залишаються однією з актуальних проблем сучасної перинатології, неонатології та педіатрії, провідною причиною яких є інфекційний фактор.

Метою дослідження було визначити роль вроджених вірусних інфекцій (ВВІ) в структурі перинатальних уражень ССС у новонароджених (НН) та особливості клінічного перебігу в залежності від етіологічного чинника.

**Матеріали та методи.** Проведено клініко-лабораторне обстеження 834 матерів та їх хворих НН з підозрою на внутрішньоутробну інфекцію в перші 3 доби життя. Предметом поглибленого дослідження стала група з 224 НН з верифікованою ВВІ, серед яких доношених — 132, недоношених — 92 з гестаційним віком 26-32 тижні. Використовували методи загальноклінічні, біохімічні та спеціального дослідження. Для верифікації етіологічного збудника інфекції використовували методи лабораторної діагностики: культуральний, люмінісцентна мікроскопія, ІФА, імунохроматографічний аналіз, модифікована реакція зв'язування комплементу, полімеразна ланцюгова реакція, бактеріологічні методи. Матеріал для обстеження — пуповинна кров, кров із периферичної вени, змиви з носоглотки, сеча, фекалії. Обстеження ССС проводили комплексно: ЕКГ, ЕХО-КГ, біохімічні маркери (КФК-МВ).

**Результати дослідження.** Серед 224 дітей з ВВІ верифіковано: у 77 (34,4%) — мікст-вірусно-вірусні інфекції, у 62 (27,7%) — вірусно-бактеріальні інфекції, у 53 (23,6%) — мікст-вірусно-TORCH-інфекції, у 32 (14,3%) — моновірусні інфекції. У дітей з ВВІ при верифікації етіологічного збудника вірус грипу визначений у 15,6%, парагрипу — у 20,5%, аденовірус — у 40,6%, РС-вірус — у 27,2%, ентеровіруси — у 48,2%, цитомегаловірус — у 56,6%, вірус ВПГ-2 — у 22,6%.

Найчастішими факторами перинатального ризику розвитку ВВІ є наявність ГРВІ у вагітних (45,5%), загрози переривання вагітності (43,7%), анемії (25,0%), плацентарної дисфункції (23,2%), приееклампсії (17,4%), дострокових пологів (41,1%), асфіксії при народженні (40,6%).

Вивчення особливостей клінічного перебігу ВВІ показало, що найбільш тяжке ураження ССС спостерігалось при мікст-асоційованих клінічних формах: при мікст-вірусно-бактеріальних інфекціях у вигляді вродженого кардиту (9,1%), постінфекційних міокардитів (34,4%); при мікст-вірусно-вірусних інфекціях переважали постінфекційні (15,9%) та гіпоксичні (50,6%) кардіопатії. Найбільш тяжкий перебіг захворювання спостерігався у недоношених при генералізованих формах (6,3%) та вісцеральних ураженнях: вроджений міокардит (25,0%), вроджена пневмонія з РДС (37,5%), який було викликано асоціацією ентеровірусу з бактеріальним збудником.

Летальне завершення ВВІ спостерігали при асоціації Коксакі В6 з вірусом грипа. Серед етіологічних чинників ураження ССС переважали цитомегаловірус та ентеровіруси. Серед ентеровірусів виділено серотипи: ентеро-68—71 (62,1%), ЕСНО-серотипи 6, 11, 15, 20, 25 (29,5%), Коксакі-серотипи В6, В3 (13,9%). Встановлено, що серед етіологічних чинників інфекції у недоношених провідними були серотипи ентеро-68—71, у доношених — ЕСНО 6, 11, 15, 20, 25.

**Висновки.** Найчастішим фактором перинатального ризику уражень ССС у новонароджених є перинатальне вірусне інфікування в асоціації з гіпоксією плода. Серед етіологічних інфекційних чинників переважають цитомегаловірус та ентеровірус в асоціації з респіраторними вірусими.

## ВДОСКОНАЛЕННЯ ДІАГНОСТИКИ ТА ІНТЕНСИВНОЇ ТЕРАПІЇ У ХВОРИХ ІЗ ІШЕМІЧНИМ ІНСУЛЬТОМ

Серіков<sup>1</sup> К.В., Голдовський<sup>1</sup> Б.М., Поталов<sup>1</sup> С.О.,

Філімонова<sup>1</sup> І.В., Серіков<sup>2</sup> В.І.

<sup>1</sup>ДЗ «Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України», м. Запоріжжя

<sup>3</sup>Запорізький державний медичний університет, м. Запоріжжя

У структурі цереброваскулярних захворювань, ішемічний інсульт (Ischemic Stroke — IS) є однією із найпоширеніших клінічних форм гострого порушення мозкового кровообігу (ГПМК). Летальність в гострому періоді IS досягає 35%, збільшуючись на 12—15% до кінця першого року після IS.

**Мета:** вдосконалити діагностику і інтенсивну терапію (ІТ) у хворих із IS.

**Матеріали та методи.** В умовах відділення анестезіології з палатами інтенсивної терапії КУ «Запорізька міська багатопрофільна клінічна лікарня № 9» проведено ретроспективне, нерандомізоване дослідження 62 хворих (середній вік 69±3 років) із первинними ГПМК по ішемічному типу. При цьому, хворих із транзиторними ішемічними атаками було 15 (середній вік 64±3 років); із IS в правій гемісфері головного мозку (ГМ), руслі правої середньомозкової артерії — 19 (середній вік 70±2 років); із IS в лівій гемісфері ГМ, руслі лівої середньомозкової артерії — 19 (середній вік 69±2 років); із IS в стовбурі ГМ — 9 (середній вік 62±3 років).

При цьому використовували комп'ютерний томограф «Hi Speed CT Dual Plus», монітор «ЮМ-300», монітор «Leon-3», загальні та біохімічні аналізи крові.

**Результати.** Вдосконалення діагностики та ІТ у хворих із IS здійснювали згідно наказу МОЗ України від 03.08.2012 № 602 «Уніфікований клінічний протокол медичної допомоги — ішемічний інсульт», за наступним алгоритмом:

**1. Контроль вітальних функцій** складався із оцінки свідомості за шкалою ком Глазго (ШКГ), моніторингу артеріального тиску (АТ), частоти серцевих скорочень, частоти дихальних рухів (ЧДР), сатурації кисню (SaO<sub>2</sub>).

**2. Забезпечення адекватного газообміну:**

Профілактичну оксигенацію розпочинали при SaO<sub>2</sub> < 95%.

При погіршенні свідомості (ШКГ ≤ 8 балів) або зростанні ознак дихальної недостатності (ціаноз на тлі SaO<sub>2</sub> < 92%, ЧДР < 12 або > 35—40 дихальних рухів за хвилину, тяжкі порушення ритму дихання, апное) виконували оротрахеальну інтубацію із подальшим проведенням штучної вентиляції легенів.

**3. Тяжкість ішемічного інсульту**, у всіх хворих, відповідала важкому мозковому інсульту за шкалою інсульту Національних інститутів здоров'я Сполучених Штатів Америки (National Institutes of Health Stroke Scale — NIHSS).

**4. Диференціювання підтипу ішемічного інсульту** проводили між атеротромботичним, кардіоемболічним, гемодинамічним, лакунарним та гемореологічним підтипами IS.

**5. Нейропротекція:**

**5.1 Первинну нейропротекцію** розпочинали з 1—ї години IS застосуванням 25% магнію сульфату в дозі 30 мл/доба<sup>-1</sup>, внутрішньовенно.

**5.2 Вторинну нейропротекцію** розпочинали через 6 годин після розвитку IS та активно застосовували протягом перших 7 дб захворювання.



Внаслідок зниження кровотоку в судинах які оточують зону ішемічної пенумбри та розвитку симптому «обкрадання» — засоби для вторинної нейропротекції в гострому періоді ІS не застосовували.

**6. Антиагрегантну терапію** здійснювали протягом 48 годин від початку ІS та використовували аспірин 160—320 мг×доба<sup>-1</sup>, per os, протягом 48 годин.

**7. Антикоагулянтну терапію** в 1—шу добу від початку ІS розпочинали у вигляді антикоагулянтів прямої дії (гепарин) 32 тис. ОД внутрішньовенно (в/в) або підшкірно (п/к); надалі 24 тис. ОД в/в або п/к, під контролем коагулограми.

#### 8. Корекція гемодинаміки:

**8.1 Корекцію гіпертензії** розпочинали при систолічному АТ (АТ сист.) > 220 мм рт.ст. та діастолічному АТ (АТ діаст.) > 120 мм рт.ст.

Медикаментозне зниження АТ здійснювали на 10—15% від вихідного рівня протягом 2—3 годин, надалі протягом доби — на 15—25%.

**8.2 Корекцію гіпотензії** розпочинали при АТ сист. < 100 мм рт.ст. або АТ діаст. < 70 мм рт.ст.

Встановлювали причини виникнення гіпотензії (гіповолемія, кровотеча, зменшення серцевого викиду через серцеву недостатність, ішемію міокарду або аритмію) та проводили їх усунення за допомогою відповідних втручань.

**9. Антибактеріальну терапію** розпочинали при доказаному вогнищі інфекції, при цьому заміну груп антибіотиків проводили кожні 7 діб.

**10. Корекцію гіпертермії** здійснювали при пахвовій температурі > 38 °С.

#### 11. Підтримка нормоглікемії:

**11.1 Корекцію гіперглікемії** проводили при значеннях глюкози крові > 10 ммоль×л<sup>-1</sup>, при цьому застосовували в/в введення інсуліну короткої дії в дозі 0,1 ОД×кг<sup>-1</sup>×год<sup>-1</sup> або 5—10 ОД×год<sup>-1</sup>.

**11.2 Корекцію гіпоглікемії** здійснювали при значеннях глюкози крові < 3,0 ммоль×л<sup>-1</sup>, при цьому в/в вводили 40% розчин глюкози в дозі 40 мл протягом 3—5 хвилин з подальшою краплинною інфузією 10% розчину глюкози.

#### 12. Специфічна інтенсивна терапія:

##### 12.1 Протівонабрякова терапія:

- 0,1% розчин L-лізину есцинату по 20 мл×доба<sup>-1</sup> протягом 3 діб, надалі по 10 мл×доба<sup>-1</sup>, в/в, при стійкій гемодинаміці з тенденцією до гіпертензії,

- 15% розчин манітолу в дозі 1 г×кг<sup>-1</sup>, в/в, кожні 6 годин під контролем осмолярності плазми але не більш ніж 180 г×доба<sup>-1</sup>.

##### 13. Зондове ентеральне харчування

Добову потребу в енергетичному забезпеченні (ПЕЗ), при неможливості самостійного харчування хворих, визначали за формулою Харіса-Бенедикта:

ПЕЗ (чоловіки) = 66 + (13,7 × ВТ) + (5 × 3) — (6,8 × В), ккал×доба<sup>-1</sup>,

ПЕЗ (жінки) = 655 + (9,6 × ВТ) + (1,8 × 3) — (4,7 × В), ккал×доба<sup>-1</sup>,

де: ВТ — вага тіла (кг); 3 — зріст (см); В — вік (років).

**Висновки:** Завдяки проведеним заходам діагностики та ГТ, мозковий кровообіг відновлювали повністю у 24% хворих із первинними ГПМК по ішемічному типу, нівелюючи його до рівня транзиторної ішемічної атаки.

## ОПТИМІЗАЦІЯ ДІАГНОСТИКИ І ІНТЕНСИВНОЇ ТЕРАПІЇ У ХВОРИХ ІЗ ГЕМОРАГІЧНИМ ІНСУЛЬТОМ

Серіков<sup>1</sup> К.В., Голдовський<sup>1</sup> Б.М., Поталов<sup>1</sup> С.О., Сідь<sup>1</sup> Є.В., Серіков<sup>2</sup> В.І.

<sup>1</sup>ДЗ «Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України», м. Запоріжжя

<sup>3</sup>Запорізький державний медичний університет, м. Запоріжжя

Мозковий інсульт — важка форма судинної патології, яка займає друге місце в структурі загальної смертності населення. За даними міжнародних досліджень, 15—30% від усіх мозкових інсультів займає геморагічний інсульт (Hemorrhage Stroke — HS). Летальність при HS впродовж перших 3-х діб досягає 40%. Тільки 20% пацієнтів відновлюють функціональну активність повністю.

**Мета:** оптимізувати діагностику і інтенсивну терапію (ІТ) у хворих із HS.

**Матеріали та методи.** В умовах відділення анестезіології з палатами інтенсивної терапії КУ «Запорізька міська багато-профільна клінічна лікарня № 9» проведено ретроспективне, нерандомізоване дослідження 35 хворих із HS. Середній вік склав (64±2) років, з них чоловіків 19 (54,3%) — середній вік (65±3) років; жінок — 16 (45,7%) — середній вік (64±3) років.

При цьому використовували комп'ютерний томограф «Hi Speed CT Dual Plus», монітор реанімаційно-хірургічний «ЮМ-300», монітор «Leon-3», загальні та біохімічні аналізи крові.

**Результати.** Оптимізацію діагностики і ІТ у хворих із HS здійснювали згідно наказу МОЗ України від 17.04.2014 № 275 «Уніфікований клінічний протокол екстреної, первинної, вторинної, третинної медичної допомоги та медичної реабілітації — геморагічний інсульт», за наступним алгоритмом:

**1. Контроль вітальних функцій** складався із оцінки свідомості за шкалою ком Глазго (ШКГ), моніторингу артеріально-го тиску (АТ), частоти серцевих скорочень, частоти дихальних рухів (ЧДР), насичення кисню в артеріальній крові (SaO<sub>2</sub>).

#### 2. Забезпечення адекватного газообміну:

Профілактичну оксигенацію розпочинали при SaO<sub>2</sub> < 95%.

При погіршенні свідомості (ШКГ ≤ 8 балів) або зростанні ознак дихальної недостатності (ціаноз на тлі SaO<sub>2</sub> < 92%, ЧДР < 12 або > 35—40 дихальних рухів за хвилину, тяжкі порушення ритму дихання, апное) виконували оротрахеальну інтубацію із подальшим проведенням штучної вентиляції легенів.

**3. Тяжкість геморагічного інсульту**, у всіх хворих, відповідала важкому мозковому інсульту за шкалою інсульту Національних інститутів здоров'я Сполучених Штатів Америки (National Institutes of Health Stroke Scale — NIHSS).

**4. Діагностичні заходи** склалися із анамнезу захворювання, нейровізуалізації головного мозку, офтальмологічного обстеження, контролю лабораторних показників та глюкози крові.

**5. Первинну нейропротекцію** розпочинали з 1-ї години HS, з метою переривання швидких механізмів глутамат-кальцієвого каскаду, при цьому застосовували 25% розчин магнію сульфату в дозі 30 мл×доба<sup>-1</sup>, внутрішньовенно (в/в).

#### 6. Корекція гемодинаміки:

**6.1 Корекцію гіпертензії** здійснювали при систолічному АТ (АТ сист.) > 180 мм рт.ст. або середньому АТ (САТ) > 130 мм рт.ст.

Дозування антигіпертензивних засобів:

— Урапідил в/в болюсно 1,25—2,5 мг з наступною інфузією 5—40 мг×год<sup>-1</sup>,

— Лабеталол в/в болюсно по 10—20 мг, за потреби подальше введення по 10 мг в/в через 10—20 хвилин або інфузійно із швидкістю 2—8 мг×хв<sup>-1</sup>,

— Есмолол в/в болюсно 250—500 мг, подалі 50—100 мкг×кг<sup>-1</sup>×хв<sup>-1</sup>.

**6.2 Корекцію гіпотензії** проводили при АТ сист. < 120 мм рт.ст. або САТ < 70 мм рт.ст.

Дозування кардіо-вазотонічних засобів: норадреналін в початковій дозі 5 мкг×хв<sup>-1</sup>, дофамін в початковій дозі 1 мкг×кг<sup>-1</sup>×хв<sup>-1</sup>, добутамін в початковій дозі 5 мкг×кг<sup>-1</sup>×хв<sup>-1</sup>, адреналін в початковій дозі 1 мкг×хв<sup>-1</sup>.

При необхідності дозу підвищували до досягнення бажаного ефекту.

**7. Антибактеріальну терапію** розпочинали при доказаному вогнищі інфекції, при цьому заміну груп антибіотиків проводили кожні 7 діб.

**8. Корекцію гіпертермії** здійснювали при пахвовій температурі  $> 38^{\circ}\text{C}$ , при цьому застосовували нестероїдні протизапальні препарати, метамізол натрію, антигістамінні препарати короткої дії, фізичні методи охолодження (обертання пацієнта холодними простиррадлами, холод на магістральні судини).

#### 9. Підтримка нормоглікемії:

**9.1 Корекцію гіперглікемії** проводили при значеннях глюкози крові  $> 10 \text{ ммоль}\cdot\text{л}^{-1}$ , при цьому застосовували в/в введення інсуліну короткої дії в дозі  $0,1 \text{ ОД}\cdot\text{кг}^{-1}\cdot\text{год}^{-1}$  або  $5\text{—}10 \text{ ОД}\cdot\text{год}^{-1}$ .

**9.2 Корекцію гіпоглікемії** здійснювали при значеннях глюкози крові  $< 3,0 \text{ ммоль}\cdot\text{л}^{-1}$ , при цьому в/в вводили 40% розчин глюкози в дозі 40 мл протягом 3—5 хвилин з подальшою краплинною інфузією 10% розчину глюкози.

#### 10. Специфічна інтенсивна терапія:

##### 10.1 Противонабрякова терапія:

— 0,1% розчин L-лізину есцинату по  $20 \text{ мл}\cdot\text{доба}^{-1}$  протягом 3 діб, надалі по  $10 \text{ мл}\cdot\text{доба}^{-1}$ , в/в, при стійкій гемодинаміці з тенденцією до гіпертензії,

— 15% розчин манітолу в дозі  $1 \text{ г}\cdot\text{кг}^{-1}$ , в/в, кожні 6 годин під контролем осмолярності плазми але не більш ніж  $180 \text{ г}\cdot\text{доба}^{-1}$ .

##### 10.2 Протисудомна терапія:

— 0,5% розчин сибазону по 2—4 мл, в/в — у разі необхідності повторного введення в/м або в/в крапельно,

— 1% розчин тіопенталу натрію по 10 мл, в/в — у разі необхідності повторного введення в/в крапельно,

— 25% розчин магнію сульфату (з метою комплексної терапії) по 10 мл, в/в повільно болюсно або крапельно у розчині 0,9% натрію хлориду.

##### Висновки:

Під час проведення діагностичних заходів та комплексних методів інтенсивної терапії летальність у хворих із геморагічним інсультом (первинним внутрішньомозковим крововиливом) склала 31,4%.

## ОСОБЕННОСТИ ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННЫХ С ВАРИКОЗНЫМ РАСШИРЕНИЕМ ВЕН НАРУЖНЫХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ И ВЛАГАЛИЩА

*И.Н. Сыкал, Л.И. Кандыба, Л.В. Снопкова, В.И. Черепова*

*Харьковская медицинская академия последипломного образования, г.Харьков*

Широкое распространение в последние годы имеет такая патология как расширение вен у беременных. Чаще всего приходится встречаться с патологией системы большой, реже — малой подкожной вены на голени. Расширение вен наружных половых органов и влагалища является более редким симптомом болезни, но несмотря на это, требует большого внимания, поскольку варикозные узлы данной локализации опасны своими осложнениями.

Клиническая картина варикозного расширения вен наружных половых органов и влагалища достаточно типична и выражена в период беременности и родов (после родов, как правило, исчезает). Ведущим симптомом данной патологии является боль в области вульвы и влагалища, тянущего, ноющего, тупого, жгучего характера с иррадиацией в нижние конечности. Боли возникают после длительных статических и динамических нагрузок. Обострение болей может наблюдаться после охлаждения, переутомления, стресса, обострения хронических заболеваний внутренних органов. Помимо боли у большинства пациенток присутствует чувство дискомфорта и ощущение тяжести в области вульвы и влагалища. Возможны явления диспареунии.

Диагностика варикозного расширения вен наружных половых органов и влагалища не представляет больших трудностей. При этом надо отдать предпочтение гинекологическому осмотру. При осмотре больших половых губ обнаруживаются телеангиоэктазии, варикозные узлы, извитость венозной стенки, гиперемия, цианоз кожи и слизистой оболочки. При бимануальном влагалищном исследовании и осмотре с помощью зеркал определяется резкая болезненность, синюшность слизистой оболочки, ее отечность, гипертрофированность, расширенные, извитые, местами уплотненные и тромбированные сосуды, лейкорея (повышенное количество водянистых белей).

Дополнительные методы исследования при варикозе указанной локализации — изучение функции гемостаза: установление времени свертывания крови, протромбинового индекса, толерантности плазмы к гепарину, времени рекальцификации плазмы, определение концентрации фибриногена, антитромбина III, фибринолитической активности крови, проведение аутокоагуляционного теста. Применение ультразвукового исследования линейным датчиком для подкожных вен и вагинального — для вен влагалища, позволяет наблю-

дать за динамикой изменений просвета вен на фоне лечения, а также оценивать скорость тока крови.

Ведение беременных с варикозной болезнью требует соблюдения следующих принципов, касающихся обследования и проведения медикаментозной терапии: 1) диспансерное наблюдение хирурга и акушер-гинеколога; 2) диета (легкоусвояемая, разнообразная, богатая витаминами пища); 3) профилактика запоров (в рационе питания должна присутствовать растительная клетчатка и кисломолочные продукты); 4) ограничение значительных физических нагрузок; 5) нормализация условий труда и отдыха; 6) ежедневное пребывание в горизонтальном положении с приподнятым на  $25\text{—}30^{\circ}$  тазом 3 раза по 30 минут; 7) динамический контроль коагулограмм (один раз в 2 дня).

Из медикаментозной терапии особое внимание отводится препаратам с венотоническим действием (флебодиа, детралекс, венодиол), а также антиагрегантов (фраксипарин, трентал, курантил).

Следует учитывать тот факт, что при беременности физиологически накануне родов наблюдается гиперкоагуляция; у беременных с варикозной болезнью чаще бывает гипокоагуляция и склонность к большей кровопотери в родах раннем послеродовом периоде. Указанный факт требует тщательного наблюдения за показателями крови, не допуская анемии и назначения профилактически препаратов железа (гинотардиферон, сорбифер, мальтофер).

За счет депонирования определенного количества крови и снижения объема циркулирующей крови в 74% случаев диагностируется фетоплацентарная недостаточность, что требует применения препаратов, улучшающих функцию фетоплацентарного комплекса (тивортин, актовегин, реосорбилакт, пентоксифиллин). Важным принципом терапии является применение препаратов седативного действия (экстракт валерианы, персен).

Варикозное расширение вен наружных половых органов и влагалища при беременности усиливает риск кровотечений и тромботических осложнений в родах. Строгое выполнение вышеперечисленных методов ведения беременных с варикозом вен наружных половых органов и влагалища позволяет значительно снизить частоту осложнений у данного контингента беременных.

## ОСОБЛИВОСТІ ДИСТАНЦІЙНИХ ТЕХНОЛОГІЙ У ПІСЛЯДИПЛОМНІЙ МЕДИЧНІЙ ОСВІТІ

Сіренко О.В., Кучеренко Е.О., Журова Т.Е.

Харківська медична академія післядипломної освіти, Харків

**Вступ.** Використання дистанційного навчання лікарів різного фаху є перспективним і доцільним, тому що значно поширює можливості підвищення кваліфікації слухачів з віддалених територій, дозволяє економити час та зменшувати навантаження на викладачів. У той же час, така форма навчання потребує глибокої самостійної роботи з матеріалом лекцій, системного інтелектуального керівника, якісного технічного обладнання, що використовується під час навчання, та добрих навичок роботи користувачів.

У теперішній час дистанційна освіта у медицині потребує наявності комплексу програмних та педагогічних компонентів, які дозволяють передавати теоретичні знання та практичні навички на відстані. У післядипломній освіті лікарів існують специфічні пріоритети, які дозволяють визначити дистанційну форму навчання як перспективну і доцільну. До них можна віднести підвищення кваліфікації одночасно з виконанням основної роботи лікаря, проходження циклів тематичного удосконалення слухачами з віддалених місць, у тому числі, з інших країн, зменшення кількості виїзних циклів. Крім того, важливим компонентом дистанційного навчання є набуття лікарями різного фаху навичок самостійної роботи з джерелами інформації, що потребує уважної та глибокої роботи з матеріалом, який надається у дистанційному курсі.

Комплекс програмних та педагогічних компонентів, які використовуються при дистанційному навчанні, може бути як синхронним, так і асинхронним, при якому слухач сам визначає темп отримання необхідної інформації. Синхронна форма — це спілкування викладача та слухача у реальному часі, у тому числі, з використанням відеоконференцій, що особливо важливо при навчанні територіально віддалених груп лікарів. У даному випадку учасник дистанційного навчання закріплюється за викладачем, до обов'язків якого відносяться саме навчання (теоретична частина), консультування складних питань та розділів, перевірка тестових завдань та допомога у підготовці до іспитів.

У 2012 році у Харківській медичній академії післядипломної освіти для проведення дистанційних курсів навчання як вітчизняних лікарів, так і закордонних слухачів, була проведена технічна підготовка та навчання викладачів за системою Moodle (Modular Object-Oriented Dynamic Learning Environment), яка дозволяє створювати та проводити навчальні цикли онлайн та підтримувати взаємодію викладача і слухача. У теперішній час платформа Moodle використовується більш, ніж у 200 країнах світу, має модульну систему, що дозволяє гнучко додавати до неї нові функціональні системи.

У нашому випадку дана платформа була адаптована під потреби післядипломної освіти лікарів фахівцями Київського політехнічного інституту, що означало можливість синхронного отримання інформації, зв'язок онлайн та проходження тестів. Модуль Moodle у даному випадку використовується для створення навчального курсу онлайн, опції відеоконференції можуть редагуватися викладачем, а можливість провести сеанс одночасно з будь-якою кількістю слухачів дозволяє вивести ефективність такої форми навчання на максимальний рівень. До переваг даної платформи слід віднести також наявність рубрик оцінювання, при чому викладач оцінює роботи за декількома заданими критеріями, після чого відмітки нормуються за рівнем інших тестованих автоматично, що виключає можливість неадекватного оцінювання. У той же час, в Харківській медичній академії післядипломної освіти (ХМАПО) досвід в галузі телемедицини почав формуватися шляхом проведення телеконференцій, відеосемінарів, що обумовлено залежністю від комунікаційної інфраструктури. Безпосередньо проведення та оцінювання результатів дистанційних курсів навчання, наприклад, тематичного удосконалення, ускладнено внаслідок складності оцінювання ефективності дистанційного і традиційного навчання. Повноцінна якісна медична освіта безумовно потребує практичних навичок, які відпрацьовуються безпосередньо на клінічних базах. Навіть у випадку, коли виконані усі умови для успішної співпраці викладача і слухача дистанційного курсу, відпрацювання практичних навичок неможливо, що є негативним фактором. Крім цього, відсутність достатнього технічного обладнання для якісної передачі матеріалу та спілкування викладача зі слухачами також може заважати втіленню даної форми навчання у широку практику. Таким чином, проблема забезпечення придбання практичних навичок у дистанційному курсі навчання не завжди вирішується. У клінічній лабораторній діагностиці попереднє вивчення кількісних та якісних показників, які можуть бути представлені у вигляді таблиць та фотографій мікропрепаратів дозволяють слухачу дистанційного курсу в достатньо повній мірі визначити основні морфологічні ознаки норми або патології у кожному конкретному випадку. У той же час, процес навчання у медичних післядипломних закладах не може вважатися завершеним без тестування практичних навичок.

**Висновки.** Процес навчання у медичних післядипломних закладах не може вважатися завершеним без тестування практичних навичок у слухачів та наявності необхідного телекомунікаційного обладнання.

## ДОСЛІДЖЕННЯ СУЧАСНИХ ЛІКУВАЛЬНО-ДІАГНОСТИЧНИХ ТЕХНОЛОГІЙ НА ЗАНЯТТЯХ З МЕДИЧНОЇ Й БІОЛОГІЧНОЇ ФІЗИКИ

Суховірська Л.П., Лунгол О.М.

Донецький національний медичний університет, м. Кропивницький

Відповідно до Національної доктрини розвитку освіти [2], процес навчання в вищих закладах медичної освіти має бути спрямований на підготовку конкурентоспроможних на європейському та світовому ринках праці лікарів. Це питання стосується не лише клінічних медичних дисциплін, а й теоретичних. Тому, впровадження та реалізація нових підходів, методів навчання медичної й біологічної фізики є важливим фактором забезпечення якісної професійної підготовки студентів-медиків в процесі засвоєння майбутніми фахівцями теоретичних знань і використання цих знань для вирішення конкретних практичних медичних завдань.

Відповідно до мети та завдання навчальної дисципліни «Медична і біологічна фізика» дослідження на заняттях сучасних лікувально-діагностичних технологій є невід'ємною складовою професійної компетентності майбутнього фахів-

ця галузі охорони здоров'я, а також підґрунтям для вивчення фахово-орієнтованих природничих та клінічних дисциплін у вищих закладах медичної освіти України.

Наприклад, під час вивчення теми «Елементи геометричної оптики» ми розглядаємо новітні методи корекції зору. Акцентуємо увагу студентів на актуальності даного питання, оскільки при сучасному напруженому життєвому ритмі, коли активним людям важливий кожен момент і його повноцінне використання, зростає інтерес до покращення якості життя. Якщо якість життя в значній мірі обмежена або залежить від неповноцінності гостроти зору, виникає питання про корекцію зору, щоб пацієнт мав змогу відмовитися від повсякденних турбот про лінзи і окуляри й насолоджуватися свободою зору.

Під час комплексного заходу інноваційної спрямованості в галузі охорони здоров'я України — IX Міжнародного

медичного форуму «Інновації в медицині — здоров'я нації» (25.04.2018—27.04.2018, м. Київ) ми ознайомилися із сучасними досягненнями медичної науки. Як варіант однієї з сучасних лікувально-діагностичних технологій ми пропонуємо студентам дослідити інтраокулярну колламерну лінзу (ІКЛ) EVO Visian, яка є одним з видів корекції зору, при якій процедура корекції виконується без допомоги лазера. ІКЛ EVO Visian — це лінза, яка імплантується в око й забезпечує чіткий зір. Пропонуємо студентам зробити порівняння з контактною лінзою на передній частині ока, оскільки ІКЛ EVO Visian імплантується в око між райдужною оболонкою і кришталиком ока, де вона залишається завжди.

ІКЛ EVO Visian складається з колламера, який включає в себе колаген і є сприятливим для ока матеріалом, здатний забезпечити чудову якість зору. ІКЛ EVO Visian затверджені сертифікатом РЕ з 1997 року. Результати клінічних випробувань показують 99% рівень задоволеності результатами операцій пацієнтами [1]. Корекція зору за допомогою ІКЛ EVO Visian підходить для: пацієнтів у віці від 21 до 45 років; пацієнтів з короткозорістю від -0,50 D до -18,00 D при астигматизмі (до 6,00 D); пацієнтів з далекозорістю від +0,50 D до +10,00 D при астигматизмі (до 6,00 D).

Серед переваг можливості корекції зору за допомогою імплантації інтраокулярної колламерної лінзи EVO Visian ми розглядаємо наступні:

- довгострокова корекція зору без видалення тканини ока;
- щадний метод візуальної корекції;
- гострота зору і чіткість відновлюються незабаром після проведення процедури;
- немає синдрому «сухого» ока;
- підходить пацієнтам з тонкою рогівкою;
- EVO Visian — це біосумісна лінза з вбудованим захистом від ультрафіолетового випромінювання;

— процедура імплантації лінзи займає 20—30 хвилин. Після процедури пацієнт може повернутися додому і через кілька днів повернутися до звичного життєвого ритму;

— може коригувати короткозорість, далекозорість та астигматизм від середнього до високого ступеня.

В процесі вивчення сучасних лікувально-діагностичних технологій, студентам-медикам важливо описати відповідні фізико-медичні процеси. Наприклад, при дослідженні ІКЛ EVO Visian ми акцентуємо увагу на наступному: імплантація ІКЛ EVO Visian відбувається в стерильному середовищі в амбулаторних умовах і триває близько 20—30 хвилин; перед маніпуляцією око знеболюють за допомогою анестетика, який капають на рогівку. На периферії рогівки, в місці, де білок ока стикається з кольоровою частиною ока, робиться невеликий мікророзріз діаметром 3 мм, через який вводиться желеподібна речовина і вводиться лінза. Після введення в око, лінза акуратно розгинається і приймає свою форму. В кінці процедури желеподібна речовина вимивається з ока. Мікророзріз закривається сам за короткий проміжок часу. Через 2—3 години після маніпуляції перевіряють тиск всередині ока, положення лінзи оцінюється за допомогою біомікроскопу, і пацієнт може йти додому. Поліпшення зору відчувається відразу після операції, але повністю зір стабілізується протягом 7 днів. Інтраокулярна колламерна лінза EVO Visian не відчувається в оці після імплантації і її не видно зовні.

Дослідження сучасних лікувально-діагностичних технологій на заняттях з медичної й біологічної фізики не може відбуватися стихійно, цей процес вимагає наполегливої сумісної праці викладачів біофізики та студентів-медиків. Формування фахових компетентностей майбутніх лікарів має брати початок ще з теоретичних дисциплін та відбуватися завдяки систематичній науково-дослідній роботі під час навчального процесу, під час роботи студентів в наукових гуртках та на наукових заходах.

## УМОВИ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ РАНЬОГО ВИЯВЛЕННЯ ГОСТРИХ МІЕЛОМОНОБЛАСТНИХ ЛЕЙКЕМІЙ ПРИ ПЕРВИННІЙ МЕДИЧНІЙ ДОПОМОЗІ

Ткач Ю.І.

Харківська медична академія післядипломної освіти, м. Харків

*Вступ.* За показником смертності злоякісні пухлини людей за останні десятиліття входять у першу трійку найтяжчих хвороб. Серед гострих мієлоїдних лейкозів за останнє п'ятиріччя у населення України найчастіше реєструвалися випадки гострих монобластних лейкозів (M4, M4e, M5a, M5b) [Глузман Д., 2014]. Особливості тяжкого перебігу лейкозів спонукають до створення умов для забезпечення швидкого і раннього виявлення їх при первинній медичній допомозі. Але чи можна сподіватися на збудування умов для цього?

*Метою* роботи був пошук доступних патологічних лабораторних показників, викладених у клінічних протоколах України та в інших джерелах інформації і практична оцінка можливості їх використання для обґрунтування припущення про перебіг гострих мієломонобластних лейкозів (M4) при первинній медичній допомозі. *Результати* пошуку свідчать про те, що при M4 у дітей і дорослих у кістковому мозку нерегульовано розмножуються пухлинні стовбурові клітини, які можуть диференціюватися до монобластів, промиєлоцитів і моноцитів, а також одночасно до мієлобластів та промиєлоцитів, кількість яких нестримно зростає у мієлограмі і крові. Якщо при першому зверненні пацієнтів до сімейних лікарів або до інших спеціалістів буде можливість застосувати гематологічні аналізатори для визначення показників усіх клітин крові, то можна скоротити час на діагностику лейкозів до 1—2 годин. З допомогою аналізатора відносно швидко і точно виявляються анемія, тромбоцитопенія і лейкоцитоз, які регулярно реєструються при перебігу гострих лейкозів [Наказ МОЗ № 647, 2010]: гіпогемоглобінемія від 25 до 110 г/л, гіпоеритроцитемія від 0,9 до 3,0 Т/л, знижений гематокрит до 13—35%, тромбоцитопенія від 0,3 до 30Г/л (можливо з гіпокоагуляцією), лейкоцитоз від 10 до 440 Г/л. Але аналізатор

не визначає ступінь зрілості лейкоцитів, за рахунок яких реєструється лейкоцитоз.

Лікар-лаборант одночасно при мікроскопії мазків крові визначає, що при M4 у лейкоцитарній формулі серед мієлокариоцитів сума мієлобластів і монобластів перевищує 30% і виявляються також промиєлоцити (10—15%), промиєлоцити та моноцити (15—20%), а кількість усіх пухлинних моноцитарних клітин більше 5 Г/л. Лейкемічні нейтрофільні мієлобласти можуть мати коливання середніх діаметрів від 15 до 22 мкм, з великими круглими, полігональними або продовгуватими ядрами з дрібно-зернистим хроматином з одним або декількома округлими ядерцями (частіше тільки «сліди» розмірних або малих діаметрів). Завдяки великим розмірам ядра у клітинах на цитоплазму припадає менше площі (об'єму). Цитоплазма бластів світло- або середньосиня і часто її видно не навколо усього ядра. В 10—15% клітин у цитоплазмі видно від 1 до 10 рожево-червоних гранул середніх величин (0,2—0,5 мкм), а інколи і по одній рожево-червоній тонкій паличці Ауера довжиною 3—4 мкм (які реєструються тільки в лейкоцитарних клітинах). У інших лейкоцитарних мієлобластах у цитоплазмі можуть бути відсутні гранули і палички Ауера. Лейкемічні нейтрофільні промиєлоцити (при M4) представлені молодими клітинами з середніми діаметрами від 17 до 30 мкм, в яких є великі округлі чи продовгуваті, або полігональні ядра, котрі інколи мають по 2—3 великі фрагменти. Хроматин в ядрах дрібно-зернистий і найчастіше фарбований інтенсивно, та серед якого знаходяться одно чи декілька малих ядерців (а найчастіше видно тільки їх «сліди»). У блакитній чи синій цитоплазмі майже в половині клітин виявляються по декілька десятків рожево-червоних гранул різних розмірів (інколи від малих до великих) овальних чи продовгуватих. У

інших промієлоцитах у цитоплазмі гранули не реєструються. Лейкемічні монобласти (при М4) мають середні діаметри від 16 до 30 мкм (інколи > 35 мкм). В кожній клітині є одно відносно велике ядро округлої, продовгуватої, ниркоподібної чи полігональної форми з дрібно-зернистим хроматином, який частіше інтенсивно фарбований, в якому видно одно або декілька ядерць округло-овальної форми (найчастіше тільки їх «сліди»). У клітинах вузька світло чи помірно синя цитоплазма без гранул. Виявлені бласти завжди вказують на наявність гострої лейкемії. Округлі лейкемічні промоноцити мають відносно великі середні діаметри (18—30 мкм), по одному ядру (нерідко з великими фрагментами) помірних розмірів, в якому дрібнозернистий хроматин, серед якого є 1—2 невеликі ядерця (частіше їх «сліди»). Цитоплазма відносно широка світло-синя із пиловидними чи середніх розмірів азурофільними гранулами, кількість яких коливається від 5 до 20 штук. Лейкемічні моноцити також можуть мати пиловидні гранули, а за різноманітністю розмірів та форм ядра з петлистим хроматином і блакитною цитоплазмою можуть не відрізнятися від нормальних. У мазках крові мікроскопічно визначаються зменшені кількості паличкоядерних нейтрофілів до 0,5—3%, сегментоядерних нейтрофілів — до 1—20% (нейтрофілопенія, а інколи є поодинокі метамієлоцити і мієлоцити), еозинофі-

лопенія — до 0%, базофілопенія — до 0%, лімфоцитопенія — до 1—18% (з коливаннями кількості ретикулоцитів від 0,1 до 7,0%, збільшення яких виявляється при легшому перебігу, а зменшення до 0,1—1,0% — при тяжкому), збільшення швидкості осідання еритроцитів до 13—80 мм/год з наявністю інтоксикації і інфекції. При гострій мієломонобластній лейкемії з еозинофілією (М4е) головною відмінністю є наявність еозинофілів сегментоядерних у крові 5—16%, в яких збільшене ядро з двома сегментами або без сегментів та у цитоплазмі з великими гранулами еозинофільними і базофільними. *Заключення.* Якщо у розпорядженні сімейних лікарів буде найпростіший (найдешевший) гематологічний аналізатор, який визначає анемію, тромбоцитопенію і лейкоцитоз за 1—5 хвилин, то це значно прискорить виявлення лейкемії. Оскільки бластні клітини у крові аналізатор не ідентифікує, то лаборант при невідкладній мікроскопії мазків крові повинен знайти мієлобласти і промієлоцити та монобласти, промоноцити і моноцити (у більшості випадків це нескладно), що з урахуванням інших показників і симптомів дасть вагомий діагностичний матеріал для формулювання попереднього діагнозу гострої мієломонобластної лейкемії при першій зустрічі з хворим. Рання діагностика завжди буде сприяти збереженню життів дітей і дорослих.

## ІННОВАЦІЙНІ ОСВІТЯНСЬКІ ТЕХНОЛОГІЇ В ПІДГОТОВЦІ СІМЕЙНИХ ЛІКАРІВ

Тур Я. В., Хлебнікова К. В.

Донецький національний медичний університет, Кропивницький

Входження України до Європейського освітнього простору полягає у реформуванні та вищій освіти через сучасні технології керування навчальним процесом, результатом яких є підвищення якості навчання та покращення матеріально-технічного забезпечення. Підготовка майбутніх лікарів на рівні міжнародних стандартів є одним з найважливіших стратегічних завдань освіти України. Питання покращення якості підготовки майбутніх лікарів у системі вищої медичної освіти постає особливо актуальним в період реформування системи охорони здоров'я України, подальшого розвитку сімейної медицини, впровадження страхової медицини (з 1 січня 2018 року в Україні вступила в дію медична реформа).

Підвищення якості медичної допомоги і підготовка висококваліфікованих кадрів для охорони здоров'я — пріоритетні завдання національної медичної освіти. Актуальною проблемою є підвищення ефективності педагогічного процесу, підготовка професійної і культурно орієнтованої особистості сімейного лікаря, яка має світоглядний потенціал, здатність до фахової, інтелектуальної творчості та стійкі вміння і навички для виконання професійних обов'язків. У наш час інформаційне суспільство, основою якого є знання, їх виробництво і засвоєння, висуває нові вимоги до системи освіти. Упровадження інноваційних технологій навчання продуктивне потребами теперішньої вищої медичної освіти. Реалізація цих завдань можлива лише за умови переходу від класичної системи освіти, метою якої була підготовка майбутнього лікаря, що володіє знаннями, до нової системи, яка готує фахівця, який не тільки знає, а й уміє застосовувати ці знання на практиці сімейної медицини. Усе це можливо, коли викладач медичного навчального закладу має такі складові педагогічної компетентності: професійну, педагогічну, комунікативну гнучкість.

Одним із головних завдань сучасної вищої освіти є комп'ютеризація, реалізація якої потенційно сприяє підвищенню якості навчання.

Враховуючи зміни в системі охорони здоров'я, які відбуваються останнім часом, методика викладання також повинна удосконалюватись і відповідати сучасним вимогам, а також сприяти професійному розвитку майбутніх лікарів. Задачею викладання є систематизація знань та більш глибоке вивчення дисципліни з урахуванням різноманітних клінічних ситуацій та особливостей перебігу захворювань.

Сімейна медицина на сьогодні є одним з головних шляхів кадрового забезпечення розвитку первинної медичної допомоги. Впровадження в післядипломну підготовку лікарів інноваційних технологій навчання, зокрема дистанційних навчальних курсів, інтерактивних методів навчання і комплексів оперативного контролю знань слухачів, надає можливості індивідуального підходу до кожного слухача залежно від рівня базової підготовки та швидкості засвоєння нових знань та вмінь, що дозволяє підготувати сімейного лікаря на циклі спеціалізації відповідно до кваліфікаційних вимог.

Інноваційні технології спрямовані на засвоєння професійних знань; розширення можливостей самоконтролю здобутих знань; формування професійного мислення майбутніх фахівців. Сутність підготовки фахівця в галузі медицини полягає у формуванні в нього системи знань і якостей особистості, необхідних для виконання різних функцій професійної діяльності. Адже професійний розвиток майбутніх лікарів тісно пов'язаний з особистісним розвитком. Саме тому нині приділяється велика увага самостійній роботі студентів, а дослідження шляхів її оптимізації набуває все більшої актуальності.

Майбутні лікарі мають приділяти належну увагу вивченню основних питань організації охорони здоров'я, засвоєнню практичних навичок та наданню невідкладної лікарської допомоги, участі в науково-практичних конференціях різних рівнів. Компетентність виявляється в ході виконання роботи і характеризує здатність лікаря вирішувати проблеми, які виникають у реальних життєвих ситуаціях.

Отже, вивчення і застосування на практиці інноваційних підходів дають можливість викладачам медичних вищих навчальних закладів впроваджувати і вдосконалювати нові методи роботи, підвищити ефективність навчального процесу і рівень знань сімейних лікарів. Інноваційні технології навчання стимулюють роботу викладача, підвищують його професійний рівень, оскільки організація навчального процесу потребує підготовки до кожного заняття, постійного педагогічного пошуку, розробки і додавання нових матеріалів. Реформування в системі охорони здоров'я сприяє удосконаленню методичних технологій викладання, в тому числі на випускних курсах медичних закладів, що спонукає випускників володіти на більш високому рівні професійними навичками майбутніх сімейних лікарів.

## ФІЗІОЛОГІЯ ВАГІТНОСТІ

*Черепова В.І., Снопкова Л.В., Кандиба Л.І., Сикал І.Н., Пивоваров М.П.  
Харківська медична академія післядипломної освіти, м. Харків*

Амбулаторна акушерсько-гінекологічна допомога, яка здійснюється лікарями загальної практики — сімейної медицини, передбачає спостереження за вагітними з фізіологічним перебігом, своєчасну діагностику патологічних станів і скерування таких вагітних на консультацію акушера-гінеколога, або іншого профільного спеціаліста. Вагітність — фізіологічний процес, який починається з моменту запліднення, виникає комплекс змін, які спостерігаються на протязі всієї вагітності і охоплюють функції всіх органів і систем. Найбільш характерною ознакою настання вагітності є відсутність менструації. З настанням вагітності всі зміни, які відбуваються в матці можна охарактеризувати як гіперплазія і гіпертрофія. Це стосується м'язових, нервових волокон, сполучної тканини, судин. Довжина матки з 6,0—7,0 см до вагітності збільшується до 36,0 — 37,0 см наприкінці вагітності. Під час вагітності відбувається збільшення молочних залоз, з'являється ціаноз слизової оболонки піхви, піхвової частини шийки матки.

Збільшується функція щитовидної залози і її об'єм. При цьому збільшується тіроксинзв'язуюча здатність білків плазми. Тиреоїдний гормон впливає на обмін речовин, зріст і морфологію тканин, нервову систему, серце, кровообіг, імунологічні реакції. У зв'язку з вагітністю відбуваються зміни в наднирниках: збільшується утворення глюкокортикоїдів, які регулюють вуглеводний і білковий обмін, а також мінералокортикоїдів, які регулюють мінеральний обмін. З діяльністю наднирників зв'язано збільшення в крові холестерину та інших ліпідів, посилення пігментації шкіри при вагітності. Взаємодія гормонів наднирників і АКТГ сприяє створенню високого тону органів і тканин вагітної до початку пологів.

Фізіологічні зміни з боку серцево-судинної системи при вагітності пов'язані з розвитком, ростом, травленням плода, збільшенням об'єму циркулюючої крові на 40—50%, збільшенням загальної ваги вагітної на 10—12 кг (щотижнево на 300—350 г після 20 тижнів), виникненням нового плацентарного ланцюга великого кола кровообігу, змінами всіх видів обміну речовин, функції ендокринного апарату, центральної нервової системи. З прогресуванням вагітності навантаження на серцево-судинну систему збільшується і стає найбільше вираженим в 28—32 тиж. і в пологах. Збільшується хвилинний об'єм серця і змінюється частота пульсу (до 80—100 ударів за 1 хвилину). Високе розташування діафрагми зменшує життєвий об'єм легенів і змінює кровообіг в малому колі, що викликає зміщення осі серця. Серце частіше приймає горизонтальне положення. У деяких жінок виникає функціональний систолічний шум на верхівці серця, над легеневою артерією. В процесі пологів можливі порушення серцевого ритму. При збільшенні тону парасимпатичної нервової систем зв'являється брадикардія.

Під впливом гормонів вагітності і анатомічних змін дихання у вагітних стає частішим (до 20—22—х дихальних рухів за 1 хвилину), газообмін посилюється, але відмічаються застоїні явища в гортані і слизовій оболонці бронхів, що посилює ризик розвитку респіраторних захворювань у вагітних.

### ОСОБЛИВОСТІ СИМУЛЯЦІЙНОГО НАВЧАННЯ В ПІСЛЯДИПЛОМНІЙ ОСВІТІ ЛІКАРІВ З МЕДИЦИНИ НЕВІДКЛАДНИХ СТАНІВ

*Яковцов І.З., Загуровський В.М., Огієнко Л.Ф., Кулік В.С., Мустафа В.І.  
Харківська медична академія післядипломної освіти, м. Харків*

**Вступ.** Симуляційне навчання є основною та невід'ємною частиною навчального процесу в підготовці фахівців з медицини невідкладних станів.

Саме воно надає можливість безпечного оволодіння та вдосконалення всіх, необхідних в роботі, компетенцій та навиків, моделювання надзвичайних ситуацій та командної роботи в них.

Секреція шлунку та кишечника нормальна, шлунок зміщується маткою, яка росте догори і назад, кишечник відтісняється від передньої черевної стінки, у деяких вагітних спостерігається гіпотонія нижнього відділу кишечника, що супроводжується закрепамі. Навантаження на печінку у вагітних зростає, але функція її не порушена.

В нервовій системі відбуваються важливі зміни. В перші місяці вагітності і в кінці її відбувається падіння збудливості кори головного мозку. Під час всієї вагітності знижена збудливість спинного мозку і рецепторів матки, що забезпечує інертність матки і нормальний перебіг вагітності. До початку пологів зростає збудливість ретикулярної формації, підкоркових структур головного мозку, спинного мозку, рецепторів матки. Вказані зміни сприяють настанню пологів. Під час вагітності відбуваються зміни тону вегетативної нервової системи, в зв'язку з чим іноді виникають зміни смаку і нюху, нудота, поява слинотечі, запаморочення голови.

Фізіологічній вагітності властиві виражені зміни в сечовидільній системі. Сечоводи збільшуються до 20—30 см, петлоподібно згинаючись. Знижується тону і скорочувальна здатність м'язів малих чашочок, ниркових мисок і сечоводів, які значно розширюються, об'єм ниркових мисок збільшується з 50 до 100 мл. Діяльність сечовивідних шляхів починається в першому триместрі вагітності, досягаючи максимуму до 32—34 тижнів вагітності. Іноді виникає нефроптоз, більш виражений справа. Ці функціональні зміни здатні визвати біль у ділянці нирок, привести до утворення пієлонефриту. В першому триместрі вагітності посилюється нирковий кровообіг з 1100 мл/хв до 1500 мл/хв, а потім поступово зменшується. Перед пологами він стає менше 1000 мл/хв. Нирки приймають участь в підтримванні кислотно-лужного балансу в організмі.

З ранніх термінів вагітності спостерігається розширення грудної клітини. В лонних кістках, клубово-куприкових з'єднаннях з'являється нова хрящова і кіскава тканина. Дуже рідко під час вагітності виникає акромегалічний синдром (збільшення розмірів кінцівок, нижньої щелепи т.і.). При збільшенні живота вагітної маткою хребет випрямляється, плечі і потилиця відкидаються назад, з'являється малорухомість тазостегнових суглобів. Напруга при ході та стоянні є причиною поперекового болю. Практичне значення має серозне просочення і розрихлення суглобових зв'язок, симфізного хрящу та синовіальних оболонок, клубово-куприкових з'єднань. Збільшення рухомості суглобів тазу дозволяє збільшити істинну кон'югату в пологах. Розходження лону до 0,5 см вважається фізіологічним. Черевна стінка у зв'язку зі збільшенням вагітної матки, поступово розтягується. При значному розтягненні у недостатньо еластичної шкіри з'являються «рубці вагітності», які утворюються внаслідок розходження з'єднувальних і еластичних елементів шкіри.

Фізіологічні зміни під час вагітності не потребують лікарського втручання, але сімейний лікар повинен своєчасно виявити патологічні зміни і скерувати вагітну до фахівця.

**Мета дослідження.** Дослідити можливості використання симуляційного навчання в умовах удосконалення практичних навиків з надання невідкладної медичної допомоги.

**Матеріали та методи дослідження.** Дослідження проводилось шляхом спостереження, експериментального відпрацювання та узагальнення одержаних результатів у співставленні з загально прийнятими нормативами та положеннями.

**Результати дослідження.** Не викликає ніякого сумніву те, що основний тягар набуття необхідних компетенцій в підготовці фахівців з медицини невідкладних станів лягає на плечі післядипломної освіти. Основним, а, в деяких випадках — єдиним методом навчання та відпрацювання цих компетенцій є симуляційне навчання. Воно дозволяє освоїти ті навички та маніпуляції, які несуть у собі загрози для хворого і не можуть бути багаторазово повторювані, що унеможливує їх навчання в процесі надання допомоги хворим та постраждалим. На всіх етапах післядипломної освіти при підготовці фахівців, як з медицини невідкладних станів, так і суміжних спеціальностей, кафедра широко використовує симуляційні методи навчання. Основними є відпрацювання практичних навичок, вмінь на базі тренажерів та симуляторів навчально-тренінгового центру, основною базою якого є кафедра. Комплектація та технічне забезпечення центру дозволяє проводити відпрацювання всього переліку практичних навичок, які повинні освоїти фахівці. Є два аспекти, які досягаються при цьому. Перше, це засвоєння нових для кожного спеціаліста, компетенцій; друге — регулярне повторення (тренування) уже засвоєного матеріалу, для запобігання їх згасання. Наступним напрямком є використання методики «віртуального пацієнта» в підготовці. Ця методика, як у простому, так і розгалуженому варіантах, дозволяє ефективно, в режимі

реального часу, формувати навички клінічного мислення, діагностики, диференціації та прогнозування, підбору адекватного набору лікувальних заходів для кожного конкретного випадку. Вона може використовуватись як для навчання, так і сертифікації спеціаліста. Інтегруючим, вказані вище, методи навчання, є метод ролевих ігор. Використовуючи різні варіанти ролевих ігор, слухачі мають можливість засвоїти роботу в команді, знаходити своє місце у відповідності до зміни обставин, прогнозувати розвиток подій та бути готовими до реагування на різноманітні ситуації. Особливо незамінним є симуляційне навчання для попередження згасання компетенцій і навичок, які досить рідко застосовуються в повсякденній роботі. Тут слід зазначити необхідність постійного тренування прийомів життєзабезпечення фахівцями суміжних спеціальностей. Таким чином, симуляційне навчання є невід'ємною складовою підготовки фахівців.

**Висновки.** Симуляційне навчання в післядипломній освіті лікарів є способом, який дозволяє постійно забезпечувати належний рівень підготовки спеціалістів.

Він дозволяє: а) підтримувати високий рівень уже засвоєних компетенцій; б) успішно відпрацьовувати нові та удосконалювати засвоєні компетенції; в) стимулювати навички клінічного мислення та роботу в командах і колективах.

## МЕДИКО-САНІТАРНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ПОСТРАЖДАЛИХ ПРИ АВАРІЯХ НА АЕС

*Яцина Г.С., Курсов С.В., Загуровський В.М.*

*Харківська медична академія післядипломної освіти*

*Кафедра медицини невідкладних станів та медицини катастроф*

**Вступ.** Успіх медичного забезпечення постраждалих при аваріях на АЕС залежить від чіткого виконання основних організаційних принципів, а саме: організації аварійно-рятувальних робіт, використання існуючої бази лікувально-профілактичних заходів, проведення маневру наявних сил і засобів та забезпечення принципів послідовності лікування постраждалих на етапах медичної евакуації.

**Метою** написання цієї роботи є теоретична підготовка з питань надання невідкладної медичної допомоги постраждалим внаслідок радіаційних аварій.

**Матеріали і методи.** Основними організаційними принципами надання невідкладної медичної допомоги постраждалим при аваріях на АЕС є:

- використання існуючої бази лікувально-профілактичних установ органів охорони здоров'я й інших відомств;
- організація й проведення маневру наявними силами й засобами;
- забезпечення принципів послідовності лікування постраждалих на етапах медичної евакуації.

Успіх ліквідації медико-санітарних наслідків радіаційних аварій забезпечується:

- своєчасним оповіщенням працівників об'єкта й населення прилягаючих територій про радіаційну небезпеку й необхідність вживання заходів для обмеження можливого опромінення;
- здатністю медичного персоналу медико-санітарної частини (МСЧ) об'єкта й установ охорони здоров'я району забезпечити діагностику радіаційного ураження й надання невідкладної медичної допомоги постраждалим;
- своєчасним (у перші години) прибуттям у зону ураження спеціалізованих бригад;
- наявністю чіткого плану евакуації постраждалих у спеціалізований радіологічний стаціонар;
- готовністю спеціалізованого радіологічного стаціонару до прийому й лікування постраждалих;
- готовністю системи охорони здоров'я (у тому числі служби «Медицини катастроф» місцевого й територіального рівня) до медико-санітарного забезпечення постраждалого населення.

У вогнищі ураження відразу ж після виникнення аварії до лікарська й перша лікарська допомога постраждалим нада-

ється медичним персоналом аварійного об'єкта, а також прибуваючими бригадами швидкої медичної допомоги. Основним завданням у цьому періоді є виведення (вивезення) постраждалих із зони аварії, проведення необхідної спеціальної обробки, їх розміщення, залежно від умов, у МСЧ або інших пристосованих приміщеннях і надання їм невідкладної медичної допомоги.

Відповідно, при надходженні інформації про аварію, в стаціонарі МСЧ розгортають спеціальне приймальне відділення й організують прийом постраждалих з урахуванням необхідності їм екстреної госпіталізації. У ньому проводяться наступні заходи:

- надання невідкладної медичної допомоги постраждалим;
- розподіл потоків осіб з радіоактивним забрудненням й осіб, що пройшли дозиметричний контроль і санітарну обробку;
- загальне медичне й радіометричне обстеження;
- продовження профілактики інкорпорації радіонуклідів;
- продовження первинного медичного сортування й реєстрації;
- визначення ступеня внутрішньої й зовнішньої контамінації постраждалих за допомогою прямої радіометрії, біофізичних методів, лічильника випромінювання людини.

Питання про направлення постраждалих у спеціалізовану клініку вирішується після одержання інформації про число уражених і залучених в аварію та характер і тяжкість передбачуваних променевих уражень на основі даних первинного медичного сортування.

При значному числі постраждалих визначають черговість їхнього направлення в стаціонар:

- постраждалих з важкими променевими або комбінованими ураженнями евакуюють машинами швидкої медичної допомоги;
- постраждалі з помірною й середньою тяжкістю первинної реакції на зовнішнє опромінення не мають потреби в медичному супроводі й можуть бути вивезені звичайним транспортом.

**Висновки.** В умовах великої аварії невірна оцінка радіаційної обстановки та несвоєчасна організація й проведення комплексу захисних заходів можуть привести до значних негативних наслідків для здоров'я населення в майбутньому.

Основними принципами організації та проведення захисних медичних заходів є недопущення гострих (соматодетер-

міністичних) ефектів опромінення та максимальне зниження віддалених (соматостохастичних) ефектів.

## ВПЛИВ МАЛИХ ДОЗ ІОНІЗУЮЧОГО ВИПРОМІНЮВАННЯ НА ОРГАНІЗМ ЛЮДИНИ

Яцина Г.С., Яковцов І.З., Загуровський В.М.

Харківська медична академія післядипломної освіти  
кафедра медицини невідкладних станів і медицини катастроф

**Вступ.** У результаті Чорнобильської катастрофи виникли цілі регіони з підвищеним рівнем радіоактивності, у яких дорослі й діти, протягом всього життя можуть піддаватися хронічному опроміненню в малих дозах, тому сімейним лікарям потрібно звертати увагу на можливі наслідки хронічного впливу малих доз.

**Мета.** На сучасному етапі радіаційний фактор займає велике місце серед причин, що негативно впливають на стан здоров'я людей, тому підготовка лікарів з питань впливу малих доз іонізуючого опромінення дозволить мінімізувати медико-санітарні наслідки радіаційних аварій.

**Матеріали і методи.** У цей час існує дві точки зору на ці наслідки. Відповідно до однієї з них, небезпека від впливу малих доз гіперболізована: людьми рухає страх, радіофобія й велика роль стресу, а захворюваність й інші наслідки статистично не відрізняються від інших регіонів.

З іншої сторони багато фахівців припускають, що спостережувані генетичні ефекти в соматичних клітинах, ураження щитовидної залози, імунodefіцити, лейкози й інші захворювання так чи інакше пов'язані з наслідками Чорнобильської катастрофи. Через те, що чітко не визначено, які дози слід вважати малими, спостерігається розбіжність у кількісних значеннях доз, котрі відносять до малих. Найчастіше, ґрунтуючись на довірливих припущеннях, під малими розуміють дози, кількісні значення яких не більше ніж на один-два порядки перевищують значення доз, зумовлених природним рівнем опромінення.

Під впливом іонізуючого випромінювання в малих дозах індукується низка ефектів, які не спостерігаються при опроміненні в більших дозах.

Так само, як і за великих доз опромінення, під впливом малих доз проявляються стохастичні й детерміністичні ефекти.

*Соматодетерміністичні прояви опромінення* залежать від індивідуальної дози опромінення й мають граничний характер, тобто вони неминуче виникають у даного індивідуума при досягненні дози опромінення певного граничного порогу.

*Соматостохастичні ефекти* — безпорогові ефекти радіаційного впливу й відносяться до пізніх, більш віддалених проявів опромінення. Серед них розрізняють новоутворення й спадкові ефекти — у їхніх нащадків.

## ДИСПАНСЕРИЗАЦІЯ ОСІБ, ЯКІ ПОСТРАЖДАЛИ ВНАСЛІДОК РАДІАЦІЙНИХ АВАРІЙ

Яцина Г.С., Яковцов І.З., Загуровський В.М.

Харківська медична академія післядипломної освіти  
кафедра медицини невідкладних станів і медицини катастроф

**Вступ.** У лютому 1991 р. був прийнятий закон України «Про статус і соціальний захист громадян, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи», яким передбачена їх обов'язкова диспансеризація. Для обліку диспансеризації, аналізу й оцінки стану здоров'я постраждалого населення, обґрунтування напрямків профілактики, оцінки впливу радіаційного чинника диспансерні медичні обстеження мають проводитися щорічно.

Цей закон ґрунтується на основних положеннях реалізації конституційного права громадян на охорону життя та здоров'я і створює єдиний порядок визначення категорій та зон радіоактивного забруднення територій, умов проживання і трудової діяльності та соціального захисту потерпілого населення.

З метою найбільш ефективного розв'язання проблем медико-соціального забезпечення певних осіб в Україні діє Дер-

в залежності від поглинутої дози випромінювання та індивідуальних особливостей організму викликані зміни можуть носити зворотний або незворотний характер. При незначних дозах опромінення уражені тканини відновлюються. Тривалий вплив доз, які перевищують гранично допустимі межі, може викликати незворотні зміни в окремих органах або у всьому організмі й виразитися в хронічній формі променевої хвороби. Віддаленими наслідками променевого ураження можуть бути променеві катаракти, злоякісні пухлини.

При вивченні дії на організм людини іонізуючого випромінювання були виявлені такі особливості:

— висока руйнівна ефективність поглинутої енергії іонізуючого випромінювання (навіть дуже мала його кількість може спричинити глибокі біологічні зміни в організмі);

— присутність прихованого періоду негативних змін в організмі (він може бути досить довгим при опроміненні у малих дозах);

— малі дози можуть підсумовуватися чи накопичуватися;

— випромінювання може впливати не тільки на даний живий організм, а й на його нащадків (генетичний ефект);

— різні органи живого організму мають певну чутливість до опромінення (найбільш чутливими є: кришталік ока, червоний кістковий мозок, щитовидна залоза, внутрішні (особливо кровотворні) органи, молочні залози, статеві органи);

— різні організми мають істотні відмінні особливості реакції на дози опромінення (за інших однакових умов що молодший та що старший організм людини, то тяжче він переносить опромінення);

— ефект опромінення залежить від частоти впливу іонізуючого випромінювання (одноразове опромінення у великій дозі спричиняє більш важкі наслідки, ніж розподілене у часі).

**Висновки.** Як бачимо, попри різні визначення поняття малих доз, під ними розуміють такі значення доз опромінення, за яких рееструються радіобіологічні ефекти переважно нелетального характеру.

Проблема біологічної дії малих доз іонізуючого випромінювання залишається надзвичайно важливою з огляду на необхідність достовірної оцінки ступеня небезпеки малих доз для здоров'я людини й унормування дозових навантажень.

жавний реєстр (ДР) (єдина інформаційна система) із соціологічним, дозиметричним і медичним підреєстрами. Головними його завданнями є здійснення контролю за станом здоров'я й вивченням найближчих та віддалених медичних наслідків Чорнобильської катастрофи.

**Матеріали і методи.** Постраждали особи підлягають щорічному медичному обстеженню (диспансеризації) і санаторно-курортному лікуванню.

У державі існують дві різні класифікації потерпілих. Перша класифікація — соціальна. Вона використовується на правовому і законодавчому рівнях, у державній статистиці та Національних програмах. Відповідно до законодавства, громадян, які причетні до наслідків аварії на ЧАЕС, називають постраждалими і ділять на дві групи:

I група — учасники ліквідації наслідків аварії;

II група — потерпілі (включаючи дітей).



Друга класифікація — медична. Згідно з нею громадяни, пов'язані з наслідком аварії, відносяться до осіб, які підпали під вплив радіації. Вони діляться на чотири групи первинного обліку:

I група — особи, які брали і беруть участь у роботах з ліквідації аварії або її наслідків у контрольній зоні;

II група — особи, які підлягають евакуації або самостійно покинули зони евакуації;

III група — особи, які проживають на територіях нагляду, встановлених у директивному порядку, або проживали там після аварії, перебували на диспансерному нагляді, а потім переїхали в іншу місцевість.

IV група — діти, які народилися від осіб, віднесених до I — III груп нагляду.

Цільова диспансеризація осіб, які постраждали внаслідок радіаційних аварій, — це комплексний метод лікувально-профілактичних заходів щодо динамічного нагляду за станом здоров'я з метою виявлення та попередження захворювань, пов'язаних із багатофакторним впливом наслідків Чорнобильської катастрофи, зниження загальної захворюваності, втрати працездатності та смертності.

Диспансеризація контингентів здійснюється в установлених обов'язкових обсягах. Додаткові обстеження та консультації призначають згідно із клінічними показниками. У разі підозри на наявність радіаційної патології або при нетиповому протіканні загальносоматичного захворювання на тлі радіаційного впливу, хворого направляють для обстеження

у спеціалізовані заклади (обласні диспансери, НДІ рентгено-радіології, Центр радіаційної медицини). При проведенні обстеження потерпілого необхідно приділити увагу сімейному анамнезу, ендемічності місцевості постійного проживання стосовно зобу, хворобам, які були перенесені до і після аварії та змінам у їх клінічному перебігу. Необхідно виявити нахил до гіпотонії, онкологічних, гематологічних, генетичних захворювань та патології щитовидної залози, у жінок звернути увагу порушення менструального циклу. За наявності підстав особи із цих контингентів забезпечуються медичною допомогою в першу чергу. При виявленні ознак захворювання в цих категоріях потерпілих лікувальні заходи проводять у спеціалізованих закладах (гематологічних, онкологічних, ендокринологічних та ін.), на які покладено головне завдання — надання медичної допомоги контрольованому контингенту. У разі необхідності хворих направляють в інші спеціалізовані лікувальні заклади.

**Висновки.** Роботу сімейних лікарів, які працюють з постраждалими внаслідок аварій на ЧАЕС, потрібно побудувати таким чином, щоб мінімізувати медико-санітарні наслідки радіаційної аварії, особливо приділяючи увагу зниженню безпорогових ефектів радіаційного впливу, які відносяться до більш віддалених проявів опромінення (лейкози та новоутворення).

При проведенні диспансеризації особливу увагу потрібно приділяти постраждалим дітям, тому що проблема їх здоров'я дуже складна, багатопланова й багатогранна.

## FAMILY PHYSICIANS' CONTINUOUS PROFESSIONAL DEVELOPMENT IN THE CONTEXT OF HEALTHCARE REFORM

*Kasyanova O.M., Shvetsova H.A., Andreiko Ya.V., Dolhopol O.O., Razumna A.H., Ziuzko V.V.  
Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education*

**Introduction.** Acceptance of the resolution of the Cabinet of Ministers «On Approval of the Regulation on the system of continuous professional development of specialists in the field of healthcare» (March 28, 2018) will determine the need for a general practitioner (family medicine) to maintain or improve standards of professional activity in accordance with the needs of the health care system throughout the all period of his professional activity.

This, in turn, provides the implementation of the concept of continuous education, which is understood not only as lifelong learning, but also as a life-wide learning and emphasizes the diversity of types of education that accompany any sphere of life of a modern person — formal, non-formal, informal.

**The purpose** of this scientific research is to highlight the possibilities of increasing the professional competence of family doctors, depending on the social and personal significance of educational needs and the possibilities of their satisfaction with various types of education.

**Materials and methods.** Today, three sub-systems of adult education are singled out: formal as a whole of components and institutions (educational institutions of different levels, institutions, training centers), training in specialized programs) and provides receiving diplomas and certificates; non-formal as any educational activity that is organized beyond the formal education and complements it provided by official institutions and educational institutions or public organizations (clubs, circles, associations), providing the acquisition of the skills and abilities necessary for adapting a person in the modern society and usually not accompanied by receipt of the document; informal as an unplanned, based on experience, incidental learning, individual cognitive activity, universal (network) learning, which is part of everyday life and is not necessarily a conscious action or purposeful character (through the media, networks, social groups, cinema, video -, Internet resources, etc.).

To ensure the family doctors' professional development according to formal, non-formal and informal education it should to observe certain principles in the training organization. They are the principle of connection with the practice of professional activity, self-development, the optimal combination of individual and collective forms of educational and cognitive activity, informality, the principle of belief in the ability, a specialist's experience and responsibility.

The importance of using various types of education for the family doctors' professional development can be considered in three sides. The first one is for specialist. It is a possibility of self-improvement and self-development, an optimal combination of freedom and responsibility, the independent choice of time, place and duration of learning.

The second one is for medical education and the healthcare system. It is an opportunity of fast changeover, flexible response to needs of labor market and educational services, satisfaction of requirements of experts, employers, society, the addition of educational proposals, the learners' increasing motivation and their personal interest. The third side is for society. It means encouragement of the development of civil society, democratization, social activity and leadership.

**Results.** The balance between different types of education in the family doctors' professional development will ensure, firstly, acquisition by the specialist of ability to be the subject of the professional development; secondly, the development of special abilities, skills and personal characteristics regarding self-reliance in the search and assimilation of new knowledge and new professional experience; thirdly, gaining flexibility and dynamism of professional thinking.

**Conclusions.** The family doctors' continuous professional development by means of different types of education requires a proper information and methodical content.

## МОЖЛИВОСТІ ПРОГНОЗУВАННЯ РИЗИКУ РОЗВИТКУ ТУБЕРКУЛЬОЗУ У МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ

Зайков С.В., Литвинюк О.П., Міхей Л.В., Веселовський Л.В.

Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика  
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

На сьогоднішній день в Україні відмічається досить високий рівень захворюваності на туберкульоз (ТБ), хоча за останні декілька років ситуація почала дещо стабілізуватися. При цьому показник захворюваності на ТБ медичних працівників (МП) також залишається достатньо високим. Враховуючи високий рівень поширеності та виражену соціальну значимість проблеми ТБ у МП, вкрай актуальною є прогнозування ризику розвитку захворювання у МП за допомогою методів математичної статистики.

З метою визначення факторів, які могли сприяти у розвитку ТБ у МП проаналізовано матеріали медичної документації 131 МП, які захворіли на ТБ. За допомогою дисперсного факторного аналізу впливу різних чинників (сумарний вплив групи факторів) на ризик розвитку ТБ у МП з'ясовано, що найбільший вплив на ризик розвитку ТБ у МП мали професійні (робота на посаді середнього / молодшого медперсоналу, місце роботи в протитуберкульозному закладі (ПТЗ), стаж роботи до 5 років) — 30,2 та соціальні (вживання алкоголю щотижня, тютюнопаління) фактори — 9,1, менше впливали медичні (цукровий діабет, хронічні неспецифічні захворювання дихальної системи та захворювання травної системи) — 8,4 та особливо біологічні (вік, стать) фактори — 1,1. При цьому найбільше сприяли розвитку ТБ у МП такі фактори як робота в ПТЗ (сила впливу 17,54), вживання алкоголю щотижня (13,87) та робота на посаді молодшого медперсоналу (13,5). Незначний вплив на ризик розвитку ТБ у МП мали біологічні фактори (жіноча стать та вік до 35 років).

За допомогою математичних методів обробки даних сформовано алгоритм прогнозування ризику розвитку ТБ у МП, що наведений на рисунку, згідно якого кожен працівник може бути віднесений до високої, середньої або низької групи ризику. Для визначення ризику розвитку ТБ у МП слід розрахувати суму сил впливів кожного з факторів ризику і порівняти

її з даними розробленого графічного алгоритму визначення ризику розвитку ТБ у МП (рисунк). Якщо вищезазначена сума дорівнює  $0,01 \times P \times 5,0$ , то ризик розвитку ТБ є низьким,  $5,01 \times P \times 15,0$  означає середній ризик розвитку ТБ, а  $P > 15,01$  вказує на користь високого ризику розвитку захворювання. При цьому алгоритм може бути використаний для оцінки ризику розвитку ТБ при працевлаштуванні МП, а також з метою його оцінки для вже працюючих у медичній галузі осіб.

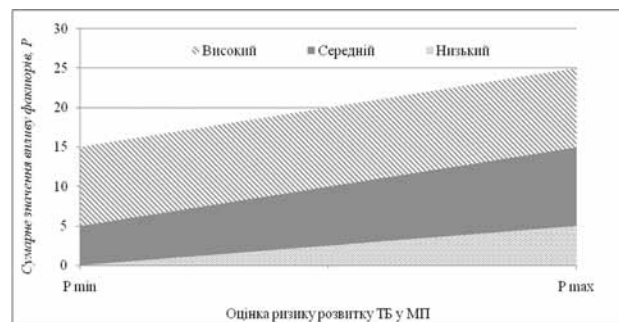


Рис. Графічний алгоритм прогнозування ризику розвитку ТБ у МП за сумарним значенням сили впливу різних факторів

Таким чином, отримано вірогідні результати для розрахунку ризику розвитку ТБ у МП, використовуючи декілька методів статистичного аналізу: одно- та багатфакторний дисперсійний аналіз, оцінку коефіцієнта детермінації, кореляційний аналіз (критерії Стюдента, Фішера, критерії лінійної кореляції з оцінкою по шкалі Чеддока), регресійний аналіз, дискримінантний аналіз та метод математичного співвідношення. Це підтверджує можливість використання такого підходу для прогнозування ризику розвитку ТБ у МП та отримання максимально достовірного результату.

## СИТУАЦІЯ З ТУБЕРКУЛЬОЗУ СЕРЕД МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ ВІННИЦЬКОЇ ОБЛАСТІ

Зайков С.В., Литвинюк О.П., Міхей Л.В., Веселовський Л.В.

Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика  
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

В умовах економічної та соціальної кризи в Україні найбільш незахищеними виявилися працівники бюджетної сфери, в тому числі медичні працівники (МП), які за родом своєї професійної діяльності є не тільки одним з найбільш вразливих контингентів в плані розвитку туберкульозу (ТБ), але також представляють і епідеміологічну небезпеку для своїх пацієнтів і колег у разі розвитку захворювання. Так, захворюваність МП протитуберкульозних закладів (ПТЗ) України на всі форми активного ТБ за період 2007-2014 рр. зростає на 43,0 % і становить 24,6 на 10 тис. населення, що свідчить про недостатній інфекційний контроль в ПТЗ та профілактику захворювання на ТБ МП

У зв'язку з цим вивчена ситуація з ТБ серед МП Вінницької області. Так, в 2007-2015 рр. захворюваність на ТБ МП області була нижчою, ніж захворюваність населення (в середньому 48,7 на 100 тис. МП проти 58,9 на 100 тис. населення). Захворюваність на легеневий ТБ серед МП також виявилася нижчою, ніж серед населення (в середньому 42,8 на 100 тис. МП проти 51,7 на 100 тис. населення), а на позалегеновий ТБ — вищою, ніж серед населення (в середньому 5,9 на 100 тис. МП проти 4,9 на 100 тис. населення).

Показники захворюваності МП ПТЗ були в 16,1 рази вище, ніж захворюваність всіх МП, і в 13,3 рази перевищили такі для населення, що свідчить про дуже тривожну ситуацію з дотриманням вимог інфекційного контролю у лікувально-профілактичних закладах області і особливо у закладах фтизіатричного профілю.

Структура випадків ТБ у МП та населення Вінницької області була майже ідентичною ( $p > 0,05$  для всіх випадків), оскільки серед МП регіону реєструвався і 81,7 % випадків вперше діагностований ТБ та 18,3 % випадків його рецидиву, а серед населення області — в 79,4 % та 20,6 % випадків відповідно. Деструктивні форми ТБ мали місце в 47,0 % МП проти 50,3 % випадків серед населення, а форми ТБ з бактеріовиділенням — у 57,0 % та у 54,9 % осіб, але мультирезистентний ТБ у МП виявлявся рідше, ніж серед населення (8,9 % проти 15,4 % випадків,  $p < 0,01$ ) області.

У структурі захворюваності МП на ТБ переважали представники середнього (55,7 %) та молодшого (27,5 %) медичного персоналу над лікарями (16,8 % випадків), жінки (87,8 %) над чоловіками (12,2 % випадків), особи віком до 35 років (54,2 %) над особами від 36 до 60 років (44,3 %), МП зі стажем роботи до 5 років (55,0 %), особливо у ПТЗ (69,5 % випадків), жителі міської над мешканцями сільської (57,3 % проти 42,7 % випадків) місцевості.

Для клінічного перебігу ТБ у МП характерним стали більш сприятливий перебіг захворювання, оскільки у них порівняно з населенням рідше спостерігалися виражені порушення фізикальних даних та лабораторних показників крові (лейкопенія, збільшення вмісту ферментів печінки, гіпопротеїнемія).

Важливо, що результати лікування МП з вперше діагностованим ТБ легень виявилися кращими, ніж у населення, оскільки показники припинення бактеріовиділення (94,6 % проти 88,9 % випадків) в терміни  $(1,8 \pm 0,3)$  місяців проти

(2,4 ± 0,7) місяців, закриття порожнин деструкції (97,6 % проти 89,4 % випадків) в терміни (5,7 ± 0,7) місяців проти (6,3 ± 0,8) місяців та ефективного лікування (97,0 % проти 82,4 % випадків) після закінчення основного курсу антимікробактеріальної терапії були вищими, а частота рецидивів

ТБ у МП — нижчою (13,9 % проти 20,6% випадків), ніж у населення області. Таким чином, професійно-зумовлений ТБ продовжує складати серйозну проблему для країни, яка потребує відповідного вирішення з боку керівників держави та системи охорони здоров'я.

### ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ ПРОБІОТИЧНИХ ЗАСОБІВ НА ОСНОВІ ЛАКТОБАКТЕРІЙ У ПАЦІЄНТІВ З СИНДРОМОМ ПОДРАЗНЕНОГО КИШЕЧНИКА ІЗ ЗАКРЕПАМИ

Сергієнко О.І., Журавльова В.Д., Точилівська Л.М., Серікова І.О.  
Харківська медична академія післядипломної освіти

Зміни кишкової мікробіоти в теперішній час розглядають як одну з важливих причин порушень функцій товстої кишки, у зв'язку з чим відновлення еубіозу є патогенетично обґрунтованою складовою лікування хворих на функціональні захворювання кишечника. При виборі пробіотичного засобу враховується склад препарату та клінічна форма розладу. Нами проаналізована ефективність застосування пробіотичних засобів на основі лактобактерій у 48 пацієнтів з синдромом подразненої кишки із закрепом. Всім хворим призначалось лікування згідно рекомендаціям IV Римського консенсусу та 40 пацієнтів протягом місяця отримували високодозований пробіотик: 20 хворих — пробіокс, до складу якого входять *Lactobacillus acidophilus* 0,3 x 10<sup>9</sup> КУО, *Lactobacillus rhamnosus* 3,0 x 10<sup>9</sup> КУО, *Lactobacillus paracasei* 2,7 x 10<sup>9</sup> КУО, інші лактобактерії і *Streptococcus thermophiles* — 6,0 x 10<sup>6</sup> КУО; 20 хворих отримували пробіс, до складу якого входять *Lactobacillus acidophilus* 2,0 x 10<sup>9</sup> КУО, *Lactobacillus rhamnosus* 2,0 x 10<sup>9</sup> КУО, *Lactobacillus casei* 1,0 x 10<sup>9</sup> КУО, інші лактобактерії та *Bifidobacterium bifidum* 1,0 x 10<sup>9</sup> КУО.

Результати спостереження свідчать про позитивний вплив включення вказаних пробіотиків до схем лікування СПК із закрепамі як на клінічні прояви розладу так і на показники фекальної мікрофлори. Вже на 5 день лікування хворі дослід-

них груп відмічали зменшення здуття, зменшення частоти виникнення болю та його інтенсивності за шкалою ВАШ. У 29 (72%) хворих (16 пацієнтів отримували пробіокс та 13 — пробіс) лікування сприяло нормалізації стільця без призначення макроглолю 4000. Зафіксовано достовірне збільшення вмісту лактобактерій (p < 0,05) та зниження умовно-патогенних мікроорганізмів фекальної мікрофлори. Це може бути пов'язано з природним антагонізмом лактобактерій, що містяться в пробіотиках і умовно-патогенною кишковою мікрофлорою хворих.

Лікування хворих на СПК із закрепамі із застосуванням препаратів пробіс та пробіокс супроводжувалось співставним позитивним впливом щодо зменшення клінічних проявів розладу та нормалізації еубіозу (p > 0,05) та мало переваги перед стандартним лікуванням (p < 0,05). Аналогічні результати щодо впливу лактобактерій на симптоматику СПК отримані іншими дослідниками (Giannetti E, Staiano A., 2016).

Таким чином, включення до схеми лікування СПК із закрепамі пробіотичних засобів, що містять лактобактерії, сприяє відновленню мікрофлори товстої кишки і супроводжується поліпшенням травлення і зменшенням клінічної симптоматики розладу.

### SONOGRAPHIC PICTURE OF NECK VESSELS AND STRUCTURE OF THE THYROID GLAND IN PATIENTS WITH COMBINED COURSE OF AUTOIMMUNE THYROIDITIS AND GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASE AMONG YOUNG ADULTS.

Oparin A.A., Yarantseva N.A., Khomenko L.A., Shapovalova O.E.  
Department of Therapy, Rheumatology and Clinical Pharmacology  
Kharkov Medical Academy of Postgraduate Education

There is a tendency in the last decade to an increase in the incidence of gastroesophageal reflux disease (GERD) particularly among young people. GERD symptoms are detected in almost half of the adult population. Up to 40% of residents of industrialized countries note the leading symptom of GERD — a recurring heartburn that significantly reduces the quality of life. At the same time there is an increasing in number of GERD patients with comorbidity.

One of such diseases is autoimmune thyroiditis. Nowadays autoimmune thyroiditis (AIT) is one of the most common diseases among young people. In a significant percentage of cases the main problem of this disease constitutes in delayed and untimely diagnosis. AIT has several common pathogenetic mechanisms with GERD the main of which are thyroid hormones that regulate the processes of secretion and motility of the gastrointestinal tract. Therefore early diagnosis of AIT will help prevent both relapse and formation of GERD.

**The purpose of the research:** Taking into account that one of the most widely used method in the study of the thyroid gland is ultrasound, the purpose of our research was to study the features of regional blood circulation and sonographic picture of the thyroid gland in patients with GERD and concomitant AIT.

**Materials and methods.** For the research we have selected two groups of patients. The first group consisted of 25 patients aged 18 to 25 years suffering from an isolated AIT. The second group included 23 patients aged 19 to 25 years suffering from GERD in combination with AIT. The control group consisted of 15 almost healthy people of the same age and gender. All patients were underwent a comprehensive examination according to the protocols of diagnosis and treatment of GERD and AIT, that included all necessary clinical, laboratory and instrumental methods of investigation. Also patients were underwent ultrasound examination of the neck vessels with color Doppler mapping in particular subcla-

vian, external carotid and thyroid arteries on a ULTIMA pro-30 apparatus (manufactured in Ukraine).

The diagnosis was made according to ICD-10. Statistical processing of data was carried out using the programs Microsoft Excel 2007 and Windows STATISTIKA 6.0.

**Results of the research.** During the conducted researches it was established that among 83% patients of the first group with isolated AIT in the sonographic picture of the thyroid gland were observed fibrous inclusion into the parenchyma, capsule sealing, single extended follicles, and only 17% had multiple extended follicles and areas of reduced echogenicity. While 71% patients of second group had multiple extended follicles and areas of reduced echogenicity. Simultaneously the reduction of the diameter of blood vessels supplying the thyroid gland (although not reliable) came to the fore among the patients of the second group, while the decrease in the rates of blood flow prevailed among the patients of the first group. At the same time an increase of antibodies against thyroid peroxidase in the study of hormonal status was observed in all patients up to 700 U/ml (normal level below 30 U/ml). The level of thyroid-stimulating hormone depended on the stage of autoimmune thyroiditis - hypothyroidism or euthyroidism. Moreover in patients of the second group euthyroidism was detected significantly more often. Wherein it was noted a clear correlation between the features of the sonographic picture of the disease and the indices of thyroid hormones.

#### Conclusions:

1. It was shown that there was a decrease in the diameter of blood vessels supplying the thyroid gland at the same time with more expressed AIT indices in patients with GERD and concomitant AIT;
2. A clear correlation was established between sonographic parameters of AIT, features of the disease pattern and levels of thyroid hormones;
3. The ultrasound method can be used as AIT screening.