

У чоловіків 3-ї групи відзначали зниження загальної кількості сперматозоїдів, їхньої концентрації, гіпокінезис, астенозооспермію, тератозооспермію у порівнянні з групою контролю. Вміст CD⁺₃ та CD⁺₁₆-клітин різко збільшився, а вміст CD⁺₄ і CD⁺₈ був знижений у порівнянні з контролем. Рівень CD⁺₂₂ відповідав значенням контрольної групи. Це свідчило про наявність імунodefіцитного стану на тлі за-

пального процесу з тенденцією до хронізації, який, можливо, спричинений бактеріальною інфекцією.

Аналіз спермограм засвідчив, що наявність ППСШ не мала суттєвого впливу на фертильні властивості еякуляту, але зміни, що відбувались у специфічній ланці імунної системи на тлі бактеріальної інфекції та запального процесу, мали безпосередній вплив на порушення чоловічої ФЕ.

Кардіоваскулярний ризик та стан магістральних артерій у хворих з артеріальною гіпертензією в поєднанні з ревматоїдним артритом

О.В. Курята, О.Ю. Сіренко, Т.К. Лисунець, Л.О. Трунова, Д.М. Максаков

¹ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»

²КЗ «Дніпропетровська обласна клінічна лікарня ім. Мечникова»

Визначення субклінічних проявів атеросклерозу разом із традиційними факторами може бути корисним для оцінювання кардіоваскулярного ризику у хворих з артеріальною гіпертензією (АГ), коморбідною з ревматоїдним артритом (РА). **Мета дослідження** – визначити частоту факторів кардіоваскулярного ризику та субклінічні прояви атеросклерозу у хворих з АГ в поєднанні з РА. **Матеріали та методи.** Обстежено 42 (4 чоловіків, 38 жінок) хворих на АГ в поєднанні з РА (середній вік 54,88±0,96 року), середня тривалість захворювання АГ – 8,05±0,70 року, середня тривалість РА – 7,48±0,84 року. Першу групу порівняння склали 20 хворих на АГ, другу – 20 хворих з РА. Усім хворим проводили загальноклінічне обстеження, розрахунок ІМТ, оцінювання ризику фатальних серцево-судинних подій за шкалою SCORE для пацієнтів з РА, визначення ліпідного спектра крові, УЗД магістральних артерій голови та шиї (МАГ). **Результати.** Найбільш поширеними факторами ри-

зику були підвищена маса тіла та ожиріння – у 17 (40,5%) та 17 (40,5%) хворих відповідно. Більшість обстежених хворих мали підвищений рівень тригліцеридів, холестерину ліпопротеїдів низької щільності, загального холестерину – у 17 (40,48%), 24 (57,14%), 21 (50%) хворих відповідно і знижений рівень холестерину ліпопротеїдів високої щільності – у 18 (42,86%). У 31 (73,8%) пацієнта були встановлені ознаки субклінічного атеросклерозу, у 1-й та 2-й групах порівняння – у 9 (45%) та 11 (55%) пацієнтів відповідно. Кардіоваскулярний ризик у пацієнтів основної групи склав 3,47±0,47% (EULAR 2010), у групах порівняння – 1,42±0,41% та 3,52±0,63% (p<0,05) відповідно. **Висновки.** Кардіоваскулярний ризик у хворих на АГ в поєднанні з РА, визначений за модифікованою шкалою SCORE, не повною мірою співвідноситься з наявними атеросклеротичними змінами. УЗД МАГ може поліпшити оцінку кардіоваскулярного ризику при АГ в поєднанні з РА.

Сучасні питання підготовки лікарів загальної практики з хірургії

О.С. Никоненко, С.Д. Шаповал, С.М. Дмитрієва

ДЗ «Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України»

Розвиток технологій організації та управління освітнім процесом набуває високої значущості у період реформування медико-санітарної допомоги на засадах загальної практики-сімейної медицини. Післядипломне навчання лікарів сьогодні базується на сучасних знаннях і дидактичному потенціалі медичної науки. Зміст навчання має відповідати реальним умовам роботи лікаря, а викладання здійснюватися з посиленою практично-орієнтованою компонентою.

У навчанні сімейних лікарів з хірургії зазвичай застосовують традиційні (пояснювально-ілюстративний і репродуктивний) методи навчання з набуттям знань першого («знання-знайомство») і другого рівнів («знання-копія»). У ДЗ «ЗМАПО МОЗ України» активно впроваджують програмове навчання (ПН), що дає змогу формування знань третього («знання-вміння») і четвертого («знання-транс-

формація») рівнів і передбачає активну самостійну роботу лікаря. Найпростішим методом ПН є проблемні лекції; іншим методом є частково-пошуковий, що вимагає від лікарів-слухачів самостійного рішення проблеми у ході практичних занять. При дослідному методі ПН лікар самостійно формулює проблему і знаходить її рішення. У практику підготовки сімейних лікарів активно впроваджуються технології сучасного клінічного навчання (КН), спрямовані на досягнення компетентності за принципами професійної підготовки дорослих (андрагогіки). Якість підготовки сімейних лікарів з хірургії визначають кваліфікацією викладачів, потужністю клінічної бази та мотивацією слухачів за принципом відповідності змісту навчання реальним потребам і умовам роботи лікаря загальної практики-сімейної медицини.