

рекомендаціями ВООЗ та Вінченською декларацією забезпечується шляхом запровадження Моделі ведення хронічних захворювань (Cronic 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 прийнятому 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.