помоги Київської області розроблені і узгоджені ДОЗ КОДА локальні протоколи, що свідчить про виконання першого індикатора якості відповідно до бажаного рівня значення індикатора за УКП. Другий індикатор – відсоток пацієнтів, яким було визначено рівень глікозильованого гемоглобіну протягом звітного періоду, склав 12,2%, що більше, ніж у 2012 році (8,84%), але залишається низьким. Третій індикатор якості – відсоток пацієнтів, які були госпіталізовані до стаціонару з приводу цукрового діабету і його ускладнень протягом звітного періоду, склав 15,01%, тоді як у 2012 році він становив 8,66%. Для порівняння – даний показник у 2007 році був 9,37%. Четвертий індикатор – отримання інформації про медичний стан пацієнтів, тобто щорічний моніторинг показників та проведення профілактичних заходів пацієнтам з цукровим діабетом 2-го типу у Київській області протягом 2012–2013 рр. здійснювали не в повному обсязі як на первинному, так і на вторинному рівнях. Пацієнтам проводили моніторинг не всіх рекомендованих показників і не всім хворим; до того ж рекомендовані профілактичні заходи з корекції медичного стану пацієнтів надавали не в повному обсязі і в результаті не всі пацієнти досягали цільових рівнів показників. Комплексне обстеження пацієнтів у 2014 році з метою дослідження їхнього медичного стану показало наявність недіагностованих мікро- та макросудинних ускладнень цукрового діабету, великої кількості факторів ризику їхнього розвитку та прогресування, недостатній рівень профілактичних заходів, низький компаєнс пацієнтів до їхнього застосування.

Висновки. Якість медичної допомоги на ранній стадії її впровадження є недостатньою, що частково пов'язано з недостатнім знанням лікарями основних положень протоколу, недостатнім оснащенням, необхідністю оплати проведення зазначених у протоколі медичних послуг пацієнтом, нерозумінням лікарів особливостей різних видів медико-технологічних документів і труднощами з розробленням і впровадженням локальних протоколів зокрема. Отримані результати подібні до європейського досвіду впровадження нових керівництв з ведення цукрового діабету. Ситуація в Україні потребує подальшого аналізу і пошуку шляхів оптимізації і може бути покращена забезпеченням надання медичної допомоги хворим на цукровий діабет за мультидисциплінарним принципом у структуризованій команді, координатором якої повинен виступати лікар первинної медичної допомоги, що працює у тісній співпраці з іншими спеціалістами і повинен забезпечити якісну профілактичну допомогу та навчання пацієнтів самоконтролю. З метою оптимізації якості медичної допомоги хворим на цукровий діабет 2-го типу нами розроблено і впроваджено в закладах первинної медичної допомоги Київської області форму моніторингу якості діабетологічної допомоги пацієнтам.

Формування світогляду лікаря загальної практики–сімейної медицини і шляхи удосконалення якості його підготовки

О.М. Хвисюк, В.Г. Марченко, О.М. Корж, І.А. Жадан
Харківська медична академія післядипломної освіти

Виділення сімейної медицини в якості основного напрямку реформування первинної медичної допомоги населенню поставило перед вищою школою низку конкретних завдань – створення навчальних планів і програм підготовки сімейних лікарів на різних етапах навчання: медичний інститут–інтернатура–післядипломна підготовка. Кожен з цих етапів вимагає диференційованого підходу і має свої особливості.

Сімейні лікарі мають забезпечити більшість медичних потреб пацієнтів, тому до- та післядипломна підготовка лікарів повинна включати вивчення сучасних методів діагностики, лікування, реабілітації і профілактики основних захворювань, надання невідкладної допомоги. На жаль, випускники медичних вишів недостатньо володіють теоретичними і прикладними аспектами практичних навичок та професійних вмінь, набутих протягом навчання. В умовах реорганізації післядипломної підготовки лікарів особливу роль відводять освіті інтернів, яка має бути адаптована до нових реалій з метою найбільш ефективної інтеграції в практичну охорону здоров'я.

Процес підготовки будь-якого спеціаліста, а особливо лікаря, складний і тривалий. Сімейний лікар повинен мати широкі знання з різноманітних галузей медицини і охорони здоров'я: основ законодавства, нормативно-правових документів, організації лікувально-профілактичної допомоги, принципів і методів диспансеризації, організаційно-економічні засад діяльності лікувальних закладів і медпрацівників в умовах бюджетно-страхової медицини, етіології, патогенезу, клініки і лікування основних захворювань, надання невідкладної допомоги. Сімейний лікар повинен надавати кваліфіковану допомогу за своїм фахом, використовуючи сучасні методи діагностики, лікування, реабілітації і профілактики, своєчасно діагностувати і лікувати захворювання в амбулаторних умовах, денних і домашніх стаціонарах в межах своєї компетенції, своєчасно направляти хворих для одержання допомоги у випадках, які виходять за рамки його компетенції, організовувати госпіталізацію планових і ургентних хворих.

На факультеті загальної практики–сімейної медицини ХМАПО здійснюють всі види післядипломного навчання лікарів за фахом «Загальна практика–сімейна медицина»: інтернатура, цикли вторинної спеціалізації, передатестаційні цикли, цикли тематичного удосконалення. У зв'язку з інтеграцією України в Європейський освітянський простір в академії постійно проводять роботу з вдосконалення педагогічного процесу підготовки сімейних лікарів: створена програма інтернатури відповідно до вимог кредитно-модульної системи, напрацьовані пропозиції з удосконалення первинної та вторинної спеціалізації. Для покращення оволодіння лікарями та інтернами практичними навичками зменшена кількість лекційних годин в програмах, збільшено число годин на практичні заняття й самостійну роботу.

Програми в рамках навчальної моделі зазвичай стимулюють такі процеси, як участь у планових заходах безперервної медичної освіти, самооцінювання потреб в додатковому навчанні, аналіз відгуків пацієнтів, оцінювання наукової діяльності і результатів перевірок. Більшість з них базується на принципах безперервного підвищення якості. Ця модель спрямована на підвищення рівня клінічної компетентності, але не виявляє лікарів з низькими показниками професійної діяльності.

Оцінкова модель, заснована на визначенні діяльності практичного лікаря, підкреслює показники повсякденної діяльності і демонструє рівень компетентності і, таким чином, більш тісно відповідає ідеї підтвердження професіональної кваліфікації. Для оцінювання використовують інструменти з арсеналу методик перед- і післядипломної освіти, але адаптовані для конкретних завдань з оцінювання діяльності практичних лікарів. Вони включа-

СЕМЕЙНАЯ МЕДИЦИНА №2 (58), 2015
ISSN 2307-5112

ють, зокрема, таке: інтерв'ю; усні іспити з аналізом конкретних клінічних випадків; аналіз медичної документації; бальну оцінку, яку виставляють колеги; опитувальники з рівня задоволеності медичним обслуговуванням, що заповнюють пацієнти; спостереження за процесом надання допомоги конкретним пацієнтам.

Перспективним напрямком щодо покращення підготовки студентів, лікарів-інтернів та лікарів-слухачів є використання створених на сервері дистанційного навчання ХМАПО відповідних електронних навчальних курсів у середовищі MOODLE. Ця нова технологія підготовки надає можливість ознайомитися з навчальним матеріалом (методична настанова, конспект за темою заняття, наочні матеріали у вигляді відео, анімацій, таблиць тощо), пройти тестування в режимі реального часу.

Таким чином, основною метою реформування сучасної медицини є покращання стану здоров'я населення за рахунок удосконалення якості та доступності медичної допомоги. Одночасно реформування медичної освіти – це практично єдина можливість з боку держави надати кожному громадянину нашої країни сучасну медичну допомогу. Успіх реформ залежить від правильного підходу до їхнього проведення. Слід відзначити, що реформування підготовки лікарів в Україні є важливою необхідністю сьогодення в підготовці лікарів з фаху «Загальна практика–сімейна медицина» вищого ґатунку, спроможними в своїй діяльності надати відповідну, адекватну і кваліфіковану допомогу населенню нашої держави.

Вплив розувастатину на ендотеліальну дисфункцію у хворих на цукровий діабет 2-го типу

О.М. Корж[1], Г.І. Кочуєв[1], М.М. Кочуєва[1], С.В. Краснокутський[1], О.О. Плєхова[2]

[1]Харківська медична академія післядипломної освіти

[2]Харківський національний медичний університет

Метою дослідження було оцінювання динаміки ендотелійзалежної вазодилатації (ЕВЗ) у хворих на цукровий діабет (ЦД) 2-го типу на тлі терапії розувастатином.

Матеріали та методи. Протягом 6 міс спостерігали 60 хворих (35 жінок і 25 чоловіків) 51–78 років, середній вік 60,9±6,4 року, з ЦД 2-го типу тривалістю 2–16 років, у середньому 5,1±4,2 року. У всіх пацієнтів була артеріальна гіпертензія 2-го ступеня (середній рівень АТ=138,0±14,1/83,5±7,9 мм рт.ст). У 26,6% пацієнтів виявлена стабільна стенокардія напруження, 11,7% перенесли інфаркт міокарда, 10% – інсульт. Глікемію визначали глюкозооксидазним методом, рівень загального холестерину (ЗХС), тригліцеридів (ТГ) – стандартним біохімічним методом. ЕВЗ оцінювали за результатами проби з реактивною гіперемією на початку та через 6 міс терапії розувастатином 10 мг на добу. Усі пацієнти отримували антигіпертензивну терапію інгібіторами АПФ, антагоністами кальцію, кардіоселективними β-блокаторами, тіазидоподібними діуретиками. Рівень глікемії коригувати препаратами сульфонілсечовини, метформіном або їхньою комбінацією.

Результати. Через 6 міс рівень глюкози крові натще знизився з 7,4±1,9 до 6,1±1,8 ммоль/л (p=0,01), постпрандіальної глікемії – з 8,9±2,5 до 7,7±1,9 ммоль/л (p=0,001), рівень HbA1c – з 7,8±1,5% до 7,1±1,2% (p<0,05). Через 6 міс терапії розувастатином виявлено зниження ЗХС з 6,8±1,7 до 4,6±0,8 ммоль/л (p<0,05), ТГ – з 2,89±1,6 до 1,75±0,6 ммоль/л (p<0,05), приріст діаметра плечової артерії в пробі з реактивною гіперемією збільшився з 5,6±5,3% до 8,2±4,6% (p<0,001).

Висновки. Гіполіпідемічна терапія розувастатином 10 мг на добу у складі комплексного лікування достовірно покращує ендотелійзалежну вазодилатацію у хворих на цукровий діабет 2-го типу з дисліпідемією, є безпечною і добре переноситься.

Надання невідкладної медичної допомоги лікарем загальної практики–сімейним лікарем

Л.Ф. Матюха, Т.А. Титова, М.А. Трембанчук, В.Ю. Лійка

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

Відповідно до п.1.2. наказу МОЗ України від 05.10.2011 № 646 затверджений Порядок медичного обслуговування громадян центрами первинної (медико-санітарної) допомоги регламентує механізм та обсяг надання медичної допомоги лікарем загальної практики–сімейним лікарем. До компетенції лікаря загальної практики–сімейного лікаря входить надання невідкладної медичної допомоги у разі виникнення 191 (сто дев'яносто одного) стану. Надання допомоги при цих станах потребує додаткових знань та умінь сімейного лікаря, а також відповідної оснащеності ЦПМСД та сумок-укладок лікаря. Наказ МОЗ України від 27.12.2013 № 1150 «Про затвердження Примірного табеля матеріально-технічного оснащення Центру первинної медичної (медико-санітарної) допомоги та його підрозділів» затверджує перелік обладнання та інструментарію для надання невідкладної допомоги, який складається з 6 (шести) пунктів. Провівши ретельний аналіз, був зроблений висновок про недостатню оснащеність медичними засобами та виробами медичного призначення для надання невідкладної медичної допомоги населенню лікаря загальної практики. Співробітниками кафедри сімейної медицини та амбулаторно-поліклінічної допомоги було проведено аналіз роботи з питань надання невідкладної допомоги. Пошук рішень для підвищення якості надання невідкладної медичної допомоги населенню лікарями загальної практики–сімейними лікарями допоможе підвищити її ефективність. По-перше, виникає потреба у перегляді оснащеності сумок-укладок в амбулаторії сімейної медицини та вдосконалення знань та вмінь лікарів загальної практики. Нами було проведено низку тренінгів для сімейних лікарів Київської області з основ надання невідкладної допомоги. За їхніми результатами можна зробити висновок про необхідність підвищення рівня знань лікарів з надання невідкладної допомоги, що дозволить підвищити якість надання невідкладної медичної допомоги населенню.