

На етапі надання первинної допомоги лікар загальної практики оцінює дійсно резистентний характер АГ, включаючи такі проблеми, як невиконання вимог щодо модифікації способу життя з відмовою від куріння, обмеженнями солі, алкоголю, зменшення надлишкової маси тіла, нерегулярне вживання антигіпертензивних ліків. Аналізують причини можливої псевдорезистентності при неправильному вимірюванні АТ. Гіпертензія в осіб похилого віку може мати псевдорезистентний характер і бути зумовленою підвищеною жорсткістю атеросклеротично змінених артерій. Виконання проби Ослера у таких пацієнтів є простим і корисним діагностичним тестом. Важливо встановити, чи має пацієнт АГ поза офісом сімейного лікаря. Для цього використовують добуве моніторування АТ та домашнє самостійне вимірювання тиску.

Потрібно максимально раціонально призначати антигіпертензивні препарати, враховуючи особливості патогенезу АГ у конкретного хворого, застосовувати доцільні з точки зору доказової медицини комбінації, використовувати адекватні дози, віддавати перевагу препаратам пролонгованої дії та препаратам з нейтральним та корисним метаболічним

ефектом. Призначене лікування повинно бути проаналізоване з точки зору підбору оптимальних доз – більше 50% від максимально рекомендованої дози або затвердженої для лікування АГ (Egan V.M., et al., 2013). Сімейний лікар звертає увагу також на вживання хворим інших ліків, що можуть порушувати контроль АТ (глюкокортикостероїди, нестероїдні протизапальні засоби, симпатоміметики, трициклічні антидепресанти, інгібітори моноамінооксидази тощо).

Сімейний лікар має виключити найбільш часті клінічні причини резистентної АГ, які зумовлені вторинними АГ (реноваскулярна та ренопаренхіматозна АГ, феохромоцитома, первинний гіперальдостеронізм, синдром Кушинга, тиреотоксикоз, коарктація аорти). При підозрі на вторинний характер АГ хворий з резистентною АГ повинен пройти обстеження та лікування на наступних (вторинному, третинному) етапах надання високоспеціалізованої медичної допомоги.

Основна мета лікування хворого з резистентною АГ на етапі надання первинної медичної допомоги полягає в досягненні цільових рівнів АТ та зменшенні ризику ураження органів-мішеней.

Сучасні підходи сімейного лікаря до збереження та поліпшення здоров'я дітей

Т.М. Бухановська, Л.О. Мальцева

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ
КМУ «Дитяче клінічне територіальне медичне об'єднання м. Макіївки Донецької області»

Медична реформа, на яку суспільство чекало багато років, почала своє існування з першого січня 2012 р. у пілотних регіонах, до яких належить і Донецька область. Основною метою реформування є наближення медичної допомоги до населення та підвищення її якості. Одним з кроків реформи, яка впроваджується на території України в системі охорони здоров'я, є обслуговування дітей лікарями загальної практики. У ході нашого дослідження проаналізовані основні показники здоров'я дитячого населення пілотного регіону (Донецької області) за 2012 р. (перший рік реформування охорони здоров'я) порівняно з попереднім 2011 р.

Відомо, що індикаторами здоров'я є демографічні показники. Перший показник – це народжуваність. Слід відзначити, що за рік існування нової системи охорони здоров'я у Донецькій області цей показник збільшився на 1,5% і становив 10,7‰ проти 9,4‰ у 2011 р. Але й досі він залишається нижчим, ніж по Україні (11,5‰ у 2012 р.).

Найвагомішим важелем впливу на зростання народжуваності вважається виплата грошової допомоги при народжуванні дитини. Однак не менш суттєвим, на нашу думку, є гарантування жінкам, які прагнуть стати матерями, якісного медичного спостереження, надійної і зручної допомоги у разі ускладненого перебігу вагітності.

Реформа амбулаторної ланки в пілотних регіонах передбачає наближення акушерсько-гінекологічної допомоги до населення шляхом удосконалення сімейної медицини. Зокрема, акушери-гінекологи делегують сімейним лікарям частину своїх професійних повноважень стосовно допологового спостереження за вагітними.

Протягом 2012 р. відзначено зменшення на 3,1% смертності серед населення Донецької області (з 16,6‰ у 2011 р. до 16,1‰ у 2012 р.). Позитивним є й динаміка природного руху населення у Донецькій області. Так, у 2012 р. він становив -5,4% проти -6,7% у 2011 р.

Головним індикатором зрілості в країні є показники малюкової смертності. У 2012 р. відзначено зростання цього показ-

ника у Донецькій області на 12% порівняно з 2011 р. Порівняно із загальноукраїнським показником він вище на 30%.

Захворюваність дітей віком від 0 до 14 років життя у Донецькій області за рік реформування зменшилась на 5,4% і у 2012 р. становила 14 093,8 на 10 тис. дитячого населення, проти 14 862,5 на 10 тис. населення у 2011 р. Разом з тим, відзначено зменшення на 2,3% поширеності хвороб серед дітей цієї вікової групи з 20 999,4 у 2011 р. до 20 521,7 у 2012 р.

Якщо серед дітей 0–14 років захворюваність і поширеність хвороб зменшилися, то серед дитячого контингенту 15–17 років відзначено зростання цих показників на 10,6% та 1,4% відповідно.

У 2012 р. відзначено зменшення рівня диспансеризації дитячого населення на 13,2%, який протягом першого року реформування галузі охорони здоров'я становив 626,0 на 10 тис. дитячого населення проти 708,6 у 2011 р. Це, насамперед, зумовлено незадовільним кадровим забезпеченням як лікарями-педіатрами, так і вузькими фахівцями педіатричного профілю. Так, укомплектованість лікарями-педіатрами у 2012 р. становила 67,8%, що на 2,2% нижче рівня 2011 р.

Рівень дитячої інвалідності у 2012 р. становив 186,7 на 10 тис. дитячого населення проти 209,2 – у 2011 р. Проте незважаючи на його зниження цей показник залишається значно вищим, ніж по Україні. Також відзначено зниження на 8,8% показника первинної інвалідності дитячого населення.

Аналізуючи показники здоров'я дитячого населення пілотного регіону за 2012 р. області треба відзначити, що у Донецькій спостерігається зростання показника народжуваності, зменшення захворюваності та поширення хвороб серед дітей віком 0–14 років.

Натомість негативними моментами є: зростання малюкової смертності на 1,5%, збільшення захворюваності та поширення хвороб серед дітей 15–17 років, зменшення кількості лікарів-педіатрів та фахівців педіатричного профілю і, як результат, зниження рівня диспансеризації дитячого населення, не вирішення організаційних моментів з урегулювання прийому дітей сімейними лікарями.