

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 Ia підгрупи склав ($32,4 \pm 0,1$) мг/л, Ib – ($48,7 \pm 0,45$) 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 Ia підгрупи рівень альбумінурії знизився до ($29,3 \pm 0,7$) мг/л, тобто на 9,7%, $t = 4,4$; $p < 0,001$. У осіб Ib 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 Ia підгрупи рівень альбумінурії зменшився на 9,7 %; Ib – 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 ВІЯВЛЕННІ 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»

- Наказ МОЗ України від 19.08.2015 р. № 529 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при хворобі Гоше»
- Наказ МОЗ України від 19.11.2015 р. № 760 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при фенілкетонурії»
- Наказ МОЗ України від 25.02.2016 р. № 135 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при бульозному епідермолізі»
- Наказ МОЗ України від 15.07.2016 р. № 723 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при муковісцидозі»
- Наказ МОЗ України від 26.07.2016 р. № 769 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при хворобі Вільсона» тощо.

За визначенням, сімейний лікар забезпечує безперервну і всеосяжну допомогу населенню, пацієнтам та їх сім'ям незалежно від статі і віку, вирішує соціальні питання та є представником пацієнта на всіх етапах надання медичної допомоги. Тобто, сімейний лікар працює безпосередньо з сім'єю, та задля досягнення найкращих результатів, сімейний лікар повинен мати авторитет та довіру членів родини.

Задля збільшення тривалості життя хворих на рідкісні хвороби пріоритетними завданнями лікаря первинної ланки є: ретельний збір сімейного анамнезу щодо наявності рідкісних хвороб серед членів родини, збір даних про інших близьких родичів, моніторинг результатів проведеного неонатального скринінгу (наприклад, на муковісцидоз, фенілкетонурію тощо), скерування дітей, в яких у довідках з родопомічних закладів відсутні дані та результати проведеного неонатального скринінгу на діагностику до спеціалізованих закладів/центрів охорони здоров'я, своєчасне скерування пацієнтів з підозрою на наявність орфанних захворювань на підтверджуючу діагностику, виявлення осіб з підтвердженим діагнозом, рання діагностика рідкісних хвороб за клінічними проявами, даними фізикального обстеження.

Висновки. 1. Сімейному лікарю потрібно мати чітко налагоджену взаємодію зі спеціалістами спеціалізованих центрів, що надають допомогу пацієнтам з рідкісними (орфанними) хворобами для обміну медичною інформацією про стан здоров'я хворого. Спираючись на рекомендації цих спеціалістів, сімейний лікар контролює призначене лікування (що призначається цій групі пацієнтів пожиттєво), консультує пацієнта в доступній формі про особливості ризику загострення захворювання, надає рекомендації щодо змін способу життя, проводить диспансеризацію, вирішує питання вакцинації. При виявленні ознак загострення хвороби або виникнення серйозних побічних ефектів терапії сімейний лікар негайно скерує пацієнта до спеціалізованого закладу/центру.

2. Задля виконання всіх цих функцій та завдань сімейному лікарю та медичній сестрі потрібно збільшувати власний рівень обізнаності. Для цього, співробітниками кафедри сімейної медицини та амбулаторно-поліклінічної допомоги НМАПО імені П. Л. Шупика проводиться робота над створенням спеціального посібника з включенням до нього алгоритму дій лікаря та медичної сестри щодо своєчасного виявлення, спостереження за пацієнтами з орфанними захворюваннями.

3. Методологічні аспекти учбового процесу сьогодення потребують постійного удосконалення, відповідно до вимог конкурентного середовища. Для реалізації цих дій ми пропонуємо виділити окремий цикл тематичного удосконалення з раннього виявлення пацієнтів з орфанними захворюваннями.

РОЗПОВСЮДЖЕНІСТЬ ДЕПРЕСИВНИХ РОЗЛАДІВ У ПАЦІЄНТІВ ЗРІЛОГО ВІКУ, ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2 ТИПУ

Жердьова Н. М.

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

Актуальність. Наявність депресії у хворих на цукровий діабет (ЦД) є однією з причин недостатнього глікемічного контролю. Пацієнти з цукровим діабетом страждають у 1,4-3 рази частіше від супутньої депресії, ніж особи без ЦД. Випадки проявів депресії виявляються у 15–35 % випадків.

Мета дослідження: виявити розповсюдженість тривожно-депресивних розладів у пацієнтів зрілого віку, хворих на цукровий діабет 2 типу.

Матеріали та методи. Було обстежено 81 пацієнта з цукровим діабетом 2 типу, з них – 43 жінки та 38 чоловіків. Оцінка депресивних проявів проводилась за допомогою опитувальників, які пацієнт заповнював самостійно, до яких належать: самоопитувальник депресії (CES-D), госпітальна