

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 активності 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 аутоімунної 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 вітаміну 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 $65,4 \pm 5,7$ нмоль/л), у 7 (50,3 %) — дефіцит (рівень 25(OH)D становив $36,4 \pm 7,5$ нмоль/л), у 3 (20,0 %) — відповідав нормальним показникам ($95,3 \pm 9,5$ нмоль/л). У 13 (86,7 %) осіб групи контролю рівень 25(OH)D був у межах норми ($105,6 \pm 7,6$ нмоль/л), у 2 (13,3 %) він становив $69,0 \pm 1,4$ 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 ($35,5 \pm 7,8$ та $95,3 \pm 9,5$ нмоль/л; відповідно $p < 0,05$). Рівень 25(OH)D у сироватці крові у хворих із II ступенем активності РА становив $61,5 \pm 10,8$ нмоль/л. Рівень іонізованого кальцію сироватки крові в обох досліджуваних групах був у межах норми та становив $2,35 \pm 0,11$ ммоль/л у хворих на РА та $2,33 \pm 0,09$ 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., Яценко 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

включає його особистісне ставлення до неї й предмета діяльності. Компетентнісний підхід акцентує увагу на результаті освіти, причому останній розглядається не як сума засвоєної інформації, а як здатність (готовність) фахівця діяти в професійній ситуації.

Відповідно до європейських стандартів на кафедрі сімейної медицини НМАПО імені П.Л. Шупика останніми роками широко впроваджується компетентнісний підхід при підготовці слухачів та лікарів-інтернів за спеціальністю «загальна практика — сімейна медицина».

Можна виділити такі принципи навчання в контексті компетентнісного підходу:

- орієнтація на досягнення результатів, виражених у формі компетенцій;
- відповідальність за власне навчання. Для цього суб'єкти навчання повинні активно взаємодіяти;
- слухачам має бути надана можливість навчатися пошуку, обробці та використанню інформації. Необхідно відмовитися від практики трансляції знань;
- можливість практикуватися в освоєних компетенціях у великій кількості реальних та імітаційних контекстів;
- індивідуалізація навчання: надання можливості освоювати компетенції в індивідуальному темпі при збереженні балансу базових і елективних розділів.

Висновки. 1. Компетентнісний підхід вимагає переорієнтації на слухачецентрований характер освітнього процесу. 2. З метою реалізації особистісно орієнтованої концепції на самому початку навчання ми проводимо діагностичне тестування, що є першим етапом моніторингу якості й покликане зафіксувати вихідний рівень знань для індивідуального планування й корекції навчальних планів. При необхідності діагностичне тестування може поєднуватися з підготовчим модулем, спрямованим на усунення прогалин у знаннях і вміннях та прогнозування подальшого навчання, а також створення умов для вибору й побудови індивідуального освітнього плану й більш активної самостійної діяльності слухачів. 3. У процесі навчання на кафедрі застосовуються різні його форми та методи щодо формування професійних компетенцій: лекції (проблемні, візуалізацій, лекції з розбором ситуацій, лекції-консультації); семінари, практичні заняття в малих групах, у тому числі у вигляді консультацій, майстер-класів; навчально-тематичні конференції. 4. Важливими для розвитку компетенцій є активні методи навчання, ділові та рольові ігри, розбір стандартних та нестандартних клінічних ситуацій, вивчення конкретного випадку (кейс-методи), присутність слухачів на клінічних консультаціях хворих професорами й доцентами кафедри, презентації та обговорення реферативних робіт. 5. Для формування практичних навичок передбачені заняття в симуляційному центрі НМАПО імені П.Л. Шупика, де слухачі мають можливість відпрацьовувати їх на різних тренажерах і симуляторах. 6. Компетенції в слухачів та лікарів-інтернів можуть розвиватися тільки на основі їх самостійної, творчої

діяльності, самостійно набутого досвіду. Показниками оволодіння компетенціями є здатність слухачів ефективно виконувати типові професійні дії, самостійність, відповідальність, креативність, вміння співпрацювати, успішно вирішувати проблемні ситуації, займатися саморозвитком і самовдосконаленням. 7. Впровадження компетентнісного підходу передбачає створення ситуацій для комплексної перевірки умінь, практичного використання знань, компетенцій і досвіду. 8. Основну відповідальність за безперервну медичну освіту несуть самі лікарі-практики, яким необхідно використовувати різні способи й можливості, що дозволяють їм досягти належного рівня власної компетентності й підтримувати його.

Післядипломна підготовка сімейних лікарів з питань надання паліативної допомоги населенню — важлива складова впровадження системи паліативної і хоспісної допомоги в Україні

Царенко А.В., Гойда Н.Г., Губський Ю.І.

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

Актуальність. Сучасна парадигма ефективної системи надання паліативної та хоспісної допомоги (ПХД) населенню полягає в тому, що обов'язок урядів усіх держав — забезпечити доступність професійної та якісної ПХД усім верствам населення незалежно від захворювання, соціального статусу, статі, віку та національності, релігійних та політичних переконань, місця проживання інкурабельних хворих та членів їхніх родин. Це зумовлено невідповідністю зростаючою кількістю хворих з прогресуючими хронічними інкурабельними захворюваннями, у тому числі з обмеженим прогнозом тривалості життя, як похилого, так і працездатного віку, а також дітей. Отже, сьогодні однією з найбільш пріоритетних медико-соціальних та гуманітарних проблем України та багатьох країн світу є створення та розвиток доступної, якісної та ефективної системи надання ПХД населенню. Цю проблему слід вирішувати шляхом створення й оптимізації системи післядипломної підготовки лікарів з питань надання ПХД, у першу чергу лікарів загальної практики — сімейних лікарів (ЛЗП-СЛ), оскільки майже 80 % паліативних пацієнтів, навіть у США і країнах Європи, одержують паліативну допомогу вдома.

Мета роботи: обґрунтувати методи оптимізації системи післядипломної підготовки ЛЗП-СЛ з питань надання ПХД населенню в амбулаторних умовах і вдома.

Матеріали та методи. При виконанні роботи були використані нормативно-правові документи України та міжнародних організацій, виконаний літературний огляд у пошукових системах JAMA, Scholar та PubMed, а також у вітчизняних і закордонних журналах та виданнях матеріалів конференцій, які відповідають темі дослідження й зазначеній меті.