

справжнім лідером студентського колективу. Нами застосований в якості освітньої технології метод кооперативних груп та результати опрацьовані у випадково відібраних групах 6 курсу медичного факультету. Вважаємо, що серед таких інтерактивних методів, як кооперативний, конкурентний та індивідуальний, перший на відміну від останніх, забезпечує:

- вищий рівень досягнень і більшу продуктивність;
- панування турботливіших, чуйніших взаємин;
- міцніше психологічне здоров'я, соціальну компетентність і самоповагу.

У теперішній час ми продовжуємо опрацьовувати аспекти застосування колективної (кооперативної) форми навчальної діяльності студентів. *Результати* найкраще проявляються, якщо інтерактивний метод реалізується в малих групах студентів, об'єднаних спільною навчальною метою. За такої спрямовуючої діяльності викладач керує роботою кожного студента опосередковано, через завдання, якими він організовує діяльність групи. Найповніше в якості результату нами розроблений методичний сценарій практичних занять по тематиці «Артеріальна гіпертензія» із застосуванням інтерактивного методу кооперативних груп.

Висновки. Освітніми цілями для ефективної роботи викладача за названою темою на старших курсах, коли важливе максимальне наближення до умов самостійної та в колективі діяльності майбутнього лікаря, мають бути такі:

- самостійне первинне глибоке та детальне вивчення студентами визначеної теми;
- розвиток клінічного мислення;
- закріплення навичок самостійної роботи студентів з додатковою науковою літературою та інтернет-джерелами (опановуються також англomовні сайти);
- вміння проаналізувати отриману інформацію, систематизувати та виділити головну (нову, цікаву, професійно значиму тощо) частину;
- вміння підготувати доповідь та презентувати її аудиторії;
- навчитися адекватно оцінювати свою роботу та роботу своїх товаришів;
- розвиток комунікативних вмінь та здатності до роботи у команді;
- досягнення якісного рівня професійної підготовки для забезпечення правильного виконання програми ведення хворого в умовах загальної практики-сімейної медицини.

ОПТИМІЗАЦІЯ КОРЕКЦІЇ ДІАБЕТИЧНОЇ НЕФРОПАТІЇ В АМБУЛАТОРНИХ УМОВАХ

Орловський В. Ф.¹, Чернацька О. М.¹, Безсмертна Р. В.²

¹Сумський державний університет, медичний інститут (Україна)

²Сумська міська клінічна лікарня № 1 (Україна)

Актуальність. Цукровий діабет (ЦД) визнано неінфекційною епідемією сучасності. На сьогодні у світі нараховується більше ніж 400 млн. осіб, хворих на ЦД. На ЦД 2-го типу припадає 90 % всіх випадків ЦД. Поєднання артеріальної гіпертензії (АГ) та ЦД підвищує ризик розвитку серцевих та церебро-васкулярних ускладнень у середньому у 5–6 разів порівняно з хворими на АГ без ЦД. Важливим моментом у лікуванні діабетичної нефропатії (ДН) вибір препаратів із нефропротекторними властивостями та розробка диференційованого підходу до їх призначення в залежності від ступеня альбумінурії.

Мета дослідження: розробити диференційований підхід до дозування телмісартану в залежності від рівня ендотеліну-1 у пацієнтів із цукровим діабетом 2-го типу та артеріальною гіпертензією.

Матеріали та методи. У дослідженні взяли участь 148 осіб. Основну (I) групу склали 99 пацієнтів із ЦД 2-го типу та АГ III стадії, групу контролю (II) - 49 умовно здорових добровольців. Пацієнти знаходилися на лікуванні у неврологічному, кардіологічному та терапевтичному відділенні Сумської міської клінічної лікарні №1 протягом 2009-2016 років. Середній вік хворих I групи склав (62,08±0,03) роки, II - (62,5±0,12) років. Тривалість ЦД 2-го типу становила (9,57±0,73) років, АГ - (8,1±0,34) роки. З того часу, як відбулися ССУ у осіб I групи пройшло (4,97±0,2) років. У залежності від рівня ET-1 осіб I групи було поділено на дві підгрупи Ia та Ib по 48 та 51 чоловік відповідно. В осіб Ia підгрупи рівень ET-1 був меншим за 10 пг/мл, Ib - більшим за 10 пг/мл. Пацієнтам із ЦД 2-го типу та АГ Ia підгрупи із меншим за 10 пг/мл рівнем ET-1 було призначено 40 мг/добу телмісартану, а в осіб Ib підгрупи, рівень ET-1 яких був більшим за 10 пг/мл, доза телмісартану склала 80 мг/добу.

Визначення альбумінурії в одноразовій ранковій порції сечі було проведено імуноферментним методом на напівавтоматичному аналізаторі ВА-88 (Китай). Для визначення вмісту ET-1 у плазмі

крові було використано імуноферментний набір і колонки для афінної хроматографії фірми «Amersham Pharmacia Biotech».

Отримані дані було оброблено методом варіаційної статистики за допомогою програми Microsoft Excel 2013 із використанням критерію Стюдента (t), розраховуючи значення середнього арифметичного (M), похибки середнього арифметичного (m), достовірності розходжень між показниками (p). Значення $p < 0,05$ вважали статистично значущими.

Результати та їх обговорення. Рівень альбумінурії у пацієнтів Іа підгрупи склав ($32,4 \pm 0,1$) мг/л, Іб – ($48,7 \pm 0,45$) мг/л, $t = 35,4$; $p < 0,001$; групі контролю – ($5,34 \pm 0,36$) мг/л, $t = 72,2$; $p < 0,001$. Було оцінено динаміку альбумінурії через 3 місяці лікування. У пацієнтів Іа підгрупи рівень альбумінурії знизився до ($29,3 \pm 0,7$) мг/л, тобто на 9,7%, $t = 4,4$; $p < 0,001$. У осіб Іб підгрупи рівень альбуміну, виділеного із сечею зменшився до ($46,3 \pm 0,09$) мг/л, тобто на 4,9 %, $t = 75,2$; $p < 0,001$. Під впливом лікування телмісартаном у дозі 40 мг/добу в осіб із АГ та ЦД 2-го типу із меншим за 10 пг/мл значенням ЕТ-1, рівень альбумінурії зменшився на 9,7 % ($t = 4,4$, $p < 0,001$), а із більшим за 10 пг/мл рівнем ЕТ-1, які отримували 80 мг/добу телмісартану, рівень альбумінурії зменшився на 4,9 % ($t = 75,2$, $p < 0,001$). У осіб Іа підгрупи рівень альбумінурії зменшився на 9,7 %; Іб – на 4,9 %.

Висновки. У осіб із ЦД 2-го типу та АГ з метою нефропротекції, яка полягає у зниженні рівня альбумінурії, ефективним є призначення 40 мг/добу телмісартану, якщо рівень ЕТ-1 не перевищує 10 пг/мл, та 80 мг/добу відповідного препарату, якщо рівень ЕТ-1 є більшим за 10 пг/мл.

РОЛЬ ЛІКАРІВ ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ – СІМЕЙНИХ ЛІКАРІВ В РАНЬОМУ ВИЯВЛЕННІ ОСІБ З ОРФАННИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ

Матюха Л. Ф., Бухановська Т. М.

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

Актуальність. У сучасному світі роль лікарів загальної практики – сімейних лікарів та медичних сестер первинної ланки у профілактиці, лікуванні та веденні пацієнтів з орфанними хворобами досить висока, саме тому, що 80 % населення вперше звертається за медичною допомогою до установ первинної медико-санітарної допомоги.

Враховуючи вимоги сьогодення, на етапі надання первинної медичної допомоги виникла потреба у висококваліфікованих лікарях, які володіють фундаментальними знаннями, вміннями і навичками та зможуть забезпечити надання 80-85 % медичних послуг, у т.ч. при профілактиці, ранньому виявленні та веденні пацієнтів з рідкісними хворобами.

Результати та їх обговорення. Згідно Наказу МОЗ України від 27.10.2014 р. № 778, в Україні затверджено перелік рідкісних (орфанних) захворювань, що призводять до скорочення тривалості життя хворих або їх інвалідизації, для яких існують визнані методи лікування.

На допомогу сімейному лікарю останнім часом запроваджено низку нормативних актів:

- Закон України від 15 квітня 2014 р. № 1213-VII «Про внесення змін до основ законодавства України щодо забезпечення профілактики та лікування рідкісних (орфанних) захворювань» (із змінами та доповненнями)

- Постанова Кабінету Міністрів України від 5 вересня 1996 р. № 1071 «Про порядок закупівлі лікарських засобів закладами та установами охорони здоров'я, що фінансуються з бюджету» (із змінами та доповненнями)

- Постанова Кабінету Міністрів України від 17 серпня 1998 р. № 1303 «Про впорядкування безоплатного та пільгового відпуску лікарських засобів за рецептами лікарів у разі амбулаторного лікування окремих груп населення та за певними категоріями захворювань» (із змінами та доповненнями)

- Постанова Кабінету Міністрів від 31 березня 2015 р. № 160 «Про затвердження Порядку забезпечення громадян, які страждають на рідкісні (орфанні) захворювання, лікарськими засобами та відповідними харчовими продуктами для спеціального дієтичного споживання»

- Наказ МОЗ та АМН України від 31.12.2003 р. № 641/84 «Про удосконалення медико-генетичної допомоги в Україні»

- Наказ МОЗ України від 05.10.2011 р. № 646 «Порядок медичного обслуговування громадян центрами первинної медичної (медико-санітарної) допомоги»

- Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 27.10.2014 р. № 778 «Про затвердження переліку рідкісних (орфанних) захворювань»

- Наказ МОЗ України від 23.02.2015 р. № 90 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при мукополісахаридозах»