Розповсюдження дефіциту та недостатності вітаміну D у хворих на ревматоїдний артрит

Хіміон Л.В., Климась І.В., Зав'ялова М.Д.

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

Актуальність. Пацієнти з ревматоїдним артритом (РА) часто мають широкий спектр супутніх захворювань та метаболічних порушень. Сучасні дослідження відзначають, що в більшості хворих на РА спостерігається дефіцит та недостатність вітаміну D, на той час як і сам ступінь активність перебігу РА може мати певний вплив на здатність засвоєння організмом вітаміну D. Інтерес дослідників до дефіциту та недостатності вітаміну D обумовлений також впливом на перебіг і прогноз захворювання та якість життя хворих на РА.

Мета роботи: дослідити розповсюдженість дефіциту та недостатності вітаміну D у хворих на РА.

Матеріали та методи. Дослідження проводились на кафедрі сімейної медицини НМАПО імені П.Л. Шупика на базі вузькотерапевтичного відділення КЗ КОР «Київська обласна клінічна лікарня». У дослідження було включено 15 хворих на РА віком від 20 до 55 років, 12 жінок та 3 чоловіки (80,0 та 20,0 % відповідно). Як групу контролю обстежено 15 осіб (11 жінок та 4 чоловіки — 73,3 і 26,6 % відповідно) віком від 24 до 48 років без автоімунної патології, запальних станів та захворювань. На момент обстеження хворі на РА та особи з групи контролю не приймали жодних препаратів кальцію та/або вітаміну D.

В обох групах проводилось ретельне фізикальне та лабораторне обстеження. Для визначення вітамін-D-статусу використовували класифікацію M.F. Holick та співавт. (2011), відповідно до якої рівень 25(OH)D у сироватці крові 75–375 нмоль/л розцінюється як нормальний, рівень 50–75 нмоль/л — як недостатність та рівень нижче від 50 нмоль/л — як дефіцит вітаміну D.

Результати та обговорення. У результаті дослідження у 12 (80,0 %) хворих на РА було виявлено зниження рівня 25(OH)D у сироватці крові. Із них у 5 (41,7 %) визначена недостатність вітаміну D (рівень 25(OH)D у сироватці крові становив 65,4 ± 5,7 нмоль/л), у 7 (50,3 %) — дефіцит (рівень 25(OH)D становив 36,4 ± 7,5 нмоль/л), у 3 (20,0 %) — відповідав нормальним показникам (95,3 ± 9,5 нмоль/л). У 13 (86,7 %) осіб групи контролю рівень 25(OH)D був у межах норми (105,6 ± 7,6 нмоль/л), у 2 (13,3 %) він становив 69,0 ± 1,4 нмоль/л, що відповідає недостатності вітаміну D. Дефіциту вітаміну D у осіб групи контролю не спостерігалось. У 14 (93,3 %) хворих на РА на момент обстеження було визначено підвищення рівня С-реактивного білка понад норму, він становив у середньому 247,62 нмоль/л. При проведенні оцінки та аналізу середніх показників рівня 25(OH)D у сироватці крові порівняно зі ступенем активності захворювання нами було виявлено, що у хворих з III ступенем активності РА рівень 25(OH)D був значно нижчим, ніж у хворих з I ступенем активності РА (35,5 ± 7,8 та 95,3 ± 9,5 нмоль/л; відповідно $p < 0,05$). Рівень 25(OH)D у сироватці крові у хворих із II ступенем активності РА становив 61,5 ± 10,8 нмоль/л. Рівень іонізованого кальцію сироватки крові в обох досліджуваних групах був у межах норми та становив 2,35 ± 0,11 ммоль/л у хворих на РА та 2,33 ± 0,09 ммоль/л — в осіб групи контролю.

Висновки. Знижений рівень вітаміну D у хворих на РА зустрічається вірогідно частіше, ніж серед осіб контрольної групи, порівнянних за віком ($p < 0,001$). Недостатність вітаміну D виявлено в 41,7 % хворих на РА та 13,3 % осіб групи контролю ($p < 0,05$). Дефіцит вітаміну D зареєстровано в 50,3 % хворих на РА. Дефіциту вітаміну D у осіб групи контролю не спостерігалось. Встановлено негативний кореляційний зв'язок між рівнем вітаміну D та ступенем активності РА за рівнем С-реактивного білка ($r = –0,87$, $p < 0,05$). Дефіцит вітаміну D варто розглядати як наслідок і як фактор впливу на погіршення перебігу РА й рекомендувати додавати препарати вітаміну D у комплексну терапію РА.

Компетентнісний підхід у підготовці лікарів загальної практики — сімейних лікарів

Хіміон Л.В., Ященко О.Б., Данилюк С.В., Ситюк Т.О.

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

Актуальність. У даний час конкурентоспроможність людини на ринку праці багато в чому залежить від її здатності опановувати нові технології, адаптуватися до інших умов праці. Багато роботодавців орієнтуються при виборі потенційних працівників не на конкретну суму знань у претендентів, а на їх здатність швидко засвоювати нову інформацію й методи роботи. Широке використання компетентнісного підходу зумовлене прагненням до підвищення якості освіти та конкурентоспроможності фахівця. Для медичної освіти це є найбільш актуальним. Лікар має бути готовий до того, щоб систематично переробляти потужний потік інформації, інтегрувати знання з нових дисциплін.

Мета роботи: застосувати компетентнісний підхід при підготовці лікаря загальної практики — сімейного лікаря з метою підвищення якості освіти та конкурентоспроможності фахівця.

Результати та обговорення. У сучасній педагогічній літературі використовуються два терміни — «компетенція» і «компетентність», що відповідають англійському competence. Ці терміни хоча й близькі, але не однакові за своєю суттю. Компетенція — це сукупність взаємопов'язаних якостей особистості (знань, умінь, навичок, способів діяльності), що задаються стосовно певного кола предметів та процесів, необхідних для якісної продуктивної діяльності. Компетентність — володіння людиною відповідною компетенцією, що