

геріатрів, психіатрів, медичних психологів та інших медичних фахівців, працівників закладів соціального захисту, волонтерів, представників приватного сектору та громадських організацій, священнослужителів тощо.

3. На жаль, система охорони здоров'я України поки що не може забезпечити доступність стаціонарної ПХД для більшості людей, які її потребують, через відсутність необхідної кількості закладів ПХД та брак кадрів, які одержали відповідну до- або післядипломну підготовку з надання ПХД та мають необхідні професійні знання та навички.

4. Результати наших досліджень переконливо свідчать, що саме мультидисциплінарна та міжсекторальна координація і співпраця, використання джерел фінансування як за рахунок бюджетних коштів, так і залучення благодійних фондів і приватного сектору, дозволяє досягти оптимальних результатів щодо розвитку та забезпечення доступності ПХД, незалежно від нозології захворювання, соціального статусу та місця проживання паліативних пацієнтів.

## **ДОСВІД ПРОВЕДЕННЯ ВИЌЗНИХ БРИГАДНИХ ОГЛЯДІВ В АМБУЛАТОРІЯХ І ЦЕНТРАХ ПМСД РАЙОНІВ ВІННИЦЬКОЇ ОБЛАСТІ**

**Чернобровий В. М., Мелашенко С. Г., Ксенчин О. О.**

Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова (Україна)

*Актуальність.* З червня 2016 року кафедрою внутрішньої та сімейної медицини ВНМУ імені М. І. Пирогова започатковані бригадні оглядово-консультативні виїзди у заклади ПМСД Вінницької області. Під час виїзних оглядів-консультацій активно використовувались опитувальники (GERD Q, GSRS, SF-36, CAT, ACT), а також портативна (мобільна) лабораторно-інструментальна експрес-техніка клініко-діагностичної міждисциплінарної гастроентерологічної лабораторії: антропометрія (монітор складу тіла OMRON), моніторинг АТ, ЕКГ-телекард, спірометрія (Spirobank), експрес-гастро-рН-моніторинг, 3-х каналний езофаго-гастро-рН-моніторинг, беззондовий тест шлункової секреції Saliva-test, портативний глюкометр.

*Мета дослідження:* вивчити можливості виїзних бригадних оглядів-консультацій для покращення діагностики та лікування найбільш поширеної внутрішньої патології в мережі закладів первинної ланки охорони здоров'я.

*Результати та їх обговорення:* за вказаний період виконано 14 планових бригадних оглядово-консультативних виїзди у заклади ПМСД 14 районів Вінницької області. В результаті виїздів оглянуто та проконсультовано 141 пацієнта. Серед них було 92 пацієнти гастроентерологічного профілю, 39 - кардіологічного, 7 - пульмонологічного, 3 -ендокринологічного. 102 пацієнти (72,4%) мали поєднану (поліморбідну) патологію, як правило це були захворювання шлунково-кишкового тракту та серцево-судинної системи (78 пацієнтів-55,3%), 35 пацієнтів мали 3 та більше хронічних захворювань (24,8%). Серед пацієнтів гастроентерологічного профілю переважали: гастроезофагеальна рефлюксна хвороба (30 пацієнтів-32,6%), шлункова диспепсія (22 пацієнти-23,9%), хронічний гастродуоденіт (12 пацієнтів-13%) та виразкова хвороба шлунка та ДПК (15 пацієнтів-16,3%). Серед кардіологічних пацієнтів переважали пацієнти з артеріальною гіпертензією (24) та ішемічною хворобою серця (12).

До оглядів-консультацій з усіх гастроентерологічних пацієнтів лише в 13-ти (14,1%) було проведено визначення НР-інфікованості. Переважна більшість вказаних пацієнтів (ГЕРХ, виразкова хвороба, гастродуоденіт) до оглядів-консультацій тестування на Н.р. інфекцію не проходила і здебільшого не знала про існування хелікобактерної інфекції. Пацієнти, що пройшли курс антихелікобактерної терапії, як правило, не проводили контроль ерадикації (контроль проведено лише у 3-х пацієнтів).

Під час аналізу наявного лікування встановлено, що серед гастроентерологічних пацієнтів ІПП приймали 41 пацієнт(44,6%), Н2-гістаміноблокатори - 7 пацієнтів(7,6%), антациди - 7 (7,6%), прокінетики - 3 (3,3%), замісну ферментотерапію - 13 (14,1%), УДХК - 4 (4,4%), спазмолітики-10 (10,9%), не приймали ліків взагалі-15 пацієнтів (16,3%). Серед кардіологічних пацієнтів прийом ліків відмічено у 100% пацієнтів: інгібітори АПФ приймали 22 пацієнти(64,1%), блокатори рецепторів ангіотензину II - 9 пацієнтів(23,1%), β-блокатори - 21 (53,9%), сечогінні - 11 (28,2%), блокатори Са каналів - 11 (28,2%). Прийом кардіоаспірину відмічено лише у 15 пацієнтів (38,5%), а терапія статинами була констатована лише в 6 пацієнтів (15,4%).

*Висновки:* 1) виїзdnі бригадні огляди-консультації в амбулаторіях та центрах ПМСД районів Вінницької області є оптимальною формою співпраці кафедри внутрішньої та сімейної медицини зі структурами загальної практики - сімейної медицини сільських районів; 2) огляди-консультації

дають змогу визначити основні напрямки діагностики та лікування найбільш поширеної внутрішньої патології (ГЕРХ, хелікобактерний гастрит, виразкова хвороба, артеріальна гіпертензія, тощо), зосередитися на подоланні існуючих недоліків; 3) огляди-консультації, застосування опитувальників та портативної мобільної експрес-техніки дозволяє покращити рівень діагностики та надання медичної допомоги в первинній ланці охорони здоров'я.

## **КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК СИНДРОМУ ДЕНДІ - ВОЛКЕРА В ПРАКТИЦІ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ**

**Гриб Н. В., Зінчук С. Ю.**

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

*Актуальність.* В практиці сімейного лікаря зустрічаються випадки з нечіткою клінічною картиною, прояви яких притаманні для багатьох захворювань. Основним нашим завданням є визначення подальшої тактики ведення таких пацієнтів і правильний їх розподіл між рівнями надання медичної допомоги. Прикладом таких патологій є орфанні захворювання, представником яких є синдром Денді-Волкера (СДВ). Ця патологія переважно дитячого віку, у 32 % діагноз встановлюється в віці старше 6 місяців, проте у 10-20 % можливі перші прояви в підлітковому чи юнацькому віці з відповідно легшим перебігом та менш вираженими проявами. З причинами, які обумовлюють появу СДВ, пов'язують деякі хромосомні аномалії (трисомії 18, 9 і 13 хромосом; часткове дублювання 5 р, 8р, 8q і 11q; делецію фрагментів 2Q, 3Q і 6р), його описують в складі багатьох генетичних синдромів з автосомно-рецесивним типом успадкування (синдром Меккеля, Меккеля-Грубера, Варбурга та ін.), а також важливу роль відіграють тератогенні фактори: перенесені матір'ю в першому триместрі вагітності інфекційні захворювання (кір, краснуха, цитомегаловірус), внутрішньоутробні травми, цукровий діабет, вплив токсичних речовин (деякі антибіотики та алкоголь). Цікавим є той факт, що на перший погляд, СДВ супроводжується неспецифічними клінічними проявами, такими як: тупий розпираючий головний біль, біль та важкість в очах, головокружіння, хиткість при ходьбі, нудота, та потребує проведення прискіпливої диференційної діагностики з лікворо-гіпертензивним синдромом іншого походження (наслідки черепно-мозкових травм, інсультів тощо).

*Мета дослідження:* розширити інформацію серед сімейних лікарів про орфанні захворювання шляхом демонстрації клінічного випадку з нашої практики.

*Результати та їх обговорення.* На момент огляду пацієнтка О., 1970 р.н., отримувала стаціонарне лікування в неврологічному відділенні Клінічної лікарні № 15 Подільського району м. Києва. Скаржилась на постійний головний біль, який посилюється часто вночі й зранку, також в сонячну погоду, періодичне головокружіння, нудоту та блювоту, шум у вухах постійного характеру, зниження зору, порушення сну. Діагноз при направленні в стаціонарне відділенні – синдром Денді-Вокера, який був встановлений 5 років тому й, окрім клінічних проявів, ґрунтувався на результатах МРТ-дослідження: ознаки внутрішньої гідроцефалії, ретроцеребелярна киста 11,4x7,2x5,1 см, гіпоплазія обох гемісфер мозочку, зменшення хробака мозочка в об'ємі, візуалізація частково в верхніх відділах.

Завдяки детально зібраному анамнезу ми виявили, що пацієнтка народилась в результаті ускладнених пологів: пологова травма, трьохразове обвиття шії пуповиною та накладання акушерських щипців для родорозрішення. В дитячому віці знаходилась на диспансерному обліку в невропатолога і педіатра, а підлітковому віці – в офтальмолога та мала інвалідність через значне погіршення зору. З анамнезу життя відомо: пацієнтка заміжня, має дорослу доньку та онучку. Веде звичайний спосіб життя. Має вищу освіту, працювала інженером на промисловому виробництві.

Звертає на себе увагу те, що декомпенсація захворювання з'явилась близько 5-ти років тому, проведено МРТ та встановлений діагноз СДВ. Дані неврологічного огляду: емоційно лабільна, очні щілини - елементи с-му Горнера праворуч, реакція зіниць на світло млява, конвергенція ослаблена S>D, рух очних яблук обмежений вгору, диплопія, середньорозмашистий горизонтальний ністагм. Підвищена чутливість точок виходу трійчастого нерву. Обличчя асиметричне, мова сповільнена. Періостальні та сухожилкові рефлексії S>D, легкий лівобічний геміпарез. Патологічні рефлексії: Бабінського S>D, с-м Штрюмпеля + з двох сторін, Россолімо зліва. Координаторні проби з інтенцією, в позі Ромберга – похитування. Менінгеальні знаки відсутні. Болючість при пальпації підпотиличної ділянки та паравертебральних точок шийного відділу хребта, обмеження об'єму рухів у шийному відділі.

Проведено лабораторні та інструментальні методи обстеження: загальні аналізи крові та сечі без особливостей. Результати рентгенографії ШВХ: дифузний остеопороз, компресійна деформація