

було б вирішення більшості організаційних питань одночасно із наданням кваліфікованих рекомендацій з питань соціальної, правової, профілактичної і реабілітаційної допомоги населенню.

Крім того, існує ряд надзвичайно важливих принципів сімейної медицини, основними з яких є: безперервність і довготривалість спостереження, широкопрофільність та координація медичної допомоги, профілактична спрямованість та економічна ефективність.

Тому головний лікар амбулаторії загальної практики – сімейної медицини повинен частіше за інших колег використовувати раціональну як з медичної, так і з економічної точки зору обгрунтовану тактику, по відношенню до застосування спеціалізованих технологій лікування та необхідних методів діагностики, а також добре розуміти важливість партнерської взаємодії між медичними працівниками та пацієнтами.

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика (далі – Академія) виступила ініціатором кардинальних змін у підготовці не тільки лікарів загальної практики – сімейної медицини, а й керівників закладів сімейної медицини. З цією метою, міжсекторальною робочою групою, до якої входили співробітники Академії, було підготовлено повний пакет навчальних і методичних матеріалів, які відповідали Європейським вимогам. Крім того, згідно з рішенням Вченої ради академії та наказу ректора – академіка НАМН України, професора Ю. В. Вороненка (№ 3694 від 30 листопада 2009 року) у складі Академії було створено Інститут сімейної медицини.

Пріоритетним завданням Академії є підвищення дієвості освітнього процесу для підготовки керівників закладів охорони здоров'я, у т.ч. первинної ланки. Відтак кафедрою управління охороною здоров'я постійно здійснюється робота щодо оновлення навчальних матеріалів, наповнення їх сучасними нормативно-правовими актами, розширюється тематика навчальних циклів з актуальних питань, що охоплюють увесь спектр дисциплін, необхідних для практичної роботи керівників сімейної медицини. Нині перелік модулів включає 10 основних та 4 додаткових, які передбачають вивчення економічних питань, юридичних аспектів, маркетингу в охороні здоров'я тощо. Впроваджено освітній проект з елементами дистанційного навчання та застосуванням виїзних форм навчання.

Висновки. Нові вимоги до діяльності медичних закладів, у тому числі амбулаторій загальної практики – сімейної медицини, зумовлюють потребу інтеграції в освітній процес нових знань та вмінь, які підвищують професійність управлінських кадрів.

СУЧАСНІ ЄВРОПЕЙСЬКІ ПІДХОДИ ДО ОРГАНІЗАЦІЇ ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

Ткаченко В. І.

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

Актуальність. Багаточисельні дані світової літератури визначили позитивний досвід реорганізації первинної медичної допомоги на засадах сімейної медицини

Мета дослідження: оцінити європейські підходи до організації первинної медичної допомоги і визначити шляхи розвитку сімейної медицини в Україні.

Матеріали та методи. Проведений аналіз даних у пошукових системах JAMA, Scholar та PubMed, а також у журналах та виданнях матеріалів конференцій, які найбільше відповідали розкриттю поставленої мети.

Результати та їх обговорення. Звіти ВООЗ щодо стану охорони здоров'я в країнах світу свідчать про позитивний досвід реорганізації первинної медичної допомоги на засадах сімейної медицини, незважаючи на існуючі проблеми і бар'єри в окремих країнах. Багаточисельні дослідження ефективності запровадження сімейної медицини в Європейських країнах, у країнах Північної Америки та Російській Федерації продемонстрували не тільки її медико-соціальну ефективність, а й зменшення витрат системи охорони здоров'я та зростання економічної ефективності. Вважається, що сімейний лікар може вирішити до 80-90 % проблем здоров'я, з якими пацієнт звертається до працівників системи охорони здоров'я. За рахунок значного покращання психологічного контакту між пацієнтом та сімейним лікарем зменшується кількість необгрунтованих викликів лікарів на 30-40 %, екстрених викликів та звернень до невідкладної допомоги на 50 %, відвідування спеціалістів – на 30 %. Здійснюючи пацієнт-орієнтовану тривалу комплексну допомогу з відповідальністю перед населенням сімейний лікар, виконуючи функції «воротаря», забезпечує покращання стану здоров'я прикріпленого населення, зменшення випадків госпіталізації з приводу неінфекційних хронічних захворювань та їх ускладнень, сприяє уникненню проведення необгрунтованих високовартісних обстежень та консультацій, що призводить до зменшення витрат системи охорони здоров'я. Організація медичної допомоги в країнах Європи та світу згідно з

рекомендаціями ВООЗ та Вінченською декларацією забезпечується шляхом запровадження Моделі ведення хронічних захворювань (Chronic Care model), яка передбачає надання структурованої медичної допомоги мультидисциплінарною командою, координатором якої виступає лікар загальної практики – сімейний лікар, який здійснює моніторинг і лікування пацієнта. У центрі команди стоїть пацієнт і його здоров'я (пацієнт-орієнтована допомога), але він також є членом команди і несе відповідальність за дотримання рекомендацій лікарів. Інші спеціалісти є консультантами сімейного лікаря при важких та ускладнених випадках і зобов'язуються надавати повну та вичерпну інформацію щодо результатів консультацій і обстеження пацієнта на вищому рівні. Для забезпечення якісної медичної допомоги дії команди регламентуються національними клінічними керівництвами, заснованими на міжнародних рекомендаціях і доказовій медицині, що погоджуються з пацієнтом для кращого комплаєнсу.

Висновки. За прикладом Європейського досвіду для покращання результатів реорганізації системи охорони здоров'я на засадах сімейної медицини в Україні є необхідним покращити якість підготовки достатньої кількості сімейних лікарів за рахунок післядипломної безперервної професійної освіти, щоб покрити доступною первинною медико-санітарною допомогою все населення України (мета 30 тисяч лікарів загальної практики), покращити фінансування та оснащеність центрів первинної медичної допомоги, забезпечити кожного лікаря первинної допомоги автоматизованими робочими місцями для переходу до ведення електронної системи амбулаторних карток та електронного моніторингу індикаторів якості, підвищити фінансову мотивацію працівників первинної допомоги для зміцнення статусу і авторитету спеціальності, продовжити впровадження національних керівництв і протоколів, адаптованих до міжнародних рекомендацій. Станом на кінець 2016 р. реорганізація системи охорони здоров'я України на засадах сімейної медицини має вагомий позитивні результати, але в той же час існують певні проблеми якості і фінансування первинної медичної допомоги.

ЗВ'ЯЗОК ВИСОКОНОРМАЛЬНОГО РІВНЯ ТИРЕОТРОПНОГО ГОРМОНУ З ФАКТОРАМИ СЕРЦЕВО-СУДИННОГО РИЗИКУ ТА СТАНОМ ОРГАНІВ МІШЕНЕЙ У ПАЦІЄНТІВ СЕРЕДНЬОГО І ПОХИЛОГО ВІКУ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ

Стаднюк Л. А., Приходько В. Ю., Кононенко О. А., Мікропуло І. Р.

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

Актуальність. На теперішній час актуальним є уточнення значення високоного нормального рівня тиреотропного гормону (ТТГ) 2,01-4,01 мОд/л, як маркеру функціонального стану щитоподібної залози, у розвитку серцево-судинних ускладнень у пацієнтів різного віку з артеріальною гіпертензією (АГ).

Мета роботи: встановити зв'язок високоного нормального рівня ТТГ з факторами серцево-судинного ризику (ССР) та станом органів мішеней у хворих на АГ.

Матеріали і методи. Обстежено 107 пацієнтів віком від 45 до 75 років з АГ 1-2 ступеня та рівнями ТТГ в межах 0,4-4,01 мОд/л. Проведено: антропометрія, ліпідограма, біохімічний аналіз крові, визначення ТТГ, ЕХОКГ, ДМАТ, УЗД сонних артерій, статистичний аналіз.

Результати. Рівень ТТГ у прийнятному на сьогодні діапазоні нормальних значень мав вплив на частоту і виразність факторів ризику виникнення серцево-судинних ускладнень та ураження органів мішеней у пацієнтів з АГ, залежно від їх віку. Високоного нормальний рівень ТТГ у пацієнтів похилого віку, порівняно з пацієнтами з низьконого нормальним ТТГ, асоціювався з більшою частотою дисліпідемії та підвищеного рівня глюкози крові натще (на 43%), більшою частотою потовщення КІМ сонних артерій (на 23 %) та наявності ГЛШ (у 92 % пацієнтів). Натомість, серед пацієнтів з АГ середнього віку суттєвих відмінностей щодо показників ліпідного, вуглеводного обмінів та стану органів мішеней при високоного нормальному і низьконого нормальному рівнях ТТГ не виявлено.

Висновок. Серед хворих похилого віку з АГ наявність високоного нормального рівня ТТГ асоціюється з більшою вираженістю факторів ССР та гіршим станом органів мішеней ніж при низьконого нормальному рівні ТТГ.