

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, навчальні матеріали у вигляді відео, анімацій, таблиць тощо), пройти тестування в режимі реального часу.

Таким чином, основною метою реформування сучасної медицини є покращення 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 гатунку, 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. Корж¹, Г.І. Кочуєв¹, М.М. Кочуєва¹, С.В. Краснокутський¹, О.О. Плехова²

¹Харківська медична академія післядипломної освіти

²Харківський національний медичний університет

Метою дослідження було оцінювання динаміки ендотеліальної 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 загальної 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, антагоніста-

ми кальцію, кардіоселективними β-блокаторами, тiazидоподібними діуретиками. Рівень глікемії коригували 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), постпрандіальний рівень глікемії – з 8,9±2,5 до 7,7±1,9 ммоль/л (p=0,001), рівень НbA1c – 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 ендотеліальну 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 таблиця 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 осна-

щеність 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 умінь 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.