

над 170/10 мм рт.ст. За ІМТ виявлено, що надмірну вагу мають 35 % пацієнтів, ожиріння I ст. — 30 %, ожиріння II ст. — 15 %, ожиріння III ст. — 5 %. Рівень глюкози натще вище від 5,5 ммоль/л виявлено в 15 % пацієнтів. Це означає, що заходи вторинної профілактики є недостатньо ефективними й у хворих залишаються немодифікованими цілий ряд факторів ризику повторного ІМ та раптової смерті.

**Висновки.** Висока поширеність факторів ризику в пацієнтів після перенесеного інфаркту міокарда вказує на недостатню ефективність заходів вторинної профілактики та необхідність більш активної співпраці сімейних лікарів з такими пацієнтами щодо модифікації способу життя, досягнення цільових рівнів показників та уникнення повторних серцево-судинних катастроф.

### Розробка скринінгових програм СНЕСК-UP на основі даних опитувань та електронних медичних записів

Ткаченко В.І.<sup>1,2</sup>, Кекух Д.П.<sup>1,2</sup>, Ханенко С.М.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ, Україна

<sup>2</sup>ПрАТ «Медичний комплекс «Сирець», м. Київ, Україна

**Актуальність.** Скринінгові програми — комплексні медичні обстеження, що включають консультації, лабораторні та інструментальні обстеження, необхідні для виявлення певних груп ризику з метою профілактичного спостереження за станом здоров'я пацієнтів у практиці сімейного лікаря.

**Мета:** розробити програми скринінгових обстежень працівників підприємств для застосування в практиці лікаря загальної практики — сімейного лікаря.

**Матеріали та методи.** З метою розробки скринінгових програм проводився аналіз джерел літератури, вітчизняних та міжнародних рекомендацій, а також даних опитування 83 працівників підприємств віком від 18 до 64 років (чоловіки — 24 %, жінки — 76 %) в он-лайн режимі за допомогою форм Google Docs ([www.google.com/docs](http://www.google.com/docs)) та даних медичних записів в електронній медичній системі «Госпітальна система» за 2016–2017 рр. Статистична обробка — Excel 2010.

**Результати та обговорення.** На основі даних анкетувань та медичних записів працівників виявлено, що 47 % респондентів мають погіршення стану здоров'я, 40,3 % — надмірну втомлюваність у спокійній або при виконанні звичної роботи, 41,5 % — погіршення психоемоційного стану, 34,1 % — раптово виникаючі болі. У зв'язку з цим були розроблені програми скринінгу другого етапу щодо опитування та обстеження стану здоров'я за певними органами та системами (неврологія, гастроентерологія тощо) залежно від скарг та ризиків, виявлених на першому етапі загального опитування. Таку багатетапну програму скринінгу було названо СНЕСК-UP. Враховуючи необхідність співоплати медичного

обслуговування підприємством та працівниками, було запропоновано 3 пакети СНЕСК-UP — базовий, стандартний та розширений. На основі аналізу даних участі працівників у скринінгових програмах виявлено, що розподіл між пакетами виглядає таким чином: СНЕСК-UP базовий — 38 %, стандартний — 57 % та розширений — 5 %. Після проведеного скринінгового обстеження з гастроентерології виявлено: хронічний холецистит — 23 %, ГЕРХ — 14 %, хронічний панкреатит — 14 %, дискінезію жовчовивідних шляхів — 12 %, дисфункцію жовчного міхура — 12 %, хронічний гастрит — 12 %, інше — 13 %. Після проведеного скринінгового обстеження з неврології виявлено остеохондроз — 37 %, синдром вегетосудинної дисфункції — 33 %, хронічну дисциркуляторну енцефалопатію — 12 %, мігрень, астеноневротичний синдром — 6 %, інше — 12 %.

**Висновки.** Використання скринінгових програм дозволяє слідкувати за станом здоров'я пацієнтів, які можуть належати до певних груп ризику. Індивідуальний підхід під час скринінгів за допомогою багатетапної програми СНЕСК-UP дозволяє оптимізувати час та об'єм обстежень і процедур.

### Фактори ризику розвитку раку щитоподібної залози

Ткаченко В.І., Рімар Я.Ю.

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

**Актуальність.** Рак щитоподібної залози (РЩЗ) на сьогодні становить 1–3 % злоякісних пухлин усіх локалізацій, характеризується невпинно зростаючою кількістю вперше виявлених форм як в Україні, так і в США та країнах Європи й посідає 5-те місце за поширеністю серед жінок. Стандартизовані показники захворюваності на РЩЗ з 1999 по 2015 р. зросли з 4,3 до 8,3 випадку на 100 000 населення на рік. Така тенденція спонукає приділити особливу увагу хворобомодифікуючим факторам, визначення яких необхідне для подальшого покращання онкоепідеміологічної ситуації стосовно РЩЗ в Україні.

**Мета дослідження:** провести аналіз усіх відомих факторів ризику (ФР) РЩЗ.

**Об'єкти й методи:** аналіз літературних джерел у пошукових системах PubMed, Cochrane, Scholar, а також матеріалів наукових конференцій, симпозіумів та журналів, що містять актуальну інформацію з даної теми.

**Результати та обговорення.** У результаті тривалого наукового пошуку було доведено, що до РЩЗ приводить низка факторів, серед яких найбільш вивчене іонізуюче випромінювання різного походження, зокрема дія чорнобильського радіоїоду, та неадекватне надходження йоду до організму. Також вагомий внесок роблять вузлові захворювання щитоподібної залози, асоціація яких з РЩЗ зустрічається в 40–60 % випадків. До неконтрольованих чинників належить генетична спадковість, що реалізується у

20–30 % випадків медулярного РЩЗ (мутації в про-тоонкогені RET), а також папілярних і фолікулярних форм РЩЗ через точкові мутації в генах RAS і BRAF та RET/PTC. Іншими ФР є вік і стать: так, у репродуктивний період життя в жінок РЩЗ зустрічається частіше у 2–3 рази, що пов'язується з дією прогестерону, естрогенів та їх рецепторів. Надлишкова вага, діабет та метаболічний синдром часто становлять потенційний ризик щодо багатьох видів раку, але їх участь у розвитку РЩЗ достатньо не визначена. Аналіз багатьох досліджень виявив підвищений ризик (близько 30 %) РЩЗ як вторинної онкопатології після раку молочної залози. До найменш вивчених належать асоціації РЩЗ з вірусами (парвовірус В19, HCV та вірус простого герпесу), доброякісними захворюваннями молочної залози, різними мікроелементами (вітаміни А, В, D, селен тощо), антропогенними ФР (перхлорати, пестициди та ін.), ксенобіотиками й флавоноїдами.

**Висновки.** Визначення ФР, розробка алгоритму ведення пацієнтів із груп високого ризику розвитку РЩЗ з подальшими шляхами профілактики на сьогодні є актуальним напрямком у практиці сімейного лікаря і має сприяти досягненню зниження захворюваності й смертності від РЩЗ в Україні.

## Тромбоцитопенія в практиці сімейного лікаря

*Ткаченко В.І., Алексейченко О.І.*

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

**Актуальність.** Тромбоцитопенія — гематологічний розлад, що зустрічається на всіх рівнях надання медичної допомоги — від асимптомних пацієнтів сімейного лікаря до тяжких хворих відділення інтенсивної терапії. Синдром тромбоцитопенії на первинній ланці є надзвичайно поширеним феноменом. Деякі дослідження свідчать, що частота тромбоцитопенії становить 25–55 %, проте вірогідних даних на сьогодні немає. Широкий спектр етіологічних чинників і різноманітність клінічних проявів тромбоцитопенії часто створюють труднощі для встановлення правильного діагнозу та призначення відповідного лікування.

**Мета дослідження:** проаналізувати найбільш часті причини тромбоцитопенії в практиці сімейного лікаря шляхом аналізу літературних даних.

**Матеріали та методи.** Виконаний літературний огляд у пошукових системах JAMA, Scholar та PubMed, а також у журналах та виданнях матеріалів конференцій, що найбільше відповідали розкриттю даної теми.

**Результати та обговорення.** Аналіз даних літературних джерел показав, що критерієм діагностики тромбоцитопенії є зниження кількості тромбоцитів — рівень нижче від  $150 \times 10^9/\text{л}$ . Проте при рівні тромбоцитів  $> 50 \times 10^9/\text{л}$  перебіг синдрому часто є безсимптомним. Патогенетично тромбоцитопенія виникає внаслідок зниження синтезу тромбоцитів,

їх депонування або підвищення руйнування. Найбільш характерними причинами її виникнення є: супресія кісткового мозку внаслідок опромінення, хіміотерапія, вплив алкоголю у великих дозах, хронічні хвороби печінки, вроджена тромбоцитопатія, ДВЗ-синдром, дія лікарських засобів (гепарин, інтерферон, абциксимаб, гіпотіазид, рифампіцин та ін.), гестаційна тромбоцитопенія, імунна тромбоцитопенічна пурпура, інфекції (віруси або рикетсії), прееклампсія/синдром HELLP. Проте існує ряд факторів, що можуть спровокувати маніфестацію тромбоцитопенії: вакцинація, гемотрансфузія, оперативні втручання на клапанах серця. Пацієнти звертаються до сімейного лікаря з нетиповими для тромбоцитопенії скаргами: біль у животі, довготривала гарячка, безпричинне схуднення, нічне профузне потовиділення, гостра поява висипки, збільшення лімфовузлів. У безсимптомних пацієнтів з випадково виявленою тромбоцитопенією (кількість тромбоцитів  $50\text{--}150 \times 10^9/\text{л}$ ) треба повторно визначити кількість тромбоцитів через 1–4 тижні. Якщо під час амбулаторного спостереження стан пацієнта погіршується, необхідне негайне проведення розгорнутого аналізу крові в динаміці. Проведення додаткових методів обстеження залежить від клінічної картини та стану хворих. Пацієнтів із тромбоцитопенією легкого ступеня та з компенсованими супутніми захворюваннями повинен спостерігати лікар первинної ланки. Пацієнтів із тяжкою тромбоцитопенією слід скеровувати до гематолога. Прогноз віддалених наслідків і подальшого перебігу тромбоцитопенії сприятливий, за даними R. Stasi et al. (2006), у 64 % хворих кількість тромбоцитів протягом 10 років нормалізувалася або залишалася стабільною, ймовірність розвитку імунної тромбоцитопенічної пурпури або автоімунного захворювання становить 12 %.

**Висновки.** Висока частота тромбоцитопенії безсимптомного перебігу вимагає від сімейного лікаря ретельного й вчасного її виявлення, проведення чіткої диференціальної діагностики та визначення адекватної тактики лікування для покращання прогнозу й забезпечення співпраці з іншими спеціалістами в рамках мультидисциплінарного підходу.

## VAC-терапія в лікуванні гнійних ран у ВІЛ-інфікованих

*Фелештинський Я.П., Шиленко Ю.О., Сміщук В.В.*

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

**Актуальність.** Україна посідає 5-те місце у світі за темпами розвитку епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу. Поширеність ВІЛ-інфекції в Україні серед хворих, які вживають ін'єкційні наркотики, становить 21,5 %, що вдвічі перевищує світовий показник (11,5 %) та є одним з найвищих у Європі. Тривале вживання саморобних наркотичних препаратів, вплив на організм хімічних чинників (наркотиків), можливість попадання в кров збудників інших інфекцій призводить