ються всіх аспектів суспільного життя. За останні 15 років відбувається реформування та перебудова систем охорони здоров'я. Головним напрямком реформ є створення національної медичної системи, що найповніше відповідає як інтересам громади в цілому, так і індивідуальним потребам кожного пацієнта.

Не останню роль у цій системі відіграє реформування первинної медико-санітарної допомоги та розвиток сімейної медицини. Дисципліну «Сімейна медицина» в ВДНЗ України «Буковинський державний медичний університет» викладають з 2000 року, навчальна програма була зосереджена на підготовці лікарів-інтернів, які будуть працювати сімейними лікарями. Але у зв'язку з удосконаленням навчальної програми та з підвищенням вимог до підготовки спеціалістів з 2009 року на базі кафедри сімейної медицини почали викладати дисципліну «Загальна практика — сімейна медицина» серед студентів VI курсу.

Основним завданням даного курсу є підготовка майбутніх спеціалістів для забезпечення надання первинної медико-санітарної допомоги населенню на дільниці сімейної медицини. У 2011 році Центральним методичним кабінетом МОЗ України затверджена Наскрізна програма підготовки студентів медичних факультетів ВМНЗ та лікарів-інтернів для оволодіння практичними навичками та методиками, необхідними для роботи на посадах лікарів за спеціальністю «Загальна практика — сімейна медицина». Реалізація цієї програми повинна здійснюватися на VI курсі навчання та впродовж усього часу проходження інтернатури за фахом «Загальна практика — сімейна медицина».

Під час навчання студентів використовуються зразки основної облікової документації закладів загальної практики — сімейної медицини, освітньо-кваліфікаційна характеристика сімейного лікаря, перелік основних нормативно-правових документів, навчально-методична література. На практичних заняттях студенти разом з викладачем розбирають ситуаційні задачі, тести, амбулаторні карти хворих, відеоматеріали, мультимедійні презентації. Кожний студент складає протокол курації амбулаторного хворого, у якому намагається обґрунтувати діагноз на основі синдромального підходу. Разом із цим сучасними методами оптимізації навчання є широке використання комп'ютерних технологій, відеофільмів, мультимедійних презентацій, відеоінтернет-конференцій, проведення інтернет-консультацій, дистанційного навчання та застосування інших інноваційних технологій.

Завдяки тому, що основною базою кафедри є МКУ «Міська поліклініка № 3» м. Чернівців, де з 2000 року створено вперше в місті відділення сімейної медицини, вони мають змогу ознайомитися зі структурою відділення сімейної медицини, денного стаціонару, основами диспансерного нагляду. Також вони здійснюють амбулаторний прийом хворих разом із сімейними лікарями, складають оздоровчо-профілактичні та реабілітаційні програми при найпоширеніших захворюваннях внутрішніх органів, розробляють клінічний маршрут пацієнта з урахуванням трьохетапності надання медичної допомоги. Також організовуються регулярні виїзди студентів у навчально-практичні центри ВДНЗ України «Буковинський державний медичний університет», що також є базами кафедри сімейної медицини.

Створені вони на базах амбулаторій загальної практики — сімейної медицини с. Коровія та с. Бояни. Тут студенти мають можливість спостерігати за роботою сімейного лікаря та брати безпосередню участь у прийомі в амбулаторії та на викликах, оглядати, виставляти попередній діагноз та складати план обстеження та лікування, брати участь у профілактичних оглядах дітей, працювати з медичною документацією. Ці виїзди дають можливість приділяти особливу увагу формуванню в студентів навичок довготривалого та безперервного спілкування лікаря з пацієнтом та його родиною.

Дивлячись на розвиток, впровадження реформ та все, що відбувається в Українській медицині сьогодні, можна впевнено стверджувати, що сімейна медицина — одна з основних галузей, яка потребує удосконалення та розширення підготовки висококваліфікованих та конкурентоспроможних кадрів. А тому додипломна підготовка спеціалістів повинна проводитися з використанням не тільки традиційних методів навчання, а й інноваційних технологій і, безперечно, з використанням досвіду інших медичних закладів світу.

Статус вітаміну D серед хворих на бронхіальну астму

Сандул О.І.

Одеський національний медичний університет, м. Одеса, Україна

Актуальність. Своєчасне виявлення порушень вмісту вітаміну D (25(OH)D) та їх корекція мають велике значення в практиці сімейного лікаря, адже дефіцит цього вітаміну може стати причиною розвитку багатьох захворювань, у тому числі бронхіальної астми (БА) та ожиріння.

Мета дослідження: визначити статус вітаміну D у хворих на бронхіальну астму.

Матеріали та методи. Нами було проведено комплексне обстеження 42 осіб, хворих на БА, віком від 20 до 60 років (середній вік — 41,30 ± 11,87 року), яким було проведене комплексне клінічне, функціональне та лабораторне дослідження, у тому числі антропометрія, спірометрія, визначення рівня 25(OH)D сироватки крові. Спостереження проводились серед жителів міста Одеси та Одеської області.

Результати та обговорення. У результаті дослідження було виявлено гіповітаміноз D у 95 % хворих на БА, а тяжкий дефіцит — у кожного другого обстеженого. Середній рівень 25(OH)D у сироватці крові становив 18,86 ± 4,42 нг/мл. Крім того, у хворих на БА в асоціації з ожирінням рівень 25(OH)D був ві-

рогідно нижчим, ніж у астматиків із гармонічним фізичним розвитком ($p < 0,05$). Також нами була встановлена наявність сильного прямого зв'язку між рівнем 25(OH)D та об'ємом форсованого видиху за 1 секунду, оцінка якого проводилася за допомогою коефіцієнту кореляції Пірсона ($r = 0,85$).

Висновки. Отримані нами показники підтверджують дані інших міжнародних досліджень, а також свідчать про загальний низький рівень вітаміну D серед населення.

Фактори серцево-судинного ризику та ураження органів-мішеней у хворих різного віку з артеріальною гіпертензією залежно від функціонального стану нирок

Стаднюк Л.А., Кононенко О.А.

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ, Україна

Актуальність. Широка розповсюдженість артеріальної гіпертензії (АГ) в українській популяції (32 % дорослого населення) і часте поєднання її з хронічними захворюваннями нирок (поширеність до 15 %) зумовлює збільшення рівня серцево-судинного ризику й погіршення контролю артеріального тиску (АТ). З профілактичної точки зору важливим є вивчення факторів серцево-судинного ризику й стану органів-мішеней у пацієнтів із коморбідною патологією ще в субклінічній стадії.

Метою нашого дослідження було вивчення частоти факторів кардіоваскулярного ризику й уражень органів-мішеней у хворих з АГ залежно від функціонального стану нирок.

Матеріали та методи. У дослідження були включені 123 особи з гіпертонічною хворобою II стадії, АГ II ступеня. Вік хворих у середньому становив 66,08 ± 8,70 року (від 45 до 75 років). Тривалість АГ — 15,6 ± 6,2 року. Усі включені в дослідження згідно із сучасними рекомендаціями були розподілені на дві групи залежно від швидкості клубочкової фільтрації (ШКФ). У першу групу увійшли пацієнти з ШКФ 60–90 мл/хв/1,73 м^2 ($n = 75$), у другу — із ШКФ 59–45 мл/хв/1,73 м^2 ($n = 48$). Методи дослідження: ДМАТ, ЕхоКГ, дуплексне сканування судин шиї, тестування за шкалою Гамільтона (оцінка тривоги та депресії), УЗД нирок, лабораторні методи (загальні аналізи крові та сечі, ліпідограма, визначення глюкози, креатиніну та сечовини крові), розрахунок ШКФ за формулою CKD-EPI, визначення співвідношення альбуміну/креатиніну в сечі за допомогою тест-смужок Microalbuphan; статистичні методи.

Результати та обговорення. Пацієнтам з ШКФ 60–45 мл/хв/1,73 м^2 порівняно із ШКФ 60–90 мл/хв/1,73 м^2 були властиві вірогідно більші варіабельність САТ вдень та ранковий підйом САТ. Щодо уражень органів-мішеней: ШКФ 60–45 мл/хв/1,73 м^2 порівняно з ШКФ 60–90 мл/хв/1,73 м^2 асоціювалась із більшими значеннями товщини міжшлуночкової перегородки, розміру лівого передсердя, маси міокарда лівого шлуночка, нижчою скоротливою функцією лівого шлуночка. Також ШКФ 60–45 мл/хв/1,73 м^2 порівняно із ШКФ 60–90 мл/хв/1,73 м^2 асоціювалась з підсиленням тривожності у хворих на АГ. Кореляційний аналіз показав прямий зв'язок ШКФ та ЛПВЩ ($r = 0,62$, $p < 0,05$), ШКФ та тригліцеридів ($r = 0,47$, $p < 0,05$), обернений зв'язок ШКФ та глюкози крові ($r = –0,81$, $p < 0,05$), обернений зв'язок між ШКФ та індексом маси міокарда лівого шлуночка ($r = –0,88$, $p < 0,05$).

Висновки. У пацієнтів середнього і похилого віку з АГ зниження ШКФ у межах 60–45 мл/хв/1,73 м^2 асоціюється з більшою частотою уражень органів-мішеней та порушень характеристик АТ за даними ДМАТ порівняно з ШКФ 60–90 мл/хв/1,73 м^2. Це вказує на тяжчий перебіг АГ та підвищення серцево-судинного ризику у хворих зі зниженою ШКФ, тому хворим з АГ і ШКФ у межах 60–45 мл/хв/1,73 м^2 слід приділити максимальну увагу з точки зору контролю АТ і органопротекторної терапії.

Вплив альфа-ліпоєвої кислоти на показники кардіоваскулярних тестів у хворих на цукровий діабет 2-го типу

Степура О.А., Маньковський Б.М.

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ, Україна

Актуальність. Цукровий діабет (ЦД) пов'язаний з високим ризиком серцево-судинних ускладнень. Основою цих ускладнень є макро- та мікросудинні ускладнення, а також денервація серця й кровоносних судин. З огляду на роль оксидативного стресу в патогенезі кардіальної автономної нейропатії (КАН) антиоксидантна терапія альфа-ліпоєвою кислотою є патогенетично виправданою.

Мета дослідження: вивчення впливу альфа-ліпоєвої кислоти на показники кардіоваскулярних тестів (КВТ).

Матеріали та методи. Ми дослідили 43 пацієнтів із ЦД 2-го типу (вік 65,35 ± 1,29 року, тривалість діабету 9,66 ± 0,89 року, HbA1c 8,02 ± 0,18 %), із них 20 жінок та 23 чоловіків. Діагноз КАН був поставлений за допомогою дослідження варіабельності серцевого ритму (інтервалів R-R на електрокардіограмі) на основі 5 кардіоваскулярних тестів за D. Ewing і програмного модуля «Полі-Спектр-Ритм.NET». Діагноз КАН був поставлений у пацієнтів, які мали 3 та більше позитивні проби з 5. Дослідження КВТ проводили до та після 10-денного внутрішньовенного краплинного введення 600 мг альфа-ліпоєвої кислоти. Статистичну обробку результатів проводили за допомогою програми SPSS, версія 23 для Windows. Різниця вважалась статистично значущою при $p < 0,05$.