

Метою даного дослідження було вивчити коморбідність серцево-судинної патології та ЦД 2-го типу на етапі первинної допомоги.

Були обстежені 40 пацієнтів, хворих на ЦД 2-го типу середнього ступеня тяжкості. У процесі виконання роботи проведені: детальне ретроспективне дослідження анамнестичних даних, даних сімейного анамнезу та даних амбулаторних карток пацієнтів стосовно частоти, поширеності та тривалості дії факторів кардіоваскулярного ризику у хворих на ЦД 2-го типу, опитування за допомогою спеціально розробленого опитувальника, клінічний огляд пацієнтів, вимірювання маси тіла, артеріального тиску (АТ), об'єму талії та стегон, оцінювання результатів аналізів крові, ЕКГ у динаміці (Bioset 6000, Німеччина), використані статистичні методи оброблення результатів.

Обстежено 40 пацієнтів, з яких 21 (52,5%) – чоловіки і 19 (47,5%) – жінки, середній вік яких склав  $59,7 \pm 1,38$  року ( $58,35 \pm 1,96$  року та  $60,5 \pm 1,83$  року відповідно), середня тривалість захворювання на ЦД 2-го типу  $10,62 \pm 1,2$  року. Серед обстежених хворих 31 (77,5%) пацієнт мав підтверджений діагноз

ІХС, в 11 (27,5%) з них виникли ускладнення з боку ССС у вигляді інфаркту міокарда (ІМ). Середній вік, при якому у хворих на ЦД 2-го типу вперше були виявлені клінічні прояви ІХС, становить  $50,37 \pm 1,79$  року. Середній вік розвитку ІМ у хворих на ЦД 2-го типу –  $55,4 \pm 2,19$  року. Середній рівень глюкози крові серед хворих основної групи становив  $10,77 \pm 0,47$  ммоль/л, а середній рівень загального холестерину –  $5,84 \pm 0,2$  ммоль/л. Усі хворі основної групи – 40 (100%) пацієнтів – мали підвищений АТ до виникнення патології ССС. Середній рівень АТ серед усіх хворих на ЦД 2-го типу склав  $161,05 \pm 1,54 / 86,3 \pm 0,86$  мм рт.ст. Як свідчать результати досліджень основної групи, рівень АТ не досягав рекомендованих цільових значень, при цьому вживали гіпотензивні засоби 37 (92,5%) пацієнтів. Гіполіпідемічної терапії (вживання статинів) дотримувалися лише 4 (10%) хворих з основної групи. Серед хворих основної групи, яким була призначена антитромботична терапія, дотримувалися її лише 22 (62,8%) пацієнта.

Отже, коморбідність серцево-судинної патології та ЦД 2-го типу зустрічається у 77,5% пацієнтів, що потребує пошуку більш ефективних підходів до профілактики та лікування цих коморбідних станів на етапі первинної допомоги.

## Становлення нової моделі надання первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини в Україні – не данина моді, а об'єктивна реальність

**Л.Ф. Матюха<sup>1</sup>, Н.Г. Гойда<sup>1</sup>, В.А. Одринський<sup>2</sup>, О.К. Дуда<sup>1</sup>, О.Є. Коваленко<sup>1</sup>, К.О. Надутий<sup>1</sup>, О.Б. Маяцька<sup>1</sup>, О.Б. Тиш<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ

<sup>2</sup>Запорізька медична академія післядипломної освіти

Практика реформування систем охорони здоров'я у світі свідчить, що для здійснення тактичних кроків повинна бути чітко відпрацьована стратегія, визначено ризики. На основі глибокого аналізу роботи медичної галузі міжнародними та вітчизняними експертами встановлено, що низька ефективність первинної медичної допомоги (ПМД) є однією з причин низької очікуваної тривалості життя, високого рівня захворюваності, первинної інвалідності, смертності від захворювань, які можуть бути керованими, а низька доступність, дефіцит кадрового потенціалу та вкрай недостатнє оснащення сприяють нецільовому перевантаженню вищих, більш вартісних рівнів медичної допомоги та екстреної медичної допомоги.

Діагностика і лікування гострих та хронічних захворювань за зверненням пацієнта, епізодична медична допомога за ініціативою (зверненням) пацієнта з фокусуванням на конкретній медичній проблемі, яка вирішується або лікарем первинної допомоги, або часто спеціалістом(-ами) за самозверненням. У прийнятті рішення стосовно лікування має місце, як правило, емпіричний підхід лікаря, який в процесі консультування і прийняття клінічних рішень є головною фігурою. При цьому він обмежений часом консультування, необхідністю вести численні паперові нотатки про скарги пацієнта і надану йому медичну допомогу, а пацієнт виступає як пасивний споживач медичних послуг. Фінансування первинної допомоги залежить від попиту пацієнтів на певні медичні послуги, його постійно бракує, тому стан амбулаторій, їхнє оснащення і забезпеченість медичним персоналом є загально незадовільними. Разом з тим, відповідальність за здоров'я пацієнта несе медичний працівник. Так виглядає загальною звичною і «зрозумілою» для всіх (традиційною) моделлю ПМД.

Реформування системи охорони здоров'я, зокрема її первинної ланки, на засадах сімейної медицини є об'єктивною необхідністю, викликаною станом здоров'я населення Ук-



**Структурно-функціональна модель первинної медичної допомоги**

раїни. Узагальнення світового досвіду ПМД дозволило відпрацювати основні тенденції реформування сучасної моделі ПМД. Вони відображають зміни практично всіх основних компонентів ПМД у прагненні до надання найбільш якісної і одночасно економічно ефективної допомоги населенню у збереженні і відновленні здоров'я.

Таким чином, основою сучасної моделі, до якої ми маємо прийти під час реформування системи, є пацієнт як активний суб'єкт в системі надання медичної допомоги (малюнок) та лікар, який володіє компетенціями стосовно своєї спеціальності. Відпрацювання моделі непросте і потребує часу.