

## Оцінювання типу реагування вагітних на соматичну патологію

**В.Г. Сюсюка**

Запорізький державний медичний університет

Серед обстежених 98 жінок з екстрагенітальною патологією (ЕГП), які перебували на оздоровленні у клінічному санаторії «Великий Луг» м. Запоріжжя, у 25 (25,5%) вагітних встановлено дисгармонічний тип ставлення до соматичної хвороби, з метою оцінювання якого застосований особистісний опитувальник Бехтеревського інституту. У структурі ЕГП, яка в усіх випадках мала поєднаний характер, найчастіше діагностовані: нейроциркуляторна дистонія (48%), міопія (32%), пролапс мітрального клапана (24%), хронічний пієлонефрит (16%) та ожиріння (12%). Результати оцінювання ситуативної тривожності (СТ), встановлені за методикою Спілберґера–Ханіна, дозволили визначити середній її рівень у кожній 2-ї вагітної (52%), а частота діагностики як низького (24%), так і високого (24%) рівня СТ була однаковою. При оцінюванні рівня особистісної тривожності (ОТ) у 15 (60%) вагітних

встановлений високий її рівень, а середній мав місце у 10 (40%). Відсутність низького рівня ОТ свідчить про схильність даного контингенту вагітних до тривоги, що є стійкою індивідуальною характеристикою. Однак не можна бути впевненим щодо психоемоційної реакції жінки під час вагітності, яка залежить від цілої низки факторів, як зумовлених соматичною патологією, так і перебігом вагітності.

Діагностика типу ставлення до соматичної хвороби має принципове значення у визначенні ролі психосоматичного компонента у вагітних. Наявність серед даного контингенту жінок з дисгармонічним типом ставлення до соматичної хвороби, який встановлено у 25,5% жінок, унеможливує адекватне оцінювання психологічної адаптації до вагітності. Саме тому динаміка показників психоемоційного стану у визначенні психологічної корекції може бути недостовірною.

## Профілактика хронічних неінфекційних захворювань у діяльності сімейного лікаря

**О.М. Корж**

Харківська медична академія післядипломної освіти

Розуміння того, що профілактична робота повинна посідаєти значне місце в практиці більшості медиків, закладено у свідомості лікарів зі студентської лави. Однак на відміну від інформації про профілактичні заходи, спрямовані на попередження інфекційних захворювань, існуючі підручники і навчальні посібники надають недостатньо матеріалів для практичного здійснення заходів з попередження хронічних неінфекційних захворювань, на частку яких припадає близько 90% смертей. Досвід економічно розвинених країн свідчить, що збільшення тривалості життя їхнього населення досягнуто не шляхом поліпшення якості лікування, а шляхом зниження захворюваності через первинну профілактику.

У реалізації заходів профілактики виділяють два основних напрямки дій – формування здорового способу життя населення та рання діагностика хронічних неінфекційних захворювань та факторів ризику їхнього розвитку з подальшою своєчасною корекцією. Реалізація першого напрямку можлива тільки на міжвідомчій основі шляхом залучення в процес цілого ряду міністерств, бізнесу та громадських структур, головне завдання яких полягає в забезпеченні умов для ведення здорового способу життя. Другий напрямок дій реалізується в рамках системи охорони здоров'я, при цьому особливу роль покладають на лікарів загальної практики–сімейних лікарів, у діяльності яких правильно організована профілактична робота повинна займати не менше 30–40% їхнього робочого часу.

Сімейний лікар має стати головною діючою особою в реалізації заходів щодо профілактики неінфекційних захворювань, їхнім популяризатором та пропагандистом, тому що він володіє унікальною інформацією про стан здоров'я

декількох поколінь, у тому числі про спадкові та набуті захворювання, і може скласти оптимальну програму профілактики для конкретного пацієнта. Профілактика захворювань, вивчення та корекція факторів ризику хвороб, формування здорового способу життя є основними напрямками науково-дослідної, навчально-методичної та виховної роботи кафедри загальної практики–сімейної медицини та одним з провідних напрямків роботи ХМАПО.

Реформування охорони здоров'я, що проводиться в Україні, передбачає посилення профілактичної спрямованості в роботі сімейного лікаря. У сферу його діяльності входить не тільки профілактика інфекційних захворювань, а й профілактика основних неінфекційних захворювань. Найбільш глобальними проблемами сьогодення є профілактика артеріальної гіпертензії, цукрового діабету, алергійної та онкологічної патології, а також профілактика смерті від зовнішніх причин. Загальновідомо, що захворювання внутрішніх органів, артеріальна гіпертензія і цукровий діабет значною мірою зумовлені розвитком атеросклерозу, дисліпідемії, гіперглікемії, ожиріння; зловживанням сіллю, вуглеводами і алкоголем; недостатнім споживанням овочів і фруктів; низькою фізичною активністю; курінням і екологічним неблагополуччям. Загальновідомо також, що атеросклероз починає розвиватися у плода ще в утробі матері. Тому профілактику цього захворювання, як і алергії, алкоголізму та іншої патології, у населення треба починати з перинатального періоду і продовжувати все життя.

Профілактика повинна бути не проектом, а повсякденною роботою лікаря первинної ланки і займати в ній не менше 30% робочого часу. Найбільшу значущість набуває короткочасне

мотиваційне консультування пацієнтів, пропаганда здорового способу життя, формування груп ризику і скринінги. Організація роботи в установах первинної медичної допомоги створює значні можливості поєднання профілактичної та лікувальної роботи. Профілактична спрямованість роботи включає первинну профілактику, спрямовану на запобігання виникнення захворювань, і ранню діагностику, в якій особлива роль належить профілактичним оглядам, а також вторинну профілактику рецидивів уже виниклих хронічних захворювань.

Таким чином, сімейний лікар активно займається первинною профілактикою, яка включає комплекс заходів, спрямованих на попередження самого факту виникнення захворювання, а також вторинною профілактикою, тобто своєчас-

ним виявленням та лікуванням вже наявного захворювання. Успіх профілактичної діяльності лікаря залежить не тільки від професійних знань, а й від його переконаності у важливості заходів щодо формування здорових звичок. Важливо, щоб лікар сам відмовився від куріння, інших шкідливих звичок, розвивав себе фізично, правильно харчувався, не мав надмірної маси тіла, не зловживав алкогольними напоями.

Таким чином, саме медична профілактика як вид професійної діяльності та охорони здоров'я покликана впливати на показники здоров'я та оптимізувати ресурси. І тут сімейному лікарю відводиться провідна роль у розвитку профілактики як повсякденного, затребуваного самим життям виду професійної діяльності.

## Вклад Харьковского медицинского общества (ассоциации) в оптимизацию первичной медицинской помощи в регионе

*Ю.П. Снопков, А.Н. Корж, Л.М. Цогоева, В.И. Березняков, Г.И. Кочуев*

*Харьковская медицинская академия последипломного образования*

Харьковское медицинское общество (ХМО), старейшее в Европе, создано в 1861 г., обладает богатой историей и традициями. ХМО располагает собственным 3-этажным зданием, содержит штат сотрудников (администрация, бухгалтерия, обслуживающий персонал, также в здании расположено издательство). ХМО принимает активное участие во всех мероприятиях, проводимых Департаментом охраны здоровья Харьковской облгосадминистрации.

В состав ХМО входит 45 профильных обществ, руководство которыми осуществляет правление, в состав которого входят все председатели. Председателем ХМО является профессор Н.И. Хвусюк – инициатор введения в 1996 г. семейной медицины в Харьковском регионе, по его же инициативе в 1997 г. была создана секция врачей общей практики – семейной медицины в составе ХМО.

Работа ХМО имеет строго плановый характер, архивы которой хранятся с момента создания общества. Регулярно издается «Информационный бюллетень» со сроками и повесткой проводимых заседаний, кроме того, осуществляется рассылка этой информации членам ХМО.

Секция семейной медицины (ассоциации) насчитывает 1080 семейных врачей.

Главной задачей секции является внедрение и совершенствование семейной медицины в Харьковском регионе, повышение профессионализма и авторитета семейных врачей и их юридическая защита.

При подготовке семейных врачей на курсах специализации наиболее проблемным в основном является овладение практическими навыками по 13 специальностям. К участию в заседаниях общества регулярно привлекаются областные специалисты различных специальностей. Это дает врачам возможность ознакомиться с новыми требованиями и информационными сообщениями в рамках различных специальностей, а также быть в курсе ситуации по оказанию специализированной помощи в регионе.

После обучения на курсах специализации практикуются (особенно в сельской местности) посещения приема амбулаторного специалиста раз в неделю. Такой подход способствует освоению практических навыков и может быть очень

эффективным при должной организации и обеспечении на официальном уровне.

Практикуется (совместно с проблемной лабораторией) анкетирование работы семейных врачей, что позволяет оценить распределение нагрузки по специальностям, особенности индивидуальной работы в амбулаториях семейной медицины.

За год секция проводит 10 заседаний в помещении ХМО и 12 выездных заседаний в районах области.

Выездные заседания – важная часть работы, где на местах озвучиваются не только актуальные вопросы диагностики, лечения и профилактики различных заболеваний, но и проводятся консультации больных. Общество семейных врачей стремится поддерживать обратную связь с семейными врачами, особенно в сельской местности, для чего был создан консультативно-диагностический центр. Это не только повышает квалификацию врача, но и, что не менее важно, повышает его авторитет среди населения – возможность обсудить проблемы пациента напрямую с ведущими специалистами ХМАПО.

### ВЫВОДЫ

1. Рекомендуем проводить самоотчеты врачей на аттестацию с выдачей рекомендаций аттестационной комиссией на присуждение категории. Это может быть переходным этапом к общеевропейскому положению, где аттестация врачей – компетенция профессиональной ассоциации.
2. Создание консультативных центров для семейных врачей региональными ассоциациями повысит качество помощи, а также авторитет семейных врачей на местах.
3. Рекомендуем практиковать выездные заседания региональных обществ.
4. Рекомендуем привлекать к работе региональных обществ областных специалистов.
5. ХМО считает главным в работе региональных ассоциаций постоянную обратную связь с семейным врачом, повышение его квалификации, авторитета на местах с популяризацией семейной медицины и улучшением качества первичной медико-санитарной помощи.