

## Удосконалення диспансерного нагляду пацієнтів з використанням медичної інформаційної системи «ЕСКУЛАП»

О.Л. Зюков, Л.О. Луганська, М.В. Безугла

ДНУ «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» Державного управління справами, м. Київ

Основні напрямки і механізми проведення диспансерного нагляду регламентовані Наказом Міністерства охорони здоров'я України №728 від 27.08.2010 р., проте їхня реалізація на етапі первинної медичної допомоги потребує комплексного підходу, зокрема залучення сучасних інформаційних технологій.

Метою роботи було вдосконалення існуючої системи диспансеризації прикріплених до ДНУ «НПЦПКМ» ДУС пацієнтів шляхом введення Електронної медичної картки пацієнта.

Матеріалами слугувала нормативно-директивна і медико-санітарна документація щодо етапу первинної медико-санітарної допомоги. Задіяно методи спостереження, організаційного проектування інформаційних систем.

Для підвищення ефективності медичної допомоги, забезпечення своєчасності її надання та достовірності статистичної інформації з 2008 року у ДНУ «НПЦПКМ» ДУС запроваджено єдиний електронний реєстр пацієнтів на базі медичної інформаційної системи «ЕСКУЛАП», однією зі складо-

вих якої є підсистема «Диспансеризація».

Підсистема «Диспансеризація» забезпечує своєчасне і поетапне спостереження за пацієнтами відповідно до індивідуальних програм їхнього оздоровлення. При цьому скорочується час роботи лікаря, оскільки він користується гнучкою системою електронної реєстрації і нагляду за пацієнтами, а також має швидкий і зручний доступ до необхідних референтних матеріалів. Поетапний моніторинг та перманентний доступ до інформації дає змогу ефективно планувати обсяг необхідних обстежень пацієнтів на наступний рік, слідкувати за подальшим виконанням та проводити клінічний аудит.

Удосконалення існуючої системи диспансеризації шляхом впровадження Електронної медичної картки пацієнта на основі медичної інформаційної системи «ЕСКУЛАП» дозволило оптимізувати ведення медичної документації і підвищити якість медичного обслуговування. Отриманий практичний досвід і розроблена референтна база є потенційно корисними і можуть бути рекомендовані до використання в інших закладах охорони здоров'я.

## Персоніфікована немедикаментозна профілактика кардіоваскулярної патології у закладах первинної медико-санітарної допомоги

О.А. Каштелян

КНП «Центр первинної медико-санітарної допомоги «Русанівка» Дніпровського району м. Києва»

Ризик розвитку найбільш поширених неінфекційних соматичних захворювань і насамперед кардіоваскулярної патології, значною мірою пов'язаний із поведінковими факторами. Це зумовлює доцільність розроблення стандартизованої технології їхнього виявлення та кількісного (бального) оцінювання як об'єктивної бази персоніфікованої профілактики таких захворювань немедикаментозними засобами у пацієнтів закладів первинної медико-санітарної допомоги.

Метою проведеного дослідження було розроблення та апробація методики визначення й оцінювання антропо-

функціональних показників та факторів ризику сімейним лікарем у реальних умовах поліклінічного прийому пацієнтів.

Протягом 2011–2012 рр. за участю 8 сімейних лікарів проведено експертне оцінювання можливості використання розробленої нами Картки індивідуального скринінгу та оцінки антропофункціональних показників і факторів ризику (додаток), що слугувало об'єктивною підставою призначення пацієнтам немедикаментозних оздоровчих засобів профілактики кардіоваскулярної патології. Лікарями було сформовано 8 фокус-груп із загальною кількістю 95 пацієнтів (57 жінок та 38 чо-

Додаток

### Картка індивідуального скринінгу виявлення та бальної оцінки антропофункціональних показників і факторів ризику

П.І.Б. \_\_\_\_\_  
Вік \_\_\_\_\_, стать \_\_\_\_\_, соц. статус: службовець, робітник, пенсіонер, інвалід (підкреслити)

Самооцінка стану здоров'я: добрий, задовільний, незадовільний (підкреслити)  
Хронічні захворювання: серцево-судинної системи, органів дихання, травного тракту, інші (підкреслити)

Об'єктивні показники	Дата обстеження (роки, місяць)			
	2011	2012	2013	2014
Вік (повний рік, кількість місяців)				
Зріст (см)				
Маса тіла (кг)				
Окружність талії на рівні пупка				
Окружність стегон				
Довжина м'язу тіла				
Пульс (сидячи за 1 хв)				
Артеріальний тиск: права/ліва рука				
Цукор крові				
Загальний холестерин				
Табакоскуриння (кількість цигарок за день)				
Вживання алкоголю: часто, рідко, не вживає (підкреслити)				
Спадковість				
Особливості харчування: вегетаріанська, м'ясна, змішана їжа (підкреслити)				
Рухова активність (зайняття фізкультурою і спортом): систематично, не регулярно, не займається (підкреслити)				
Сума балів кардіоваскулярного ризику				

Фактор ризику	Показники	Бали	
Вік (роки)	Менше 45	0	
	45-54	2	
	55-64	3	
	Більше 64	4	
Індекс маси тіла (кг/зріст у м <sup>2</sup> )	Менше 24,9	0	
	25-29,9	1	
	30-34,9	3	
	Більше 35	4	
Окружність талії на рівні пупка (см)	Чоловіки	Жінки	
	Менше 94	Менше 80	0
	94-102	80-88	3
	Більше 102	Більше 88	4
Пульс (сидячи за 1 хв)	Менше 70	0	
	70-84	2	
	Більше 85	3	
Табакоскуриння (кількість цигарок за день)	Не курить	0	
	Менше 5	1	
	6-10	2	
	Більше 11	4	
Щоденна безперервна рухова активність (до повної потуги) не менше 30 хв	Є	0	
	Немає	2	

Інтерпретація результатів суми балів: менше 7 – низький ризик;  
8-11 – істотно підвищений; 12-14 – підвищений;  
15-19 – значно підвищений; 20 і більше – значно підвищений

ловіків, середній вік –  $41,32 \pm 4,33$  року), які дали письмову згоду протягом року виконувати запропоновану лікарем оздоровчо-профілактичну програму. Її зміст включав: певний руховий режим; перелік фізичних вправ загального і локального впливу в індивідуальному дозуванні; корекцію харчових уподобань та режиму вживання їжі; відмови/обмеження шкідливих для здоров'я звичок тощо. При цьому передбачалося досягнення пацієнтом конкретних антропофункціональних показників та позитивних змін у життєвій поведінці, що кожні 3 міс фіксувалися лікарем у Картці скринінгу під час проходження поточною (планового) обстеження.

Зазначимо, що ця необтяжлива для пацієнта процедура продовжувалася не більше 10–12 хв і дозволяла лікарю вноси-

ти корективи до змісту профілактичних заходів, спираючись на отриману оцінку об'єктивних показників порівняно із попередніми величинами. Позитивна динаміка цих показників була зафіксована у 72 осіб, 16 – закінчили оздоровчу програму без змін у поведінковому статусі, 9 осіб відмовилися від участі в експерименті з різних причин. Ці дані засвідчили високу ступінь прихильності пацієнтів до виконання запропонованих лікарем рекомендацій.

Таким чином, можна вважати, що розроблена нами методика немедикаментозної профілактики кардіоваскулярної патології забезпечує належний позитивний ефект, а її впровадження у практичну діяльність сімейних лікарів є вимогою сьогодення.

## Влияние инфаркта миокарда у больных с сахарным диабетом на показатели сывороточных уровней фактора Виллебранда и ингибитора тканевого активатора плазминогена-1

**З.Р. Кельмамбетова, А.В. Ушаков, А.А. Гагарина, И.Н. Корытько, О.Т. Лагути, Т.И. Лазейкина, Н.Ю. Ткачева**

ГУ «Крымский государственный медицинский университет имени С.И. Георгиевского», г. Симферополь

Целью работы было оценить изменение показателей фактора Виллебранда (ФВ) и ингибитора тканевого активатора плазминогена-1 (ИТАП-1) в сыворотке крови у больных с инфарктом миокарда (ИМ) на фоне сахарного диабета (СД).

В исследование было включено 105 пациентов с ИМ с зубцом Q. Из них 21 больной, страдающий СД 2-го типа (11 мужчин и 10 женщин, средний возраст  $64,4 \pm 1,6$  года), и 84 больных без СД (66 мужчин и 18 женщин, средний возраст  $61,7 \pm 1,1$  года). Контрольную группу составили 30 лиц без сердечно-сосудистой патологии и нарушений углеводного обмена (16 мужчин и 14 женщин, средний возраст  $61,7 \pm 1,1$  года).

Всем пациентам проводили стандартные клиническое и инструментальное обследование и лабораторное исследование. Уровни ФВ и ИТАП в сыворотке крови определяли методом твердофазного иммуноферментного анализа. Забор венозной крови проводили в 1-е и 14-е сутки развития ИМ.

Результаты исследования показали, что у больных без СД в первые сутки ИМ уровень ФВ составил  $1,76 \pm 0,03$  ЕД/мл, уровень ИТАП-1 составил  $9,96 \pm 0,91$  ЕД/мл, что в обоих случаях достоверно превышало показатели контрольной группы

( $1,11 \pm 0,09$  ЕД/мл для ФВ и  $3,46 \pm 0,31$  ЕД/мл для ИТАП-1). На 14-е сутки ИМ в данной группе имело место достоверное снижение как ФВ (до  $1,58 \pm 0,04$  ЕД/мл), так и ИТАП-1 (до  $7,77 \pm 0,88$  ЕД/мл). При этом оба показателя оставались достоверно выше, чем в группе контроля.

В группе пациентов, страдающих СД, в первые сутки ИМ уровень ФВ составил  $2,06 \pm 0,09$  ЕД/мл, уровень ИТАП-1 –  $14,0 \pm 2,1$  ЕД/мл, что достоверно превышало как показатели лиц контрольной группы, так и группы больных без СД ( $p < 0,05$  во всех случаях). На 14-е сутки ИМ уровни ФВ и ИТАП-1 так же, как и у пациентов без СД, снизились, составив  $1,67 \pm 0,08$  ЕД/мл и  $10,4 \pm 1,0$  ЕД/мл соответственно ( $p < 0,05$  в обоих случаях). При этом если уровень ИТАП-1 оставался выше ( $p < 0,05$ ), чем в группе больных, не страдающих СД, то по концентрациям ФВ достоверного различия между группами обнаружено не было.

Итак, больные с ИМ, развившимся на фоне СД 2-го типа, характеризуются более высоким тромбогенным потенциалом по сравнению с больными без СД, что является отягощающим прогностическим фактором как для острого периода заболевания, так и в подостром периоде его течения.

## Особливості неврологічної допомоги в практиці сімейного лікаря

**О.Е. Коваленко, Л.Ф. Матюха**

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

Завдання, що поставила держава перед лікарем первинної ланки медичної допомоги (МД) – сімейним лікарем, надзвичайно актуальні і спрямовані на підвищення рівня медичної допомоги населенню для зниження рівня захворюваності, інвалідності та смертності, поліпшення якості життя.

Саме неврологічні захворювання знаходяться у переліку найбільш інвалідизувальних, адже втрата або зменшення керівної ролі з боку нервової системи (НС) над функціями організму може суттєво погіршити життєдіяльність.

Не стихають дискусії щодо меж компетенції сімейного лікаря в наданні МД при «вузьких» проблемах. Це стосується й неврологічної сфери. Під час опитування лікарів, які тільки готувалися стати сімейними лікарями,

була виявлена неабияка потреба у неврологічних знаннях, що на практиці проявлялося застосуванням тестів на статику та координацію, визначенням м'язової сили у складних та/або сумнівних клінічних випадках тощо. Натомість напівзабутих зі студентських часів навичок і теоретичних знань щодо показань та інтерпретації показників було замало.

Клінічна діагностика має надзвичайно велике значення, адже відомі дані, коли правильний діагноз за даними опитування (скарги, анамнез) встановлювали у 40–50% випадків, на основі опитування та фізикальних методів – у 80–85%, на основі поглибленого інструментального і лабораторного обстеження – у 15–20%.