

**Науково-практична конференція  
з міжнародною участю  
«СЬОГОДЕННЯ ТА МАЙБУТНЄ СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ»  
30-31 жовтня 2014 р., м. Київ**

**Маємо за честь запросити Вас взяти участь у роботі науково-практичної конференції з міжнародною участю «Сьогодні та майбутнє сімейної медицини», яка відбудеться 30-31 жовтня 2014 року в Національній медичній академії післядипломної освіти імені П. Л. Шупика (м. Київ, вул. Дорогожицька, 9, станція метро «Дорогожичі»).**

Початок конференції - 30 жовтня 2014 р. о 10.00 в актовій залі НМАПО імені П. Л. Шупика.

Реєстрація делегатів та учасників конференції буде проходити в холі перед актовим залом:  
30 жовтня з 8.30 до 10.00, 31 жовтня з 08.00 до 9.00.

Офіційні мови конференції – українська, російська, англійська.

Регламент доповідей – до 15 хв., в обговоренні – до 3 хв.

Під час роботи конференції буде працювати виставка лікарських препаратів фармакологічних компаній.

*Інформаційні спонсори:*

- журнал «Сімейна медицина»
- журнал «Здоров'я суспільства»

Технічний виконавець «Дженерал Паблік Рілейшнз»

### **ОРГАНІЗАЦІЙНИЙ КОМІТЕТ**

Голова оргкомітету:

Ю. В. Вороненко, ректор Національної медичної академії післядипломної освіти імені П. Л. Шупика, академік НАМН України, професор

Заступники голови:

О. Г. Шекера - президент міжнародної громадської організації «Міжнародна асоціація «Здоров'я суспільства», директор Інституту сімейної медицини НМАПО ім. П. Л. Шупика, професор

Н. Д. Чухрієнко - віце-президент Української Асоціації сімейної медицини, професор кафедри сімейної медицини ФПО ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», професор

Члени оргкомітету:

Р. А. Абизов, Л. С. Бабінець, В. В. Бережний, С. В. Білецький, Ф. Богл, Ю. П. Вдовиченко, В. І. Величко, О. П. Волосовець, О. Б. Волошина, О. М. Гиріна, Л. В. Глушко, Н. Г. Гойда, О. К. Гринь, С. В. Данилюк, О. К. Дуда, В. М. Ждан, С. В. Зайков, Є. Х. Заремба, І. С. Зозуля, Д. Д. Іванов, Ю. Г. Кияк, І. Л. Кляритьська, О. М. Корж, А. Л. Косаківський, В. І. Кошля, Б. М. Маньковський, Л. Ф. Матюха, Н. В. Медведовська, К. О. Надутий, Л. М. Пасієшвілі, Н. К. Свиридова, Ю. О. Сохань, Л. А. Стаднюк, В. І. Ткаченко, Я. П. Фелештинський, Н. В. Харченко, Л. В. Хімійон, І. В. Чопей, В. М. Чернобровий.

Контактні дані оргкомітету:

Формування програми та організаційні питання:

проф. О. Шекера, д.мед.н. Н. Медведовська, проф. Л. Матюха, доц. Л. Хімійон, доц. В. Ткаченко

Тел./факс (044)-483-17-21, (044)-205-49-29. E-mail: [conference-IFMNMAPO-2014@ukr.net](mailto:conference-IFMNMAPO-2014@ukr.net)

Відповідальний секретар: доц. Ткаченко В. І. (044) 483-17-21, 205-49-29). E-mail: [conference-IFMNMAPO-2014@ukr.net](mailto:conference-IFMNMAPO-2014@ukr.net)

Секретаріат: К. І. Сав'ян, І. В. Климась, О. С. Бусигіна, О. В. Маяцька – 067-778-64-09. E-mail: [alfa1967@yandex.ru](mailto:alfa1967@yandex.ru)

**Матеріали**  
**науково-практичної конференції з міжнародною участю**  
**«СЬОГОДЕННЯ ТА МАЙБУТНЄ СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ»**

**ПІДХОДИ ДО ПІДГОТОВКИ СІМЕЙНИХ ЛІКАРІВ У КРАЇНАХ ЄВРОПИ**

**Вороненко Ю. В., Шекера О. Г., Ткаченко В. І., Медведовська Н. В., Краснов В. В.**  
Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика (Україна)

*Актуальність.* Вважається, що в країнах Європи відзначається висока якість підготовки лікарів первинної ланки. Для її забезпечення Всесвітньою організацією сімейних лікарів WONCA та Європейською асоціацією викладачів з сімейної медицини EURACT розроблено уніфіковану програму підготовки сімейних лікарів (2011), WONCA-стандарт післядипломної освіти сімейних лікарів (2013). Насьогодні в Україні також постає проблема якості підготовки сімейного лікаря. Актуальним є аналіз впровадження основних принципів WONCA і EURACT в країнах Європи з метою оптимізації системи підготовки сімейних лікарів в Україні.

*Метою нашого дослідження* було провести аналіз системи підготовки сімейних лікарів в інших країнах світу для оптимізації системи підготовки сімейних лікарів в Україні.

*Матеріали і методи.* Нами проаналізовано систему підготовки сімейних лікарів 32 країн Європи станом на 2013 р. Для збору та аналізу інформації застосовували метод соціологічний, бібліосемантичний метод, метод спостереження, метод експертних оцінок. Статистичний аналіз проводився за допомогою Excel 2007, SPSS.

*Результати.* Підготовка сімейного лікаря майже у всіх країнах Європи починається ще на додипломному етапі, середня тривалість якого складає 6 років і обов'язково включає практику в закладах сімейної медицини (тривалістю від 0,5 до 6 місяців, в середньому 2,2 місяці). В деяких країнах після закінчення медичного ВУЗу існує можливість практичної роботи тривалістю 1-1,5 роки, протягом цього періоду випускники можуть визначитись щодо обрання своєї подальшої спеціальності. В інших країнах ця практична робота вважається частиною навчання (додипломного чи післядипломного). Спеціальність сімейного лікаря закордоном отримують під час так званого «професійного навчання» (або резидентури, що відповідає нашій інтернатурі), середня тривалість якого у більшості країн Європи складає 3 роки і більше (максимально 5 років). Тільки в Україні та Росії тривалість навчання сімейного лікаря складає 2 роки. Навчальна програма професійної підготовки сімейного лікаря (інтернатурі) наявна в усіх країнах світу і обов'язково складається з теоретичного і практичного курсу. Програма навчання зазвичай складається з обов'язкових та альтернативних (за вибором) дисциплін. Зміст програми професійної підготовки сімейного лікаря відрізняється в країнах відповідно до національних особливостей і компетенцій сімейного лікаря. Теоретичний курс триває у більшості країн більш ніж 100 годин на рік, як це рекомендовано WONCA, EURACT, але 6 країн мають меншу тривалість теоретичного курсу. Фіксована схема ротації існує в 26 країнах, і відсутня в деяких країнах (наприклад, Бельгії, Хорватії, Норвегії, Швеції, Швейцарії, Велика Британія), в інших країнах ротація елективна. Обов'язково при підготовці сімейного лікаря в інтернатурі (резидентурі) приділяється частина часу на навчання у університетських стаціонарних клініках та госпіталах (біля 50%) і біля 50% навчання обов'язково повинно бути у практиці сімейного

лікаря (амбулаторно-поліклінічна допомога). Практична підготовка в закладах сімейної медицини в 35-40% країн триває від 18 до 48 місяців, у інших 30% країн становить близько 12 місяців, та в деяких країнах (менше 30%) - становить 6 місяців і менше, а у 2 країнах відсутня взагалі. Під час навчання застосовуються різні методики, наприклад розгляд клінічних випадків – у 29 країнах, структурований клінічний огляд пацієнта – у 15 країнах, навчання в групі – у 17 країнах, рольові ігри (стандартизований пацієнт) – у 16 країнах, методика Балінта – у 10 країнах, застосування e-Portfolio (щоденника) – у 20 країнах, метод проблемно-орієнтованого навчання – у 22 країнах, безпосереднє спостереження викладача – у 28 країнах, відеоспостереження за роботою інтерна – у 18 країнах, непряме спостереження – у 20 країнах.

Наприкінці навчання в 27 з 32 країнах проводиться іспит чи екзаменування з подальшим наданням відповідно сертифікату лікаря загальної практики – сімейного лікаря. В деяких країнах (15 країн) наявність сертифікату не є обов'язковою, щоб працювати лікарем загальної практики, але лікарі з сертифікатом мають вищий статус і відповідно зарплатню. Відповідальність за підготовку сімейного лікаря в 9 країнах несе університет, в 12 країнах - держава, в 6 країнах - і університет, і держава, і лише в 2 країнах - професійні асоціації.

*Висновки.* Система навчання сімейних лікарів в Україні повинна врахувати сучасні принципи WONCA, EURACT, існуючі міжнародні стандарти та досвід з підготовки сімейних лікарів в інших країнах світу.

## **ПЛІДНА СПІВПРАЦЯ КЛІНІЧНОЇ КАФЕДРИ ТА КЛІНІЧНОЇ БАЗИ – ЗАПОРУКА УСПІШНОЇ ПІДГОТОВКИ ДЕРЖАВНОЮ ТА АНГЛІЙСЬКОЮ МОВАМИ ЗІ СПЕЦІАЛЬНОСТІ «ЗАГАЛЬНА ПРАКТИКА-СІМЕЙНА МЕДИЦИНА»**

**Гиріна О. М.<sup>1</sup>, Рудіченко В. М.<sup>1</sup>, Снігир Н. В.<sup>1</sup>, Пілецький А. М.<sup>2</sup>,  
Гаврисюк І. В.<sup>2</sup>, Плахотнік С. В.<sup>2</sup>, Кольцова Т. В.<sup>2</sup>, Бутмерчук М. Ю.<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Національний медичний університет імені О. О. Богомольця (Україна)

<sup>2</sup>Київська міська клінічна лікарня № 8 (Україна)

Первинна медико-санітарна допомога, побудована на засадах загальної практики-сімейної медицини (ЗПСМ) може виступати основою для реалізації мети адекватних перетворень в медичній галузі, а викладання зі спеціальності повинно залучати щонайбільше можливих клінічних ситуацій та їх варіантів в найширшому аспекті, які можуть зустрітися лікарю первинного контакту. Багатопрофільна потужна лікарня при наявності загальноотерапевтичних відділень повністю виправдала сподівання на забезпечення комплексності та цілісності підготовки державною та англійською мовами зі спеціальності «загальна практика-сімейна медицина». Вже багато років кафедра ЗПСМ Національного медичного університету імені О. О. Богомольця плідно співпрацює з Київською міською клінічною лікарнею (КМКЛ) № 8 (головний лікар Анатолій Михайлович Пілецький – заслужений лікар України, д.м.н., проф., академік Української академії наук, лауреат Національної медичної премії України), яка служить однією з клінічних баз кафедри та *якій цього року виповнилося 25 років з дня відкриття* (фото 1). Лікарня залишається найпотужнішим закладом столиці і розрахована на одночасне перебування 940 хворих. КМКЛ №8 має ліцензію на право проведення медичної практики з 32 лікарських спеціальностей, а стаціонарна медична допомога надається у 17 клінічних відділеннях: 7-ми

терапевтичного профілю, загальною потужністю 430 ліжок, 5-ти хірургічного профілю, загальною потужністю 250 ліжок та 5-ти відділеннях спеціалізованого профілю, загальною потужністю 260 ліжок. На нашу думку, для лікаря первинної ланки оптимально мати певний досвід контакту з особливостями роботи фахівців на етапі стаціонару для забезпечення адекватної наступності та безперервності комплексної медичної допомоги. На базі терапевтичного відділення № 1 (завідуюча І. В. Гаврисюк, лікар вищої категорії) проводить заняття к.мед.н., доц. В. М. Рудіченко державною та англійською мовами; на базі терапевтичного відділення № 2 (завідуючий М. Ю. Бутмерчук, лікар вищої категорії) проводить заняття к.мед.н., доц. Н. В. Снігир (фото 2). Треба зауважити, що під час наших практичних занять у відповідності з тематичним планом після проведення клінічного розбору хворих та аналізу клініко-морфологічних паралелей ми застосовуємо розроблений нами перелік в якості опорних пунктів очних та заочних видів перевірки засвоєння знань. Практичні заняття проводяться державною та англійською мовами. Вважаємо, що проведення іншомовних (зокрема, англомовних) практичних занять доречно базувати на паралельних методичних розробках заняття, а результатом роботи викладача є підготовка матеріалів методичного забезпечення заняття, а також літератури, причому аналіз англомовних джерел може наводитися під час заняття державною мовою, і навпаки. Щорічно викладачі кафедри консультують значну кількість терапевтичних пацієнтів у різних відділеннях лікарні: травматологічному, неврологічному, відділенні малої інвазивної хірургії, відділенні анестезіології та реанімації. Викладачі постійно проводять клінічне ведення та консультують складних пацієнтів у терапевтичних відділеннях.



**Фото 1. Київська міська клінічна лікарня (КМКЛ) № 8**



**Фото 2.**

На кафедрі ЗПСМ та на базі КМКЛ №8 здійснюється додипломна та післядипломна підготовка сімейних лікарів. Протягом 2013-2014 навчального року на кафедрі навчалось 67 лікарів-інтернів зі спеціальності «загальна практика-сімейна медицина». Вони працювали як в сімейних амбулаторіях, так і у відділеннях терапевтичного профілю КМКЛ №8. Співпраця викладачів кафедри та лікарів поліпшила процес оволодіння інтернами практичними навичками та вміннями. Інтерни брали участь в обходах доцентів кафедри та завідувачів відділень, клінічних розборах тематичних хворих, науково-практичних та патолого-анатомічних конференціях, були присутні на консилиумах важких хворих. Викладачі кафедри впроваджують в роботу терапевтичних відділень сучасні підходи до діагностики та лікування найпоширеніших захворювань внутрішніх органів, за результатами яких зроблено ряд наукових публікацій.

В лікарні працюють 1108 співробітників, з них надання медичної допомоги забезпечують 176 лікарів та 459 середніх медпрацівників. За 25 років відчутно підвищилась професійна кваліфікація медичного персоналу. Переважна кількість лікарів та середнього медперсоналу мають вищу кваліфікаційну категорію. Сьогодні серед співробітників КМКЛ №8 працюють 2 доктора медичних наук та 11 кандидатів медичних наук, 5 заслужених лікарів України. Висновки багаторічної сумісної роботи можуть свідчити про результативність нашої викладацької діяльності на базі потужної багатопрофільної бази, що сприяє зміцненню позицій сімейних лікарів, просуванню змісту і якості професійної підготовки.

## **ОСОБЛИВОСТІ ПІДГОТОВКИ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ ТА ЙОГО МІСЦЕ В СИСТЕМІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УГОРЩИНІ**

**Бабінець Л. С., Боровик І. О., Рябоконт С. С., Боцюк Н. Є., Корильчук Н. І.,  
Воронцов О. О., Мігенько Б. О.**

ДВНЗ «Тернопільський медичний університет імені І. Я. Горбачевського МОЗ України»

Вимогою часу є реформування охорони здоров'я країни. Вже ведеться робота по впровадженню засад загальної практики-сімейної медицини і з перспективою переходу до страхової медицини. Актуальним постало питання підготовки кадрів для первинної ланки та підвищення кваліфікації сімейного лікаря протягом професійної діяльності. Тому особливо цінним є досвід наших Європейських сусідів, що вже пройшли цей шлях. Нами проаналізовано особливості навчання та вдосконалення кваліфікації сімейними лікарями Угорщини.

Відмінною рисою організації охорони здоров'я Угорщини є ринковість. На державному рівні впровадженню систему різних форм медичного страхування, сімейний лікар є приватним підприємцем. Патронат держави здійснюється через регулюючу роль міністерства людських ресурсів по нагляду за виконанням принципів засад у функціонуванні закладів медицини та медичної освіти. Навчання на медичних факультетах вищих навчальних закладів здійснюється державним коштом із забезпеченням прозорого конкурентного поступлення до медичних вузів. Важливою складовою післядипломної освіти лікаря в Угорщині є безперервна медична освіта лікарів протягом усього професійного життя. Існує конкурентна боротьба за якість надання послуг у медичній галузі. Необхідним є постійне професійне зростання лікарів загальної практики-сімейної медицини, яке здійснюється власним коштом. Особливістю контролю за підвищенням кваліфікації лікарів в Угорщині є існування приватної фірми, яка забезпечує прозору систему набору балів для підтвердження ліцензії лікаря. Значною є роль лікарського самоврядування і професійних

асоціацій, які здійснюють захист прав працівників галузі, забезпечують незалежність від владних структур, закладів освіти та міністерства у ліцензуванні та інших питаннях забезпечення лікарської діяльності. Справедливим є і питання виборності та ротації керівників всіх рівнів у медичній галузі, що складає 3 роки і не більше 2-х строків, причому не підряд.

Отже, цінним для наслідування є досвід організації роботи системи охорони здоров'я в Угорщині на уніфікованих засадах країн ЄС та процесу підготовки кадрів для неї згідно з вимогами Болонської декларації у системі освіти, особливо в умовах реформування системи охорони здоров'я на засадах сімейної медицини та розмежування рівнів надання медичної допомоги населенню.

## **МОЖЛИВІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ KEYС-МЕТОДУ ПРИ ПІДГОТОВЦІ ЛІКАРІВ ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ-СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ НА ДОДИПЛОМНОМУ ЕТАПІ: ФОКУС НА НЕГОСПІТАЛЬНУ ПНЕВМОНІЮ**

**Величко С. О.<sup>1</sup>, Колісник С. П.<sup>2</sup>, Рудіченко В. М.<sup>1</sup>, Суворов О. Є.<sup>3</sup>**

<sup>1</sup>Національний медичний університет імені О. О. Богомольця (Україна)

<sup>2</sup>Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова (Україна)

<sup>3</sup>Дніпропетровська Державна медична академія (Україна)

З метою удосконалення проведення практичного заняття по тематичі «Негоспітальна пневмонія» при підготовці лікарів загальної практики-сімейної медицини на додипломному етапі нами продовжується опрацювання та узагальнення досвіду оптимізації застосування освітньої технології кейс-методу або методу конкретних ситуацій. Вважаємо, що освітніми цілями застосування методу в названих умовах є: 1. Систематизувати знання, що були отримані на медико-біологічних та клінічних кафедрах про виникнення, перебіг, діагностику та лікування негоспітальної пневмонії; 2. На основі усвідомлення значення міжпредметних зв'язків для ефективної та успішної роботи, особливо лікаря-початківця, розвивати клінічне мислення, здатність до професійної взаємодії, професійної комунікації, сприяючи співпраці студентів на різних етапах лікувального процесу хворих, спонукати студентів до колективного творчого обговорення складних питань, до осмисленої професійної взаємодії та співпраці, навчати консенсусу у вирішенні нестандартної ситуації; 3. Шляхом вирішення теоретичних та практичних проблем розвивати професійні вміння студентів у вирішенні клінічної проблеми під час роботи з хворими на позалікарняну пневмонію з урахуванням особливостей перебігу, наявної супутньої патології та можливих ускладнень. Для опрацювання клінічного матеріалу, що продовжує накопичуватися нами в умовах багатопрофільної міської лікарні застосовуємо методичний сценарій кейс-методу з наступних етапів та відповідних дій викладача: 1. Підготовчий (викладач підбирає кейс, визначає основні та допоміжні матеріали для підготовки студентів, розробляє сценарій заняття); 2. Основний (викладач організовує попереднє обговорення кейса, ділить групу на підгрупи, керує обговоренням кейса в підгрупах, забезпечуючи їх додатковими матеріалами); 3. Підсумковий (викладач оцінює роботу студентів, оцінює ухвалені рішення, адекватність розв'язання поставлених питань). В результаті проведеної роботи зроблені висновки, що основні оптимальні питання для підготовки до заняття такі: 1. Позалікарняна пневмонія - епідеміологічні та клінічні особливості. 2. Диференційно-діагностичні аспекти негоспітальної пневмонії. 3. Лікування хворих на позалікарняну пневмонію. 4. Гостра дихальна недостатність серед інших ускладнень у хворих на позалікарняну пневмонію. Можливі причини, методи профілактики та лікування. 5. Сучасні підходи до підвищення ефективності терапії. Алгоритм лікування хворих на позалікарняну пневмонію.

## **ШЛЯХИ УДОСКОНАЛЕННЯ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ СІМЕЙНИХ ЛІКАРІВ НА ЗАОЧНОМУ ЦИКЛІ ІНТЕРНАТУРИ**

**Гребеник М. В., Зелененька Л. І., Боярчук О. Р.**

ДВНЗ «Тернопільський медичний університет імені І. Я. Горбачевського МОЗ України»

Основним завданням кафедри терапії та сімейної медицини є оволодіння практичними навичками, застосування їх на базах стажування із засвоєнням професійних вмінь, вивчення основних особливостей організації роботи та підготовки лікаря-інтерна до самостійної роботи в амбулаторії сімейної медицини. Виконання навчальної програми на базі стажування досягається шляхом їх практичної лікарської діяльності під керівництвом безпосереднього керівника інтернів в амбулаторії сімейної медицини протягом всього періоду навчання на заочному циклі інтернатури. На клінічних базах навчання лікарі-інтерни ведуть щоденний прийом хворих, підвищують свою професійну майстерність, вивчають та освоюють сучасні методики діагностики і лікування під контролем керівника інтернів.

Двічі на місяць у відділенні проводяться семінари і науково-практичні конференції, на яких лікарі-інтерни, на основі досвіду роботи і вивчення спеціальної літератури, обговорюють актуальні проблеми діагностики і лікування, помилки і ускладнення, що виникають в процесі роботи, а також подають реферати, підготовлені ними з різних розділів. Відповідно до наказу МОЗ України № 1145 контроль за практичними навичками проводиться щотижня, що є додатковим стимулом для лікаря-інтерна. Вивчення розділу завершується заліком, який приймають завідувач відділення та керівник інтерна біля ліжка хворого. Оцінка розділу заноситься в щоденник лікаря-інтерна.

Таким чином, належний контроль та об'єктивна оцінка роботи лікаря-інтерна на заочному циклі дозволить підготувати спеціаліста до самостійної роботи.

## **ПРОБЛЕМНІ ПИТАННЯ ПЕРЕДАТЕСТАЦІЙНИХ ЦИКЛІВ ПРИ ПІДГОТОВЦІ ЛІКАРІВ ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ-СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ**

**Шостак С. Є.**

ДВНЗ «Тернопільський медичний університет імені І. Я. Горбачевського МОЗ України»

При підготовці на передатестаційних циклах лікар-курсант фаху ЗПСМ повинен навчатись на кафедрах вузу 156 годин, з яких: 34 – по терапії, 22 – по хірургії, 24 – по акушерству і гінекології, 24 – по неврології, 30 – по педіатрії, і по 6 - на невеликі цикли. Тоді які ж теми висвітлювати і на чому зупинитись при такій обмеженій кількості годин? Традиційно технологія навчання передбачає виклад ретельно відібраної і підготовленої викладачем інформації, яка ще й обмежується можливостями слухачів фіксувати її в рукописній формі. На дискусії, обговорення, детальний розбір конкретних випадків просто не вистачає часу. Така організація навчального процесу з закладах післядипломної освіти викликає невдоволення у більшості лікарів-курсантів. Вихід можна шукати у організації курсів тематичного удосконалення, але всі вони, як правило, - госпрозрахункові, і при тій мізерній заробітній платні, яку отримує сучасний сімейний лікар, - малодоступні. Інший шлях - впровадження дистанційних методів навчання, проте і вони мають ряд перешкод: юридично не розроблені нормативи «дистанційного» навантаження на викладача, відсутні механізми нарахування робочого часу і викладачу, і лікарю, який навчається в такий спосіб. Крім того, велика кількість лікарів-курсантів або зовсім не мають навичок роботи з

персональними комп'ютерами, або володіють ними на дуже низькому рівні. При проведенні анкетування на нашій кафедрі терапії і сімейної медицини серед лікарів-інтернів і курсантів лише 5,0 % інтернів відповіли, що вони готові вчитись дистанційно, 67,3 % - частково дистанційно, а серед курсантів - лише 6,2 % – з елементами дистанційного навчання.

Таким чином, сучасна система післядипломної освіти потребує суттєвих змін, але всі вони вимагають відповідної підготовки та поетапного запровадження із врахуванням вмінь лікарів та ступеню їх готовності до цих нововведень.

### **ПІДХОДИ ДО УДОСКОНАЛЕННЯ ПРОЦЕСУ ОВОЛОДІННЯ ПРАКТИЧНИМИ НАВИЧКАМИ СЛУХАЧАМИ РІЗНИХ ФОРМ НАВЧАННЯ НМАПО ІМЕНІ П. Л. ШУПИКА.**

**Медведовська Н. В., Івашенко А. О., Соловова І. В., Сав'ян К. І.**

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика (Україна)

Одним із новітніх аспектів вдосконалення процесу сучасної післядипломної освіти стало створення у 2013 р. міжкафедрального тренінгового центру. За результатами вивчення думки науково-педагогічного складу НМАПО імені П. Л. Шупика (Академії), яку ми отримали під час соціологічного дослідження (200 респондентів), з'ясувалося, що створення і функціонування тренінгових класів позитивно впливає на рівень оволодіння практичними навичками слухачів різних форм навчання. Майже (95%) респондентів (викладачі хірургічного, терапевтичного, педіатричного факультетів, Українського державного інституту репродуктології, структурних підрозділів (кафедр і центрів) Інституту сімейної медицини Академії) підтвердили незаперечний позитивний вплив наявності на практичному занятті муляжів (манекенів, тренажерів) на результативність засвоєння практичних навичок серед слухачів Академії різних форм навчання. Понад (47%) опитаних виявили потребу у проведенні практичних занять в умовах тренінгового класу з періодичністю не менше 1-го разу на тиждень. Серед побажань висловлених респондентами щодо удосконалення роботи тренінгових класів були такі: повне їх доукомплектування; інформаційна підтримка в якості переліку практичних навичок, які можна відпрацювати в тренінговому класі; складення систематичного графіку відвідування класів; проведення семінарів в тренінгових класах з відповідальними викладачами з кафедр та підрозділів Академії.

Отже, отримані результати проведеного нами соціологічного дослідження підтвердили доцільність подальшого впровадження системи тренінгових центрів (класів) в процес післядипломної медичної освіти.

### **СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К СОВЕРШЕНСТВОВАНИЮ КЛИНИЧЕСКОГО МЫШЛЕНИЯ СЕМЕЙНЫХ ВРАЧЕЙ-ИНТЕРНОВ**

**Андруша А. Б.**

Харьковский национальный медицинский университет (Украина)

Одним из важных компонентов профессионализма и квалификации семейного врача является клиническое мышление. Мероприятия по совершенствованию системы получения знаний и практических умений разработаны в медицинских вузах достаточно, тогда как формирование же логического компонента профессионального мышления будущего врача



требует современных подходов. Решающее значение в диагностическом процессе имеют методы индукции и дедукции. При рассмотрении нового учебного материала необходимо вводить клинические аспекты в теоретическую основу предмета, развивать способность дедуктивно мыслить. Для формирования креативных идей и творческого мышления можно использовать такой вид опроса как «мозговой штурм». Целесообразно применять задачи проблемного типа и предписания для их решения, развивать наблюдательность у будущих врачей, рекомендовать выполнять обследование пациента в определенной последовательности. Оптимальным является включение врача-интерна в процесс решения задач исследовательского типа, например, клинический разбор больного, использование имитационных методик обучения - ролевых игр с определенными клиническими ситуациями и диагностическими и лечебными мероприятиями. Такие ролевые игры отрабатывают практические навыки в реальных жизненных ситуациях, комбинируют теорию с практикой. Таким образом, совершенствование клинического мышления семейных врачей-интернов происходит в ходе клинических разборов, применения имитационных методик обучения, особых методов опроса и демонстрационного показа, решения ситуационных задач, с которыми чаще встречаются семейные врачи в своей будущей практике.

### **МІСЦЕ ГОМЕОПАТІЇ У ПІСЛЯДИПЛОМНОМУ НАВЧАННІ ФАХІВЦІВ СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ**

**Пімінов О. Ф., Шульга Л. І., Якущенко В. А., Квітчат Г. І., Немченко О. В.**

Інститут підвищення кваліфікації спеціалістів фармації Національного фармацевтичного університету (Україна)

Викладачі Інституту підвищення кваліфікації спеціалістів фармації Національного фармацевтичного університету на циклах тематичного удосконалення для фахівців медицини та фармації «Фармакологічні властивості та особливості застосування лікарських засобів при найбільш поширених захворюваннях», «Сучасні підходи до фармако- та фітотерапії основних неінфекційних та інфекційних захворювань» особливу увагу приділяють висвітленню актуальних питань застосування як класичних гомеопатичних препаратів, так і комплексних гомеопатичних лікарських засобів, а також наданню додаткових знань з основних положень гомеопатії.

На практичних і семінарських заняттях з метою підвищення кваліфікації лікарів, серед яких і фахівці сімейної медицини, всеосяжно розглядаються аспекти гомеопатичної доктрини – закони і принципи гомеопатії як наукової терапевтичної системи: закон подібності як єдиний закон вибору гомеопатичного препарату; використання малих доз лікарських субстанцій; застосування динамізації для посилення терапевтичного ефекту при приготуванні гомеопатичних препаратів; випробування лікарських субстанцій в субтоксичних дозах для встановлення їх медикаментозного патогенезу на здорових добровольцях; індивідуалізація конкретного випадку із урахуванням сукупності симптомів, модальності, міазму, конституціонального медикаментозного типу хворого. Післядипломне навчання передбачає поглиблення знань стосовно питань застосування комплексних гомеопатичних препаратів при найбільш поширених захворюваннях, що сприяє формуванню сучасних принципів професійного світогляду сімейного лікаря.

## **ОСНОВНІ ПОКАЗНИКИ СТАНУ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ У ХВОРИХ ІЗ СЕРЦЕВОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ**

**Глушко Л. В., Федоров С. В., Позур Н. З.**

Івано-Франківський національний медичний університет (Україна)

Хронічна серцева недостатність (СН) – патологічний стан, який в останні десятиріччя проявив тенденцію до зростання в усьому світі, особливо серед населення старших вікових груп, обумовлюючи значний тягар у захворюваності, смертності та зниженні якості життя.

*Мета дослідження:* вивчити основні показники стану серцево-судинної системи у хворих із синдромом СН ішемічного генезу.

*Матеріал та методи дослідження.* Обстежено 354 хворих із синдромом СН II-IV ФК (NYHA) ішемічного генезу. Проводили підрахунок частоти серцевих скорочень (ЧСС) у спокої; вимірювання офісного АТ; електрокардіографію в 12-ти стандартних відведеннях; трансторакальну ехокардіографію. Статистичний аналіз здійснювали із використанням стандартного пакету програм Statistica 6.1 (StatSoft, Tulsa, OK, USA).

*Отримані результати.* Середній вік обстежених пацієнтів із ХСН склав  $(67,7 \pm 13,6)$  років. Серед когорти пацієнтів 79 осіб (22,31 %) були жіночої статі. II клас СН (NYHA) був верифікований у 28 пацієнтів (7,91 %); III – у 222 (62,71 %); IV – у 104 (29,38 %). У 162 (45,76 %) обстежених хворих із АГ не було досягнуто цільових рівнів САТ, у 100 (28,25 %) – ДАТ. Середня ЧСС у обстежених осіб склала  $(76,54 \pm 1,15)$  уд. за хв. У хворих із супутньою фібриляцією чи тріпотінням передсердь –  $(90,81 \pm 5,01)$  уд. за хв.; за умови збереженого синусового ритму –  $(73,04 \pm 1,15)$  уд. за хв. У 83 (25,94 %) хворих діагностована систолічна дисфункція лівого шлуночка. Між ФВ і ЧСС, величинами інтервалів PR, QRS та QTc відмічено зворотній слабкої сили кореляційний зв'язок: відповідно –  $r = -0,25; -0,26; -0,25; -0,28$  ( $p < 0,05$ ).

*Висновок.* Близько в половини хворих із СН не досягнуті цільові рівні САТ, ЧСС та у третини – ДАТ, які слугують незалежними предикторами несприятливого прогнозу.

## **ДІАГНОСТИКА МОЗКОВОГО ІНСУЛЬТУ В ПРАКТИЦІ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ**

**Зозуля І. С., Боброва В. І, Ганджа Т. І, Боброва О. В.**

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика (Україна)

Мозковий інсульт – невідкладний стан, що має високу розповсюдженість, виникає переважно у осіб середнього і похилого віку з судинною патологією в анамнезі і факторами ризику її виникнення, наступною інвалідизацією в більшості випадків (80%), і високою смертністю (друге-третє місце в структурі захворюваності населення світу).

Рання діагностика мазкого інсульту – запорука успіху в його лікуванні.

Оптимальна тактика сімейного лікаря для цієї категорії хворих включає:

- розпізнавання симптомів інсульту (наявність загальномозкових та вогнищевих симптомів ураження нервової системи: рухових, чутливих, афатичних розладів, ураження черепних нервів) при відсутності підвищеної температури тіла;
- швидка реакція (виклик швидкої допомоги);
- відповідь (наступна госпіталізація хворого);
- в умовах спеціалізованого відділення - огляд ангіоневролога, кардіолога, верифікація діагнозу (нейровізуалізація), інтенсивна терапія.

## **ПЕРВИННА ПРОФІЛАКТИКА ГОСТРОГО КАРДІОЕМБОЛІЧНОГО ІНФАРКТУ МОЗКУ В ПРАКТИЦІ ЛІКАРЯ СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ**

**Боброва О. В., Ганджа Т. І., Боброва В. І., Красюк С. П.**

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика (Україна)  
Київська міська клінічна лікарня швидкої медичної допомоги

Кардіогенний емболізм є причиною 15-20% гострого інфаркту мозку (ГІМ). Емболи із аорти викликають ще 3-5% випадків ГІМ. Провідними причинами кардіогенного емболізму є пароксизмальна і постійна форма фібриляції передсердь, за нею слідують мітральний стеноз, тромби в передсердях, недавно перенесений інфаркт мозку, аневризма стінки лівого шлуночка, ендокардит, пухлина серця. Необхідні діагностичні дослідження включають оцінку ритму серця (ЕКГ, моніторинг), трансторакальну і трансезофагальну ЕхоКС, доплерівське дослідження. Непрямими доказами наявності джерела емболів є дані про ознаки системного емболізму. Морфологічними підтвердженнями можливості утворення емболів в області серця є відкрите овальне вікно, передсердна септальна аневризма, кальцифікація мітрального і аортального клапанів, клапанні тяжі, інтератріальна септальна ліпоматозна гіпертрофія, дисфункція лівого шлуночка з фракцією викиду менш ніж 35%, які повинні запідозрити сімейний лікар в амбулаторних умовах з подальшим направленням в спеціалізовану кардіологічну клініку. Відкрите овальне вікно, що частіше діагностується у пацієнтів молодого віку, створює можливість парадоксального емболізму (згустки, що утворились в венозній системі великого круга кровообігу, проникають із правого передсердя в ліве і потім в артерії мозку, викликаючи гострий інфаркт мозку). Атеросклероз аорти є вагомим фактором ризику ГІМ і недооціненим джерелом емболів в артерії мозку, що викликають ГІМ. Особливо це стосується мобільних тромбів і нестабільних бляшок (не кальцифікованих з виразковою поверхнею, більше 4 мм в товщину) дуги аорти, котра по суті є прецеребральною артерією. В практиці лікаря сімейної медицини виявлення причин можливого кардіогенного емболізму є первинною профілактикою ГІМ, яка відіграє головну роль в зниженні захворюваності та смертності цієї категорії пацієнтів.

## **ФАКТОРИ РИЗИКУ СЕРЦЕВО-СУДИННИХ ЗАХВОРЮВАНЬ У ХВОРИХ З ПОРУШЕННЯМ ЛІПІДНОГО ОБМІНУ ТА ЗА ЙОГО ВІДСУТНОСТІ**

**Хіміон Л. В., Ященко О. Б., Ватага В. В.**

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика (Україна)

*Актуальність.* Серцево-судинні захворювання (ССЗ) є основною причиною захворюваності та посідають перше місце в структурі смертності дорослого населення України протягом багатьох років. Найбільший внесок в структуру хвороб системи кровообігу вносить ішемічна хвороба серця (ІХС). Однією з найбільш значущих форм ІХС є, безумовно, гострий коронарний синдром (ГКС). До найбільш поширених модифікованих факторів ризику, пов'язаних з розвитком атеросклерозу і ризиком розвитку гострого коронарного синдрому, відносяться гіперліпідемія, артеріальна гіпертензія, цукровий діабет. Особливу увагу вчених привертає до себе гіперліпідемія. Встановлено, що при високому вмісті загального холестерину (ХС) у крові, ІХС розвивається у 4 рази частіше, ніж при низькому. На даний момент проведено багато досліджень, які свідчать про те, що гіпер- та дисліпідемія здатні самотійно, або у взаємодії з іншими факторами ризику спричинити

маніфестацію атеросклеротичного процесу. Проте має місце розвиток серцево-судинної патології за відсутності гіперліпідемії та, навіть, будь-яких інших змін показників ліпідного спектру крові. Останнім часом все більше досліджень присвячується пошуку додаткових факторів ризику розвитку серцево-судинних захворювань. Значний інтерес дослідників в різних країнах викликає вивчення виникнення ГКС у осіб, які не мають клінічних ознак атеросклерозу з пошкодженням атеросклеротичної бляшки, а іноді і зовсім без ураження коронарних судин. Дані показників ліпідограми при ГКС мають суттєві відмінності у різних авторів і потребують подальшого вивчення.

*Мета дослідження.* Визначити частоту виникнення гострого коронарного синдрому у хворих без дисліпідемії та проаналізувати розповсюдженість факторів ризику серцево-судинних захворювань серед цих хворих в порівнянні з пацієнтами, що мають порушення ліпідного обміну.

*Матеріали та методи дослідження.* Дослідження проведено на кафедрі сімейної медицини НМАПО імені П.Л. Шупика в Київському обласному кардіологічному диспансері з січня по грудень 2013 року шляхом ретроспективного аналізу медичних карт хворих з гострим коронарним синдромом (ГКС), які лікувались у відділенні інтенсивної терапії. Всього за означений період часу було проліковано 92 хворих з ГКС. По даним медичних карт пацієнтів було проведено аналіз поширеності традиційних факторів ризику серцево-судинних захворювань: стать, вік, артеріальна гіпертензія, цукровий діабет, ожиріння, гіподинамія, стрес, паління, ішемічна хвороба серця в анамнезі.

*Результати дослідження.* За результатами аналізу стану ліпідного обміну пацієнти були розподілені на 2 групи: першу групу представляли хворі без дисліпідемії, другу – з порушеннями ліпідного обміну. Розподіл був проведений згідно критеріїв цільових рівнів ліпідів, наведених в Європейськими рекомендаціями та рекомендаціями Асоціації кардіологів України з діагностики, профілактики та лікування дисліпідемій.

За даними ретроспективного аналізу медичних карт хворих з гострим коронарним синдромом (92 хворих віком 36-75 років) виявилось, що 35 пацієнтів (38,5%) не мали дисліпідемії (25 чоловіків (71,4%) та 10 жінок (28,6%)). Серед них у 60% хворих був діагностований ГКС з елевацією ST, ГКС без елевації ST та нестабільну стенокардію виявили у 17,1% та 22,9% відповідно. При аналізі даних у різних вікових групах виявлено, що у віці до 45 років ГКС виник у 5,7% хворих, від 46 до 59 років – у 34,3%, від 60 до 74 років та старше 75 років у 45,7% та 14,3% відповідно. Найбільш частим фактором ризику в цій групі виявилась артеріальна гіпертензія (77,1%), при чому майже 63% хворих лікувались нерегулярно. Постійні психоемоційні навантаження мали 62,9% хворих без дисліпідемії. Менш вагому, проте значущу частку серед факторів ризику у хворих першої групи склали гіподинамія (28,6%), ожиріння (28,6%), паління (22,9%) та цукровий діабет (22,9%). Важливо відмітити, що лише 25,7% пацієнтів з ГКС без дисліпідемії мали встановлений діагноз ІХС в анамнезі. Друга група включала 56 пацієнтів (61,5%) з порушенням ліпідного обміну, серед яких було 35 чоловіків (62,5%) та 21 жінка (37,5%). У цих хворих ГКС з елевацією ST розвинувся у 35,7% випадків, ГКС без елевації ST та нестабільна стенокардія – у 26,8% та 37,5% відповідно; 5,36% хворих були віком до 45 років, 55,36% – 46-59 років, 45,7% – 60-74 роки та 14,3% – старше 75 років. Артеріальна гіпертензія та стрес у цій групі також виявились найбільш частими факторами ризику (відповідно, 75% та 60,7% випадків). Аналіз поширеності різних факторів ризику у обстежених групах хворих не виявив різниці у частоті всіх досліджуваних факторів, окрім гіподинамії та ожиріння; гіподинамія частіше зафіксована у осіб без дисліпідемії ( $p < 0,05$ ), а ожиріння – в групі хворих із порушеннями

ліпідного обміну ( $p < 0,05$ ). Попередній анамнез ІХС достовірно частіше був встановлений у пацієнтів другої групи – 42,9% ( $p < 0,05$ ); у хворих без дисліпідемії значно частіше діагностовано ГКС із елевацією ST, в той час, як серед пацієнтів із дисліпідеміями частота різних форм ГКС не відрізнялась.

*Висновки.* 1. Гострий коронарний синдром на тлі нормальних показників ліпідного обміну найчастіше являється першим проявом ІХС (25,7%) та у більшості випадків протікає з елевацією ST (60%).

2. Найбільш частими традиційними факторами ризику серцево-судинних захворювань серед пацієнтів з ГКС незалежно від наявності дисліпідемії є артеріальна гіпертензія та стрес. Для хворих із порушеннями ліпідного обміну характерним є ожиріння, а для хворих без дисліпідемії – гіподинамія, частота яких достовірно відрізнялась в обстежених групах хворих.

3. Частота встановлення діагнозу ІХС до розвитку ГКС у хворих із дисліпідемією достовірно перевищує цей показник в групі хворих без порушень ліпідного обміну.

4. Необхідні подальші дослідження додаткових факторів серцево-судинного ризику у осіб без дисліпідемії.

## **АТЕРОГЕННЫЕ НАРУШЕНИЯ В СИСТЕМАХ ТРАНСПОРТА ЛИПИДОВ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ С ОЖИРЕНИЕМ В ПРАКТИКЕ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА**

**Гопций Е. В., Железнякова Н. М., Зеленая И. И.**

Харьковский национальный медицинский университет (Україна)

*Цель исследования.* Изучение липидного метаболизма в зависимости от абдоминального типа распределения жировой ткани у больных артериальной гипертензией (АГ) с ожирением в условиях амбулатории.

*Материалы и методы.* Обследовано 123 пациента АГ среднего возраста  $53,87 \pm 0,92$  лет. Уровень триглицеридов (ТГ), общего холестерина (ОХС), холестерина липопротеидов высокой плотности (ХС ЛПВП) – биохимическим методом. Расчетным методом определили холестерин липопротеидов низкой плотности (ХС ЛПНП), холестерин липопротеидов очень низкой плотности (ХС ЛПОНП), коэффициент атерогенности (КА).

Пациенты были разделены на две группы в зависимости от наличия абдоминального ожирения (АО): 1 группа без АО ( $n=36$ ) – ОТ составил  $93,13 \pm 1,54$  см (у женщин  $80,37 \pm 1,84$  см, у мужчин –  $96,78 \pm 1,23$  см); 2 группа с АО ( $n=87$ ) –  $102,58 \pm 0,90$  см (у женщин –  $99,83 \pm 0,80$  см, у мужчин –  $112,42 \pm 1,59$  см).

*Результаты.* Установлено, что уровни ОХС ( $6,10 \pm 0,08$  ммоль/л), ХСЛПНП ( $3,83 \pm 0,08$  ммоль/л), ХСЛПОНП ( $1,76 \pm 0,03$  ммоль/л), ТГ ( $1,76 \pm 0,03$  ммоль/л), КА ( $3,31 \pm 0,13$  усл. ед.) у больных АГ с АО достоверно превышали аналогичные показатели гипертензивных пациентов без АО: ОХС ( $5,48 \pm 0,14$  ммоль/л), ХСЛПНП ( $3,13 \pm 0,15$  ммоль/л), ХСЛПОНП ( $0,70 \pm 0,16$  ммоль/л), ТГ ( $1,55 \pm 0,06$  ммоль/л), КА ( $2,39 \pm 0,12$  усл. ед.),  $p < 0,05$ . Значения ХСЛПВП были достоверно ниже у пациентов АГ с АО: ( $1,47 \pm 0,02$  ммоль/л), у женщин ( $1,52 \pm 0,02$  ммоль/л), у мужчин ( $1,31 \pm 0,07$  ммоль/л) в сравнении с больными без АО ( $1,64 \pm 0,03$  ммоль/л), у женщин ( $1,75 \pm 0,03$  ммоль/л), у мужчин ( $1,61 \pm 0,03$  ммоль/л),  $p < 0,05$ .

*Выводы.* Таким образом, полученные результаты свидетельствуют о более выраженной атерогенной направленности дислипидемии и нарушениях углеводного обмена

у больных артериальной гипертензией с абдоминальным типом ожирения в сравнении с гипертензивными пациентами без абдоминального ожирения. Данный факт может свидетельствовать о том, что больные с абдоминальным ожирением подвержены более высокому риску заболеваний, связанных с атеросклерозом по сравнению с больными, у которых объем талии был в пределах нормы.

## **ДИСБІОЗ КИШЕЧНИКА ТА ПОРУШЕННЯ ЛІПІДНОГО ОБМІНУ У ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ**

**Бусигіна О. С., Ткаченко В. І.**

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика (Україна)

В Україні хвороби системи кровообігу у 2009 р. зумовили 63,0% усіх смертей. Висока частота захворюваності на ішемічну хворобу серця (ІХС) серед людей працездатного віку, а також тяжкість ускладнень цієї патології визначають її високу клінічну і соціальну значимість. Провідне місце в розвитку ІХС займають зміни ліпідного обміну, в тому числі розвиток атерогенної дисліпопротеїдемії. Разом з тим відомо, що в регуляції ліпідного обміну вагоме значення має підтримка якісного і кількісного складу мікрофлори кишечника.

Порушення кишкової мікрофлори, за даними різних авторів, зустрічається у 90 - 100% хворих із ІХС та обмінними (ожиріння, дисліпопротеїдемія) захворюваннями. Надлишкова активація ліпідів атерогенного профілю і підвищення судинного тону, погіршення периферичного кровотоку призводять до патологічних змін слизової оболонки шлунково-кишкового тракту, тим самим посилюючи порушення складу його мікрофлори. В свою чергу, дисбіотичні зміни кишечника, досягаючи певного рівня, погіршують клінічний перебіг основного захворювання, подовжують терміни маніфестації клінічних симптомів, погіршують результати лікування і якість життя пацієнтів.

*Мета нашого дослідження* - визначити характер і ступінь вираженості якісного та кількісного порушення мікрофлори кишечника в залежності від змін ліпідного спектру крові у хворих на ішемічну хворобу серця.

*Матеріали і методи.* Нами проведено обстеження 92 хворих на ІХС з стенокардією напруги II функціонального класу. Середня тривалість захворювання складала  $10,35 \pm 0,55$  року, коефіцієнт загострення дорівнював  $0,34 \pm 0,06$  (загальна кількість загострень/тривалість захворювання у місяцях). Середній вік хворих складав  $59,5 \pm 1,2$  років. Співвідношення чоловіків і жінок склало 1:1,94 (34:66 осіб відповідно). Всім хворим проводилось бактеріологічне дослідження калу на дисбіоз та визначення показників ліпідного спектру крові. Тип дисліпопротеїдемії визначався за класифікацією D. Frederickson et al. (1967), розширеної експертами ВООЗ. Статистичний аналіз відбувався за допомогою Excel 2007.

*Результати.* Проведені дослідження показали, що у 100% обстежених хворих виявлено наступні типи порушень ліпідного обміну: у 69,8% визначався Іа тип дисліпопротеїдемії, у 10,4% - Іб тип і у 19,8% - ІV тип. Порушення кишкового мікробіоценозу мали місце у 100% обстежуваних хворих. Причому, пріоритетне значення мала друга ступінь дисбіозу кишечника, виявлена в 74% випадків (у 19% - виявлена третя і у 7% - перша ступінь дисбіозу кишечника), яка більшою частиною спостерігалась у хворих з

Іа тип дисліпопротеїдемії. Із збільшенням тривалості ІХС ступінь вираженості дисбіозу кишечника погіршувався. Найбільш виражені статистично достовірні зміни спостерігалися у складі облигатної мікрофлори кишечника. Виявлено зниження кількості

біфідобактерій менше 8 ІgКOE/г і лактобацил - 6 ІgКOE/г, зміна співвідношень у групі кишкової палички: зниження кількості нормальних E.coli нижче 7 ІgКOE/г, а також наростання кількості лактозонегативних E. coli до 4 ІgКOE/г і вище; зниження еубактерій нижче 8 ІgКOE/г. На цьому фоні визначалися у підвищених кількостях різні групи умовно-патогенних мікроорганізмів: стафілококів, дріжджоподібних грибів, аеробних бацил, гемолізуючих ешерихій

*Висновок.* З отриманих даних випливає, що при ІХС порушення мікробіоценозу кишківника характеризується в першу чергу зниженням облігатної флори, підвищенням умовно-патогенної флори, зокрема E.coli (-) та ентеробактерій, що має взаємозв'язок з формуванням дисліпопротеїдемії. Враховуючи вищевикладені факти, можна зробити висновок про вагомий зв'язок розвитку порушення мікрофлори та дисліпопротеїдемії при ІХС.

### **ОСОБЛИВОСТІ РЕМОДЕЛЮВАННЯ ЛІВОГО ШЛУНОЧКА ПРИ АРТЕРІАЛЬНІЙ ГІПЕРТЕНЗІЇ НИРКОВОГО ГЕНЕЗУ: З ПРАКТИКИ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ**

**Домінас В. М.,<sup>1</sup> Безсмертна Р. В.,<sup>1</sup> Винниченко Л. Б.,<sup>2</sup> Деміхова Н. В.,<sup>2</sup>  
Матійців Н. С.<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Сумська міська клінічна лікарня №1,

<sup>2</sup>Сумський державний університет (Україна)

Хронічне перевантаження лівого шлуночка (ЛШ) при артеріальній гіпертонії (АГ) призводить до виникнення структурно-морфологічної перебудови міокарда, а саме гіпертрофії, дилатації і зміни геометрії порожнин серця і міокарда в цілому, тобто ремоделюванню.

*Методи.* Обстежено 107 хворих на хронічну хворобу нирок (ХХН): гломерулонефрит (чоловіків 69 і жінок 38). ХХН І стадії діагностовано у 42 хворих, ХХН ІІ стадії - у 20, ХХН ІІІ стадії – у 27 і ХХН ІV стадії - у 18 хворих. Ехокардіографію в М- і В-режимах проводили на апараті "Ultramark-9 ATL" (USA).

*Результати.* Серед 107 хворих нормальну геометрію (НГ) у хворих на АГ при ХХН було встановлено у 8 (7,5%), концентричне ремоделювання (КР) у 15 (14,0%), концентричну гіпертрофію (КГ) у 52 (48,5%) і ексцентричну гіпертрофію (ЕГ) - у 32 (29,0%). Причому, НГ спостерігалася тільки у хворих на ХХН І ст. і склала 19,1% з 42 хворих. У цій же групі хворих КР мало місце у 9 (21,4%), КГ у 15 (35,7%) і ЕГ - у 10 (26,8%) хворих. При ХХН ІІ стадії у 5 (25%) хворих мало місце КР, а гіпертрофія міокарда зустрічалася у 15 хворих (75,0%). При цьому частота КГ і ЕГ склала 56,0% і 25,0%.

Прогресування ХХН до ІІІ ст. характеризувалося збільшенням числа хворих з КГ до 62,9% ( $p < 0,05$ ), в той час як частота ЕГ залишалася майже рівною з ХХН ІІ, складаючи 33,8%. Суттєво зменшилась частота КР до 3,7% ( $p < 0,01$  порівняно з КГ і ЕГ). У хворих на ХХН ІV КГ зустрічалася у 55,6%, що було недостовірно нижче частоти КГ при ХХН ІІІ. Збільшилася частота ЕГ до 44,4%, що також достовірно не відрізнялося як від КГ в групі хворих на ХХН ІV, так і ЕГ у хворих з ХХН ІІІ.

*Висновки.* Найбільшу частоту ремоделювання міокарда ЛШ у хворих з АГ при ХХН складають концентрична і ексцентрична гіпертрофія ЛШ, що зустрічається у 80,4% хворих і виникає вже до розвитку ниркової недостатності. КГ найбільш часто зустрічається у хворих на ХХН ІІІ-ІV ст., а частота ЕГ збільшується в міру прогресування ХХН.

## **ПІДХОДИ ДО УДОСКОНАЛЕННЯ ПРОФІЛАКТИКИ ГЛАУКОМИ З УРАХУВАННЯМ РЕГІОНАЛЬНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ЇЇ ПОШИРЕНОСТІ СЕРЕД РІЗНИХ ВІКОВИХ ГРУП НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ**

**Повч З. В.**

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика (Україна)

Впродовж останніх років в Україні склалась негативна динаміка показників, які характеризують стан офтальмологічного здоров'я дорослого населення. За даними багатьох авторів, дана тенденція обумовлена як впливом комплексу медико-соціальних (демографічних, соціально-економічних, способу життя, організації надання медичної допомоги), гігієнічних та популяційно-генетичних детермінант, так і методологічними недоліками системи охорони здоров'я, згідно яких перевага надається лікувально-діагностичному, а не профілактичному напрямку роботи. За даними проведеного нами статистичного дослідження за період 2008-2013 рр. темпи зростання поширеності хвороб ока та придаткового апарату виявилися помірними, як серед всього населення (+2,9%) України, так і у вікових групах населення дорослого (+3,2%), працездатного (+3,0%) віку. Поширеність офтальмологічної патології серед населення вікової групи старше працездатного віку за період 2008-2013 рр. залишилася майже без змін (+1,0%). Високі рівні поширеності хвороб ока та придаткового апарату за означений період були характерними для всіх вікових груп населення Львівської, Рівненської, Чернігівської, Харківської, Дніпропетровської областей та міста Києва із сформованими тенденціями до зростання у віковій групі працездатного населення цих територій.

Отже, отримані результати проведеного нами дослідження підтвердили доцільність врахування динаміки вікових та регіональних особливостей поширеності глаукоми серед населення України при визначенні доцільності формування регіональних програм її профілактики.

## **ОЦІНКА ГЛИБИНИ УРАЖЕННЯ НИРКОВОЇ ПАРЕНХІМИ У ДІТЕЙ З ДЕКОМПЕНСОВАНИМИ КЛІНІЧНИМИ ФОРМАМИ ВРОДЖЕНИХ ВАД СЕЧОВОДІВ**

**Сербіна І. Є., Нікуліна Г. Г., Мигаль Л. Я., Петербургський В. Ф., Каліщук О. А.,  
Головкевич В. В.**

Державна установа «Інститут урології Національної академії медичних наук України»  
(Україна)

Декомпенсовані форми мегауретеру (ДФМУ) являють собою одну з найтяжчих вад розвитку сечової системи і зустрічаються, головним чином, у дітей перших років життя. Вони характеризуються тяжким порушенням уродинаміки верхніх сечових шляхів і в результаті призводять до зміни морфо-функціонального стану нирки. Внаслідок цього спочатку відбувається підвищення ензимурії, потім, у міру розвитку склеротичних процесів, активність ензимів сечі може знижуватися до норми і навіть нижче. Тому, з метою оцінки глибини ураження ниркової паренхіми, нами було обстежено 33 пацієнти у віці від 5 місяців до 3 років з ДФМУ і 25 здорових дітей (група контролю), в сечі яких вивчали активність  $\gamma$ -глутамілтранспептидази (ГГТ) та нейтральної  $\alpha$ -глюкозидази (НА) як маркерів залучення в



патологічний процес тубулярного відділу нефрону. ГТТ-урія у пацієнтів коливалась в межах 4,3-609,3 мкмоль/год×ммоль креатиніну при нормі 7,8-38,0. Нормальний рівень ГТТ-урії спостерігався у 17 (51,5%) дітей, у 12 дітей (36,4%) відзначалося помірне (1,5-3 рази) і суттєве (до 15 разів) підвищення активності ГТТ вище верхньої межі норми і у 4-х пацієнтів (12,1%) було зареєстровано гіпо-ГТТ-урію. НА-урія у хворих дітей була в межах 5,5-651,1, а у здорових – 39,8-127,7. У 11 (33,3 %) пацієнтів було зареєстровано нормальний рівень НА, в 19 (57,6 %) – підвищений (максимальне підвищення – в 5,1 рази) і у 3-х пацієнтів (9,1%) спостерігалась гіпо-НА-урія. Таким чином, дослідження активності ГТТ і НА в сечі дітей в комплексі з традиційними методами обстеження пацієнтів дозволяє в кожному окремому випадку оцінити глибину ураження паренхіми нирки при ДФМУ.

### **СТАН КАРДИОГЕМОДИНАМІКИ, СИСТОЛІЧНОЇ ТА ДІАСТОЛІЧНОЇ ФУНКЦІЇ СЕРЦЯ У ХВОРИХ НА СТАБІЛЬНУ СТЕНОКАРДІЮ НАПРУЖЕННЯ НА ТЛІ НЕГОСПІТАЛЬНОЇ ПНЕВМОНІЇ**

**Михайловська Н. С.<sup>1</sup>, Кулинич Т. О.<sup>1</sup>, Передерій О. А.<sup>2</sup>, Сліпчук О. П.<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Запорізький державний медичний університет (Україна)

<sup>2</sup>Комунальний заклад «Центр первинної медико-санітарної допомоги № 6» (Україна)

*Мета дослідження:* вивчити особливості кардіогемодинаміки, систолічної та діастолічної функції серця у хворих стабільну стенокардію напруження на тлі негоспітальної пневмонії

*Матеріали та методи дослідження:* обстежено 51 хворий на ІХС: стабільну стенокардію напруження II-III ФК (22 чоловіка та 29 жінок) віком від 52 до 78 років протягом стаціонарного періоду лікування. До основної групи увійшов 31 хворий на ІХС з негоспітальною пневмонією III клінічної групи; до групи порівняння - 20 хворих без перенесеної пневмонії. Групи були співставлені за віком, статтю та характером супутніх захворювань. Всім хворим проводили комплексне обстеження згідно з наказом МОЗ України

№436 від 03.07.2006р. Рівень загального холестерину (ЗХС), холестерину ліпопротеїдів високої щільності (ЛПВЩ), тригліцеридів (ТГ) визначали з використанням набору реактивів BIOLATEST компанії PLIVA-Lachema. Рівень ЛПНЩ розраховували за формулою Friedewald. Рівень високочутливого С-реактивного протеїну (вчС-РП) досліджували методом твердофазного хемілюмінесцентного аналізу. Двовимірну ехокардіоскопію та імпульсно-хвильову доплерографію проводили за допомогою ультразвукового сканера «SONOACE» 8000SE за загальноприйнятою методикою. Статистичну обробку результатів проводили за допомогою програми «STATISTICA 6.0 for Windows» згідно сучасних вимог.

*Результати дослідження:* Встановлено, що у хворих основної групи рівень ЛПВП був вірогідно нижчий на 25,28% ( $1,08 \pm 0,03$  проти  $1,44 \pm 0,11$  ммоль/л,  $p < 0,05$ ), спостерігалась тенденція до збільшення рівня ЛПНЩ, в той час як за рівнем загального холестерину групи суттєво не відрізнялись. Концентрація вчС-РП у пацієнтів основної групи була вірогідно вищою у 9,18 разів, а рівень сатурації кисню – нижчим порівняно з хворими без НП ( $p < 0,001$ ). За даними ЕХО-КС у хворих основної групи виявлено вірогідне збільшення розмірів лівого шлуночка: КДР на 14,31% ( $5,75 \pm 0,17$  проти  $5,03 \pm 0,17$  см,  $p < 0,01$ ), КСР на 32,59% ( $4,15 \pm 0,19$  проти  $3,13 \pm 0,21$  см,  $p < 0,01$ ); правого шлуночка - на 7,89% ( $2,05 \pm 0,07$  проти  $1,9 \pm 0,04$  см,  $p < 0,001$ ) та тенденція до збільшення розмірів лівого передсердя; зменшення

фракції викиду лівого шлуночка (ФВ ЛШ) на 21,57% ( $43,53 \pm 1,85$  проти  $55,5 \pm 5,25\%$ ,  $p < 0,001$ ), співвідношення швидкостей на мітральному клапані на 22,68% ( $0,75 \pm 0,01$  проти  $0,97 \pm 0,06$  од.,  $p < 0,05$ ), збільшення часу ізовольомічного розслаблення на 24,32% ( $121,0 \pm 1,03$  проти  $97,33 \pm 1,88$  мс,  $p < 0,05$ ) та значне збільшення тиску в легеневій артерії в 1,62 рази порівняно з хворими без НП ( $p < 0,001$ ). У хворих основної групи переважала ексцентрична гіпертрофія міокарда ЛШ, в той час, як у хворих групи порівняння частіше спостерігалось концентричне ремоделювання ЛШ. Встановлено позитивний кореляційний зв'язок сатурації кисню із ФВ ЛШ ( $r = +0,45$ ;  $p < 0,05$ ), співвідношенням швидкостей на мітральному клапані ( $r = +0,36$ ;  $p < 0,05$ ), від'ємний - з середнім тиском в легеневій артерії ( $r = -0,60$ ;  $p < 0,05$ ); рівня СРП з ФВ ЛШ ( $r = -0,36$ ;  $p < 0,05$ ).

*Висновки:* Таким чином, у хворих на ІХС з негоспітальною пневмонією спостерігаються більш виразні структурно-функціональними зміни серця: дилатація порожнин, зниження насосної функції, помірна діастолічна дисфункція лівого шлуночка на тлі гіпоксії, дисліпідемії та прозапальних змін. Наявність кореляційних взаємозв'язків між рівнем С-реактивного протеїну, сатурацією кисню та змінами структурно-функціональних показників серця свідчить про додатковий несприятливий вплив перенесеної НП на перебіг ішемічної хвороби серця та обґрунтовує доцільність більш уважного спостереження за означеною категорією хворих в практиці сімейного лікаря.

## **ВПРОВАДЖЕННЯ СУЧАСНИХ ТЕХНОЛОГІЙ ПРОТИДІЇ ЕПІДЕМІЇ ВІЛ/СНІДУ В ПРАКТИКУ ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ НА ЗАСАДАХ СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ**

**Висоцька О. І., Виноградова Г. М., Головчанський А. М., Висоцький В. І.**

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця (Україна)

Одними з основних завдань практики лікарів та медичних сестер загальної практики–сімейної медицини, як ключових фахівців первинної медико-санітарної допомоги, є їх здатність професійно і вчасно відповідати на сучасні виклики і потреби здоров'я суспільства. Одною з серйозних проблем сьогодення залишається поширення ВІЛ/СНІДУ. Україна залишається лідером в Європі по масштабам епідемії ВІЛ-інфекції. Згідно з оцінками експертів UNAIDS, в Україні з ВІЛ-інфекцією живе до 270 тисяч людей і тільки кожний другий знає про свій діагноз. Особливою гостротою проблеми надає те, що хворіють переважно молоді люди, які ведуть найактивніше трудове, громадське, сексуальне життя.

Тому надзвичайно важливим для сімейних лікарів є набуття ними додаткової поглибленої підготовки з питань ранньої діагностики, диференційної діагностики, нагляду, соціальної адаптації, лікування та профілактики ВІЛ/СНІД інфекції, особливо в поєднанні з наркозалежністю. Відповідаючи на вимоги сьогодення, нами розроблена відповідна програма тематичного удосконалення «Сучасні технології протидії розповсюдження ВІЛ/СНІДУ та наркозалежності: роль первинної медичної допомоги на засадах сімейної медицини». Викладання проводиться з використанням такої інтерактивної форми навчання як тренінг, що базується на активних методах групової роботи, використанні специфічних форм передачі знань, навчанні навичкам та вмінням у сферах спілкування, діяльності, особистісного розвитку, тощо, при здійсненні якого викладачем створюються умови для багаторівневої комунікації між усіма учасниками.

Підвищення фахового рівня лікарів первинної медичної допомоги дозволить підвищити як якість медичного забезпечення населення, так і досягти сталої тенденції до стабілізації епідемічної ситуації із ВІЛ/СНІДОМ в Україні.

## **КОМПЕТЕНТІСНИЙ ПІДХІД У ПІДГОТОВЦІ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ**

**Гребеник М. В., Боярчук О. Р., Гаріян Т. В., Зелененька Л. І., Ясній О. Р.**

ДВНЗ «Тернопільський медичний університет імені І. Я. Горбачевського МОЗ України»

Упродовж останніх десятиліть у всьому світі надається велике значення впровадженню компетентісного підходу підготовки фахівців. На сьогодні реалізується перехід від кваліфікаційної моделі фахівця до компетентісної. Компетенція – це єдність професійних і позапрофесійних знань, навичок, настанов і ціннісних орієнтирів. Кваліфікаційна модель передбачає відповідність освіти вимогам професії, тоді як компетентність передбачає можливість особистості діяти більш адекватно, тобто у соціумі. Внутрішня структура компетентності включає не тільки знання, пізнавальні навички, практичні навички, але й відношення, емоції, цінності та етику, мотивацію.

Набуття ґрунтовних професійних знань та навичок має важливе значення у підготовці сімейного лікаря. Проте, в еру швидкого накопичення інформації та стрімкого економічного

та технологічного прогресу лікар первинної ланки повинен бути готовим змінюватись та пристосовуватись до нових потреб ринку праці, оперувати й управляти інформацією, активно діяти, швидко приймати рішення, навчатись упродовж життя.

Надзвичайно важливим моментом у підготовці сімейного лікаря є розвиток комунікативних навичок та використання психологічних знань у практичній діяльності. Сімейний лікар працює з широким контингентом населення – від маленьких дітей до людей похилого віку. Кожна людина потребує індивідуального підходу з урахуванням вікових, гендерних особливостей тощо. Тому вдосконалення комунікативної компетентності вплине на формування світогляду майбутніх лікарів та буде сприяти кращій адаптації сімейного лікаря на робочому місці.

## **ІННОВАЦІЙНІ ПІДХОДИ ДО ЗАСТОСУВАННЯ МЕТОДІВ ТРАДИЦІЙНОЇ МЕДИЦИНИ В ПРАКТИЦІ СІМЕЙНИХ ЛІКАРІВ**

**Головчанський А. М., Висоцька О. І., Виноградова Г. М., Висоцький В. І.**

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця (Україна)

Відповідно до «Стратегії традиційної медицини 2002-2005» ВООЗ, констатується існування двох підходів до надання медичної допомоги: алопатичний та традиційна медицина (ТМ). Широке впровадження ТМ у практику сімейного лікаря стримує брак інформації про доведену її ефективність, відсутність національних чи міжнародних стандартів застосування. Проте ВООЗ рекомендує розробляти політику інтеграції ТМ з національними системами охорони здоров'я, що забезпечує доступ до медичної допомоги всім верствам населення.

Алопатична медицина робить особливий акцент на науковому підході і не залежить від цінностей певної культури. Недоліками такого підходу є побічні ефекти хімічних препаратів, великі фінансові витрати, зростання хронічних захворювань, випадки неприйнятності прийому хімічних препаратів. Традиційна медицина (або комплементарна медицина, альтернативна медицина) визначається ВООЗ, як різноманітні, пов'язані із здоров'ям практики, підходи, знання та вірування, а також медикаментозні засоби

рослинного, тваринного та/або мінерального походження, спіритуальна терапія, мануальна терапія і вправи, які використовують окремо або у сполученні, з метою підтримання здоров'я, лікування, діагностики і профілактики захворювань. ВООЗ виділяє наступні системи традиційної медицини: традиційна китайська медицина; індійська аюрведа; арабська медицина унані; різноманітні форми медицини корінних народів. Їх спільною основою є цілісний підхід до життя та своєрідна рівновага між тілом, душею і довкіллям, а також акцент на здоров'ї, його збереженні, а не на хворобі.

Враховуючи все це, методи традиційної медицини при раціональному підході для профілактики і супроводу ряду захворювань в сучасній практиці лікарів загальної практики-сімейної медицини можуть стати найбільш оптимальними по співвідношенню ефективність/вартість, що особливо актуально для країн з низьким або середнім рівнем доходів.

## **АНАЛІЗ ЗМІН ПРОФІЛІВ ДІЯЛЬНОСТІ ЛІКАРІВ ПЕРВИННОЇ ЛАНКИ**

**Лехан В. М., Крячкова Л. В.**

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»

З метою оцінки ефективності заходів щодо модернізації первинної медичної допомоги у Дніпропетровському регіоні проведено порівняльний аналіз профілів діяльності 170 лікарів первинної ланки у 2008 - 2009 рр. до початку перетворень у галузі та у 2012 - 2013 рр.

Доведено, що первинна ланка зміцнила свою роль у якості зони першого контакту з вирішення поширених медичних проблем пацієнтів: проблем зі слухом та зором, хронічних захворювань, гострих станів, новоутворень. Однак не достатньо активно розширюється сфера первинного впливу на жінок та дітей, на вирішення психосоціальних проблем.

Збільшилися обсяги профілактичних заходів, що проводяться на первинному рівні у ході повсякденної практики консультивання пацієнтів, так рутинне вимірювання кров'яного тиску здійснює 96,7 % лікарів первинної ланки незалежно від первісної причини звернення. Серед причин розширення спектру та кількості профілактичних заходів зростання забезпеченості обладнанням та інструментарієм на первинному рівні та проведення спеціальних тренінгів, що відмітила переважна більшість лікарів.

Бюджет розподілу робочого часу лікарів первинної ланки практично не змінився за виключенням збільшення кількості телефонних консультацій в середньому на 81,1 % та кількість часу, що витрачається на підвищення професійного рівня (на 60,62 %).

За результатами проведеного дослідження ми можемо стверджувати, що відбулася певна зміна профілів діяльності лікарів первинної ланки в напрямку збільшення обсягів втручань профілактичного та лікувального характеру, що в свою чергу призвело до підвищення структурної ефективності системи охорони здоров'я.

## **ФОРМУВАННЯ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ СЕРЕД ДІТЕЙ ПІДЛІТКОВОГО ВІКУ НА ЕТАПІ РЕФОРМУВАННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я**

**Матюха Л. Ф., Бухановська Т. М., Сіліна Т. М.**

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика (Україна)

На етапі реформування системи охорони здоров'я в умовах негативної медико-демографічної ситуації та соціальної напруги, проблемі збереження та покращення здоров'я дитячого населення надається суттєве значення у зв'язку з тим, що здоров'я нації визначається, насамперед, станом здоров'я її дітей.

Охорона здоров'я в Україні повинна мати випереджувально-профілактичний характер, включаючи комплексний соціальний, екологічний та медичний підхід до охорони здоров'я населення. Тому, крім лікувально-діагностичних послуг, найважливішим напрямком в наданні медичної допомоги населенню на первинному рівні є організація і проведення комплексу профілактичних заходів щодо попередження захворювань, у тому числі і репродуктивної сфери; заходи щодо формування здорового способу життя, включаючи профілактику поведінкових факторів ризику при основних захворюваннях.

Одним з критичних періодів росту дитячого організму – підлітковий період. Погіршення здоров'я цієї категорії не лише обумовлені спадковістю, біологічним віком

дитини, але й комплексом соціально-економічних причин, частина з яких є керованими.

На сьогоднішній день, стан соматичного здоров'я підлітків має негативну динаміку, що має суттєвий вплив і на стан їхнього репродуктивного здоров'я. За даними спеціальних досліджень, протягом 2007-2012 рр. захворюваність дівчат-підлітків зросла з 105,2 на 100 дівчат відповідного віку (2007 р.) до 123,76 (2012 р.). Поруч з тим, про накопичення хронічної патології свідчить рівень поширеності хвороб, який в даній категорії упродовж останніх 5 років також має негативну тенденцію до збільшення (з 189,9 до 222,3 відповідно).

Поруч з тим, ризикова поведінка, зокрема ранні статеві стосунки, спричиняють ранню вагітність, що впливає на частку абортів серед дівчат віком 15–17 років та поширенню інфекцій, що передаються статевим шляхом. Незважаючи на те, що за останні п'ять років рівень абортів, за даними офіційної статистики, зменшився у 1,9 разу, а віком до 14 років – з 0,09 на 1000 дівчаток відповідного віку у 2008 р. до 0,08 у 2012 р., серед дітей і молоді все частіше зустрічаються ППСШ. Так, у 2012 р. захворюваність на сифіліс становила 1,79 на 100 тис. дітей до 17 років, хламідіоз – 4,77, трихомоніаз – 17,26, гонококову інфекцію – 2,15 відповідно.

Проведене нами соціологічне дослідження дітей 15-17 років довело, що 6,8%±1,1% респондентів, які приймали участь в анонімному письмовому анкетуванні, не поінформовані стосовно ППСШ та ВІЛ/СНІДу. Проте решта опитаних дітей мали декілька джерел інформації з цього питання: батьки, вчителі, телебачення, Інтернет тощо.

Тому, на тлі реформування галузі охорони здоров'я, проведення профілактичної роботи з підлітками покладається й на сімейного лікаря, який має бути обізнаним з питань планування сім'ї, особливостей дітей підліткового віку, володіти навичками консультивання цієї вікової категорії та реалізовувати свої знання в практичній діяльності.

Задля оцінки готовності та проведення профілактичної роботи на первинному рівні надання медичної допомоги щодо збереження репродуктивного здоров'я дитячого населення підліткового віку, нами було проведено соціологічне опитування 70 практикуючих лікарів Києва та Київської області, яке проводилося з використанням методу анкетування. В ході дослідження застосовувались спеціально розроблені анонімні анкети, в яких запитання передбачали вибір найбільш прийнятних варіантів відповідей та висловлення особистої думки опитуваних стосовно питань консультивання підлітків, вибору найбільш прийнятних методів контрацепції підлітків з ризиковою поведінкою, зміни поведінки на безпечну.

Дослідженням встановлено, що серед лікарів, які приймали участь в анкетуванні, 75,7%±5,1% респондентів вже пройшли курси спеціалізації за фахом «Загальна практика – сімейна медицина». Проте в своїй практичній діяльності з дітьми підліткового віку працює лише 61,4%±5,8% опитаних. З них, в своїй практичній діяльності проводять консультивання підлітків з питань контрацепції, попередження абортів, профілактики ЗПСШ та ВІЛ/СНІДу, профілактиці куріння, вживання алкоголю, наркотиків менше половини (44,3%±7,6% лікарів).

Доведено, що лікарям бракує комунікативних навичок в роботі з підлітками. При консультиванні дітей підліткового віку труднощі в спілкуванні відсутні лише у 30,2%±7,0% лікарів первинної ланки.

Таким чином, враховуючи негативний стан репродуктивного здоров'я підростаючого покоління, лікарю первинної ланки в своїй роботі з підлітками потрібно приділяти більше уваги профілактиці ризикової поведінки, впровадженню здорового способу життя, зменшенню поширеності ППСШ, незапланованої вагітності.

## **ПРОБЛЕМИ ВПРОВАДЖЕННЯ УНІФІКОВАНОГО КЛІНІЧНОГО ПРОТОКОЛУ З ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ 2 ТИПУ НА ЕТАПІ ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ТА ШЛЯХИ ЇХ ВИРІШЕННЯ**

**Ткаченко В. І.**

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика (Україна)

В Україні на сьогодні відповідно до Плану заходів Міністерства охорони здоров'я України з реалізації Галузевої програми стандартизації медичної допомоги на період до 2020 р., затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я України від 16 вересня 2011 р. № 597, наказу МОЗ України від 28.09.2012 р. № 751 "Про створення та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги в системі Міністерства охорони здоров'я України", на державному рівні проводиться розробка та впровадження медико-технологічних документів. Наприкінці 2012 р. затверджено клінічну настанову та уніфікований клінічний протокол з надання медичної допомоги при цукровому діабеті 2 типу (наказ МОЗ України від 21.12.2012 №1118), впровадження яких зазнає певних труднощів.

*Мета* - проаналізувати проблеми впровадження уніфікованого клінічного протоколу з цукрового діабету 2 типу на етапі первинної медичної допомоги та визначити шляхи їх вирішення.

*Матеріали і методи:* нами здійснено оцінку результатів впровадження медико-технологічних документів з ведення цукрового діабету 2 типу за допомогою запропонованої нами методики оцінювання якості діабетологічної допомоги на основі анкетування лікарів.

*Результати* нашого дослідження, проведеного на ранніх етапах впровадження медико-технологічних документів в Україні, показали, що якість діабетологічної допомоги на первинному рівні медичної допомоги є недостатньою. Це частково пов'язано з недостатнім знанням лікарями положень медико-технологічних документів, обмеженням ресурсів для їх виконання. Але отримані результати подібні до європейського досвіду щодо результатів впровадження нових керівництв з ведення діабету, оцінених на ранніх етапах.

Нами також було визначено, що одним з бар'єрів впровадження затвердженого уніфікованого протоколу є розробка локальних протоколів на місцевому рівні, яка викликає значні труднощі. З метою надання методичної допомоги лікарям первинної ланки для полегшення процесу розробки та впровадження локальних медико-технологічних документів з ведення цукрового діабету 2 типу на етапі первинної медичної допомоги нами було розроблено типовий локальний протокол для закладів первинного рівня і детально описано методологію його створення. Крім того, у зв'язку з необхідністю моніторингу індикаторів якості для якісного збору інформації для обчислення індикаторів якості нами була запропонована форма моніторингу якості діабетологічної допомоги, впровадження якої сприятиме покращанню збору даних для більш легкого і швидкого підрахунку індикаторів якості

*Висновок.* Впровадження типового локального протоколу для закладів первинного рівня та форми моніторингу якості діабетологічної допомоги сприятиме полегшенню розробки та впровадження локальних медико-технологічних документів на первинному етапі медичної допомоги, покращанню якості медичної допомоги та показників здоров'я населення в цілому.

## **ВИКОРИСТАННЯ АНАЛІЗУ УТИЛІТАРНОСТІ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ ДЛЯ ОЦІНКИ ДОЦІЛЬНОСТІ ЇХ ВКЛЮЧЕННЯ ДО ЛОКАЛЬНОГО ФОРМУЛЯРА ЗАКЛАДУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я**

**Кабачна А. В., Шелкова Е. В., Кабачний О. Г.**

Харківська медична академія післядипломної освіти (Україна)

Раціоналізація процесу відбору, закупівлі та використання лікарських засобів (ЛЗ) є важливим аспектом, що дозволяє підвищити терапевтичний ефект від витрат на їх закупівлю. Основним механізмом регулювання і ефективного використання бюджетних коштів, що виділяються на лікарське забезпечення, є клініко-економічний аналіз, зокрема VEN-аналіз.

Принцип VEN-аналізу з'явився у результаті прийняття ВООЗ концепції життєво необхідних лікарських засобів. Він дозволяє оцінити доцільність використання ЛЗ з урахуванням віднесення їх до однієї з трьох категорій: V (vital) – життєво важливі, E (essentiale) – необхідні, N (non-essential) – другорядні.

Питання про віднесення конкретного ЛЗ до однієї з цих категорій є досить складним – особливо з урахуванням того, що один і той же ЛЗ може бути в одній ситуації життєво важливим, а в іншій – другорядним. Це залежить від структури захворювань, що реєструється у ЗОЗ. Для об'єктивізації і консенсуалізації прийняття рішення щодо віднесення ЛЗ до тієї чи іншої категорії життєвої значущості в умовах впровадження формулярної системи використовується такий експертний орган як фармакотерапевтична комісія (ФТК), Положення про яку затверджено наказом МОЗ від 22.07.09 № 529 «Про створення формулярної системи забезпечення лікарськими засобами закладів охорони здоров'я».

Сучасною модифікацією VEN-аналізу є оцінка утилітарності ЛЗ – тобто ступеню необхідності використання даного ЛЗ для фармакотерапії конкретного захворювання, що є вкрай необхідним, зокрема, при вирішенні питання щодо внесення відповідного ЛЗ до локального формуляра ЗОЗ.

В цьому випадку можна визначити рівень утилітарності у вигляді своєрідного індексу VEN –  $U_V$ ,  $U_E$ ,  $U_N$ , додаючи код захворювання за МКХ-10. Наприклад, у відповідності до уніфікованого протоколу медичної допомоги, затвердженого наказом МОЗ України від 19.03.07 № 128 «Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Пульмонологія»» при фармакотерапії негоспітальної пневмонії (код МКХ-10 – J15.9) розчин для інфузій «Лефлоцин» буде мати індекс утилітарності  $U_V$  J15.9. Цей індекс можна ще більше об'єктивізувати, якщо додати до нього рівень ефективності та безпеки ЛЗ за шкалою рівнів доказовості. Індексом «0» позначається утилітарність ЛЗ, що відсутній у клінічних протоколах медичної допомоги захворювань, що реєструється у даному ЗОЗ, у чинному Державному формулярі ЛЗ, або у Переліку лікарських засобів, які можуть бути закуплені установами охорони здоров'я, що повністю або частково фінансуються з бюджету.

За визначенням, локальний формуляр повинен містити якомога більше ЛЗ, які по відношенню до захворювань, що реєструються у ЗОЗ, мають бути віднесені до життєво необхідних і мати індекс утилітарності –  $U_V$ , і лише у крайньому випадку – до важливих ( $U_E$ ) або другорядних ( $U_N$ ). Зважаючи на це, аналіз утилітарності ЛЗ дає змогу членам ФТК чітко і об'єктивно визначати для яких патологій в якості життєво важливого віднесений конкретний ЛЗ.

Отже, чим для більшої кількості захворювань може бути використаний даний ЛЗ, тим більше уваги до нього повинно бути прикуто при включенні його до локального формуляра, а також при плануванні закупівель за бюджетні кошти.



## **РОЗРОБКА ЛОКАЛЬНОГО ПРОТОКОЛУ З ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ 2 ТИПУ НА ЕТАПІ ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ**

**Ткаченко В. І.**

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика (Україна)

Відповідно до Плану заходів Міністерства охорони здоров'я України з реалізації Галузевої програми стандартизації медичної допомоги на період до 2020 р. (наказ МОЗ України від 16 вересня 2011 р. № 597), проводиться розробка та впровадження медико-технологічних документів. Для забезпечення методологічного супроводу цього процесу МОЗ України були розроблені методики з розробки клінічних настанов, медичних стандартів, уніфікованих клінічних протоколів медичної допомоги, локальних протоколів медичної допомоги, розробки індикаторів якості медичної допомоги», які затверджені наказом МОЗ України від 28.09.2012 №751 «Про створення та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги в системі Міністерства охорони здоров'я України».

У зв'язку з затвердженням клінічної настанови та уніфікованого клінічного протоколу з надання медичної допомоги при цукровому діабеті 2 типу (наказ МОЗ України від 21.12.2012 №1118), завданнями для лікарів первинної медичної допомоги є розробка та впровадження відповідних локальних протоколів, що викликає певні труднощі. З метою полегшення розробки медико-технологічних документів локального рівня наводимо методологію створення локального протоколу з надання медичної допомоги при цукровому діабеті 2 типу, засновану на власному досвіді.

Локальний протокол медичної допомоги (клінічний маршрут пацієнта) – нормативний документ регіонального рівня, що спрямований на забезпечення надання безперервної, ефективної та економічно доцільної медичної допомоги відповідно до уніфікованого клінічного протоколу, забезпечує координацію та упорядкування надання медичної допомоги в певні часові терміни в окремому закладі і затверджується на рівні закладу охорони здоров'я. Локальний протокол медичної допомоги відповідає на питання, як повинні бути виконані положення уніфікованого клінічного протоколу в конкретному закладі охорони здоров'я, хто та в які терміни виконує певні дії зазначені в протоколі. В ньому зазначаються конкретні заклади чи відділення, куди направляється хворий, та відповідальні особи, їх прізвище і телефон.

Етапи створення локального протоколу з цукрового діабету 2 типу включають:

1) створення мультидисциплінарної робочої групи та призначення лідера, що затверджуються наказом закладу,

2) навчання членів робочої групи за наступними темами: управління якістю медичної допомоги; принципи доказової медицини; технологія розробки медико-технологічних документів локального рівня, нормативні та медико-технологічні документи державного та регіонального рівня, основні положення уніфікованого клінічного протоколу з надання медичної допомоги при цукровому діабеті 2 типу на етапі первинної медичної допомоги,

3) ситуаційний аналіз, який включає вивчення демографічної та епідеміологічної ситуації в районі з цукрового діабету 2 типу, показників роботи закладу охорони здоров'я, забезпеченість кадрами (ендокринологами та лікарями первинної ланки, медичними сестрами), їх кваліфікація; оснащення, тощо,

4) оформлення текстової та графічної частин локального протоколу відповідно до рекомендованої матриці з термінами виконання, переліком діагностичних та лікувальних медичних втручань (необхідних дій) з низьким ступенем відхилень від уніфікованого клінічного протоколу (наказ МОЗ від 21.12.2012 №1118), зазначенням виконавців, порядку взаємодії членів мультидисциплінарної команди, етапів виконання, переліком індикаторів якості, проміжних та кінцевих очікуваних результатів, та створенням графічної схеми маршруту пацієнта,

5) обговорення проекту локального протоколу зазвичай відбувається шляхом японської (кільцевої) системи прийняття рішень, коли на обговорення виноситься проект і кожен член робочої групи надає свої зауваження; остаточне рішення приймається на загальній нараді, що затверджується протоколом засідання,

б) затвердження локального протоколу відбувається наказом головного лікаря та узгоджується з управлінням охорони здоров'я області.

Розробка та впровадження локальних протоколів з цукровою діабету 2 типу є на сьогодні нагальним питанням, оскільки видано наказ МОЗ України від 19.06.2014 № 414, в якому зазначено про початок моніторингу індикаторів якості медичної допомоги при цукровому діабеті 2 типу.

## **РОЛЬ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ В РЕАЛІЗАЦІЇ ЄВРОПЕЙСЬКОЇ СТРАТЕГІЇ ПРОФІЛАКТИКИ НЕІНФЕКЦІЙНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ**

**Корж О. М.**

Харківська медична академія післядипломної освіти (Україна)

На початку XXI століття провідною причиною смерті є хронічні неінфекційні захворювання, на частку яких припадає близько 90% смертей. Досвід економічно розвинених країн свідчить, що збільшення тривалості життя їх населення досягнуто не шляхом поліпшення якості лікування, а шляхом зниження захворюваності через первинну профілактику.

Головною діючою особою в реалізації заходів по профілактиці неінфекційних захворювань, їх популяризатором та пропагандистом має стати сімейний лікар, який володіє унікальною інформацією про стан здоров'я декількох поколінь, в 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, алергічної та онкологічної патології, а також профілактика смерті від зовнішніх причин. Загальновідомо що захворювання внутрішніх органів, артеріальна гіпертензія і цукровий діабет в значній мірі обумовлені розвитком атеросклерозу, дисліпідемії, гіперглікемії, ожиріння; зловживанням сіллю, вуглеводами і алкоголем; недостатнім вживанням 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, також, як і алергії, алкоголізму та іншої патології у населення треба починати з пре- 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 короточасне мотиваційне консультивання 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 вже виниклих хронічних захворювань.

Таким чином, сімейний лікар активно займається первинною профілактикою, яка має на увазі комплекс заходів, спрямованих на попередження самого факту виникнення захворювання, а також вторинною профілактикою, тобто своєчасним 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 охороні здоров'я покликана впливати на показники здоров'я та оптимізувати ресурси. І тут сімейному лікареві відводиться провідна роль у розвитку профілактики як повсякденного, затребуваного самим життям виду професійної діяльності.

## **ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ЖІНОК ІЗ МЕТАБОЛІЧНИМ СИНДРОМОМ У МЕНОПАУЗІ**

**Насраллах А. Х., Глушко Л. В., Федоров С. В., Позур Н. З., Вербовська О. С.**  
Івано-Франківський національний медичний університет (Україна)

Метаболічний синдром (МС) характеризується наявністю складових компонентів, які значно підвищують ризик виникнення ССЗ чи цукрового діабету 2 типу. В жіночій популяції МС зустрічається в 20-30% осіб середнього віку; по мірі розвитку менопаузи частота випадків його значно збільшується.

*Мета роботи:* оцінити якість життя пацієнтів із МС.

*Матеріал та методи дослідження.* Обстежені 130 хворих із метаболічним синдромом (МС): 24 особи чоловічої статі та 106 жінок. Останні, в свою чергу, були розділені на дві групи: 80 осіб, які перебували в стані фізіологічної менопаузи, та 26 хвора з МС без ознак менопаузи. До дослідження також були включені 21 практично здорові жінки без ознак МС в менопаузі. З метою оцінки якості життя проводили опитування за допомогою анкети EuroQol-5D (EQ-5D).

*Результати дослідження.* Менопауза чинить найбільш вагомий вплив на рухливість: 52,38% жінок із відсутнім МС та 60% з ознаками МС скаржились на помірне обмеження рухливості. Подібна ситуація спостерігалась і щодо проблем із самообслуговуванням, які були виявлені виключно за наявності менопаузи. Помірний біль чи нездужання відмічали

58,3% респондентів чоловічої статі, 81,25% жінок із менопаузальним МС та 71,43% жінок в менопаузі без МС. В той же час, в когорті жінок із відсутніми місячними сильний біль чи нездужання спостерігались у двох жінок (2,5%) із МС та у трьох жінок (14,29%) без нього. Помірна тривога чи депресія була виявлена у половини опитаних чоловіків із МС, 72,5% менопаузальних жінок із МС та у 71,43% жінок без згаданого синдрому. У жінок репродуктивного віку з МС зазначена ознака відмічалась у 19,23% випадків. Разом з тим, 2,5% респондентів із МС в менопаузі описували дуже сильну тривогу/депресію.

*Висновок.* Таким чином, МС за умови менопаузи є додатковим чинником зниження якості життя.

## **АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ РЕАЛІЗАЦІЇ ПЛОТНОГО ПРОЕКТУ З АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ НА ЕТАПІ ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ**

**Кухарчук К. М., Ткаченко В. І.**

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика (Україна)

*Актуальність:* За даними офіційної статистики МОЗ на 1 січня 2011 р. в Україні зареєстровано 121 22512 хворих на артеріальну гіпертензію (АГ), що складає 32,2% дорослого населення країни. Показник поширеності АГ становить 32 154,0 на 100 тисяч населення, захворюваності – 2 536,1 (абсолютні дані – 956 134). Поширеність АГ серед хвороб системи кровообігу у дорослих (18 років і більше) становить 46,8%. При цьому приймають будь-які гіпотензивні препарати відповідно 48% міських мешканців і 38% сільських жителів з підвищеним артеріальним тиском (АТ), а ефективність лікування становить лише 19% у міській і 8% у сільській популяціях [Наказ МОЗ України № 795/75 від 03.11.2009].

Для покращення ситуації та надання медичної допомоги населенню, Кабінетом Міністрів України започатковано реалізацію з 1 червня 2012 р. по 31 грудня 2014 р. пілотного проекту щодо запровадження державного регулювання цін на лікарські засоби для лікування осіб з АГ (далі - пілотний проект).

*Мета:* проаналізувати прихильність лікарів первинної ланки щодо призначення гіпотензивної терапії для реалізації пілотного проекту з АГ, а також визначити ефективність призначеної терапії серед населення Київської області.

*Матеріали та методи:* нами було ретроспективно проаналізовані дані амбулаторних карток 47 пацієнтів з АГ, з них 33 (70,21%) становлять жінки, 14 (29,78%) – чоловіки. Середній вік пацієнтів – 54,96±12,16 роки, середня тривалість АГ – 10,52±6,25 роки. Ми вивчали дані щодо препаратів вибору лікарями первинної ланки при призначенні терапії АГ, динаміку рівня АТ у пацієнтів на фоні призначених гіпотензивних препаратів. Статистичний аналіз проводився за допомогою програми Excel 2007.

*Результати та їх обговорення.* Під час вивчення медичної документації було виявлено, що 20 (42,55%) пацієнтам було ініційовано лікування АГ з монотерапії, а 27 (57,45%) пацієнтам було призначено відразу комбіноване лікування. При монотерапії препаратами вибору лікарів первинної ланки були в 60% інгібітори ангіотензинперетворюючого ферменту (ІАПФ), а саме в 30% випадків - еналаприл, 20% - лізиноприл, 10% - раміприл. Решті пацієнтів було призначено лозартан (15%), бісопролол (10%), карведілол (5%), амлодипін (10%). До моменту призначення монотерапії САТ

становив  $152,5 \pm 9,57$  мм.рт.ст, а ДАТ -  $90 \pm 8,16$  мм.рт.ст. Але через місяць від початку проведеної терапії не досягли цільового рівня АТ - 2 (33,3%) пацієнтів, що отримували еналаприл, і 1 пацієнт (25%), що отримував лізиноприл. Причиною недостатнього ефекту монотерапії міг бути наявний надлишок маси тіла (ІМТ=30,86), чи наявна супутня патологія нирок, що могло вплинути на перебіг АГ та призвести до стійкої гіпертензії.

При застосуванні комбінованої терапії лікарі первинної ланки найчастіше призначали комбінацію ІАПФ та діуретик – 10 (37,04%) пацієнтів. Комбінація ІАПФ та антагоністів йонів Са була призначена 3 пацієнтам (12,1%), та 14 (51,9%) пацієнтам була призначена комбінація з трьох препаратів. Після місяця лікування комбінованою терапією всі пацієнти досягли цільових рівнів АТ, рівень САТ становить  $127,5 \pm 3,53$  мм.рт.ст. та ДАТ –  $82,5 \pm 10,6$  мм.рт.ст.

*Висновок:* проведений нами аналіз показав значну прихильність лікарів первинної ланки до монотерапії ІАПФ. Проте, призначення комбінованої терапії гіпотензивними засобами показало 100% результат по досягненню цільових рівнів АТ на відміну від монотерапії. Не зважаючи на це, проблема ефективного контролю АГ серед населення України потребує подальших зусиль лікарів первинної ланки, спрямованих на створення у пацієнтів мотивації до тривалого медикаментозного лікування, а також необхідність здійснення профілактичної роботи щодо виявлення факторів ризику розвитку АГ і супутньої патології, яка б могла призвести до вторинної стійкої АГ.

## **ДЛИТЕЛЬНОЕ КРУГЛОСУТОЧНОЕ ОСВЕЩЕНИЕ КАК ФАКТОР ПРЕЖДЕВРЕМЕННОГО СТАРЕНИЯ ИММУННОЙ СИСТЕМЫ**

**Сорокина И. В., Бочарова Т. В., Бочарова М. Ю.**

Харьковский национальный медицинский университет (Украина)

В настоящее время растет количество молодых людей, ведущих преимущественно ночной образ жизни. Длительное пребывание под освещением в ночное время суток приводит к изменению суточных ритмов и развитию гипопенеализма. Установлено, что дефицит мелатонина приводит к ускоренному старению и развитию возрастной патологии.

Целью исследования явилось изучение влияния длительного круглосуточного освещения на функционирование иммунной системы. Проведен эксперимент на половозрелых кроликах, которые днем находились в условиях естественной смены дня и ночи, а ночью – под искусственным освещением (30 – 40 люкс). Проводилось морфологическое исследование вилочковой железы – как центрального органа иммунной системы. Кусочки ткани органа подвергались парафиновой проводке с окрашиванием гематоксилин-эозином и по методу Ван Гизон.

Нами выявлены структурные изменения в виде склероза, липоматоза на фоне уменьшения количества и размеров долек тимуса. Отмечается также истощение лимфоидного компонента, снижение пролиферативной активности тимоцитов и усиление апоптоза, особенно выраженного в корковом слое. Значительные иволютивные изменения на фоне гипоплазии вилочковой железы свидетельствуют о преждевременном старении органа и оказывают влияние на функционирование всей иммунной системы в целом.

## ПРОБЛЕМИ ПРОФІЛАКТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ СЕРЦЕВОЇ НЕДОСТАТНОСТІ В ПРАКТИЦІ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ

**Корж О. М., Краснокутський С. В., Васьків Н. М.**

Харківська медична академія післядипломної освіти (Україна)

Наявність високого рівня захворюваності і смертності хворих на серцево-судинну патологію, не дивлячись на застосування ефективних технологій первинної і вторинної профілактики, обумовлюють необхідність вивчення якості надання медичної допомоги, відповідності лікування, що надається в першу чергу лікарями первинної ланки, прийнятим рекомендаціям.

*Метою* даної роботи було вивчення прихильності лікарів амбулаторної ланки і пацієнтів сучасним рекомендаціям по діагностиці і профілактиці серцевої недостатності.

*Матеріал і методи дослідження.* Для досягнення поставленої мети було проведено анонімне анкетування лікарів загальної практики-сімейної медицини з питань діагностики, профілактики та лікування серцевої недостатності. Крім того, були проаналізовані амбулаторні карти хворих в первинній ланці амбулаторно-поліклінічної мережі м. Харкова.

*Результати.* Більшість учасників анкетування усвідомлювали важливість діагностики і корекції чинників серцево-судинного ризику і вважали, що цей вид втручання дозволяє поліпшити перебіг основного (76%) і супутніх захворювань (52%), якість життя (64%). 83% респондентів повідомили, що вони рекомендують своїм пацієнтам відмову від паління, гіполіпідемічну дієту, нормалізацію маси тіла, дещо рідше (80%) призначалися фізичні тренування. Проте, помітно гірше опинилася ситуація з профілактичною фармакотерапією. Так статини і антиагреганти рідко розглядалися респондентами в числі найважливіших засобів профілактики. Крім того, призначення цих препаратів не завжди було з урахуванням рекомендованих адекватних доз. Важливою проблемою виявилось застосування лікарями амбулаторної ланки лікарських засобів з недоказаною ефективністю. Наш досвід показав, що обговорення вибору препарату серед лікарів і їх участь в оцінці ефективності лікарського засобу в процесі повсякденної роботи є важливим стимулом для підвищення знань і сприяє впровадженню сучасної методології корекції дисліпідемій в практичну охорону здоров'я. Гіполіпідемічна ефективність доступніших за вартістю статинів-генериків вимагає клінічного підтвердження, оскільки недорогий препарат може опинитися і менш ефективним.

*Висновки.* Виявлена низька обізнаність лікарів амбулаторної ланки в питаннях діагностики і профілактики серцевої недостатності, проаналізовані бар'єри на шляху реалізації концепції профілактики патології серцево-судинної системи, проблеми прихильності хворих до виконання рекомендацій немедикаментозної і медикаментозної терапії. У багатьох країнах в даний час розробляються адаптовані до локальних умов програми профілактики серцево-судинних захворювань із залученням лікарів загальної практики, що мають справу з пацієнтами помірного і високого ризику, які на відміну від хворих з клінічними проявами не знаходяться на динамічному спостереженні у кардіологів і до того ж менш мотивовані.

## **ТРОМБОТИЧНІ ФАКТОРИ КАРДІОВАСКУЛЯРНОГО РИЗИКУ ПРИ КОМОРБІДНОМУ ПЕРЕБІГУ ХРОНІЧНОГО ОБСТРУКТИВНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ ТА ХРОНІЧНОГО ПАНКРЕАТИТУ**

**Железнякова Н. М., Гопцій О. В., Зелена І. І., Пасієшвілі Т. М.**

Харківський національний медичний університет (Україна)

*Мета:* визначення рівню гомоцистеїну, як тромботичного фактору кардіоваскулярного ризику у хворих з коморбідністю ХОЗЛ і хронічного панкреатиту (ХП).

*Матеріали і методи.* Обстежено дві групи хворих з ХОЗЛ, 72 з яких мали ізольований перебіг захворювання (група порівняння) і 76 - поєднання ХОЗЛ і ХП (основна група). Контрольну групу склали 20 практично здорових осіб рандомізованих за віком та статтю. Вміст гомоцистеїну визначали в сироватці крові з трилоном-В методом імуноферментного аналізу (ІФА) з використанням набору “Homocystein EIA kit 110-AXH00001” (Axis-Shield, Великобританія) на автоматичному ІФА-аналізаторі Immulaite-2000. Статистичну обробку проводили за допомогою прикладної програми «Statistica 6.0».

*Результати.* При визначенні вмісту гомоцистеїну у сироватці крові встановлено його достовірне ( $p < 0,05$ ) підвищення по відношенню до показників практично здорових осіб ( $9,6 \pm 0,5$  мкмоль/л), як при ізольованому ХОЗЛ – до  $13,8 \pm 1,2$  мкмоль/л, так і при його поєднанні з хронічним панкреатитом - до  $16,9 \pm 1,4$  мкмоль/л. При співставленні показників поміж групами спостерігалися вірогідні відмінності по даних показниках ( $p < 0,05$ ).

*Висновки.* Таким чином, в період загострення ХОЗЛ, як при ізольованому його перебігу, так і при його поєднанні з ХП спостерігалось підвищення рівню гомоцистеїну. При цьому, показники пацієнтів з коморбідною патологією були значно вище і мали достовірні відмінності від таких у пацієнтів з ізольованим перебігом ХОЗЛ, що свідчить про значну інтенсифікацію ризику розвитку кардіоваскулярних подій, а саме тромботичних ускладнень, у даної категорії хворих.

## **ВЗАИМОСВЯЗЬ МАРКЕРОВ ОКСИДАТИВНОГО СТРЕССА (ОС) У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ (ХПН) С КОЛИЧЕСТВОМ УЧАСТКОВ СКЛЕРОЗА В ПАРЕНХИМЕ ПОЧЕК**

**Король Л. В., Мигаль Л. А., Степанова Н. М., Кундин В. Ю., Романенко О. А.**

Государственное учреждение «Институт нефрологии Национальной академии медицинских наук Украины»

Согласно современным представлениям, в патогенезе многих заболеваний, в частности ХПН, важная роль принадлежит ОС, который развивается в результате дисбаланса между оксидантной и антиоксидантной системами и сопровождается накоплением высоких концентраций продуктов пероксидации. Прогрессирование ХПН приводит к уменьшению количества функционирующей паренхимы с образованием участков склероза почек (так называемых “рубцов”). Цель – установление взаимосвязи между маркерами ОС и количеством участков склероза (“рубцов”) в паренхиме почек. Обследовали 117 женщин с

ХПН в возрасте от 18 до 69 лет ( $36,5 \pm 15,2$ ) и 30 условно здоровых лиц (контроль). В сыворотке крови определяли малоновый диальдегид (МДА) как маркер ОС, а также церулоплазмин (ЦП) и трансферрин (Тр) как показатели антиоксидантной защиты (АОЗ). Для идентификации участков склероза почечной паренхимы всем пациенткам была

выполнена статическая реносцинтиграфия с  $^{99m}\text{Tc}$ -ДМСО, считающаяся “золотым” стандартом в диагностике ПН, для которого свойственно очаговое или диффузное снижение накопления и распределения радиофармпрепарата. Результаты: у всех пациенток обнаружены “рубцы” почечной паренхимы. Также для всех женщин с ХПН по сравнению с показателями контроля было характерно увеличение продукции МДА на фоне снижения показателей АОЗ. Установлена сильная прямая корреляционная связь между количеством “рубцов” и МДА ( $r=0,64$ ;  $p<0,001$ ) и сильная обратная связь с содержанием ЦП ( $r= -0,62$ ;  $p<0,001$ ).

Итак, развитие ОС – увеличение содержания МДА и снижение возможностей АОЗ, может быть одним из факторов риска формирования “рубцов” паренхимы почек при ХПН.

## **КОМОРБІДНА ПАТОЛОГІЯ У ДІТЕЙ З ФУНКЦІОНАЛЬНИМИ РОЗЛАДАМИ ЖОВЧЕВОГО МІХУРА**

**Гаріян Т. В., Боярчук О. Р., Томашівська Т. В., Драчинська Г. В.**

ДВНЗ «Тернопільський медичний університет імені І. Я. Горбачевського МОЗ України»

Важливою проблемою педіатрії являється питання коморбідних станів у дітей. Під спостереженням знаходилося 34 дитини з функціональними розладами жовчового міхура та супутнім atopічним дерматитом. При подальшому клініко-лабораторному обстеження було з'ясовано, що 27 дітей (79,41%) мали клініку синдрому подразненого кишківника. Пацієнтам, у котрих було виявлено СПК та збільшення розмірів печінки при пальпації, проводилось біохімічне дослідження та УЗД внутрішніх органів. Як свідчать отримані дані, показники біохімічного аналізу крові обстежених відповідали тяжкості загострення супутньої патології, не залежно від форми atopічного дерматиту. Випорожнення носили регулярний характер у 18,5 % дітей (відмічалася схильність до закріпів у 70,5 % та до послаблення – у 11,0 %. Слід зауважити, що закріпи переважно спостерігалися у всіх дітей з тяжкими формами АД та частково у пацієнтів із середньо тяжким перебігом захворювання. При цьому зміна характеру випорожнень, їх нерегулярність передувала черговому загостренню atopічного дерматиту разом із іншими провокуючими факторами. Виявлені зміни потребують комплексної корекції шкірних проявів, які провокуються синдромом подразненого кишківника та функціональними розладами жовчовивідних шляхів. Вибір терапії залежить від провідного симптому, його тяжкості та впливу на якість життя, а також характеру поведінки пацієнта та його психоемоційного стану. Наявність патології шлунково-кишкового тракту провокує загострення atopічної патології у дітей, яке можна попередити шляхом вчасної компетентної діагностики та проведення адекватної терапії.

## **МАРКЕРИ СУБКЛІНІЧНОГО АТЕРОСКЛЕРОЗУ У ПАЦІЄНТІВ НА ПСОРИАТИЧНИЙ АРТРИТ**

**Хіміон Л. В.<sup>1</sup>, Яценко О. Б.<sup>1</sup>, Ткаченко В. І.<sup>1</sup>, Пюра О. А.<sup>2</sup>, Найштетік І. М.<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика (Україна)

<sup>2</sup>Київська обласна клінічна лікарня<sup>2</sup> (Україна)

*Вступ.* При псоріатичному артриті підвищується ризик серцево-судинних захворювань, зокрема розвиток та прогресування атеросклерозу.

*Мета* – дослідити особливості субклінічного атеросклерозу у хворих на псоріатичний артрит.



*Матеріали та методи.* Було обстежено 102 особи. Групу I склали 82 хворих на псоріатичний артрит. Середній вік хворих склав  $45 \pm 0,44$  років, середня тривалість захворювання  $5,5 \pm 0,8$  років, 30 чоловіків та 52 жінки. Контрольну (групу II) склали 20 здорових осіб, співставних за віком та статтю. Окрім загальноклінічного та спеціального ревматологічного обстеження усім пацієнтам визначались показники аутоімунних процесів, показники ліпідного обміну: загальний холестерин (ЗХС), ліпопротеїди низької щільності (ХС ЛПНЩ), ліпопротеїди високої щільності (ХС ЛПВЩ), триглицериди (ТГ). Було проведено обстеження загальних сонних артерій за стандартною методикою з визначенням середньої товщини комплексу “інтима-медіа” (ТКІМ), голілково-плечового індексу (ГПІ).

*Результати дослідження.* Рівень ЗХС у групі I склав  $6,94 \pm 0,02$  ммоль/л, у групі II –  $4,6 \pm 0,01$  ммоль/л,  $p < 0,05$ ; виявлений рівень ХС ЛПНЩ у групі I –  $4,28 \pm 0,03$  ммоль/л, у групі II –  $3,82 \pm 0,03$  ммоль/л,  $p < 0,05$ ; рівень ХС ЛПВЩ у хворих групи I склав  $0,81 \pm 0,03$  ммоль/л, у осіб групи II –  $1,12 \pm 0,2$  ммоль/л,  $p < 0,05$ ; рівень ТГ склав у групі I –  $4,28 \pm 0,02$  ммоль/л, у групі II –  $1,82 \pm 0,02$  ммоль/л,  $p < 0,05$ . Середня ТКІМ у групі I виявлена на рівні  $0,97 \pm 0,01$  мм, причому у 15% хворих цієї групи середня ТКІМ склала  $1,25 \pm 0,04$  мм з візуалізацією атеросклеротичних бляшок, у групі II –  $0,81 \pm 0,02$  мм,  $p < 0,05$ ; ГПІ у групі I склав  $0,88 \pm 0,02$ , у групі II –  $0,91 \pm 0,01$ ,  $p < 0,05$ .

*Висновки.*

1. Показники обміну ліпідів (ЗХС, ХС ЛПНЩ, ТГ) достовірно вищі у групі I у порівнянні з контрольною групою (групою II), що свідчить про розвиток атерогенних дисліпідемій у пацієнтів на псоріатичний артрит.

2. Середня ТКІМ, ГПІ достовірно підвищені у групі I, це дає змогу зробити припущення, що у пацієнтів на псоріатичний артрит прогресує розвиток системного атеросклерозу у порівнянні з особами контрольної групи.

## **ДИАГНОСТИКА СКРЫТОЙ ДИСФУНКЦИИ КАНАЛЬЦЕВ НЕФРОНА (КН) У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЁННЫМ ПУЗЫРНО-МОЧЕТОЧНИКОВЫМ РЕФЛЮКСОМ (ПМР)**

**Мигаль Л. А., Никулина Г. Г., Петербургский В. Ф., Калищук О. А., Сербина И. Е.**  
Государственное учреждение “Институт урологии Национальной академии медицинских наук Украины”

Склеротические изменения в паренхиме почки имеет место у 60-70% детей с ПМР. Скрытые нарушения функционального состояния почек, в частности КН, приводят со временем к прогрессированию патологического процесса в почках и развитию рефлюкс-нефропатии (РН). Так как реакция КН на развитие гипоксии является наиболее ранней, канальцевые дисфункции в почке, обусловленные гипоксией, можно выявить при определении в моче лизосомного фермента нефротелия N-ацетил-β-D-глюкозаминидазы (НАГ) и её изофермента НАГ В. Цель работы – диагностика скрытой дисфункции КН паренхимы почки у детей с ПМР. Активность НАГ и НАГ В определяли в моче 103 больных (87 девочек и 16 мальчиков) в возрасте от 1 до 15 лет и у 25 практически здоровых детей (контроль). Установлено, что общая активность НАГ у 57 из 103 больных (55%) определялась в пределах нормальных ( $M \pm 1,5\sigma$ ) величин (у 33 пациентов с односторонним и у 24 – с двусторонним

ПМР). Индивидуальный анализ, проведенный у детей с односторонним ПМР (исключение противоположной почки), у которых общая активность НАГ регистрировалась в пределах

контроля, показал, что у 23 из 33 пациентов (70%) имело место значительное повышение активности НАГ В по сравнению как с контролем, так и с группой детей (10 больных), у которых активность НАГ В регистрировалась в диапазоне нормальных величин ( $p < 0,001$ ).

Таким образом, если общая активность НАГ соответствует показателям контроля, но при этом имеет место устойчивое достоверное повышение активности её изоэнзима НАГ В, то это указывает на скрытую дисфункцию КН почки и на необходимость назначения этим детям соответствующей корректирующей терапии с целью предупреждения развития РН.

### **ОЦЕНКА ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ И БИОХИМИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КАК МАРКЕРОВ ПРОГРЕССИРОВАНИЯ НЕФРОСКЛЕРОЗА У БОЛЬНЫХ ДЕТЕЙ С ОБСТРУКТИВНЫМ МЕГАУРЕТЕРОМ (ОМУ).**

**Никулина Г. Г., Дранник Г. Н., Петербургский В. Ф., Мигаль Л. А.,  
Калинина Н. А., Сербина И. Е., Порошина Т. В., Савченко В. С., Калищук О. А.**  
Государственное учреждение «Институт урологии Национальной академии медицинских наук Украины»

Первичный нерефлюксирующий мегауретер у детей относится к одной из наиболее тяжелых форм обструктивной уропатии и нуждается в дальнейшем глубоком изучении.

Целью работы было оценить функциональное состояние почки после восстановления уродинамики верхних мочевых путей по уровню в моче противовоспалительного цитокина – трансформирующего фактора роста- $\beta 1$  (TGF- $\beta 1$ ), провоспалительного цитокина – фактора некроза опухоли- $\alpha$  (TNF- $\alpha$ ), моноцитарного хемоаттрактантного протеина-1 (MCP-1) и по уровням активности реноспецифических энзимов N-ацетил- $\beta$ -D-глюкозаминидазы (NAG) и  $\beta$ -галактозидазы ( $\beta$ -Gal). Обследовано 65 детей с некомпенсированной формой ОМУ до операции и 38 – через 1 год после операции. Контролем была группа из 25 здоровых детей.

Анализ результатов показал, что показатели TGF- $\beta 1$ , TNF- $\alpha$ , MCP-1 и активность NAG и  $\beta$ -Gal в моче у больных с ОМУ достоверно выше, чем в контрольной группе ( $p < 0,01$ ). Этапная коррекция некомпенсированных форм ОМУ привела к улучшению уродинамики, однако у части пациентов функция почек не была восстановлена. У 62,5% пациентов оставался повышенным уровень TGF- $\beta 1$ , у 75% – TNF- $\alpha$  и у 18% – MCP-1; уровни активности NAG и  $\beta$ -Gal в моче оставались высокими у 28,2% и 43,8% соответственно.

Таким образом, показано, что иммунологические и энзимологические показатели в моче высокоинформативны для оценки функционального состояния почек и эффективности проведенных реконструктивных операций у детей с ОМУ. Повышение иммунологических и энзимологических показателей в моче после восстановления уродинамики оперированной почки может являться маркерами формирования склеротических процессов.

## **РЕЗУЛЬТАТИ СПОСТЕРЕЖЕННЯ ПІДШКІРНОГО ВВЕДЕННЯ ПРЕПАРАТІВ ІМУНОГЛОБУЛІНУ У ДИТИНИ З ХВОРОБОЮ БРУТОНА В АМБУЛАТОРНИХ УМОВАХ**

**Ковальчук Т. А.**

ДВНЗ «Тернопільський медичний університет імені І. Я. Горбачевського МОЗ України»

Починаючи з 90-х рр. минулого століття у великій кількості європейських досліджень були задокументовані доцільність та безпечність використання 16 % препаратів імуноглобуліну шляхом підшкірного введення дітям з первинними імунодефіцитами.

Під спостереженням знаходився хворий Ян Л. Хворобу Брутона було діагностовано у віці 2 роки в клініці “Ерасмус” в Роттердамі (Нідерланди) та рекомендовано по життєву замісну терапію підшкірними імуноглобулінами в дозі 100 мг/кг маси тіла на тиждень за допомогою інфузійної помпи. Перед початком процедури розчин імуноглобуліну необхідно зігріти до кімнатної температури. Кількість препарату для введення підшкірно в одне місце не повинна перевищувати 15 мл. Гамма-глобулін слід набрати у шприц, до якого підключити голку-«метелик» та приєднати до помпи. Шкіру передньої стінки живота або передньо-зовнішньої поверхні стегна дезінфікують розчинами антисептиків, інфузійну голку вводять підшкірно, фіксують за допомогою медичного пластиря та підключають помпу. З моменту початку інфузії на помпі з’явиться пульсація індикатора. Поява сигналу в кінці процедури свідчить про те, що голку-«метелик» слід витягнути, а місце ін’єкції обробити розчином антисептиків. Наступним етапом є вклеїти в амбулаторну карту пацієнта етикетку гамма-глобуліну з номером серії препарату та зазначити дату введення.

У результаті такого лікування впродовж п’яти років зазначеної терапії у хлопця спостерігалися епізоди респіраторних захворювань не частіше 2-3 разів на рік. Отримані результати та Європейський досвід обґрунтовують необхідність подальших досліджень та введення у практику підшкірного застосування препаратів імуноглобуліну у дітей з первинними імунодефіцитами в Україні.

## **ТАКТИКА СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ ПРИ ВИЯВЛЕННІ ІНФЕКЦІЙНОГО ХВОРОГО**

<sup>1</sup>Гойда Н. Г., <sup>2</sup>Харитонюк Р. О.

<sup>1</sup>Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика (Україна)

<sup>2</sup>Рівненська міська центральна лікарня

Інфекційні захворювання є однією з причин низького рівня здоров’я населення. Вони викликають занепокоєння не лише через високу поширеність, а й через загрозу, яку вони становлять для окремої людини і для здоров’я нації в цілому, її економіки та міжнародного іміджу держави.

Щорічно, в медичні заклади України, звертається близько 8-9 млн. осіб з приводу інфекційних хвороб. Така частота інфекційних хвороб не виключає потрапляння інфекційного хворого на прийом до лікаря будь-якої спеціальності.

Враховуючі зміни, які відбуваються в організації первинної медико-санітарної допомоги, становленню її на засади сімейної медицини, по особливому формулюються і

завдання для лікарів загальної практики, адже є велика ймовірність що першим інфекційний хворий звертається до сімейного лікаря.

Виходячи з цього ми сформуваємо наше бачення ролі лікарів первинної медичної допомоги, у першу чергу лікарів загальної практики-сімейної медицини, у наданні допомоги хворим з інфекційною патологією та її профілактиці. Основний зміст цього процесу – це вироблення тактики дільничного, сімейного лікаря або іншого лікаря – спеціаліста при вже встановленому нозологічному діагнозі. Однак сам процес встановлення діагнозу є надзвичайно відповідальним. У процесі діагностичного пошуку, маючи дані об'єктивного огляду, визначають тип лихоманки, висипу, характер діареї, жовтяниці, респіраторного синдрому та інших проявів, які властиві інфекційним захворюванням.

Рання діагностика інфекційних хвороб – важливе завдання лікарів будь якої спеціальності, особливо в первинній ланці організації охорони здоров'я. Від того наскільки вони добре знають семіотику і вміють запідозрити інфекційну хворобу, часто залежить не тільки її клінічний перебіг, але й дальше поширення серед населення.

Серед загалу інфекційних хвороб переважають особи зі стертою, легкою й активною формами інфекції. Якщо в стаціонарі зосереджуються переважно хворі з явною клінічною картиною, то на лікарській дільниці і амбулаторному прийомі, навпаки, буває багато осіб з атипovими і мало вираженими проявами інфекційного процесу. До того ж інфекційні хворі звертаються за допомогою у потоці пацієнтів з дуже різноманітною патологією.

Сімейний лікар при виявленні інфекційного хворого повинен вміти:

- зібрати анамнез захворювання;
- зібрати цілеспрямований епідеміологічний анамнез;
- обстежити хворого;
- встановити та обґрунтувати клінічний діагноз;
- провести клінічну диференційну діагностику;
- призначити необхідні обстеження;
- інтерпретувати результати отриманих аналізів;
- призначити необхідне (обґрунтоване та в повному об'ємі) лікування;
- виписати необхідні лікарські засоби;
- надавати невідкладну допомогу;
- здійснювати догляд за інфекційним хворим;
- провести екстрену профілактику;
- здійснити експертизу тимчасової втрати працездатності.

Саме ці вміння і навички сімейні лікарі повинні набувати під час проходження інтернатури та спеціалізації. Тому внесення змін і доповнень до навчальних планів і програм підготовки лікарів загальної практики/сімейної медицини є велінням часу.

## **УПРАВЛІННЯ ЯКІСТЮ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ДІТЯМ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ ЯК ВАЖЛИВИЙ КОМПОНЕНТ МЕДИЧНОЇ СТАНДАРТИЗАЦІЇ**

**Чумак Л. І.**

Харківський національний медичний університет (Україна)

Управління якістю медичної допомоги виводить галузь охорони здоров'я на новий сучасний рівень. Оптимізація процесу надання медичної допомоги хворим на цукровий діабет дітям відбувається через розвиток стандартизації в системі охорони здоров'я.

Комплексним медико-соціальним дослідженням вивчалися компоненти стану здоров'я дітей з цукровим діабетом: якість життя, фактори ризику виникнення патології, організація медико-соціальної допомоги дітям з цукровим діабетом. Для дослідження якості життя була розроблена спеціальна методика, що базується на рекомендаціях та вимогах ВООЗ. Виявлені фактори ризику виникнення захворювання застосовані у послідовній діагностичній процедурі А.Вальда, яка передбачає послідовне накопичення інформації до певного порогу, що визначає належність дитини до групи підвищеного ризику розвитку цукрового діабету. Інформація щодо стану організації та якості медичної допомоги та дотримання стандартів діагностики, лікування та диспансерного спостереження вивчалась за даними соціологічного опитування та експертного оцінювання.

Отримані в результаті дослідження результати стали основою для розробки оптимізованої системи управління якістю медичної допомоги дітям з цукровим діабетом, яка враховує прогнозування ризику виникнення та розвитку ускладнень захворювання і дослідження якості життя, що є значущими при розробці клінічних настанов та клінічних протоколів. Пропонується врахувати результати медико-соціального дослідження цукрового діабету у дітей при перегляді стандартів надання медико-санітарної допомоги дітям з цим захворюванням, а також при розробці клінічних рекомендацій по профілю даної патології.

## **ДЕЯКІ КРИТЕРІЇ ОЦІНКИ ЕФЕКТИВНОСТІ РІЗНИХ МОДЕЛЕЙ ОРГАНІЗАЦІЇ ПЕРВИННОЇ ПЕДІАТРИЧНОЇ ДОПОМОГИ (НА ПРИКЛАДІ ЗАПОРІЗЬКОГО РЕГІОНУ).**

**Фершал Я. Ю.**

Державний заклад «Запорізька медична академія післядипломної освіти міністерства охорони здоров'я України»

Перехід первинної медико-санітарної допомоги на засадах загальної практики/сімейної медицини є основним напрямком реформи української національної системи охорони здоров'я. Згідно до запланованих перетворень в Україні з 2020 р. первинну медичну допомогу, зокрема, педіатричну, надаватиме сімейний лікар. Серед українських педіатрів поширена думка, що перебудова первинної педіатричної допомоги на засадах сімейної медицини призведе до погіршення її якості і, відповідно, до погіршення стану здоров'я українських дітей. Незважаючи на позитивний досвід впровадження сімейної медицини в світі, зокрема, в Європі, визначення найбільш ефективної моделі організації первинної педіатричної допомоги залишається актуальним. В закордонних публікаціях визначається, що в останні роки спостерігається поширення відмінностей між країнами в питанні догляду за дітьми на рівні первинної медичної допомоги, наголошується, що наукової інформації про ефективність функціонуючих моделей (педіатричної, сімейної та змішаної моделей)

недостатньо, що є необхідність виміру впливу різних моделей організації первинної допомоги на показники здоров'я дітей.

Ефективність первинної педіатричної допомоги в Україні також потребує вивчення. В рамках дисертаційної роботи проводилося дослідження критеріїв якості надання первинної педіатричної допомоги при різних моделях її організації (педіатричної та сімейної) за допомогою різних інструментів. Серед них: соціологічні дослідження (оцінка якості та доступності первинної педіатричної допомоги шляхом виявлення задоволеності батьків та самооцінки лікарів первинної ланки), порівняльний аналіз основних показників діяльності закладів первинної медичної допомоги щодо здоров'я дитячого населення, результатів експертної оцінки якості педіатричної допомоги.

## **КОНЦЕПТУАЛЬНІ НОВЕЛИ ПРАВОВОЇ ТЕОРІЇ І ПРАКТИКИ АНТИКОРУПЦІЙНОЇ ПОЛІТИКИ У ФАРМАЦІЇ**

**Пономаренко М. С., Соловйов О. С.**

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика (Україна)

*Метою дослідження* - є вивчення, систематизація, узагальнення досвіду загальної юрисдикції фармацевтичного права в Україні та гармонізації і імплантація до вимог ЄС.

*Об'єктом дослідження* являється процеси створення, адаптації та гармонізації нормативно-правової системи у галузі фармації.

*Результати дослідження та їх обговорення.*

На початку червня 2014 р. набув чинності закон України від 13.05.2014 р. № 1261-VII "Про внесення змін до деяких законодавчих актів України у сфері державної антикорупційної політики у зв'язку з виконанням Плану дій щодо лібералізації Європейським Союзом візового режиму для України". Законом передбачено виконання рекомендацій експертів Європейської Комісії з удосконалення положень антикорупційного законодавства, наданих в рамках переговорів щодо лібералізації візового режиму для України.

У багатьох країнах ЄС у правовій теорії корупція нерідко визначається як не сумісне зі статусом державного службовця корисливе діяння. Згідно до вищезначеного закону України, корупція – це використання уповноваженою особою на виконання функцій держави або місцевого самоврядування, і ті, що прирівнюються до них, або на її вимогу іншим фізичним чи юридичним особам з метою схилити цю особу до протиправного використання наданих їй службових повноважень та пов'язаних з цим можливостей.

За останні роки корупція в Україні стала основною загрозою соціально-економічного суспільства, яка на фоні антитерористичних та військових подій на Сході країни, набуває критичного стану. Особливою загрозливою у даному сенсі є корупції у сфері охорони здоров'я населення. Разом з тим, в сучасній Україні більшість громадян розуміє корупцію як отримання грошової винагороди чиновником за певні дії, тобто, як хабарництво, або одержання неправомірної вигоди. Це уявлення, як видно з попереднього визначення поняття "корупція" – не відповідає сутності. У зв'язку з цим лише до законів антикорупційного характеру внесено понад 30 законодавчих новел Кримінального кодексу України. Концептуальні новели правової теорії і практики антикорупційної політики у фармації є прямими відгуками детермінованими базисними законами та змінами до них у розробці яких ми приймали безпосередню участь.

*Висновки.* Базові закони та внесені зміни до них потребують синхронізації та збалансування усієї правової системи в країні, зокрема 30 антикорупційних статей потребувало доповнень та змін.

## **НАУКОВІ ЗАСАДИ ОРГАНІЗАЦІЇ СКЛАДОВИХ ЧАСТИН СИСТЕМИ СТАЦІОНАРНОЇ ДОПОМОГИ**

**Бугро В. І.**

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика (Україна)

Результати нашого дослідження засвідчили необхідність здійснення основних заходів по упорядкуванню суб'єкта керуючого (СК), об'єкта керованого (ОК) та служби інформаційно-аналітичного забезпечення СІАЗ) системи стаціонарної допомоги:

1. Заходи по упорядкуванню СК. 1.1. Організація апарату управління. 1.2. Організація інформаційних процесів. 1.3. Здійснення процесу управління (прийняття управлінського рішення та планування його реалізації, безпосередня організація системи для виконання рішення, контроль). 1.4. Робота з персоналом. 1.5. Використання засобів механізації та автоматизації. 1.6. Комплексне використання методів управління.

2. Заходи по упорядкуванню ОК. 2.1. Наукове обґрунтування розвитку стаціонарної допомоги в регіоні. 2.2. Вирішення загально-організаційних питань в системі. 2.3. Забезпечення розвитку матеріально-технічної бази. 2.4. Забезпечення оптимальної структури стаціонару. 2.5. Удосконалення ефективності і якості роботи стаціонару. 2.6. Організація взаємодії стаціонарів з іншими закладами в регіоні.

3. Заходи по упорядкуванню СІАЗ. 3.1. Забезпечення інтенсивного вивчення інформації про організацію стаціонарної допомоги. 3.2. Створення групи науково-інформаційного забезпечення. 3.3. Організація вивчення передового досвіду. 3.4. Організація зв'язку з науковими бібліотеками. 3.5. Забезпечення всіх робочих місць необхідною інформацією про стаціонарну допомогу. 3.6. Забезпечення зв'язку із науково-дослідними установами та іншими спеціалізованими закладами з питань стаціонарної допомоги.

## **ФІНАНСОВІ АСПЕКТИ ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я**

**Шекера О. Г., Мельник Д. В., Томинець А. В., Трофимієнко С. І.**

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика (Україна)

Сьогодні стратегії розвитку системи охорони здоров'я України, обумовлені прискореною еволюцією цивілізаційних процесів останньої чверті ХХ – початку ХХІ ст. вимагають зміцнення здоров'я населення України як загальнонаціонального завдання.

Деструктивні процеси, що спостерігаються в усьому комплексі її суспільного життя (зокрема, у галузях державного будівництва, економіки, охорони здоров'я та бюджетно-фінансовій системі) об'єктивно спричиняли й продовжують спричиняти ускладнення в медичному обслуговуванні населення країни, чим, зокрема, може порушуватись конституційне право людини на охорону її здоров'я. Це може пояснюватись тим, що існуюча в нашій державі структура організації та управління охороною здоров'я не пристосована до сучасного стану господарської, економічної та правової самостійності України. Це у свою чергу негативно позначається на здоров'ї нації в цілому.

*Мета дослідження:* обґрунтувати системні заходи медичного забезпечення населення України на основі оптимізації фінансування та стримування зростання потреб та видатків на послуги з охорони здоров'я з урахуванням перспективи розвитку охорони здоров'я.

Для досягнення мети були поставлені наступні завдання:

1. Здійснити аналіз світового та вітчизняного досвіду щодо системи медичного забезпечення громадян та визначити подальші напрямки її розвитку в нових соціально-економічних умовах.

2. Вивчити стан чинної нормативно-правової бази по медичному забезпеченню громадян України.

3. Встановити шляхи оптимізації фінансування системи медичного забезпечення громадян України.

*Матеріали та методики дослідження.* У процесі дослідження використовувались методи: семантичної оцінки наукових документів, прогнозування, спостереження, порівняння, системного аналізу.

*Результати дослідження та обговорення.* Враховуючи те, що майбутня модель системи охорони здоров'я в першу чергу базується на принципах бюджетної та страхової медицини, а по-друге – на принципі сімейної медицини, запровадження економічно найефективнішої моделі первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД) на засадах сімейної медицини є одним із пріоритетних напрямків реформи галузі охорони здоров'я України, а з введенням Закону України “Про фінансування охорони здоров'я та медичне страхування ” вбачаються значні трансформаційні зміни у різноманітних аспектах фінансування галузі.

*Передумовами виникнення проблеми є :*

1. Громадяни не задоволені обсягом доступної медичної допомоги, вони змушені збільшувати свої вклади в неї чи переглянути порядок розподілу коштів.

2. Суспільство не готово збільшити витрати на медичну допомогу, а це залежить від політичних пріоритетів та стану економіки.

3. Доходи громадян настільки низькі, що при зіставленні рівня доходів з іншими факторами розвитку хронічних захворювань і смерті, вони є найпотужнішим фактором ризику.

4. Збільшується частка населення старшого віку.

5. Недостатній розвиток нових медичних технологій в Україні та недостатнє впровадження світових новітніх медичних технологій в діяльність лікувально-профілактичних закладів.

6. Відбувається зростання вартості фармацевтичних засобів, що виникли в наслідок складної соціально-економічної ситуації в країні.

*Пропозиції.* Все вищесказане впливає на рівень стримування зростання потреб та видатків на послуги з охорони здоров'я. Таким чином, традиційна практика дозволяє підійти до вирішення проблеми наступним чином – *необхідно переходити до складання фіксованих бюджетів для системи охорони здоров'я* або до її основних підсекторів, виходячи з поставлених цілей і обмеження чисельності працівників.

У зв'язку з цим, беручи до уваги цінності, на яких будуються системи охорони здоров'я в країнах Європи, принципи управління процесом їх реформування і маючи за мету сприяти започаткуванню поступового переходу від командно-адміністративної моделі фінансування та управління охороною здоров'я до більш ефективної та прозорої, орієнтованої на реальні потреби пацієнтів контрактної моделі фінансування та управління галуззю рекомендується наступне:



1. Забезпечити оптимізацію мережі державних і комунальних медичних закладів з метою приведення її у відповідність до реальних медичних потреб населення.

2. Прискорити розробки та затвердити єдині державні тарифи на медичні послуги, що підлягають закупівлі за державні кошти в рамках державних гарантій забезпечення населення безоплатною медичною допомогою, а також єдиної уніфікованої методики оцінки вартості медичних послуг.

3. Організувати підготовку сучасних управлінських кадрів, здатних забезпечити здійснення зазначених вище перетворень у системі охорони здоров'я та управління нею на всіх рівнях в нових умовах господарювання;

4. Прискорити вирішення питання про розробку, затвердження й запровадження в практику уніфікованого державного класифікатора медичних послуг.

5. Забезпечити постійне вдосконалення уніфікованих клінічних протоколів та стандартів якості медичних послуг, що надаються населенню, враховуючи необхідність використання при цьому принципів доказової медицини;

6. Забезпечити збільшення коштів, які виділяються на охорону здоров'я, за рахунок перерозподілу витрат державного бюджету, а також за рахунок підвищення податків або запровадження нових внесків у системі соціального страхування.

7. Забезпечити стримування витрат (контроль за витратами шляхом впливу на попит і пропозицію медичних послуг):

- встановлення конкурентних відносин між виробниками послуг державного сектора;
- встановлення граничного рівня для загальних витрат або встановлення глобальних бюджетів для виробників послуг;
- скорочення кількості лікарів або кількості лікарняних ліжок-місць;
- контроль витрат на забезпечення людських ресурсів (наприклад, розмір заробітної платні) або контроль витрат на матеріальне забезпечення (наприклад, витрат на фармацевтичні препарати), які використовують на надання медичних послуг;
- впровадження більш ефективних систем надання медичних послуг, таких як заміщення більш дорогих стаціонарних медичних послуг амбулаторним лікуванням і первинною медико-санітарною допомогою;
- регулювання використання сучасних медичних технологій;
- вплив на використання засобів, які призначаються лікарями;
- зміна методів оплати медиків.

8. Прискорити вирішення питання щодо підвищення ефективності розподілу та використання ресурсів.

*Висновки.* На наше глибоке переконання, запропоновані заходи дозволять започаткувати поступові позитивні зміни у системі медичного обслуговування, зроблять процес цих змін реальним й незворотнім, дозволять стримувати зростання потреб та видатків на послуги з охорони здоров'я і повинні бути підтримані органами державної влади й місцевого самоврядування, медичною громадськістю та всім українським суспільством в інтересах здоров'я нинішнього та майбутніх поколінь.