

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 (плановою) 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 обследования 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.Є. 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 статистику 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%.

Особливості надання МД хворим з неврологічними змінами полягають у тому, що в патогенезі усіх захворювань участь нервової системи є беззаперечною, адже всі процеси з симптоматикою болю, запалення, дегенерації, навіть травм тощо не можуть бути незалежними від змін у НС. Тому визначення патологічних проявів з боку НС та характеру зв'язку з іншими захворюваннями у пацієнта є надзвичайно важливим.

Майбутнього сімейного лікаря лякає потенційна необхідність витратити багато часу на проведення неврологічного огляду, що стане додатковим навантаженням на його діяльність. Натомість комплексний клінічний огляд з одночасним оцінюванням функцій нервової системи (інтегрований неврологічний огляд) займає порівняно зовсім небагато часу.

Тому тактика лікаря первинної ланки щодо визначення неврологічних змін має включати наступні складові:

- неврологічний огляд у складі комплексного клінічного огляду, який розпочинається вже з тієї миті, коли хворий перетнув поріг кабінету лікаря;
- визначення наявності та ступеня відхилень функцій нервової системи від норми та їхня інтерпретація;
- збір анамнезу, що може допомогти визначити – чи ці зміни з'явилися вперше, чи вони вже були раніше;
- якщо об'єктивні та суб'єктивні симптоми були раніше, слід визначити їхню динаміку, яка може залежати від прогресування захворювання через ко- або поліморбідність,

шкідливі звички, відсутність або наявність лікування, його характер;

- виявлення зв'язку з іншими захворюваннями:

а) клінічні зміни в НС є ускладненням інших захворювань (наприклад, полінейропатія при діабеті, інсульт при серцевій аритмії, дисциркуляторна енцефалопатія при артеріальній гіпертензії тощо);

б) нейрогенні соматичні синдроми (наприклад: гіпоталамічний синдром, вертеброгенні вегетативні соматичні синдроми – кардіалгії, дискинезії травного тракту, порушення зору при розсіяному склерозі тощо);

- роз'яснення пацієнтові характеру проблеми, можливих ускладнень і шляхів їхньому запобіганню (позбавлення шкідливих звичок, чітке виконання лікарських призначень тощо),

- планування подальшої тактики (характер додаткових обстежень, визначення показань до направлення або обґрунтування ненаправлення на другу ланку МД);

- обговорення характеру лікування та профілактичних заходів та визначення безпосередньої ролі самого пацієнта у їхньому виконанні.

Таким чином, кваліфікована клінічна діагностика на первинній ланці МД з раннім виявленням неврологічних порушень, своєчасна та адекватна допомога є запорукою зниження інвалідності, смертності та поліпшення якості життя.

Мониторинг внутренних индикаторов качества помощи при артериальной гипертензии в пилотных организациях первичного звена здравоохранения Атырауской области

Д.С. Нугманова, Л.Н. Асташкина, М.Ж. Нурманова, М.М. Утепкалиев, А.К. Кабдрахманова, Д.Б. Камелова

Ассоциация семейных врачей Казахстана,

Казахский национальный медицинский университет, Департамент здравоохранения Атырауской области

Внедрение технологии непрерывного повышения качества (НПК) оказания помощи больным с артериальной гипертензией (АГ) в организациях первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) в Атырауской области осуществлялось в рамках Проекта Ассоциации семейных врачей Казахстана, спонсируемого компанией Тенгизшевройл. Одним из важнейших компонентов НПК является проведение ежемесячного мониторингирования внутренних индикаторов качества.

До внедрения НПК было проведено клиническое обучение врачей и фельдшеров вопросам диагностики, лечения, ведения и реабилитации больных АГ, а также обучение технологии НПК. Совместно с медработниками пилотных организаций были отобраны два внутренних индикатора. Первый индикатор был направлен на повышение выявляемости АГ среди взрослого населения, прикрепленного к пилотным организациям ПМСП в городской и сельской местности. Подсчитывали процент лиц старше 18 лет, обратившихся в организацию ПМСП, которым было измерено артериальное давление (АД) и записано в амбулаторную карту. Вторым индикатором касалась оценки факторов риска у больных с уже выявленной АГ и отражал качество ведения больных АГ, состоящих на диспансерном учете. Ежемесячно подсчитывался процент посетивших врача диспансерных больных, у которых измеряли и записали индекс массы тела (ИМТ). Все врачи, включая узких специалистов, были обеспечены аппаратами для измерения АД и специальными самоклеющимися памятками о необходимости всем диспансерным больным с АГ ежегодно проводить

ЭКГ, делать анализ мочи, определять сахар крови, креатинин, холестерин и ИМТ.

До вмешательства участковые терапевты записывали цифры АД у 56–73% взрослых на приеме, тогда как узкие специалисты (хирурги, ЛОР-врачи, эндокринологи, дерматологи и др.) не измеряли и не записывали АД вообще. После вмешательства в течение первого года данный показатель повысился у участковых врачей до 93,3–100%, у эндокринологов – с 0% до 100%, у других специалистов также от 0%, но только до 11–25%. В течение второго года участковые терапевты продолжали записывать цифры АД при каждом посещении у 92–100% взрослых, положительной динамики со стороны узких специалистов не выявлено. По второму индикатору использование стикеров и отметки ИМТ возросли у диспансерных больных АГ с 0% до 30%. На второй год данный индикатор повысился до 57,6%, а на третий – до 62,2%. Координатор Проекта ежемесячно проводила с командами качества обсуждение результатов мониторинга, где выявляли причины и намечали пути устранения препятствий. Однако участковые врачи и средние медработники пилотных организаций были недостаточно заинтересованы в НПК и объясняли это перегруженностью «бумажной» работой и отсутствием времени.

Таким образом, внедрение принятых в развитых странах технологий непрерывного повышения качества было недостаточно эффективным. Причины незаинтересованности медицинских работников требуют более глубокого изучения. Возможно, необходимо создать систему стимулов для их привлечения в НПК.