

ВГО «УКРАЇНСЬКА АСОЦІАЦІЯ СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ»
НАЦІОНАЛЬНА МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ
ОСВІТИ ІМЕНІ П.Л. ШУПИКА

ПЕРВИННА МЕДИЧНА ДОПОМОГА В РАКУРСІ СВІТОВИХ ПРАКТИК

присвячена 20-річчю членства УАСМ в WONCA –
Всесвітній асоціації сімейної медицини

*Науково-практична конференція з міжнародною участю
Збірник праць*

06 – 07 червня 2019 року

м. Київ – 2019

УДК [614.88:614.2](477)(082)
П26

ВГО «Українська асоціація сімейної медицини»
Національна медична академія післядипломної освіти
імені П. Л. Шупика

За редакцією:

д.мед.н., професора *Матюхи Л.Ф.*
д.мед.н., професора *Хімїон Л.В.*
д.мед.н., професора *Толстанова О.К.*

Редакційна колегія:

д.мед.н., професор *Шекера О.Г.*
д.мед.н., професор *Заремба Є.Х.*
д.мед.н., професор *Гойда Н.Г.*
д.мед.н., професор *Чухрієнко Н.Д.*
д.мед.н., професор *Коваленко О.Є.*
д.мед.н., професор *Медведовська Н.В.*
д.мед.н., професор *Бабінець Л.С.*
к.мед.н., доцент, керівник напрямку УАСМ «Міжнародна співпраця» *Колесник П.О.*
керівник напрямку УАСМ «Менеджмент» *Надутьий К.О.*
керівник напрямку УАСМ «Медсестринство» *Головащук Л.А.*

П26 **Первинна медична допомога в ракурсі світових практик** : збірн. праць наук.-практ. конф. з міжнар. участю, м. Київ, 6–7 червня 2019 року. – Київ : АНФ ГРУП, 2019. – 108 с.

ISBN 978-617-7252-19-0

У збірнику викладено результати досліджень у галузі сімейної медицини фахівцями, які працюють у системі первинної медико-санітарної допомоги.

УДК [614.88:614.2](477)(082)

ISBN 978-617-7252-19-0

© ВГО «УАСМ», 2019
© НМАПО, 2019
© АНФ ГРУП, 2019

АЛГОРИТМ РАННЬОЇ ДІАГНОСТИКИ ДІАБЕТИЧНОЇ ОСТЕОАРТРОПАТІЇ В ПРАКТИЦІ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ

Бобро Л.М.

*Харківський національний медичний університет,
кафедра загальної практики –
сімейної медицини та внутрішніх хвороб*

Щороку в Україні припадає 30% усіх ліжко-днів, пов'язаних з ураженням ніг нетравматичного характеру, на пацієнтів із синдромом діабетичної стопи (СДС). За даними ВООЗ, майже у 5% хворих на цукровий діабет (ЦД) виникає ураження стоп, яке проявляється СДС. Ризик ампутацій нижніх кінцівок у таких пацієнтів у 25 разів вищий, ніж у загальній популяції. Після перенесеної ампутації однієї ноги у 42% осіб протягом перших 3 років проводять ампутацію другої ноги, 56% пацієнтів потребують ампутації другої ноги протягом подальших 3–5 років.

Значну роль у патогенезі СДС, поряд з ангіо- та нейропатією, відіграє діабетична остеоартропатія (ДОАП). У переважній більшості випадків ДОАП вражає кістки й суглоби стоп. У 20–25% пацієнтів ДОАП вражає обидві стопи, але зазвичай не одночасно. Поширеність даного ускладнення серед хворих на ЦД складає менш як 1%, хоча в літературі зустрічаються дані про ураження кісткової тканини стоп у 0,1–55% хворих. Така велика розбіжність даних, ймовірно, пов'язана з відмінностями в методиці обстеження і різними критеріями діагностики ДОАП. Сучасне визначення діабетичної остеоартропатії – «деструкція кістки й суглоба неінфекційного характеру, викликана діабетичною нейропатією». Але наразі вважають, що ДОАП викликає не будь-яка форма нейропатії, а лише певні її «підвиди».

У зв'язку з цим передбачити розвиток ДОАП важко, а пізня діагностика і неадекватне лікування хворого призводить до інвалідизації.

З ДОАП зустрічаються лікарі різних спеціальностей – від ендокринологів до хірургів і ортопедів, але найважливіше завдання вчасного розпізнавання цього ускладнення та адекватної тактики ведення пацієнта лягає на сімейного лікаря.

Розповсюдженим ускладненням ДОАП є глибока виразка підошви – «mal perforans», якій передують гіперкератоз та розлади

росту нігтьових пластинок. Але патологічний процес іде «від кісток до шкіри».

Кісткова тканина внаслідок слабого розвитку мікроциркуляторного русла гірше адаптована до умов гіпоксії та анаеробного гліколізу, що переважає при ЦД. Це обумовлює ранні зміни кісткового метаболізму у хворих на ЦД, які передують клінічним проявам ураження м'яких тканин стопи.

ДАОП приводить до анатомічного руйнування кістково-зв'язкового апарату стопи та є основою розвитку гнійно-некротичного процесу тканин стоп, втрати (повністю або частково) функціональних можливостей нижніх кінцівок, важкої інвалідації, стійкої втрати працездатності, а деколи й смерті хворих (після ампутацій вище колінного суглоба).

Мета роботи.

Провести порівняльний аналіз частоти та характеру ураження кісткової тканини у хворих на СДС за даними результатів клініко-анамнестичного та інструментального обстеження.

Матеріали та методи.

Обстежено 62 пацієнти із СДС на тлі ЦД 2 типу. Чоловіків було 36(58,1%), жінок 26 (41,9%). Середній вік пацієнтів становив $56,9 \pm 1,02$ років. Стаж ЦД склав $12,9 \pm 1,02$ років. Проводився аналіз клініко-анамнестичних даних, застосовувалось анкетування за допомогою хвилинного тесту оцінки ризику остеопорозу (IOF), метод ультразвукової денситометрії та рентгенографії суглобів.

Результати та їх обговорення.

Розподіл досліджуваних хворих залежно від клініко-патогенетичної форми СДС був такий: 14 (23%) пацієнтів мали нейропатичну форму, 18 (29%) – ішемічну і 30 (48%) пацієнтів – змішану.

Анкетування за допомогою хвилинного тесту та аналіз антропометричних даних хворих дозволили виокремити 35(56%) осіб з високим ризиком наявності остеопорозу. При цьому, за даними анамнезу, у 34(55%) пацієнтів був епізод маніфестації ДАОП у вигляді однобічного гострого набряку стопи після її незначного травмування або без нього. У 49% випадках ($p < 0,5$) пацієнти зверталися до лікаря загальної практики або хірурга поліклініки. Попри наявність у пацієнта гострого набряку стопи на тлі ЦД, особливо при непошкодженій шкірі, помилково

діагностувався тромбофлебіт, лімфостаз, флегмона стопи, подагричний артрит, синдром Рейтера та ін. Маніфестація гострої стадії ДОАП не розпізнавалась, пацієнт не отримував адекватного лікування, що надалі призводило до незворотного ушкодження кісткової тканини.

При рентгенологічному дослідженні кісток стопи ознаки остеопорозу виявлені у 9(15%) обстежених від загального числа пацієнтів (переважно з нейропатичною формою СДС); у 27(43%) випадків виявлені ознаки остеолізу, наявність кісткових секвестрів, остеомієліту (переважно при ішемічній і змішаній формах СДС). Проведене обстеження пацієнтів з високим ризиком остеопорозу методом ультразвукової денситометрії виявило наявність остеопенії у 30(48%) пацієнтів, з них у 12 – остеопороз, що складало 34 % від групи високого ризику.

Висновки.

На догоспітальному етапі алгоритм дій лікаря будь-якої спеціальності, до якого звернувся хворий з ЦД, повинен бути таким: наявність гострої фази ДОАП треба припускати у всіх хворих з одностороннім набряком стопи, враховуючи тривалість перебігу ЦД, вираженість діабетичної нейропатії, наявність травми або хірургічного втручання на стопі, що передували набряку. Для ранньої верифікації ДОАП треба проводити ультразвукову денситометрію. Рентгенологічне обстеження пацієнтів із цукровим діабетом є пізнім методом діагностики ураження кісткової тканини, що не дозволяє ефективно проводити профілактику остеопенії та своєчасне лікування остеопорозу. Пацієнтів з підозрою на ДОАП раціональніше направляти в спеціалізовані подіатричні відділення (центри).

ПРОФІЛАКТИЧНИЙ НАПРЯМОК В РОБОТІ ЛІКАРЯ ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ – СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ

Бухановська Т.М.¹, Дубовка К.М.², Мельник Н.А.²

¹Національна медична академія
післядипломної освіти імені П.Л. Шупика

²КНП «Консультативно-діагностичний центр
Дніпровського району м. Києва»
відділення медичної допомоги підліткам та молоді
«Клініка, дружня для молоді»

У будь-якій державі світу не існує більшого пріоритету, ніж здоров'я її громадян. Молоді люди є тим потенціалом, що забезпечує процвітання держави. Проте, несприятлива демографічна ситуація в Україні, незадовільний стан екології, економічна криза, погіршення харчування, стреси, підвищене емоційне та навчальне навантаження, нездоровий спосіб життя (порушення режиму дня, недосипання, недостатня рухова активність, значна поширеність шкідливих звичок все це впливає на стан здоров'я молодого покоління, у тому числі й на репродуктивне здоров'я. Стан репродуктивного здоров'я багато в чому визначається способом життя людини, відповідальним ставленням до власного здоров'я, а також рівнем її інформованості з питань репродуктивного здоров'я та можливостей його збереження. Але при наданні медичної допомоги молодим людям у лікарів часто виникають труднощі, які пов'язані з особливостями консультування пацієнтів саме цієї вікової групи. Враховуючи, що саме лікар загальної практики – сімейний лікар перший контактує з сім'єю, дітьми, підлітками, тому його робота полягає в індивідуальному підході до кожного пацієнта, в тому числі й до підлітків та молоді.

Задля підвищення навичок консультування підлітків та молоді лікарями первинної ланки, обізнаності щодо особливостей фізичного і нервово-психічного розвитку цієї вікової групи і з метою впровадження інноваційних підходів (на основі «дружнього підходу») в наданні медичної допомоги даній категорії населення, починаючи з 2015 р. однією з клінічних баз кафедри сімейної медицини та амбулаторно-поліклінічної допомоги НМАПО імені П.Л. Шупика є відділення медичної допомоги підліткам та

молоді «Клініка, дружня для молоді» КНП «Консультативно-діагностичний центр Дніпровського району м. Києва».

Протягом 2018 р. до відділення медичної допомоги підліткам та молоді «Клініці, дружній до молоді» Дніпровського району звернулося 4705 осіб, серед яких 66,5% становили звернення з приводу захворювань. В структурі звернень з приводу захворювань вагому частку (76,5%) становили захворювання репродуктивної сфери. Друге місце посіли хвороби шкіри та підшкірної клітковини – 10,8%. Третє місце належало розладам психіки та поведінки – 10,4%, а частка інших причин склала 2,3%.

Серед осіб, які звернулися за допомогою захворювання репродуктивної сфери розподілилися наступним чином: 43,9% – хвороби сечостатевої системи, 21,4% – розлади менструального циклу, 20,8% – інфекції, що передаються статевим шляхом, 12,6% – запальні захворювання придатків матки, 1,3% – інші причини.

У 2018 р. співробітниками «Клініки, дружній до молоді» та співробітниками кафедри сімейної медицини та амбулаторно-поліклінічної допомоги проконсультовано 8606 осіб, у тому числі 3811 стосовно методів контрацепції, 3205 – з профілактики ВІЛ-інфекції та СНІДу, 122 – з приводу вагітності, 538 – з проблем загального психічного здоров'я, 797 – з проблем сексуальних відносин в підлітковому віці та 133 консультації з інших питань.

Задля проведення ефективної профілактичної роботи серед підлітків та молоді пропонується й в роботі лікаря загальної практики – сімейної медицини застосовувати рекламні плакати та буклети, проводити профілактичні бесіди, активно залучати досвід використання соціальних мереж.

ВПЛИВ МЕТАБОЛІЧНОЇ ТЕРАПІЇ НА ДИНАМІКУ КЛІНІЧНИХ ТА ЕЛЕКТРОКАРДІОГРАФІЧНИХ ОЗНАК В ПРОЦЕСІ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З ПЕРЕНЕСЕНИМ НЕ-Q ІНФАРКТОМ МІОКАРДА ТА ДЕКОМПЕНСОВАНОЮ СЕРЦЕВОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ

Вакалюк І.П., Левандовська Х.В., Налужна Т.В.

*ДВНЗ «Івано-Франківський національний
медичний університет»,*

кафедра внутрішньої медицини №2

та медсестринства

УДК: 615.22+616.12-073.432.19+616.127-005.8+616.12-008.315

Ключові слова: *не-Q інфаркт міокарда, декомпенсована серцева недостатність, янтарна кислота, препарати аргініну.*

Вступ.

Покращення ознак та якостей лікарських засобів, які використовуються у лікуванні хронічної серцевої недостатності (СН), практично не ведуть до зниження смертності та частоти регоспіталізації. Новим напрямком в лікуванні декомпенсованої СН являється цито- та мембранопротекція, в основі якої лежить застосування гемодинамічно нейтральних препаратів, які являються енергетичним субстратом та володіють властивостями утворення та зберігання макроергічних сполучень в кардіоміоцитах. До таких препаратів можна віднести янтарну кислоту та препарати аргініну, які володіють антиангіальною, протиішемічною, антигіпоксичною, ангіопротекторною діями.

Мета роботи.

Оцінити метаболічні та цитопротекторні властивості янтарної кислоти та препаратів аргініну під час відновного лікування хворих в ранньому та пізньому постінфарктному періоді, у складненому декомпенсованому СН.

Матеріали та методи.

Було обстежено 60 хворих з діагнозом не-Q інфаркт міокарда в яких зафіксована декомпенсована ХСН II А-Б стадії за класифікацією В. Х. Василенка та М. Д. Стражеска III-IV ФК (за NYHA). Хворі з діагнозом не-Q інфаркт міокарда (60 пацієнтів)

були сформовані у 4 групи в залежності від отриманих методів лікування: 1 група: 15 хворих, які отримували базову терапію, відповідно до протоколів МОЗ України, (лізиноприл 10 мг 1 раз на добу; бісопрололу фумарат 10 мг 1 раз на добу; еплеренон 50 мг 1 раз на добу; валсартан 40 мг 2 рази на добу; івабрадин 5 мг 2 рази на добу); 2 група: 15 хворих, які на фоні базової терапії отримували препарат янтарної кислоти за запропонованою схемою; 3 група: 15 хворих, які на фоні базової терапії отримували препарати аргініну за запропонованою схемою; 4 група: 15 хворих, які на фоні базової терапії отримували янтарну кислоту та препарати аргініну за запропонованою схемою. Всім хворим проведено детальне вивчення клінічного об'єктивного стану хворих, а саме показників діяльності та скоротливої здатності серця, результатів фізикального обстеження, симптомів серцевої астми, застійних явищ в легенях, ознак периферичних набряків. Стан коронарного кровообігу та ритму серця вивчався в ході електрокардіографічного обстеження в 12 стандартних відведеннях за допомогою приладу Cardiofax (Electrocardiograph, ECG8820G, Німеччина). Хворі спостерігались на 1 день після госпіталізації та протягом 1, 2 місяці після проведеного лікування амбулаторно. Статистична обробка отриманих результатів проводилась з допомогою комп'ютерної програми STATISTICA-7.

Результати.

В процесі лікування хворих з не-Q ІМ спостерігали зменшення клінічних проявів СН. Так, в усіх групах обстежених, як через 1 місяць, так і через 2 місяці лікування констатована позитивна динаміка та зменшення випадків ангінального больового синдрому, задишки, загальної слабкості. Ці ознаки через 2 місяці терапії спостерігались лише у третини хворих, які отримували стандартне лікування у 33,3%, 20% – хворих, що лікувались янтарною кислотою, у 26,7% – препаратами аргініну, і лише у 13,3% хворих, в лікуванні яких застосовували поєднання янтарної кислоти та препаратів аргініну на фоні стандартної терапії. При цьому з об'єктивних ознак констатовано зменшення відсотку хворих із ціанозом і набряком гомілок. Зменшились і ознаки респіраторного синдрому у вигляді ортопноє, наявності вологих хрипів та серцевої астми. Так, зокрема напади серцевої астми через 2 місяці лікування спостерігались у 40% хворих, які

отримували стандартну терапію, у 20% та 26,7% – при лікуванні янтарною кислотою та препаратами аргініну на основі стандартної терапії відповідно та у 6,7% хворих, де була застосована поєднана терапія досліджуваними засобами. Аналізуючи показники ЕКГ в динаміці хворих з не-Q ІМ, встановлено наступне. У більшості хворих на початку контрольованого лікування мали місце ознаки гіпертрофії лівого шлуночка (ЛШ) у поєднанні зі зниженою біоелектричною активністю. Так, у групі хворих стандартного лікування такі ознаки мали місце у 80,0% і 53,3% хворих, в групі лікованих янтарною кислотою – 40,0% та 33,3%, в групі лікованих препаратами аргініну – 76,7% і 40,0% хворих у пацієнтів 4 групи – у 33,3% та 26,7% відповідно. Застосовані схеми лікування в цілому, забезпечили зменшення відсотка осіб з наявними ЕКГ ознаками гіпертрофії ЛШ зниженою біоелектричною активністю міокарда.

Висновки.

Таким чином, після проведення лікування хворих з перенесеним не-Q ІМ спостерігали за зниженням клінічних проявів декомпенсованої СН, таких як ангінальний біль, задишка, загальна слабкість, периферичні набряки, ортопноє, застійні явища в легенях, серцева астма. Особливо хороші результати отримали у групах хворих, де поряд зі стандартною терапією пацієнти отримували янтарну кислоту та препарати аргініну. Аналогічна картина позитивної динаміки спостерігалась при вивченні біоелектричної активності серця та гіпертрофії ЛШ. Проведення комплексного відновного лікування хворих, що перенесли не-Q ІМ, ускладнений декомпенсованою СН, яке включає поєднання стандартної терапії та препаратів, які володіють протиішемічною, антигіпоксичною та цитопротекторною дією дозволяє забезпечити адекватне та ефективне лікування декомпенсованої СН.

КЛІНІЧНІ ТА ЕЛЕКТРОКАРДІОГРАФІЧНІ ПОКАЗИ ДО ІНВАЗИВНИХ МЕТОДІВ ЛІКУВАННЯ У ПАЦІЄНТІВ З ГОСТРИМ КОРОНАРНИМ СИНДРОМОМ БЕЗ ЕЛЕВАЦІЇ СЕГМЕНТА ST

Галькевич М.П.

*Львівський національний медичний університет
імені Данила Галицького*

Мета.

Встановити клінічні особливості і ЕКГ-ознаки у пацієнтів з гострим коронарним синдромом (ГКС) без елевації сегмента ST до інвазивних методів лікування (стентування коронарних артерій (КА) і аорто-коронарне шунтування (АКШ)).

Матеріали та методи.

Обстежено 87 пацієнтів з ГКС без елевації сегмента ST, середній вік $61,8 \pm 10,5$ років. Серед них було 60 чоловіків і 27 жінок. В усіх випадках було детально проаналізовано скарги, анамнез захворювання та життя, проведено об'єктивне клінічне обстеження, ЕКГ і коронарографію (КГ). При проведенні КГ клінічно значимим звуженням КА вважали їх стеноз понад 50%.

Результати.

Серед осіб з ГКС типовий больовий перебіг виявлено у 82,76% пацієнтів. Відповідно атипичний перебіг спостерігався у 17,24% випадків, що виявлялося відчуттям задишки, серцебиттям та слабкості. При аналізі ЕКГ у 34,48% випадках спостерігалась горизонтальна депресія сегмента ST на 1–2 мм, у 42,53% осіб – інверсія зубця T, у 17,24% пацієнтів – високі «коронарні» зубці T. У 5,75% випадків ішемічні зміни на ЕКГ не спостерігались. Згідно з результатами КГ у 34,48% випадків домінували багатосудинні ураження КА, у 22,98% осіб – двосудинні ураження, у 26,44% пацієнтів – односудинні ураження КА. У 16,1% випадках гемодинамічно значимих уражень КА не було (клінічні симптоми були зумовлені наявністю м'язових містків).

У 50,57% випадків було проведено первинне стентування КА. 9,2% пацієнтів було проведено АКШ. Інші 40,23% осіб отримували медикаментозне лікування (реваскуляризація не була проведена у зв'язку з анатомічними труднощами при стентуванні КА, відсутністю

гемодинамічно значимих стенозів, відмовою пацієнта). Через 6 місяців у пацієнтів, які відмовились від проведення реваскуляризації та отримували лише оптимальну медикаментозну терапію значно частіше виникали ангінозні болі, що було причиною їх повторних госпіталізацій у стаціонар. У двох осіб розвинувся гострий інфаркт міокарда з елевацією сегмента ST.

Висновки.

Усім пацієнтам з ГКС без елевації сегмента ST необхідно проводити КГ, незалежно від клінічного перебігу та вираженості больового синдрому. Зміни на ЕКГ (горизонтальна депресія сегмента ST на 1–2 мм, інверсія зубця T, високі «коронарні» зубці T) у поєднанні з клінічною картиною свідчать про наявність гемодинамічно значимих змін КА, що вимагає проведення реваскуляризації (стентування КА чи АКШ).

ОРГАНІЗАЦІЙНІ ПІДХОДИ ДО НАДАННЯ ПЕРВИННОЇ МЕДИКО-САНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ В ОБ'ЄДНАНІЙ ТЕРИТОРІАЛЬНІЙ ГРОМАДІ

**Глушко Л.В., Гавриш Т.Ю., Симчич Х.С., Рудник В.Т.,
Скрипник Л.М., Матковська Н.Р., Нищук-Олійник Н.Б.**
*Кафедра терапії та сімейної медицини ПО,
Івано-Франківський національний медичний університет*

Ключові слова: *первинна медична допомога, об'єднана територіальна громада*

Вступ.

У результаті медичних реформ, які впроваджувалися в останні 30 років у всьому світі, сімейна медицина лягла в основу системи охорони здоров'я Північної Америки та країн Євросоюзу. Сьогодні за кордоном на рівні сімейної медицини вирішується близько 80–90% усіх випадків звернень до лікаря, а у Канаді рівне кількісне співвідношення між сімейними лікарями та вузькими спеціалістами. Канада, Франція, Італія зайняли лідируючі місця у рейтингу Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) в охороні здоров'я в світі. У зв'язку з проведенням медичної та

адміністративної реформ в Україні, відбувається реорганізація структур охорони здоров'я, внаслідок цього функціонування Центрів первинної медико-санітарної допомоги в умовах об'єднаної територіальної громади є доволі дискусійним питанням.

Мета.

Висвітлення позитивних змін, які відбулись у зв'язку з створення центру первинної медико-санітарної допомоги, який об'єднав у собі всі медичні установи новоствореної об'єднаної територіальної громади і в перспективі полегшить приєднання нових медичних установ при розширенні меж об'єднаної територіальної громади.

Результати.

У світлі проведення медичної та адміністративної реформи Ямницька ОТГ та діяльність Центру первинної медико-санітарної допомоги в її структурі демонструють позитивні зміни. В липні 2017 року створено Ямницьку ОТГ шляхом добровільного об'єднання 4 сіл: Ямниця, Тязів, Сілець, Павлівка. Комунальне некомерційне підприємство «Центр первинної медико-санітарної допомоги» (ЦПМСД) Ямницької сільської ради об'єднаної територіальної громади, створене відповідно до рішення Ямницької сільської ради об'єднаної територіальної громади від 28 лютого 2018 року.

Центр у своїй діяльності керується Конституцією України, законами України, указами Президента України та постановами Верховної Ради України, актами Кабінету Міністрів України, наказами Міністерства охорони здоров'я України, іншими актами законодавства України, рішеннями Засновника та власним Статутом. До структури ЦПМСД увійшли: Ямницька клінічна ЛА ЗПСМ, фельдшерсько-акушерський пункт (ФАП) с. Тязів, ФАП с. Сілець, Павлівська клінічна ЛА ЗПСМ. Ліцензію отримано на провадження господарської діяльності з медичної практики за спеціальністю: організація і управління охороною здоров'я, загальна практика – сімейна медицина, кардіологія, неврологія, ортопедія і травматологія, акушерство і гінекологія, ультразвукова діагностика, стоматологія, а за спеціальністю молодшого спеціаліста з медичною освітою: сестринська справа, акушерська справа, лікувальна справа, лабораторна справа (клініка).

Ключовим кроком в подальшому втіленні реформи підписання договору з Національною службою здоров'я України. Перше фінансування від НЗСУ установа отримала в жовтні 2018 р. До моменту підписання договору з Національною службою здоров'я України було проведено комп'ютеризацію Установ, в кожній установі проведено широкосмуговий інтернет, придбано швидкі тести для діагностики СНІДу, гепатиту В, гепатиту С, тести для виявлення простатспецифічного антигену, експрес тести для виявлення маркерів пошкодження міокарду, тести для виявлення трансферину в калі, тести на вагітність. Було придбано два урологічні аналізатори. Кампанія з підписання декларацій сімейними лікарями з пацієнтами активно проходила у всіх структурних підрозділах КНП. За жовтень установа отримала 313663,50 грн., за листопад 319172.00 грн., за грудень – 325025,00, що в сумі складає 957860,50 за четвертий квартал 2018 року. Сума, одержана від НЗСУ вдвічі перевищує суму медичної субвенції за третій квартал 2018. Отримані кошти дадуть змогу дооснастити медичні установи згідно табеля оснащення (наказ №148). Мета діяльності Центру полягає у досягненні максимально можливого рівня здоров'я для всіх жителів Ямницької ОТГ, у тому числі внутрішньо переміщених осіб, незалежно від їх віку, статі, соціального статусу, зміцнення і охорони здоров'я мешканців протягом усього їх життя.

Метою розвитку первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини на 2019–2021 роки є забезпечення зниження рівня захворюваності, інвалідності та смертності населення шляхом формування і налагодження ефективного функціонування системи надання населенню доступної і високоякісної первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини.

Висновки.

Отже, можемо вважати, що проведена реорганізація позитивно впливає на загальний показник здоров'я населення регіону, а також покращення умов праці медичних працівників (розмір середньої заробітної плати лікарів складає 11014 грн., середнього персоналу 7694 грн., молодшого персоналу 5176 грн), оптимізації (скорочення) кадрів і медичних установ не відбулося, порівняно з вторинною ланкою надання допомоги.

ШКІРНІ ПРОЯВИ СОМАТИЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ У ПРАКТИЦІ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ

Євтушенко Є.В.

*Національна академія післядипломної освіти
імені П.Л. Шупика*

Приємом сімейного лікаря завжди починається з огляду хворого. Перше, чому приділяється увага – це загальний вигляд пацієнта та стан шкіри. Пацієнти звертаються зі скаргами на ураження шкіри якнайраніше після виникнення симптомів, адже це їм додає, зазвичай, естетичного дискомфорту. Це дає лікарю змогу своєчасно встановити першочергову причину та взаємозв'язок з соматичним захворюванням, яке може ще протікати без видимих симптомів. Однією з систем організму, захворювання якої найчастіше проявляються на шкірі, є шлунково-кишкова патологія. Захворювання печінки та біліарного тракту можуть проявлятися пожовтінням та свербіжем шкіри та склер, гіперпігментацією, зміною форми нігтів та пальців кистей рук, порушенням з боку судин, а саме – появою на шкірі зірчастих ангіом, пальмарною еритемою та варикозним розширенням підшкірних вен тощо. При виразковій хворобі спостерігається вологість та похолодіння кінцівок внаслідок ваготонії. При хворобі Крона типовими є вузлувата еритема, гангренозна піодермія та афтозний стоматит.

Шкірні прояви захворювань серцево-судинної та дихальної систем зазвичай неспецифічні і проявляються змінами кольору (ціаноз, блідість, гіперемія) та вологості шкіри. Так, при гіпервентиляції шкіра має яскраво-рожеве забарвлення, при гіповентиляції – ціанотична, дихальна недостатність проявляється ціанозом та потовщенням кінцевих фаланг пальців кистей рук («барабанні палички») та зміною нігтьових пластин («годинникові скельця»). При пневмотораксі можливий розвиток підшкірної емфіземи. Ціаноз при вроджених вадах серця є однією з основних діагностичних ознак. У пацієнтів з дисліпідемією та атеросклерозом на шкірі виявляються ксантелазми та ксантоми.

Особливу увагу варто приділити ревматологічним захворюванням, при яких дерматологічні симптоми є провідними в

діагностиці. Системний червоний вовчак вже традиційно асоціюється з симптомом «метелика» – еритема на шкірі щік та спинки носа, може локалізуватись також на чолі, навколо очей та на шиї. Іншими проявами є фотосенсибілізація, алопеція, ураження слизової оболонки ротової порожнини, вогнищева атрофія шкіри та прояви васкулярних змін. Системна склеродермія проявляється щільним набряком, індурацією, атрофією та гіперпігментацією шкіри. Характерним є CREST-синдром (кальциноз, синдром Рейно, езофагальні порушення, склеродактилія, телеангіектазія). Для дерматоміозиту є типовими такі ураження шкіри, як периорбітальний набряк та еритема (симптом «окулярів»), телеангіектазії, еритема відкритих ділянок шкіри (симптоми «декольте», «шалі»).

Таким чином, кожен лікар, в першу чергу, сімейний, має пам'ятати про важливість ретельного огляду шкірних покривів, адже це дасть змогу запідозрити та вчасно виявити захворювання, які могли стати першопрчиною шкірних змін.

РАЦІОНАЛЬНЕ ЗАСТОСУВАННЯ ГЕПАТОПРОТЕКТОРІВ У ХВОРИХ З ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ

Заремба Є.Х., Смалюх О.В., Заремба-Федчишин О.В.

*Львівський національний медичний університет
імені Данила Галицького*

Попри досягнуті за останні десятиріччя успіхи в діагностиці та лікуванні ішемічної хвороби серця, саме серцево-судинні захворювання залишаються однією з найголовніших причин смертності населення всіх країн світу. В Україні вони посідають одне з перших місць в структурі смертності населення.

Хворі на серцево-судинні захворювання приймають чималу кількість лікарських засобів, що у свою чергу чинить певний негативний вплив печінку. З іншої сторони часто спостерігається поєднання ішемічної хвороби серця з неалкогольною хворобою печінки або іншими захворюваннями печінки.

Саме тому для підвищення ефективності та безпечності лікування хворих з ішемічною хворобою серця розглянута

можливість додаткового призначення гепатопротекторів, а саме гепаризину.

Гліциризин – глікозид, що складається з одної молекули 18-βгліциретової кислоти та двох молекул глюконової кислоти. За своєю хімічною структурою схожий до молекули кортизолу. Гліциризин володіє вираженими протизапальними й протиалергічними властивостями, має гепатопротекторну, антифібротичну, антиоксидантну, протиапоптичну, антиканцерогенну, протівірусну та імунорегулятивну дію [Харченко Н.В., 2017; Зайцев И.А., 2018]. Слід зазначити, що гліциризин впливає на декілька основних патогенетичних механізмів розвитку і прогресування фіброзу, а саме: знижує активність зірчастих клітин, блокує TGF-β, інгібує активацію NF-κB, зменшує рівень ФНП, активує синтез колагеназ, сприяє зменшенню некрозапалення та гальмування канцерогенезу [Харченко Н.В., 2017; Степанов Ю.М., 2018]. У дослідженні проведеному Саї Х. встановлено, що у щурів з інфарктом міокарда після застосування гліциризину значно зменшувала розміри інфаркту та знижувала рівні креатинкінази, креатинкінази-МБ, лактатдегідрогенази та серцевого тропоніну Т. Крім того, лікування гліциризином суттєво пригнічувало окисний стрес, експресію білка iNOS і запальні реакції.

Висновок.

Додаткове призначення гепатопротекторів у хворих на ішемічну хворобу серця матиме позитивний вплив на функцію печінки, що є важливим у хворих з поєднаною патологією.

ПОЄДНАНЕ ЗАСТОСУВАННЯ АНТИГІПЕРТЕНЗИВНОЇ ТА МЕТАБОЛІЧНОЇ ТЕРАПІЇ У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ З ДИСПЛАЗІЄЮ СПОЛУЧНОЇ ТКАНИНИ

Заремба Є.Х., Рак Н.О., Прокося М.І.

*Львівський національний медичний університет
імені Данила Галицького,
кафедра сімейної медицини ФПДО*

Мета дослідження.

Покращити ефективність лікування хворих на АГ поєднаної з ДСТ з застосуванням комбінації раміприл/амлодипін та метаболічної терапії.

Матеріали та методи дослідження.

Проведено обстеження 84 хворих на АГ II – III стадії з проявами ДСТ, які перебували на стаціонарному лікуванні в кардіологічному відділенні комунального некомерційного підприємства Клінічної лікарні швидкої медичної допомоги м. Львова. Рандомізацію пацієнтів проводили в порядку поступлення хворих до стаціонару. Серед хворих було 57 (67,9%) чоловіків і 27 (32,1%) жінок, середній вік яких становив $47,5 \pm 9,4$ років.

Нами розроблена алгоритм застосування метаболічної терапії 2-етил-6-метил-3-гідрооксипіридину сукцинату («Мексикор» – Здрово, Україна) при комплексному лікуванні хворих на АГ поєднаною з ДСТ: 200 мг 2 рази на день в/м протягом 10 днів, потім наступні 30 днів амбулаторного лікування по 100 мг 3 рази на день, per os. В базисну терапію серед гіпотензивних препаратів входила комбінація раміприл/амлодипін («Хартил АМ» – EGIS, Угорщина) в дозах індивідуально підібраних: 5/5; 5/10; 10/5; 10/10 відповідно.

Відповідно до поставленої мети дослідження, пацієнти були розподілені на 3 групи: I група (основна) – 45 хворих на АГ поєднану з ДСТ, які, крім базисної терапії, отримували 2-етил-6-метил-3-гідрооксипіридину сукцинат згідно розробленої методики; II група (порівняння) – 39 хворих на АГ поєднану з ДСТ, які отримували базисну терапію відповідно до існуючих стандартів; III група – 20 практично здорові особи. Дослідження проводили тричі: 1-й раз – при поступленні хворого в стаціонар;

2-й раз – в день виписки зі стаціонару (на 10 день стаціонарного лікування); 3-й раз – через 30 днів після виписки хворого зі стаціонару.

Враховували скарги, анамнез захворювання та життя, дані об'єктивного дослідження, результати лабораторних (ліпідний обмін, система зсідання крові, маркер запалення СРП) та додаткових методів обстеження (ЕКГ, ехо-КГ, ДМАТ, УЗД внутрішніх органів та судин нижніх кінцівок, УЗ дуплексне обстеження сонних і хребтових артерій, рентгенологічне дослідження кістково-суглобової системи), консультації офтальмолога, невропатолога, травматолога, стоматолога. Виявлення випадків ДСТ проводили за методикою Кадуріної Т. М. (2010). Статистичну обробку результатів проводили з використанням програми Microsoft Office Excel 2007 та «Statistica 10.0». Достовірність результатів оцінювали за допомогою t-критерію Ст'юдента. Різницю показників вважали достовірною з $p < 0,05$.

Результати та їх обговорення.

При виявленні зовнішніх фенотипових ознак у хворих на АГ найчастішими проявами ДСТ були шкірні стрії, які становили в I-й групі – 81,8%, II-й – в 60%, гіпермобільність суглобів легкого ступеня спостерігали в I-й групі – 25%, II-й – в 20%. Патологію хребта у вигляді сколіозу легкого ступеня спостерігали в двох групах хворих. Іншими найбільш поширеними зовнішніми ознаками ДСТ були: плоскостопість, наявна в I-й групі у 81,8%, II-й – в 60% хворих. Зовнішній вигляд хворих на АГ доповнювали стигми дизембріогнезу, серед яких макродактилія першого пальця стопи в I-й групі – в 80% осіб, II-й в 60% хворих.

Серед внутрішніх ознак ДСТ в хворих на АГ найчастіше спостерігали аномальні хорди в шлуночках серця, які в I-й групі хворих становили – 45,5%, II-й – 40% осіб, що вказує про неповноцінність сполучної тканини серця. Патологія очей у вигляді ангіопатії сітківки зустрічалася в I-й групі – в 90%, II-й – в 60%. Аномалії жовчного міхура (перегини, перетинки) в I-й групі діагностовано у 60% хворих, II-й – 18,2%. Вроджену мальформацію судин головного мозку спостерігали в I-й та II-й групах – в 60% хворих.

Результати дослідження показали, що комбінації раміприл/амлодипін з 2-етил-6-метил-3-гідроксипіридину сукинатом надавали більш гіпотензивної дії, ніж сама монотерапія з

раміприл/амлодипіном. До 10 діб лікування в основній групі середньодобове САТ і ДАТ знижувався на 15,6% і 17,5% відповідно, а до 30 діб – на 25,2% і 26,4%. У той час, як при монотерапії раміприл/амлодипін середньодобові значення САТ і ДАТ знижувалися в меншій мірі: до 12–14 діб – на 9,2% і 5,2% відповідно, до 30 діб – на 16,6% і 11,3% ($p < 0,05$). Застосування комбінації 2-етил-6-метил-3-гідрооксипіридину сукцината з раміприл/амлодипіном у пацієнтів з АГ поєднаною з ДСТ призводило до суттєвого прискорення нормалізації рівня АТ і його добового профілю, що свідчило про здатність 2-етил-6-метил-3-гідрооксипіридину сукцината покращувати ендотеліязалежну вазодилатацію та відновлювати функціональну активність ендотелію судин.

Після лікування рівень ЗХ в хворих, які приймали комплексну терапію знизився на 32,4% ($p < 0,05$), проти 11,3% ($p > 0,05$) у пацієнтів, які отримували лише базисну терапію. У I групі зниження ХС ЛПНЩ становило 46,53% ($p < 0,001$), у II групі – 17,6% ($p > 0,05$). Після лікування ХС ЛПВЩ підвищилися у I групі на 15,4% ($p < 0,05$), у II групі – на 9,2% ($p > 0,05$). ТГ зменшилися у групі хворих, які отримували 2-етил-6-метил-3-гідрооксипіридину сукцинат на 12,9% ($p < 0,05$), у групі порівняння – на 5,4% ($p > 0,05$). КА після додаткового застосування метаболічної терапії знизився в 2 рази ($p < 0,01$), після базисної терапії – на 22,7% ($p > 0,05$).

У хворих основної групи отримано достовірні результати, що полягали у підвищенні ПЧ на 10,5% ($14,78 \pm 1,42$ с; $p > 0,05$) в кінці курсу стаціонарного лікування та 15,2% ($15,17 \pm 1,72$ с; $p > 0,05$) через 30 днів спостереження. У групі хворих, які отримували базисне лікування, при виписці з стаціонару переважали гіперкоагуляційні процеси – 20,4% ($10,17 \pm 1,31$ с; $p > 0,05$), через 30 днів після стаціонарного лікування 28,2% ($11,91 \pm 1,69$ с; $p > 0,05$). У групі хворих, які отримували 2-етил-6-метил-3-гідрооксипіридину сукцинат ПІ знизився на 13,3% ($85,52 \pm 4,93$; $p > 0,05$) в кінці курсу стаціонарного лікування та на 15,5% ($82,39 \pm 5,13$; $p < 0,05$) через 30 днів спостереження. Після базисної терапії ПІ підвищився на 8,5% ($82,15 \pm 3,9$; $p > 0,05$) і на 1,01% ($90,73 \pm 4,33$; $p > 0,05$) відповідно. У групі хворих, які приймала 2-етил-6-метил-3-гідрооксипіридину сукцинат ЗФ знизився на 7,48% ($3,71 \pm 0,36$ г/л, $p > 0,05$) та на 37,91% ($2,49 \pm 0,67$ г/л, $p < 0,05$) у

порівнянні з показниками до лікування. У пацієнтів групи контролю позитивні зміни були менш виражені: на 10 день рівень ЗФ знизився на 8,83% ($3,82 \pm 0,42$ г/л, $p > 0,05$) та на 11,93% ($3,69 \pm 0,56$ г/л, $p > 0,05$) через 30 днів після стаціонарного лікування.

При аналізі рівня СРП встановлено, що в обох досліджуваних групах при поступленні в стаціонар відмічено підвищення на 29–30,2% ($6,45 \pm 0,83$, $p < 0,001$; $6,51 \pm 0,78$, $p < 0,001$). Після застосування 2-етил-6-метил-3-гідроксипіридину сукцинату рівень СРП мав виражену тенденцію до зниження. На 10 день стаціонарного лікування він зменшився на 42,8% ($3,69 \pm 0,68$, $p < 0,01$), а через 30 днів на 57,5% ($2,74 \pm 0,98$, $p < 0,01$) відповідно. При загальноприйнятому лікуванні хворих зниження СРП відбувалося менш інтенсивно й становило 11,5% ($5,76 \pm 0,66$, $p > 0,05$) при виписці та 50,4% ($3,23 \pm 0,89$, $p > 0,05$) на 30 день лікування.

Висновки.

Комплексна терапія з використанням раміприл/амлодипін (в індивідуально підібраній дозі) та 2-етил-6-метил-3-гідроксипіридину сукцинат успішно застосовується при лікуванні хворих на АГ поєднаною з ДСТ з метою покращення клінічного перебігу, зменшення частоти рецидивів гіпертонічних кризів, корекції показників ДМАТ, системи зсідання крові, ліпідного обміну, маркера запалення СРП.

ПОРУШЕННЯ СЕРЦЕВОГО РИТМУ У ЖІНОК ЗІ ЗЛОЯКІСНИМИ ПУХЛИНАМИ МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ ПРИ ХІМІОТЕРАПІЇ

Заремба Є.Х., Федечко М.Й., Кобецька Л.М.
*Львівський національний медичний університет
імені Данила Галицького*

Вступ.

У хворих, які проходять хіміотерапевтичне лікування може виникати широкий спектр порушень серцевого ритму і провідності (екстрасистолії, фібриляція передсердь, пароксизмальні тахікардії, атріовентрикулярні блокади). Це пов'язано як з безпосередній впливом неопластичних процесів, такими факторами ризику як

артеріальна гіпертензія та ішемічна хвороба серця, так і з токсичними ефектами хіміотерапевтичних препаратів. Часто причиною виникнення аритмій є електролітні порушення, зумовлені блювотою.

Матеріали та методи.

Обстежено 36 жінок, середній вік $50 \pm 3,2$ року, зі злоякісними пухлинами молочної залози, які проходили хіміотерапевтичне лікування з приводу злоякісних пухлин молочної залози за схемою епірубіцин, циклофосфамід, 5-фторурацил.

Всім пацієнткам проводився моніторинг ЕКГ перед початком лікування і після кожного курсу хіміотерапії.

Результати.

До початку хіміотерапії порушень серцевого ритму не відмічали. Після останнього курсу хіміотерапевтичного лікування у 15 жінок (41,7%) виявлено порушення серцевого ритму та провідності. При аналізі ЕКГ у 4 (11,1%) пацієнток відмічали постійну форму фібриляції передсердь, у 2 (5,6%) атріовентрикулярну блокаду I ступеня. Найчастіше зустрічалася шлуночкова екстрасистолія – 6 випадків (16,6%). У 3-х пацієнток (8,3%) спостерігалися пароксизми надшлуночкової тахікардії, які декілька разів виникали під час лікування.

Висновки.

Порушення серцевого ритму та провідності – одне з найчастіших кардіологічних ускладнень хіміотерапевтичного лікування, тому такі пацієнти потребують постійного нагляду кардіолога.

ВПЛИВ ПРОФЕСІЙНИХ ШКІДЛИВОСТЕЙ НА УЛЬТРАСТРУКТУРНІ ЗМІНИ ТРОМБОЦИТІВ У ПАЦІЄНТІВ З ГОСТРИМ КОРОНАРНИМ СИНДРОМОМ

**Кияк Ю.Г., Лабінська О.С.,
Галькевич М.П.**

Вступ.

У пацієнтів з ішемічною хворобою серця (ІХС) і такими факторами ризику – як професійні шкідливості (ПШ) частіше спостерігається атиповий і важчий перебіг ГКС. Значний пошкоджуючий вплив на міокард і клітини крові, (зокрема

тромбоцити (Тр), мають такі ПШ як пайка, зварювання та гальваніка, робота з лаками, фарбами, кислотами і лугами, отрутохімікатами, органічними пластмасами, а також пилове забруднення повітря. Вплив ПШ на морфологічний стан і функціональну здатність Тр заслуговує цілеспрямованих досліджень.

Мета.

З'ясувати вплив ПШ на ультраструктурні зміни Тр і їх морфофункціональні властивості.

Матеріали та методи.

Обстежено 35 пацієнтів із ГКС, які перебували на стаціонарному лікуванні у кардіологічному відділенні для пацієнтів на інфаркт міокарда КНП «Клінічна лікарня швидкої медичної допомоги м. Львова», в анамнезі яких виявлено працю за наявності ПШ (основна група). Середній вік пацієнтів становив $56 \pm 5,6$ років. Контрольну групу становили 10 практично здорових осіб подібного віку і статі. Функціональний стан і ультраструктуру Тр вивчали за допомогою трансмісійного електронного мікроскопа (ПЕМ100-01).

Результати.

При детальному аналізі варіанти ПШ у пацієнтів основної групи було виявлено, що 12 осіб (34,28%) мали контакт з важкими металами при пайці, зварюванні, токарстві та гальванізації; 7 осіб (20%) контактували з леткими хімічними речовинами, 5 пацієнтів (14,28%) – з кислотами та лугами, а ще 6 пацієнтів (17,14%) – з отрутохімікатами; 4 пацієнти (11,42%) відмічали пилове забруднення повітря робочої зони, а 1 пацієнт (2,86%) – радіоактивний вплив, а 8 осіб (22,86%) було поєднання різних шкідливих факторів у робочій зоні.

У пацієнтів контрольної групи більшість Тр не були активовані, за відсутності псевдоподій і з рівномірним розподілом тромбоцитарних гранул у центральній частині, з добре збереженими функціональними властивостями. В основній групі спостерігався значний поліморфізм Тр: 80% з них мали псевдоподії і контактували між собою, були осміофільні та вакуолізовані з мікроклазматозом деяких псевдоподій, що свідчило про їх кальцифікацію, а також апоптоз. Усі ці ультраструктурні зміни Тр були зумовлені, очевидно, токсичним

впливом ксенобіотиків, які призводили до їх зниженої функціональної здатності, але підвищеної осміофілії, адгезивності та схильності до апоптозу.

Висновки.

Ми вперше з'ясували, що у пацієнтів під впливом ПШ виникає деструкція Тр, підвищення їх адгезивних властивостей, вакуолізація цитоплазми і тенденція до апоптозу. На нашу думку, ці зміни можуть бути причиною резистентності Тр до аспірину та інших антитромбоцитарних препаратів, а відтак підвищеного ризику прогресування серцево-судинних ускладнень, включно з тромбозом стента у пацієнтів після інвазивних методів лікування.

ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОЇ ДІАГНОСТИКИ ПОЧАТКОВИХ ПРОЯВІВ НЕДОСТАТНОСТІ ЦЕРЕБРАЛЬНОГО КРОВОПОСТАЧАННЯ В ОСІБ МОЛОДОГО ВІКУ

Коваленко О.Є., Гавришук Б.Г.

*НМАПО імені П.Л. Шупика, ДНУ «НПЦ ПКМ» ДУС,
МКЛ №15 Подільського району м.Києва*

Цереброваскулярна патологія є однією із найбільш актуальних проблем у всьому світі у зв'язку з високою смертністю (друге місце після серцево-судинних захворювань), інвалідизацією, втратою працездатності, розвитком деменції і високим ризиком розвитку повторного епізоду порушення мозкового кровообігу. За останні 10 років поширеність цереброваскулярних захворювань в Україні суттєво збільшилась, особливо хронічних форм недостатності мозкового кровообігу. Приблизно до 96% у структурі цереброваскулярних захворювань у нашій країні належать хронічним порушенням мозкового кровообігу – дисциркуляторним енцефалопатіям. Частота виникнення гострих порушень мозкового кровообігу прямо корелює із тривалістю і важкістю перебігу хронічної цереброваскулярної патології й щільно пов'язана з виникненням когнітивного дефіциту, впритул до деменції (Мищенко Т.С., 2018; Зозуля І.С., 2017; та ін.).

Враховуючи розширені компетенції сімейного лікаря, на відміну від дільничного терапевта, щодо проведення

неврологічного огляду та раннього виявлення патологічних відхилень в неврологічному статусі, особливої актуальності проблема набуває саме при першому зверненні пацієнта.

Одними із більш поширених симптомів хворих в практиці кожного сімейного лікаря є пацієнти з поліморфними скаргами: загальна слабкість, головокружіння, головний біль, зниження емоційного фону, тривожність, погіршення пам'яті, зниження, як наслідок, працездатності.

При огляді пацієнта та зборі скарг лікар може зіткнутися з проблемою утруднення систематизації останніх, виокремлення синдромів та вибору алгоритму обстеження пацієнта в подальшому. Слід звернути увагу, що цей не зовсім специфічний перелік скарг може відповідати раннім проявам недостатності мозкового кровообігу.

Важливим є побудувати вірний алгоритм розпитування пацієнта з деталізацією скарг:

- при скаргах на головний біль варто дізнатися його локалізацію, інтенсивність, тривалість, характер болю, наявність супутніх симптомів (погіршення зору, наявність «зірочок», відчуття нудоти, блювання тощо), взаємозв'язок із періодом доби, а також дії та заходи, що поліпшують або погіршують самопочуття;

- при скаргах на головокружіння та загальну хиткість необхідно з'ясувати, які умови зумовлюють чи збільшують головокружіння, наскільки виражена інтенсивність, тривалість та час появи, чи супроводжується головокружіння нудотою. Особливу увагу варто приділити взаємозв'язку рухів шиї та появою скарг. Необхідно з'ясувати наявність супутнього болю в ділянці шиї.

- при оцінці пам'яті варто дізнатися який тип пам'яті змінився: коротко-, довгострокова, оперативна. Найчастіше вражається оперативна та довгострокова пам'ять.

Тривожність та емоційний фон нерідко виникають поряд із вищезазначеними скаргами. З метою адекватної оцінки варто використовувати діагностичні шкали: PHQ-7/9, GAD-7, HADS, тощо.

Зазвичай, спостерігається така неспецифічна скарга, як метеозалежність.

Клініко-неврологічний огляд дозволяє виявити розсіяну неврологічну симптоматику, вегетативні розлади.

Відомо, що для констатації попереднього діагнозу – хронічне порушення мозкового кровообігу (хронічна ішемія мозку) – хворий повинен мати загальне судинне захворювання. А якщо ще немає атеросклерозу, артеріальної гіпертензії? Для визначення ймовірних причин змін мозкового кровообігу хворому молодого віку поряд з клінічним обстеженням (дослідженням об'єму рухів у шиї, пальпацією м'яких тканин) рекомендовано проведення рентгенографії шийного відділу хребта з функціональними пробами, виявлення деформацій, кістково-травматичних змін, нестабільності шийних сегментів. Саме вони можуть викликати подразнення або компресію хребтових артерій, іритацію симпатичних вегетативних нервових сплетінь навколо них, тим самим викликаючи спазм судин, впливаючи на мозковий кровообіг. Додатково об'єктивізувати зміни стану кровотоку в судинах може ультразвукова доплерографія судин шиї та голови з функціональними пробами.

Клінічне та інструментальне підтвердження початкових проявів хронічної ішемії мозку спондилогенного походження обґрунтовує розробку лікарем індивідуальних профілактично-реабілітаційних програм із безпосереднім залученням до виконання самого пацієнта.

МЕТОДИ СКРИНІНГОВОЇ ДІАГНОСТИКИ ПОРУШЕНЬ РИТМУ СЕРЦЯ У ХВОРИХ НА ХОЗЛ В ПРАКТИЦІ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ

**Кривенко В.І., Федорова Е.П., Пахомова С.П.,
Непрядка І.В., Качан І.С.**

*Запорізький державний медичний університет,
кафедра сімейної медицини, терапії,
кардіології та неврології ФПО*

***Ключові слова:** хронічні обструктивні захворювання легень, холтеровське моніторування ЕКГ, порушення ритму.*

ХОЗЛ (хронічні обструктивні захворювання легень) є серйозною проблемою світового масштабу, причому її актуальність з року в рік не тільки залишається високою, але і

навіть зростає. Загострення ХОЗЛ – є другою (поряд з негоспітальною пневмонією) найчастішою нозологією з низки інфекцій нижніх дихальних шляхів в амбулаторних пацієнтів. На тривалість життя пацієнтів з ХОЗЛ впливають коморбідні стани, зокрема, розвиток ішемічної хвороби серця, артеріальної гіпертензії. Смертність від серцево-судинних захворювань у хворих на ХОЗЛ варіює, за різними джерелами, в межах 28,4–50% від загальної кількості смертельних випадків [1, 4]. У зазначеного контингенту хворих при летальному результаті удвічі частіше відзначали порушення ритму серця [1].

Мета.

Аналіз ефективності діагностики порушень серцевого ритму у хворих на хронічні обструктивні хвороби легень навантажувальними методами та амбулаторним холтеровським монітуванням ЕКГ в практиці сімейного лікаря.

Методи.

Досліджено 114 амбулаторних хворих на ХОЗЛ у фазі ремісії (44 жінки та 70 чоловіків). Діагноз був встановлений згідно з сучасними рекомендаціями [3]. Середній вік склав $46,4 \pm 1,53$ року. Тривалість ХОЗЛ становила $18,3 \pm 1,6$ року. У дослідження не включалися пацієнти із верифікованою ІХС. У 73 хворих стаж паління був $20,1 \pm 4,5$ років, 41 пацієнт ніколи не палили. ЕКГ реєстрували в вихідному стані та після фізичного навантаження (15 присідань в максимально допустимому для хворого темпі з затримкою дихання на видиху – патент України, А61В/00 № 2003065760). Холтеровське монітування проводили за допомогою комп'ютерної системи «Diascard II» амбулаторно.

Результати.

При записі стандартної ЕКГ після 5 хвилин відпочинку порушення ритму були зареєстровані лише у 13,9% (20) хворих. У структурі порушень ритму суправентрикулярні екстрасистоли становили 10,5% (12 осіб), пароксизмальна надшлуночкова тахікардія – 1,7% (2 пацієнтів), внутрішньопередсердна блокада І ст. – 5,2% (6 осіб).

Після проведення тесту з фізичним навантаженням кількість виявлених порушень ритму збільшилася на 29,1% і склала 62 особи. При цьому суправентрикулярні екстрасистоли становили 21,9% (25 осіб), пароксизмальна надшлуночкова тахікардія –

20,2% (23 пацієнти), внутрішньопередсердна блокада I ст. – 12,2% (14 осіб).

При холтерівському моніторингу ЕКГ аритмії були зафіксовані у 65,7% (75) хворих на ХОЗЛ. При цьому в 76% (57) випадків порушення ритму і провідності реєструвалася в нічний час. У структурі порушень ритму суправентрикулярні екстрасистоли становили 10,5% (25 осіб), пароксизмальна надшлуночкова тахікардія – 20,2% (23 пацієнтів), внутрішньопередсердна блокада I ст. – 12,2% (14 осіб), вентрикулярна екстрасистолія низьких градацій у 11,4% (13) хворих. При опитуванні пацієнтів скарг на порушення ритму та наявність екстрасистол не виявлено.

Висновки.

Отримані результати свідчать про наявність недіагностованих порушень ритму у хворих на ХОЗЛ, навіть при відсутності верифікованого діагнозу ІХС. Тому, для запобігання виникнення важких порушень ритму необхідно проводити не тільки рутинне дослідження ЕКГ, але й проби з навантаженням або холтерівське моніторування ЕКГ, особливо в осіб з факторами ризику виникнення ІХС. Ці методи дослідження можна використовувати сімейними лікарями в амбулаторних умовах без великих затрат як з боку пацієнта, так і лікаря.

Література

1. Акрамова Э.Г. Характеристика нарушенный ритма сердца у больных хронической обструктивной болезнью легких // Клиническая медицина. – 2013. – № 2, . – С. 41-44.
2. Діагностика та лікування хронічного обструктивного захворювання легень: актуальні питання // здоров'я України. – 2019. № . – С 37.
3. Pocket guide to COPD diagnosis, management, and prevention. A Guide for Health Care Professionals // 2017 REPORT.
4. Zulli R., Donati P., Nicosia F. et al. Increased QT dispersion: a negative prognostic finding in chronic obstructive pulmonary disease // Intern. Emerg. Med. – 2006. – № 4 (1). – 279-286.

ПРОБЛЕМИ ПІД ЧАС РЕФОРМУВАННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я, ПІДХОДИ ДО ЇХ ВИРІШЕННЯ

Кулаєць В.М., Кулаєць Н.М.

*ДВНЗ «Івано-Франківський національний
медичний університет»*

Ключові слова: реформа, фінансування, охорона здоров'я, населення.

Реформа системи охорони здоров'я має передбачати кардинальні якісні зміни всіх функцій системи охорони здоров'я – управління цією системою, забезпечення її відповідними ресурсами, фінансування та надання цією системою послуг. ВООЗ вважають основною функцією системи охорони здоров'я (ОЗ) у будь-якій державі світу функцію фінансування. Тому реформа системи фінансування ОЗ має стати головним пусковим механізмом для започаткування комплексних реформ у цій сфері та забезпечити створення в Україні сучасної, європейської медицини.

Можна виділити такі основні проблеми у фінансуванні системи охорони здоров'я, які потребують розв'язання.

Перша проблема – фінансова незахищеність пацієнтів.

Українці у порівнянні із своїми європейськими сусідами мають значно нижчі рівні доходів та соціальних стандартів, водночас є менш захищеними у випадку хвороби – вони мусять платити за утримання системи ОЗ з власної кишені значно більшу частку своїх доходів, ніж більш заможні жителі країн – членів ЄС.

Унікальність української системи охорони здоров'я, що відрізняє її від усіх інших країн сучасного світу, полягає в тому, що Конституція України формально передбачає гарантії забезпечення всіх громадян безоплатною медичною допомогою у державних та комунальних закладах охорони здоров'я.

Формальність цих політичних декларацій, їх економічна необґрунтованість призвели до цілковитої втрати прозорості системою ОЗ – попри встановлене Конституцією України необмежене право на безоплатну медичну допомогу громадян України. Сучасне лікування багатьох хвороб є дуже дорогим і для

бюджету окремої сім'ї його вартість зазвичай є значним фінансовим шоком. Саме з цієї причини, за визначенням ВООЗ, в основі тих систем ОЗ, які найкращим чином здатні задовольняти потреби населення, лежать здійснення попередньої оплати за ту медичну допомогу, потреба у якій виникне у разі погіршення здоров'я.

Єдиний ефективний шлях для забезпечення доступної та якісної медичної допомоги – це перехід до фінансування медицини за страховим принципом, який передбачає чіткі правила передоплати за конкретно одержану медичну допомогу. У сучасному світі існує два основних підходи до організації такої попередньої оплати – один з них передбачає використання з цією метою загальних податків, забезпечуючи тим самим безпосереднє страхування ризику хвороби державою, а другий базується на використанні схем соціального страхування. В Україні передоплата громадянами за медичне обслуговування здійснюється у вигляді сплати загальних податків до державного бюджету.

Разом з тим в Україні кошти, які збираються через загальні податки та акумулюються в державному бюджеті, витрачаються не на закупівлю послуг для кожного страхового випадку, а на підтримку існування наявної мережі закладів охорони здоров'я незалежно від кількості та якості фактично наданих ними пацієнтам послуг.

Друга проблема – низька якість та ефективність надання послуг.

Лише 23% українців відчують впевненість у вітчизняній системі охорони здоров'я та якості роботи її закладів (згідно з опитуваннями GallupWorld Poll). Решта вважають її роботу неякісною та неефективною. Низька якість та ненадійність системи медичного обслуговування підтверджуються об'єктивними показниками здоров'я населення.

Згідно з даними Держстату, середня тривалість життя при народженні в Україні становила 71,4 роки у 2013 році (76,2 – для жінок і 66,3 – для чоловіків), що є значно нижче від середньої тривалості життя у країнах – членах ЄС (80 і 73). Показники чоловічої смертності у віці 15 – 60 років в Україні є одними з найгірших у світі, і більшість смертей у цій віковій групі класифікуються як такі, яких можна було уникнути або

попередити шляхом належного лікування. З усіх смертей 79 відсотків трапляється через неінфекційні хвороби, з них близько 65 відсотків – через хвороби серцево-судинної системи, ще близько 8 відсотків – внаслідок онкологічних хвороб.

Значна зношеність основних фондів, відчутне відставання медичної інфраструктури та вітчизняної клінічної практики від вимог сучасних європейських та світових стандартів не дозволяють змістити акценти в бік активного та широкого використання нових, менш інвазивних і водночас більш ефективних медичних технологій, високотехнологічного обладнання та більш складних і динамічних знань та навичок медичних працівників, що мають базуватися на принципах доказової медицини. Від цього страждає якість надання послуг.

Так само фактична відсутність у країні належного сучасного адміністрування та менеджменту у сфері ОЗ стоїть на заваді запровадженню широко застосовуваних у світі нових вискоефективних моделей організації медичної допомоги, що мають базуватися на принципах доказового управління.

Необґрунтовано переобтяжена в кількісному плані мережа лікарень, значна частина якої представлена малопотужними, погано оснащеними закладами, є фактором, що становить загрозу як для якості надання медичної допомоги, так і для ефективності використання ресурсів.

Третя проблема – неефективне витрачання бюджетних коштів.

Неефективність витрачання коштів пов'язана передусім з їх витрачанням не за принципом «гроші ходять за пацієнтом», а за принципом «гроші ходять за інфраструктурою».

Українська система ОЗ побудована на основі моделі управління, відомої у світі як модель Семашка. Більшість закладів ОЗ є бюджетними установами, що перебувають у власності держави або територіальних громад. Кошториси цих закладів зазвичай затверджуються тими ж органами влади, до власності яких ці заклади належать.

Фінансування закладів ОЗ здійснюється за постатейним кошторисним принципом. Нормативи витрачання коштів, затверджені МОЗ, чітко визначають структуру фінансування окремих поліклінік та лікарень. Такий підхід має цілий ряд недоліків. По-перше, у керівництва закладів не залишається

управлінської гнучкості, щоб оптимізувати їх діяльність, скорочувати неефективні видатки. По-друге, відсутні стимули для будь-якого покращення роботи закладу, адже отримання фінансування жодним чином не залежить від результатів діяльності, гроші з бюджету закладу ОЗ – бюджетній установі надаються лише на підставі того, що ця установа існує, а заробітна платня її персоналу – за вихід на роботу та відпрацьований час.

Метою реформи фінансування системи ОЗ є створення та запровадження нової моделі фінансування, яка передбачає чіткі та прозорі гарантії держави щодо обсягу безоплатної медичної допомоги, кращий фінансовий захист громадян у випадку хвороби, ефективний та справедливий розподіл публічних коштів та скорочення неформальних платежів, створення стимулів до поліпшення якості надання медичної допомоги населенню державними і комунальними закладами охорони здоров'я.

Нова модель фінансування має базуватися на таких принципах: фінансовий захист; універсальність покриття та справедливість доступу до медичної допомоги; прозорість і підзвітність – недопустимість застосування корупційних схем, відкритість у використанні публічних коштів; ефективність – краща якість та доступність послуг для пацієнтів, кращі умови роботи та доходи для лікарів; вільний вибір – можливість для пацієнта отримати допомогу в тому закладі охорони здоров'я, який найкраще задовольняє його потреби;

Розв'язання визначених проблем та забезпечення всім громадянам доступу до гідного рівня медичного обслуговування передбачається здійснити шляхом переходу системи ОЗ України до фінансування на основі моделі державного солідарного медичного страхування громадян з використанням для цього коштів, акумульованих у державному бюджеті.

Основним завданням реформи є впровадження державного гарантованого пакета медичної допомоги, який повинен бути приведений у відповідність з економічними можливостями суспільства і держави, та бути фінансованим з урахуванням положень статті 95 Конституції України.

Визначення єдиного і прозорого підходу до тарифікації та співоплати за медичні послуги створить підґрунтя для активізації розвитку добровільного медичного страхування.

ПСИХОВЕГЕТАТИВНІ СИНДРОМИ В ПРАКТИЦІ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ

Малик Н.В.

Харківський національний медичний університет

Веgetо-судинна дистонія – мультифакторне, міждисциплінарне захворювання, яке асоціюється з порушенням нейрогуморальної та ендокринної регуляції тону су переважно серцево-судинної, респіраторної та травної систем організму.

Веgetативна дистонія – діагностична категорія, яка часто використовується лікарями загальної практики. Цей термін можна використовувати тільки при формулюванні синдромального діагнозу, на етапі уточнення категорії психопатологічного синдрому, пов'язаного з веgetативними порушеннями. При аналізі клінічних проявів веgetативної дистонії доцільно розділяти психопатологічні симптоми та пов'язані з ними веgetативні порушення.

Веgetативні порушення торкають практично всі функціональні системи організму: нервова система (несистемне запаморочення, відчуття дурноти, відчуття нестійкості, передсинкопальні стани, парестезії, м'язові посмикування); серцево-судинна система (тахікардія, неприємні відчуття у грудній клітині, кардіалгія, артеріальна гіпертонія або гіпотонія, синдром Рейно, хвилі жару та холоду); респіраторна система (відчуття задухи, утруднене дихання, «ком» у горлі, позіхання); гастроінтестинальна система (нудота, блювання, метеоризм, закріп, діарея, урчання, абдомінальний біль); терморегуляційна система (неінфекційний субфебрилітет, періодичні озноби, гіпергідроз); уrogenітальна система (зуд та біль в уrogenітальній ділянці, цисталгія, палакіурія).

Однак хворі часто висловлюють скарги, характерні для якоїсь однієї функціональної системи, виходячи з уявлення про значущість того чи іншого органа в організмі. Найбільш часто пацієнти описують серцево-судинні симптоми. Ретельне спілкування з пацієнтом може виявити полісистемні порушення, які є важливим діагностичним критерієм веgetативної дистонії.

При цьому для лікаря важливо оцінити не тільки симптом, який є для пацієнта на його думку головним, але і симптоми, які

супроводжують головну скаргу. Вегетативні симптоми можуть супроводжуватись порушенням сну, дратівливістю, відчуттям постійної втоми, порушенням уваги, зниженням апетиту, нейроендокринними розладами. Для вегетативної дистонії характерна динамічність вегетативних порушень за характером та інтенсивністю.

Психічні порушення облігатно супроводжують вегетативну дисфункцію. Однак тип психічного розладу та ступінь його вираженості у пацієнтів різний. Психічні симптоми часто маскуються за яскравими проявами вегетативної дисфункції, тому ігноруються хворими та їх оточуючими. Вміння сімейного лікаря своєчасно побачити у пацієнта крім вегетативної дисфункції, психопатологічні симптоми є головним питанням у діагностиці. Частіш за все вегетативна дисфункція пов'язана з емоційно-афективними розладами: тривожно – депресивними порушеннями, фобіями, іпохондрією.

Тривожні розлади – група синдромів, що характеризується надмірним хвилюванням, вираженим страхом, внутрішньою напругою та соматичними симптомами при відсутності будь-якої реальної загрози. Тривожні порушення розповсюджені в загальномедичній практиці та погіршують якість життя пацієнтів. Для цих станів характерні як загальні тривожні симптоми, так і специфічні. До загальних симптомів, пов'язаних з підвищенням симпатичного тону, відносять тахікардію, пітливість, холодні вологі долоні, наявність «кома» у горлі, біль в животі, діарею, прискорене сечовипускання, запаморочення, ознобopodobний тремор, міалгії, сухість у роті.

Специфічні симптоми тривоги визначають конкретний тип тривожного розладу – генералізований тривожний розлад, реактивні форми тривожних розладів, фобії, obsesивно-компульсивний розлад, панічні атаки.

Епідеміологічні дослідження виявили високу розповсюдженість пацієнтів з м'якими (підпороговими) тривожними порушеннями в популяції, коли у пацієнта спостерігається одночасно декілька симптомів протягом 2 тижнів, що призводить до соціальної дезадаптації. Основним проявом захворювання є неспецифічні вегетативні синдроми.

З пацієнтами, які мають тривожно-депресивні розлади, стикаються лікарі різних спеціальностей, тому проблема тривожно-депресивних порушень виходить далеко за межі роботи психіатричної служби.

Нажаль, часто наявність у пацієнта окремих тривожних симптомів не розцінюється їм як патологічний стан, тому не є показом його звертання до лікаря. Насправді, при відсутності лікування тривожні симптоми можуть ускладнитись депресією та іншими психічними захворюваннями. До хронізації тривоги, як правило, призводять неадекватні та несвоєчасні лікувальні заходи. Проблема виявлення цих розладів не є прерогативою психіатрів, в більшості випадків пацієнти з ознаками тривожних порушень все ж таки звертаються за допомогою до лікаря загальної практики. У деяких випадках лікарі не ретельно розпитують пацієнта про його емоції або розцінюють скарги, як прояв соматичного захворювання. Між цим робити це необхідно, тому що консультація психіатра для уточнення діагнозу і вибору тактики лікування не завжди доступна, а головне, в більшості випадків пацієнти вимагаються запобігти такої консультації з-за боязні соціальних наслідків. Сімейний лікар повинен володіти практичними навичками виявлення (стандартні скринінгові опитувальники та шкали) і лікування цих станів. Це обумовлює високу актуальність діагностики і терапії тривожно-депресивних порушень саме в первинній медичній ланці. Окремі симптоми тривоги потребують консультації спеціалістів вузького профілю.

Лікування тривожно-депресивних порушень повинно бути комплексним та вміщувати психотерапевтичні заходи (роз'яснювальну, сугестивну, сімейну психотерапію) та лікарські препарати (транквілізатори, антидепресанти, нейролептики). За даними світової практики в США, Канаді, Європі 80% антидепресантів призначається соматичними лікарями. У 21% пацієнтів в загальносоматичній практиці тривожно-депресивні симптоми складають клінічну основу скарг. При цьому лише 1,2% хворих вказують на погіршення емоційного стану, як причину звернення до лікаря. Лікувальна тактика базується в залежності від типу домінуючого розладу психопатологічної складової синдрому. Оскільки частіш за все вегетативна дисфункція асоціюється з тривожними розладами, перевагу віддають препаратам з анксиолітичним ефектом, який залежить від ступеня вираженості рівня тривоги та тривалості захворювання.

При розгорнутому тривожному розладі протягом тривалого часу використовували анксиолітики бензодіазепінового ряду (гідазепам),

але вони є ефективними препаратами короткочасної терапії. Суттєвий недолік цієї групи препаратів полягає у залежності та звиканні до них. При хронічній тривозі доцільно призначувати інші групи препаратів – небензодіазепінові анксиолітики (буспірон). Перспективними є антидепресанти, особливо блокатори зворотнього захвату серотоніну (СІЗЗС), які, на відміну від класичних трициклічних антидепресантів (амітриптилін), не викликають побічних дій (тахікардію, сухість у роті, ортостатичну гіпотензію, порушення ритму серця, нудоту). А саме, СІЗЗС (есциталопрам, сертралін) не посилюють вегетативну дисфункцію, тому їх доцільно призначати пацієнтам із супутньою соматичною патологією. Антидепресанти не викликають залежності, призначені для тривалого прийому. В останній час для корекції тривожних порушень надається перевага протиепілептичним препаратам (габапентин, прегабалін, леветирацетам та ін.), які надають високий ефект у відношенні редукції генералізованого тривожного розладу.

Таким чином, лікар загальної практики повинен вміти виявляти психовеgetативні синдроми, знати основні положення діагностики та лікування пацієнтів з тривожними станами. Активне виявлення перших ознак тривоги є залогом встановленого правильного діагнозу. А правильно призначене лікування забезпечить покращення перебігу основного захворювання та життєвого прогнозу в цілому.

УЧАСТЬ ГО «УКРАЇНСЬКА АСОЦІАЦІЯ СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ» В ЗАБЕЗПЕЧЕННІ БЕЗПЕРЕРВНОГО ПРОФЕСІЙНОГО РОЗВИТКУ ЧЛЕНІВ АСОЦІАЦІЇ З ПИТАНЬ ВАКЦИНАЦІЇ

Матюха Л.Ф., Бухановська Т.М.

*Національна медична академія післядипломної освіти
імені П.Л. Шупика*

Вакцинопрофілактика визнана одним із найбільш дієвих і ефективних заходів у галузі охорони здоров'я з усіх існуючих нині та є важливим інструментом забезпечення епідеміологічного благополуччя населення. Епідеміологічна безпека країни – це

пріоритет кожного уряду в будь-якій країні. Суттєвим є той факт, що вакцин-контрольовані інфекції можуть поширюватися з блискавичною швидкістю і бути причиною мільйонів випадків смертей та інвалідації.

Нині в світі існують щеплення від 30 захворювань, які можна попередити завдяки імунізації. Щороку імунізація в змозі врятувати до 3 мільйонів життів, у тому числі до 1,5 мільйону дітей. Разом з тим, за оцінками ВООЗ, у світі налічується близько 19,5 мільйонів дітей молодшого грудного віку, які все ще не отримують основних вакцин і підлягають серйозному ризику виникнення потенційно смертельних захворювань.

Загальновідомо, що контроль над вакцинованими інфекціями та попередження розвитку епідемій в країні можна забезпечити лише при збільшенні рівня охоплення вакцинацією населення й доведення її до максимального рівня – не менше 95%. Проте, на сьогоднішній день, охоплення вакцинацією в Україні залишається досить далеким від необхідного рівня. Причинами виникнення такої ситуації, на наш погляд, є: низький рівень знань медичних працівників щодо особливостей дитячого організму та функціонування імунної системи, невпевненість в ефективності та безпеці вакцин, неповне уявлення про ризик виникнення ускладнень інфекційного захворювання, недосконале знання щодо ефективних методів профілактики та наявність інших міфів щодо вакцинації та її впливу на організм.

Враховуючи низький рівень охоплення населення вакцинацією щодо керованих інфекційних захворювань, стан реформування первинної ланки системи охорони здоров'я України та той факт, що проведення щеплень входить до кваліфікаційної характеристики лікаря загальної практики-сімейного лікаря ГО «Українська Асоціація сімейної медицини» в 2018 р. започаткувала проведення пілотного проекту «Вакцинація в практиці сімейного лікаря». Мета проведення даного проекту полягала в удосконаленні знань, умінь та навичок лікарів загальної практики – сімейних лікарів та медичних сестер первинної ланки з питань імунізації дорослих та дітей.

Цей проект реалізовувався в рамках системи безперервного професійного розвитку працівників сфери охорони здоров'я та включав сімейних лікарів та середній медичний персонал (медичні

сестри та фельдшери ФАП) з 3-х регіонів: мм. Обухів, Бровари, Біла Церква з відповідними районами. Загалом даним проектом протягом 2018 р. охоплено 46 лікарів загальної практики – сімейних лікарів, 3 лікаря-педіатра, 1 лікаря-терапевта, 52 медичних сестри, які працюють в закладах первинної медико-санітарної допомоги та 4 фельдшери ФАП.

Програма проекту складалася з ознайомлення нормативно-правової бази, що регламентує заходи з імунопрофілактики, із чинним національним календарем щеплень, міфами та фактами щодо вакцинації, особливостями вакцинації дорослих, вагітних, вакцинації рекомендованими вакцинами тощо. Учасники проекту відпрацьовували практичні навички щодо складання індивідуального календаря вакцинації, надання невідкладної допомоги при анафілактичному шоці, консультиванню батьків до та після проведення щеплення та ін.

Система навчання проводилася у вигляді 4-х семінарів-тренінгів, які відбувалися в позаробочий час. Наприкінці всі учасники, які успішно пройшли навчання, отримали відповідні сертифікати ГО «Українська Асоціація сімейної медицини» та мають намір застосовувати отриманні знання у своїй подальшій медичній практиці.

КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК АНОМАЛІЇ ДЕНДІ–УОКЕРА В ПРАКТИЦІ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ

**Матюха Л.Ф., Коваленко О.Є., Титова Т.А.,
Гримашевич М.В., Котик О.В., Сельська М.Р., Тимченко М.Ю.**

*Національна медична академія післядипломної освіти
імені П.Л. Шупика*

*Кафедра сімейної медицини
та амбулаторно-поліклінічної допомоги*

Актуальність.

Вади розвитку нервової системи сумарно займають друге місце в структурі аномалій розвитку після вродженої патології серцево-судинної системи, причому близько 80% цих захворювань представлені гідроцефалією різного генезу. Крім того, вроджені аномалії розвитку протягом багатьох років перебувають на першому

місці в структурі дитячої смертності. Серед живонароджених дітей частота народження синдрому Денді – Уокера відносно невисока – 1 випадок на 25 000–35 000, однак серед дітей з вродженою гідроцефалією синдром Денді – Уокера діагностується значно частіше – від 3,5 до 12% випадків і відноситься до вад розвитку задньої черепної ямки. Етіологія невідома. синдром може бути проявом генетичних захворювань, таких як синдроми Меккеля (аутосомно-рецесивний шлях: мікроцефалія, полідактилія, полікістоз нирок, очні аномалії – мікрофтальмія, гіпоплазія зорового нерва, вроджена вада серця, крипторхізм, потилична спинно-мозкова кила), Меккеля – Грубера, Варбурга, Тернера, різні хромосомні аберації. Припускають вплив на розвиток цієї патології таких факторів, як вірусна інфекція (CMV, краснуха), алкоголь, діабет вагітної.

В класичній формі синдром включає в себе наступні прояви: 1) гідроцефалію різного ступеня; 2) кисту задньої черепної ямки, яка включає розширений IV шлуночок; 3) агенезію розвитку хробака моочка і гіпоплазію його півкуль.

Прогноз для життя і здоров'я при синдромі Денді – Уокера залежить від наявності поєднаних аномалій розвитку, хромосомних аномалій та терміну діагностики. За даними літератури, показники постнатальної захворюваності і смертності вище в тих випадках, коли синдром діагностований у пренатальному періоді, а не у новонародженого.

Наводимо власне спостереження пацієнта з синдромом Денді – Уокера.

Мета.

Розширити інформацію серед сімейних лікарів про орфанні захворювання шляхом демонстрації клінічного випадку з нашої практики.

Обговорення.

Пацієнтка Т., 1995 р.н., звернулась на консультацію в неврологічне відділення Клінічної лікарні №15 Подільського району міста Києва. Скаржилась на періодичний сильний головний біль, який з'являвся частіше в кінці робочого дня, періодичне головокружіння, шум у вухах, нудоту, зниження зору (розпливались предмети). Скарги з'явилися пів року тому.

З анамнезу відомо, що народилася в результаті ускладнених пологів, було накладання акушерських щипців для

родорозрішення. Новонародженій було поставлено діагноз енцефалопатія, призначено лікування, а в однорічному віці було поставлено діагноз ДЦП, також призначено лікування (зі слів хворої). Але психо-фізичний розвиток відповідав віку. Пацієнтка гарно вчилася в школі та закінчила ВНЗ.

Дані неврологічного огляду: емоційно лабільна, очні щілини симетричні, реакція зіниць на світло жвава, конвергенція ослаблена S=D, рух очних яблук в нормі, середньорозмашистий горизонтальний ністагм. Обличчя симетричне, мова без особливостей. Періостальні та сухожилкові рефлексії S=D. Патологічні рефлексії: Бабінського, Штрюмпеля, Россолімо не визначаються. Координаторні проби з інтенцією, в позі Ромберга – похитування. Пальценосова проба без особливостей. Менінгеальні знаки відсутні.

Попередньо був поставлений діагноз мігрень з ауурою. Призначено лікування (кофеїн, ібіпром, антимигрень) та направлена на до обстеження.

Була обстежена: МРТ (Відмічається зменшення в об'ємі нижніх відділів хробака мозочку, розширення великої цистерни мозку та нижніх відділів IV шлуночка, що відповідає варіанту аномалії Денді-Уокера; ознак вогнищевих, об'ємних змін головного мозку не виявлено.);

УЗД судин шиї (без особливостей);

Офтальмолог (зір D=S, 100%, дещо підвищений внутрішньо-черепний тиск).

У зв'язку з результатами досліджень виникла необхідність в проведенні прискіпливої диференційної діагностики та визначення подальшого прогнозу. З цією метою пацієнтці рекомендовано консультація медичного генетика (з метою підтвердження/відхилення генетично зумовленого захворювання) та проведення МРТ додатково й шийного відділу хребта (з метою визначення ступеня лікворо-динамічних змін на рівні хребтового каналу, що ймовірно ускладнюють церебральні ліквородинамічні порушення).

Висновок.

Хоча орфанна патологія зустрічається відносно рідко, проте сімейний лікар в своїй практиці повинен володіти достатньою кількістю інформації для її виявлення та разом з лікарями-спеціалістами (неврологом, генетиком та ін.) проводити

диференційну діагностику з іншими захворюваннями стосовно визначення особистого та сімейного прогнозу пацієнта.

ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНА РЕФЛЮКСНА ХВОРОБА У ПРАКТИЦІ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ

**Матюха Л.Ф., Титова Т.А., Матвієць Л.Г.,
Юрченко К.О., Сельська М.Р., Гримашевич М.В.**

НМАПО імені П.Л. Шупика

Кафедра сімейної медицини та АПД

Актуальність.

Всесвітньою організацією гастроентерологів гастроезофагеальну рефлюксну хворобу (ГЕРХ) визнано захворюванням XXI століття, на яке страждає від 20 до 50% населення різних країн світу. ГЕРХ є провідною причиною зниження якості життя, працездатності та розвитку ряду ускладнень. Достовірні дані щодо розповсюдженості ГЕРХ в Україні відсутні.

Мета.

Розробити відповідний алгоритм дій при обстеженні хворого з ГЕРХ, максимально змоделювати найбільш оптимальний план обстеження.

Результати.

Американська колегія гастроентерологів визначає ГЕРХ як «симптоми або ускладнення внаслідок рефлюксу шлункового вмісту у стравохід або далі, у ротову порожнину (включаючи гортань) або легені». Типовими симптомами є печія та регургітація кислого вмісту. ГЕРХ може виникнути з або без запалення стравоходу (езофагіт). Симптоми можуть бути наявними за відсутності ерозій під час ендоскопічного дослідження (неерозивна рефлюксна хвороба НЕРХ) або з наявністю ерозій (ЕРХ).

На думку Лаймена И. Билхари (1998), гастроезофагеальну рефлюксну хворобу можна розцінювати і як суто клінічний діагноз. Він базується на скаргах хворого і обов'язково повинен підтверджуватися результатами інструментальних досліджень.

З огляду на останні тенденції та протоколи можемо розглянути допоміжні методи діагностики:

– *Ендоскопія з біопсією слизової оболонки* є методом вибору при діагностиці, однак не являється необхідною для постановки діагнозу ГЕРХ. Проведення гастроскопії є показаним, якщо симптоми зберігаються впродовж тривалого часу (>5–10 років), рецидивують, наявні симптоми «червоних прапорців»;

– *РГ з контрастуванням (барієм)*: інформативність методу обмежена (не застосовується для діагностування ГЕРХ); може виявити анатомічні аномалії, які сприяють розвитку рефлюксу (напр. грижу стравохідного отвору діафрагми), або є ускладненнями ГЕРХ (звуження стравоходу);

– *Амбулаторний, 24-годинний езофаго-імпеданс-рН-моніторинг*: «золотий стандарт» діагностики; імпеданс-моніторинг дозволяє виявити рефлюкс та визначити його поширеність, у той час як вимірювання рН дозволяє визначити, чи епізоди рефлюксу мають кислий або некислий характер. Додатково оцінюють залежність симптоматики від епізодів низького рН;

– *Манометрія стравоходу*: застосовується з метою полегшення адекватного розміщення рН-зонду в стравоході, виключення порушень моторики стравоходу або для вибору різновиду хірургічного втручання. Також може виявити знижений тиск або пролонговані епізоди релаксації НСС.

Висновок.

Отже, діагноз ГЕРХ має ґрунтуватися на оцінці скарг хворого та тривалості анамнезу захворювання. Необхідним є наявність рефлюксу шлункового вмісту, який викликає симптоми, що турбують пацієнта та впливають на загальний стан, який необов'язково повинен підтверджуватися результатами інструментальних досліджень.

Література

1. Пелешук А.П., Передерій В.Г., Свінцицький А.С. (1995) Гастроентерологія. Здоров'я, Київ, 304 с.
2. Бордин Д.С. Методика проведения и клиническое значение импеданс-рН-мониторинга: метод. рекомендации / Д.С. Бордин, О.Б. Янова, Э.Р. Валитова. – М.: ИД «Медпрактика-М». – 2013. – С. 27.

3. Мелашенко С.Г. Дослідження гастроєзофагеального рефлюксу за допомогою багатогодинного МП-рН-М стравоходу та шлунка у хворих на функціональну шлункову диспепсію та НЕРХ / С.Г. Мелашенко, В.М. Чернобровий, О.І. Морозова // Гастроентерологія. – 2010. – Т. 44. – С. 329–333.

4. Трухманов А.С. рН-импедансометрія пищевода. Посібник для лікарів / А.С. Трухманов, В.О. Кайбышева; Під ред. акад. РАМН, проф. В.Т. Івашкіна. – М.: ІД «Медпрактика-М», 2013. – С. 32.

5. Пасечников В.Д., Ковалева Н.А. (1997) Возможности внутрипищеводной манометрии в диагностике рефлюкс-эзофагита. Рос. журн. гастроэнтерологии, гепатологии, коло-проктологии, 4: 33–36.

ВАРІАБЕЛЬНІСТЬ СЕРЦЕВОГО РИТМУ У ХВОРИХ ІЗ СЕРЦЕВОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ ПІСЛЯ ПЕРЕНЕСЕНОГО ІНФАРКТУ МІОКАРДА У ПРОЦЕСІ ВІДНОВНОГО ЛІКУВАННЯ

Мергель Т.В., Савчук Н.В., Юсипчук У.В.

*ДВНЗ «Івано-Франківський національний
медичний університет»*

***Ключові слова:** варіабельність, ремоделювання, реперфузія, серцева недостатність, інфаркт міокарда.*

Вступ.

Прогноз виживання пацієнтів із гострим інфарктом міокарда (ІМ) залежить від ремоделювання лівого шлуночка (ЛШ), яке призводить до виникнення серцевої недостатності (СН). Головною метою лікувальних заходів в перші години ІМ є відновлення прохідності інфарктзалежної вінцевої артерії [3]. Важливим показником оцінки терапевтичної ефективності досліджуваних препаратів є варіабельність серцевого ритму (ВСР) [1, 2]. Аналіз ВСР дає можливість оцінювати вплив фармакотерапії на діяльність вегетативної нервової системи (ВНС), а також є важливим для прогнозування перебігу захворювання.

Мета.

Оцінити вплив реперфузії міокарда шляхом аорто-коронарного шунтування (АКШ) на показники ВСР у хворих із СН та постінфарктним кардіосклерозом у процесі відновного лікування.

Матеріали та методи.

Обстежено 138 хворих із постінфарктним кардіосклерозом та СН. Застосовували традиційні клінічні методи: вивчення скарг, анамнезу хвороби та життя, загальноприйняте фізикальне обстеження, холтер- ЕКГ моніторування. Хворих рандомізовано на 2 групи залежно від отримуваного лікування в гострий період ІМ. До складу І групи (n=72) входили пацієнти з проведеною реперфузійною терапією ІМ шляхом стентування. 66 хворих на ІМ без проведеного стентування віднесено до ІІ групи.

Результати дослідження.

Практично всі часові показники, що характеризують загальну ВСР, у хворих із СН у порівнянні з практично здоровими були зниженими, однак значущих ($p < 0,001$) розбіжностей досяг найбільше показник загальної потужності ($2246,17 \pm 149,01$ мс² і $4120,6 \pm 194,34$ мс² відповідно). Показник SDNN у хворих із СН був зниженим та вірогідно зростав у всіх групах хворих через 6 місяців лікування ($p < 0,05$). Вивчаючи параметри ВСР із малою тривалістю циклів, які характеризують парасимпатичний відділ ВНС, ми проаналізували середні значення середньоквадратичного відхилення різниці послідовних інтервалів NN (rMSSD). Установлено, що показник rMSSD був вірогідно зниженим ($p < 0,05$) у хворих із СН без проведеного стентування, що вказує на ослаблення активності парасимпатичного відділу ВНС і зниження «захисту» серця від виникнення життєво небезпечних аритмій. Характеризуючи параметри спектрального аналізу ВРС, установлено, що показник LF, який відображає низькочастотну складову ВСР і характеризує симпатичний тонус, був вірогідно вищим у хворих із СН та перенесеним ІМ, ніж у практично здорових осіб ($p < 0,05$).

Висновки.

Доведено, що аналіз ВСР є важливим для прогнозування перебігу захворювання. Показники ВСР були вірогідно зниженим ($p < 0,05$) у хворих із СН без проведеного стентування в гострий період ІМ.

Література

1. Анализ variability сердечного ритма в клинической практике. Возрастные аспекты / О. В. Коркушко, А. В. Писарук, В. Б. Шатило [и др.]. – К.: Алкон, 2002. – 191 с. 12.

2. Баевский Р. М. Анализ variability сердечного ритма: история и философия, теория и практика / Р. М. Баевский // Клиническая информатика и телемедицина – 2016. – № 1. – С. 51–64.

3. Коберник Н.М. Роль порушень гемоваскулярного гемостазу в прогресуванні хронічної серцевої недостатності в осіб похилого віку, що перенесли інфаркт міокарда із зубцем Q / Н.М. Коберник // Український кардіологічний журнал. – 2017. – № 1. – С. 79-85.

КОГНІТИВНІ РОЗЛАДИ У ПАЦІЄНТІВ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ

Пелешко О.С.

*КП «Центральна міська лікарня
Червоноградської міської ради»*

Ключові слова: *артеріальна гіпертензія, нейропсихологічні тести, когнітивні порушення, деменція.*

Вступ.

Деменція є актуальною медичною та соціальною проблемою. У світі налічується близько 50 мільйонів людей з деменцією, щорічно реєструється близько 10 мільйонів нових випадків захворювання. Прогнозується, що загальне число хворих деменцією складе близько 82 мільйонів в 2030 році і зросте майже вдвічі до 2050 року. Появі деменції завжди передують когнітивні порушення (КП). Також відомо, що найважливішим фактором ризику КП є захворювання серцево-судинної системи, особливо артеріальна гіпертензія (АГ). Високий систолічний АТ в середині життя прямо корелює із ризиком когнітивного зниження у похилому віці.

Мета.

Вивчити поширеність когнітивних порушень у хворих на артеріальну гіпертензію II-III стадій, 2–3 ступенів.

Матеріали та методи.

На базі КП «Центральна міська лікарня Червоноградської міської ради» обстежено 59 пацієнтів (середній вік – $49,8 \pm 9,0$) з гіпертонічною хворобою (ГХ) II-III стадій (основна група). До другої контрольної групи увійшло 30 практично здорових осіб відповідного віку з нормальним рівнем АТ.

Усім пацієнтам проведено клініко-анамнестичне обстеження з вимірюванням артеріального тиску (АТ), лабораторні (рівень загального холестерину, холестерину ліпопротеїнів низької та високої густини, тригліцеридів, глюкози крові, креатиніну з розрахунком швидкості клубочкової фільтрації, електролітів крові) та інструментальні методи дослідження (добове моніторування АТ, електоркардіографію, ультразвукове обстеження серця).

Для об'єктивізації КП використовувались нейропсихологічні тестування: шкала оцінки когнітивних функцій лікарем загальної практики (GPCOG), коротка шкала дослідження психічного статусу (Mini-Mental State Examination – MMSE) Стійкість уваги та швидкість сенсомоторних реакцій оцінювали за допомогою таблиць Шульте.

Результати.

Тривалість захворювання ГХ становила в середньому $9,1 \pm 2,7$ років. Середній рівень систолічного АТ становив 166 ± 13 мм.рт.ст., діастолічного АТ – 97 ± 6 мм.рт.ст. Антигіпертензивну терапію постійно приймали 20,3% (12) хворих, епізодично – 62,7% (37), не приймали взагалі – 17,0% (10). Основними скаргами серед пацієнтів були: головні болі, запаморочення, шум у вухах та голові, поганий сон, порушення пам'яті та уваги, швидка втома при розумовій працездатності.

Аналіз результатів нейропсихологічних шкал показав достовірне погіршення когнітивного статусу у хворих на ГХ (GPCOG – $5,9 \pm 1,4$; MMSE – $26,6 \pm 1,8$; $p < 0,05$), тоді як у групі практично здорових осіб когнітивних розладів не зафіксовано в жодного з пацієнтів (GPCOG – $8,3 \pm 0,7$; MMSE – $28,9 \pm 1,0$). При цьому, у 2 хворих з основної групи (3,4%) за шкалою MMSE виявлено деменцію легкого ступеня (20–23 бали), помірні КП (24–26 балів) діагностовано у 21 хворого (35,6%), легкі КП (27–28 балів) – у 26 хворих (44,1%). Найбільші труднощі у таких пацієнтів виникали при виконанні розділів: «Увага та рахунок», «Здатність до обліку», «Пам'ять», «Рахунок», «Копіювання». Пацієнти з ГХ потребували достовірно більше часу на виконання завдань за таблицями Шульте. Їх середній показник тестування становив $52,3 \pm 10,7$ секунд, тоді як у групі практично здорових осіб час виконання завдання склав $33,4 \pm 4,2$ секунд. Хворі з ГХ пропускали цифри, скаржились на неможливість зосередитись, швидку втому.

Висновки.

Артеріальна гіпертензія є значущим самостійним фактором ризику розвитку нових випадків когнітивних порушень. Зокрема у пацієнтів з гіпертонічною хворобою II-III стадій за шкалою MMSE у 44,1 % випадків виявлено легкі когнітивні порушення, у 35,6% – помірні когнітивні розлади, а у 3,4% – деменцію легкого ступеня. Пацієнти середнього віку з діагностованою гіпертонічною хворобою повинні регулярно проходити тестування на стан когнітивних функцій, оскільки це може бути раннім предиктором деменції.

ЗАСТОСУВАННЯ КЕЙС-МЕТОДУ У ВИКЛАДАННІ БІОЛОГІЧНОЇ ХІМІЇ

Попова Т.М.

Харківський національний медичний університет

***Ключові слова:** біологічна хімія, інтерактивні методи навчання, кейс-метод, фасілітатор, студент.*

Вступ.

Викладання біохімії в медичних вузах є актуальним питанням підготовки сімейних лікарів. Лабораторні методи дослідження є значним джерелом діагностичної інформації для лікаря. Розуміння біохімічних процесів, що відбуваються в організмі людини формує клінічне мислення майбутнього сімейного лікаря. На сьогоднішній день викладання біохімії майбутнім лікарям вимагає перебудови навчального процесу, що можливо здійснити за допомогою використання інтерактивних методів навчання. Інтерактивне навчання дає можливість всім учасникам навчального процесу не тільки обмінюватися навчальною інформацією, а й застосувати як механізм самооцінки і рефлексії, так і механізм критичного осмислення дій інших учасників спілкування.

Мета.

З метою підвищення ефективності викладання біологічної хімії використовують один із інтерактивних методів навчання – кейс-метод.

Матеріали та методи.

На кафедрі біохімії ХНМУ, при проведенні практичних занять використовують кейси. Кейс складається з грамотно презентованої клінічної ситуації з лабораторними даними і має кілька варіантів рішення. В якості матеріалу для кейсів використовуємо фотографії клінічних проявів хвороби, таблиці з нормативними показниками крові, сечі, метаболічні карти. На початку заняття студенти розподіляються на малі групи по 4 студента у кожній. Викладач в якості фасілітатора допомагає учасникам груп, спрямовує їх дії у правильному напрямку, уникаючи прямих консультацій. Відповідаючи на питання студенти знаходять в метаболічній карті потрібний розділ і пояснюють біологічний сенс хімічних реакцій, способи їх регулювання в організмі, можливі причини і варіанти порушення обміну речовин. Фасілітатор стежить за динамікою дискусії, ставить запитання які допомагають студентам зробити крок уперед, якщо обговорення триває занадто повільно, надає можливість висловитися усім членам групи. Студенти повинні проаналізувати ситуацію, запропонувати можливі рішення завдання і вибрати найкраще з них. Для розв'язання ситуаційних завдань студент застосовує знання не тільки із біохімії, а також з інших фундаментальних дисциплін: анатомії, гістології, мікробіології та пропедевтики внутрішніх хвороб. Кожна група обирає доповідача, який презентує варіант вирішення завдання. Після чого у процесі обговорення фасілітатор спонукає студентів знайти помилки, здійснити пошук необхідної інформації для їх виявлення і виправлення. При засвоєнні нового людина припускається помилок, і завдання викладача навчити студента аналізувати помилки, щоб у майбутньому не допускати їх у професійній діяльності.

Кейс-метод передбачає, що викладач-фасілітатор і студенти постійно взаємодіють між собою під час обговорення ситуаційного завдання.

За допомогою кейс-методу ми уникаємо «сухість» традиційного викладання біологічної хімії, акцентуємо увагу студента на важливість знань біохімічних процесів для практикуючого лікаря. Викладач аналізує процес обговорення кейсу, оцінює виступи учасників груп, визначає помилки, теоретичні «пропуски» та звертає увагу студентів на необхідність удосконалення знань з проблемних питань.

Результати.

Застосування кейс-методу на практичних заняттях біологічної хімії дає змогу викладачу реалізувати індивідуальний підхід до кожного учасника, мотивувати студента до роботи з теоретичним матеріалом та звертати увагу студента на основних положеннях теми практичного заняття. Кейс-метод навчання розкриває перед студентами значущість досить складного предмету біологічної хімії у практиці лікаря.

Викладання біохімії за допомогою кейс-технології, як одного із методів інтерактивного навчання, стимулює навчально-пізнавальну активність всіх студентів шляхом занурення їх в атмосферу ділового співробітництва, орієнтованого на рішення клініко-лабораторних ситуаційних завдань. Студенти, зробив аналіз можливих способів рішення завдання, вибирають оптимальний, використовуючи знання, які мали та отримали на занятті і обґрунтовують свій вибір. Студенти-медики набувають нового досвіду використання своїх знань і умінь, що сприяє їх професійному та особистому розвитку. Таким чином, використання кейс-методу на практичних заняттях з біологічної хімії є перспективним.

Висновки.

1. Застосування кейс-методу при викладанні біологічної хімії має наступні переваги: наявність прикладів, взятих з реальної медичної практики; активна взаємодія студентів між собою і з викладачем; рівноправність всіх учасників у обговоренні і рішенні ситуаційного завдання; спонукання студентів до вивчення базових медичних наук.

2. Кейс-метод розвиває у студентів навички спілкування, поглиблює знання з фундаментальних дисциплін, розширює кругозір та формує професійні навички – уміння вибрати і обґрунтувати діагностичну стратегію.

РІВЕНЬ GDF-15 У ХВОРИХ ІЗ СЕРЦЕВОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ ТА ПОСТІНФАРКТНИМ КАРДІОСКЛЕРОЗОМ ПІСЛЯ ПРОВЕДЕНОГО АОРТО-КОРОНАРНОГО ШУНТУВАННЯ У ПРОЦЕСІ ВІДНОВНОГО ЛІКУВАННЯ

Савчук Н.В., Мергель Т.В.
ДВНЗ «Івано-Франківський національний
медичний університет»

Ключові слова: біомаркер, стратифікація ризику, аорто-коронарне шунтування, еплеренон.

Вступ.

Серцева недостатність (СН) є однією з важливих медико-соціальних проблем в Україні. Поширеність СН серед дорослого населення становить 1,5–5,5%, а в осіб віком старше за 70 років цей показник досягає 10–15% [3]. Для прогнозування перебігу СН нині активно використовують біомаркери [4]. У багатьох дослідженнях показано ефективність нового біомаркера ростового фактора диференціювання 15 (GDF-15) для діагностики та прогнозування перебігу СН [2]. Роль GDF-15 для стратифікації ризику при кардіальній патології, у тому числі і після перенесеного інфаркту міокарда (ІМ), показано в окремих дослідженнях [1].

Мета.

Підвищити ефективність лікування хворих із СН та постінфарктним кардіосклерозом із проведеним аорто-коронарним шунтуванням (АКШ) шляхом додавання до базової терапії (БТ) солей калію і магнію глюконової кислоти чи еплеренону із урахуванням показників GDF-15.

Матеріали та методи.

Обстежено 84 осіб із СН та постінфарктним кардіосклерозом після проведеного АКШ. Залежно від особливостей лікування хворих рандомізовано на три групи. До першої групи увійшли хворі із СН після перенесеного ІМ, які отримували БТ (n=20). Другу групу склали хворі із СН після перенесеного ІМ, яким у комплекс лікування, окрім БТ, додавали солі калію і магнію глюконової кислоти 360 мг 3 рази на добу – (n=21). Третя група – яким на фоні БТ призначали еплеренон 50 мг на добу – (n=23).

Результати дослідження.

Установлено, що у хворих I групи середнє значення GDF-15 дорівнювало (2207,04±102,5) пг/мл до лікування та вірогідно знижувалося під впливом лікування БТ до рівня (1698,45±106,4) пг/мл ($p<0,01$). При додаванні до БТ солей калію і магнію глюконової кислоти хворим II групи середнє значення цього показника до лікування становило (2314,68±114,8) пг/мл, а після завершення курсу терапії – (1674,73±97,54) пг/мл, що вірогідно нижче порівняно з аналогічним значенням до лікування. У хворих III групи, які отримували еплеренон на фоні БТ, середній рівень GDF-15 до початку лікування становив (2064,12±102,8) пг/мл, а на завершення терапевтичного курсу цей показник дорівнював – (1375,86±109,8) пг/мл ($p<0,001$). Отже, еплеренон виявився ефективнішим порівняно з солями калію і магнію глюконової кислоти для зниження концентрації даного показника, рівень GDF-15 змінився на 33,34 % у процесі відновного лікування.

Висновки.

Визначено, що у хворих із СН, які перенесли ІМ із проведенням АКШ спостерігалось достовірне підвищення рівнів GDF-15. Доведено, що призначення еплеренону на тлі БТ призводило до інтенсивнішого зниження концентрації GDF-15 порівняно з використанням солей калію і магнію глюконової кислоти.

Література

1. Копица Н.П. Новый биомаркер – трансформирующий фактор роста GDF-15 в оценке прогноза и эффективности лечения больных острым коронарным синдромом / Н.П. Копица, И.Р. Вишневская, А.В. Лещенко // Кардиология: от науки к практике. – 2012. – № 2. – С. 12–19.
2. Biomarkers of heart failure with normal ejection fraction: a systematic review / J.M. Cheng, K.M. Akkerhuis, L.C. Batters [et al.]. *European Journal of Heart Failure* – 2013. – Vol. 15. – P. 1350-1361.
3. Stahrenberg R. The novel biomarker growth differentiation factor 15 in heart failure with normal ejection fraction / R. Stahrenberg, F. Edelmann, M. Mende // *Eur. J. Heart Fail.* – 2010. – Vol. 12. – P. 1309–1316.
4. Growth differentiation factor 15, ST2, high-sensitivity troponin T, and N-terminal pro brain natriuretic peptide in heart failure with preserved vs. reduced ejection fraction. / R. Santhanakrishnan, P.C. Chong Jenny, P.Ng Tze [et al.] // *Eur. J. Heart Fail.* – 2012. – Vol. 14 (12). – P. 1338-1347.

ХРОНІЧНА СЕРЦЕВА НЕДОСТАТНІСТЬ: КЛІНІЧНІ АСПЕКТИ СПІВСТАВИМОСТІ НЛМ КЛАСИФІКАЦІЇ

*Симчич Х.С., Глушко Л.В., Рудник В.Т., Федоров С.В.,
Нищук-Олійник Н.Б., Водославська Н.Ю., Симчич А.В.
ДВНЗ «Івано-Франківський національний
медичний університет»,
кафедра терапії та сімейної медицини інституту
післядипломної освіти*

Вступ.

Хронічна серцева недостатність (ХСН) є однією з найважливіших проблем сучасної медичної науки. За даними національних реєстрів європейських країн та епідеміологічних досліджень показник поширеності ХСН серед дорослого населення зростає пропорційно віку і має вагомий частку серед причин смертності. Саме тому питання класифікації та стратифікації хворих є вкрай актуальним. Загальноприйнятими в клінічній практиці є класифікації Василенка-Стражеска та Нью-Йоркської Асоціації Серця. У 2014 році Fedele F, Severino P, Calcagno S, Mancone M була запропонована нова класифікація серцевої недостатності. Класифікація отримала назву НЛМ, де Н це ураження серця (систолічна та діастолічна дисфункції ЛШ, структурне ураження та ремоделювання, бівентрикулярна дисфункція), L – ураження легень (гемодинамічні або клінічні ознаки застою в малому колі кровообігу, а також *cor pulmonale*), а M – ураження периферичних органів (нирок, печінки, ЦНС та органів кровотворення).

Мета.

Порівняти вірогідність повторної госпіталізації в залежності від використовуваної шкали серцевої недостатності.

Матеріали та методи.

Було обстежено 52 пацієнтів, госпіталізованих з приводу декомпенсації серцевої недостатності. Середній вік пацієнтів склав $68,7 \pm 10,9$ років ($71,7 \pm 8,8$ років пацієнтів терапевтичного стаціонару, $65,8 \pm 12,1$ років терапевтичного), гендерний склад – 29 (55,7%) чоловіків та 23 (44,3%) жінок (14 (53,8%) чоловіків та 12 (46,2%) жінок терапевтичного та 15 (57,7%) чоловіків та

11 (42,3%) жінок кардіологічного стаціонарів). Отримані дані були зведені в таблиці і статистично оброблені за допомогою програми Statistica 8.0.

Результати.

Досліджувані пацієнти мали наступні стадії та функціональні класи ХСН – згідно класифікації Василенка-Стражеско: СН ІА 24 пацієнтів (по 12 хворих), СН ІБ 20 пацієнтів (по 10 хворих) СН ІІ 8 пацієнтів (по 4 хворих); згідно класифікації NYHA: ФК ІІІ 37 пацієнтів (20 хворих терапевтичного та 17 хворих кардіологічного стаціонарів), ФК ІV 15 пацієнтів (6 та 9 хворих відповідно); $H2L \leq 2M \leq 1$ 12 пацієнтів (по 6 хворих), $H3L \leq 2M \leq 2$ 27 пацієнтів (16 та 11 хворих відповідно), $H4L \leq 3M \leq 3$ 13 пацієнтів (4 та 9 хворих відповідно). Нами був проведений аналіз повторної госпіталізації даних хворих за 6 місяців та на основі цього вирахована її ймовірність залежно від використаної шкали і порівняно ці дані використовуючи критерій Пірсона та формулу підрахунку відношення шансів. Виявлена статистично достовірна різниця щодо вірогідності повторної госпіталізації між групами $H2L \leq 2M \leq 1$ проти ФК ІІІ ($p < 0,05$, $OR = 2,84$), $H3L \leq 2M \leq 2$ проти ФК ІІІ ($p < 0,05$, $OR = 1,79$), $H3L \leq 2M \leq 2$ проти ФК ІІІ ($p < 0,05$, $OR = 2,84$) $H4L \leq 3M \leq 3$ проти ФК ІV ($p < 0,05$, $OR = 1,22$), $H2L \leq 2M \leq 1$ проти СН ІА ($p < 0,05$, $OR = 1,80$), $H3L \leq 2M \leq 2$ проти СН ІБ ($p < 0,05$, $OR = 2,83$). Проте не виявлено різниці у групі $H4L \leq 3M \leq 3$ проти СН ІІІ ($p > 0,05$, $OR = 0,27$). Варто відзначити, що пацієнти кардіологічного стаціонару мали в середньому вищий показник по Н, а терапевтичного по L та М.

Висновки.

Класифікація НІМ дозволяє ефективніше прогнозувати подальший перебіг серцевої недостатності та оцінити її важкість. Використання аналізованої класифікації є простим та доступним для впровадження в реальній клінічній практиці як терапевтичних так і кардіологічних стаціонарів. Окрім випадків термінальної стадії СН, за допомогою класифікації НІМ можна з більшою точністю передбачити ймовірність повторної госпіталізації пацієнта в подальші 6 місяців.

ЗАЛІЗОДЕФІЦИТНА АНЕМІЯ: СИМПТОМИ ТА ЛІКУВАННЯ

Титова Т.А., Тимченко М.О.,
Котик О.В., Гримашевич М.В.

*НМАПО імені П.Л. Шупика
Кафедра сімейної медицини та АПД*

Актуальність.

На сьогоднішній день, надзвичайно розповсюджене захворювання в світі. Не є винятком і Україна. З даною проблемою зіштовхуються люди як похилого віку так і молоді, діти та вагітні. У Африці та Південній Америці від цієї хвороби страждає до 70–90% населення, в Європі – близько 40% жінок і 15% чоловіків. Залізодефіцитна анемія – стан при якому кількість еритроцитів і, як наслідок обсяг кисню, який вони переносять, недостатні для задоволення фізіологічної потреби організму.

Мета.

Визначити найбільш поширені причини анемії, розробити відповідний алгоритм дій при обстеженні хворого з анемією, максимально змоделювати найбільш оптимальний курс обстеження та лікування.

Результати.

З огляду на останні тенденції та протоколи діагностики вказано найбільш поширені причини, алгоритм діагностики та тактику ведення пацієнта:

Причинами даного стану можуть бути:

– втрата крові (основна причина) — кровотечі з ШКТ, статевих шляхів, сечовивідних шляхів (гематурія), дихальної системи (дифузна альвеолярна кровотеча), травми (в т.ч. хірургічні операції), у багаторазових донорів крові.

– збільшення потреби в залізі при недостатньому поступленні — період статевого дозрівання, вагітність (II і III триместр) і лактація, посилення еритропоезу під час лікування гіповітамінозу В₁₂.

– порушення всмоктування з ШКТ — стан після гастректомії, стан після бариатричної операції, *H. pylori* — асоційований гастрит, аутоімунний гастрит, целиакія, стан після резекції кишківника, малобілкова дієта, збагачена речовинами, що

погіршують всмоктування заліза (фосфати, оксалати, фітини, танін).

– залізодефіцитна дієта (кахексія, вегетаріанська або веганська дієта).

– залізодефіцитна анемія, резистентна до лікування препаратами заліза (рідкісна, з аутосомно-рецесивним успадкуванням).

Проявляється анемія, як і багато захворювань, запамороченням, м'язовою слабкістю, підвищеною втомлюваністю при незначних фізичних навантаженнях, посиленням серцебиття, незначним підвищенням температури тіла, задишкою при ходьбі, схильністю до короткочасної непритомності, підвищеною чутливістю до холоду тощо.

При тривалому дефіциті заліза (відсутні у багатьох хворих) виникає: спотворений смак (глина, крейда, крохмаль), біль, печіння і згладженість сосочків язика, сухість шкіри, болючі тріщини в кутиках рота, пошкодження нігтів (бліді, крихкі, з поздовжними рівчачками) і волосся (тонке, ламке, з роздвоєними кінчиками, легко випадає).

Не слід забувати про клініку основного захворювання (захворювання шлунково – кишечного тракту, гінекологічні захворювання, тощо)

Діагностика.

Діагноз анемія виставляється при виявленні гемоглобіну у жінок менше 120 г/л, у чоловіків менше 130 г/л та 110 г/л у вагітних жінок і дітей дошкільного віку. За зниженням рівня гемоглобіну в крові розрізняють: легку (110–90 г/л), середньої важкості (90–70 г/л) і важку (нижче 70 г/л) анемію.

Обов'язково проводить розгорнутий аналіз крові, визначаються показники обміну заліза (сироваткове залізо, феритин крові, трансферин та насеченість трансферину залізом), та інші дослідження для виявлення причини анемії (ендоскопічне дослідження верхнього і нижнього відділу ШКТ, візуалізаційні дослідження ШКТ, скринінгові дослідження на целиакію, загальний аналіз тощо).

Лікування.

Лікування залізодефіцитної анемії має бути комплексним:

1. Передусім необхідно ліквідувати причину виникнення залізодефіцитної анемії. Для цього потрібно лікувати хворобу, яка

її спричинила: геморой, ентерит, виразкову хворобу, фіброміому матки тощо.

2. Збалансоване харчування:

– споживання харчових продуктів із високим вмістом мікроелементів (листових овочів темно-зеленого кольору, бобових) та фруктів із високим вмістом вітаміну С;

– збільшити продуктів, що стимулюють абсорбцію заліза (м'ясо, птиця, риба та морепродукти, аскорбінова кислота, що міститься в фруктах, соках, листові зелені овочі, капуста, зернові продукти);

– зменшити продукти, що інгібують абсорбцію заліза (висівки, зерно, мука вищого ґатунку, бобові, горіхи та насіння, чай, кава, какао, молоко та молочних продукти);

– дотримуватися рекомендацій для приготування їжі : мінімальна теплова обробка, в невеликій кількості води.

3. Препарати заліза

Лікування препаратами препарат заліза розпочинаємо в дозі, що відповідає 150–200 мг елементарного заліза на добу. Препарати краще приймати на порожній шлунок. Про ефективність лікування свідчить зростання кількості концентрації Нв на ≈ 2 г/дл через 1–2 тижні від початку лікування. Лікування слід продовжувати ще протягом 3 міс. після нормалізації рівня Нв і феритину (з метою відновлення запасів заліза в організмі).

Висновок.

Залізодефіцитна анемія широко розповсюджене захворювання, що зустрічається в усіх вікових групах. Має виражену клінічну картину та доступні методи діагностики. Лікування є комплексним, включає дієтотерапію та препарати заліза. При вчасному виявленні причини анемії та контролю ефективності лікування запаси заліза в організмі відновлюються.

Література

1. Абрагамович О.О., Глушко Л.В., Свінціцький А.С. Внутрішні хвороби: посібник у 10 ч. – Львів : Атлас, 2004. – Т. II. – С. 249–252. – ISBN 966-7275-05-2.

2. Мостовой Ю.М. Сучасні класифікації та стандарти лікування захворювань внутрішніх органів. Невідкладні стани в терапії. – Київ : Центр ДЗК, 2016. – С. 478–488. – ISBN 978-617-7175-29-1.

3. Електронний документ «Адаптована клінічна настанова, заснована на доказах «Залізодефіцитна анемія», 2015. 2. Наказ МОЗ України від 05 червня 1998
4. Хворостінка В.М., Моїсеєнко Т.А., Журавльова Л.В. Факультетська терапія: Учбовий посібник / За ред. проф. В.М. Хворостінки. – Х.: Факт, 2003. – 888 с.
5. О कोरोков А.Н. Диагностика заболеваний внутренних органов: Т. 4. Диагностика болезней системы крови. – М.: Мед. лит., 2006. – 512 с.
6. Ш.М.Ганджа, В.М.Коваленко, Н.М.Шуба та ін. Внутрішні хвороби. К.: Здоров'я, 2002. – 992 с.
7. Гематология: новейший справочник. /Под общ. ред. К.М. Абдулкадырова – М.: Изд-во Эксмо, 2004. – 928 с.
8. Демидова А.В. Анемии. – М.: МЕДпресс-информ, 2006. – 64 с.
9. Бокарев И.Н. Анемический синдром. – М.: Практическая медицина, 2006. – 128 с.
10. Гайдукова С.М., Виговська Я.І., Третяк Н.М. та ін. Гематологія і трансфузіологія: Підруч. для студ. мед. ун-тів і лікарів / Під ред. С.М.Гайдукової. – К.: ВПЦ «Три крапки», 2001. – 747 с.
11. ABC of haematology /Editor Provan D. – BMJ Books, 2003. – 75 p.
12. Chisholm-Burns M.A., Wells B.G., Schwinghammer T.L. et al. Pharmacotherapy principles & practice. – The McGraw-Hill Companies, Inc., 2008. – 1671 p.
13. Kasper D.L., Braunwald E., Fauci A.S. et al. Harrison's principles of internal medicine: 16th edition. – The McGraw-Hill Companies, Inc., 2008.– 2783 p.

ПЕРСПЕКТИВИ ВИКОРИСТАННЯ СУЧАСНИХ ПОРТАТИВНИХ ДІАГНОСТИЧНИХ ДЕВАЙСІВ В ПРАКТИЦІ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ

**Яковцов І.З., Скоропліт С.М.,
Білецький О.В., Яцина Г.С., Огієнко Л.Ф.**
Харківська медична академія післядипломної освіти

Вступ.

Швидка точна об'єктивізація стану тяжкості хворого є запорукою подальшого ефективного надання екстреної медичної допомоги. На сучасному етапі в клінічній практиці отримують широке розповсюдження портативні переносні діагностичні монітори, що несуть одразу декілька функцій. Наприклад, сучасні портативні діагностичні девайси часто здатні надавати інформацію одразу про

частоту серцевих скорочень, насичення периферичної крові киснем та чадним газом, стан об'ємної периферичної капілярної перфузії, стабільність серцевого викиду і, навіть, про концентрацію в крові гемоглобіну із помилкою в межах $\pm 2\%$. Завдяки швидкому розвитку мікроелектроніки на підставі удосконалення програмного забезпечення приладів чітко простежується зростання їх діагностичних можливостей рік від року.

Мета роботи.

Оцінка можливостей широкого застосування портативних моніторів в умовах далекого знаходження лікарів від відділень інтенсивної терапії та операційної.

Матеріали та методи.

Під час проведення ургентних консультацій з питань інтенсивної терапії в багатопрофільній міській лікарні швидкої та невідкладної допомоги ми застосовувалися прилади Masimo Rainbow Rad-57 (США), реоплетизмограф Реоком (Україна) в комплексі із компактним комп'ютером ноутбуком.

Результати.

Сучасні технології дозволяють проводити якісну оцінку багатьох функцій організму хворих на значній відстані від діагностичних кабінетів та відділення інтенсивної терапії. Двохемітерна фотодіодна технологія фірми Masimo забезпечує точне визначення показника насичення периферичної капілярної крові киснем, навіть в умовах значного зниження системного артеріального тиску. Перфузійний індекс, що також моніторується, відбиває стан периферичного об'ємного капілярного кровообігу, і значно й швидко змінюється при погіршенні стану хворих, а разом з тим, швидко реагує на ефективні заходи негайного лікування. Сучасні портативні реоплетизмографи дозволяють точно визначити стан режиму центральної гемодинаміки, надати інформацію про провідний механізм зменшення продуктивності серця. Інформація про кожне дослідження відповідно зберігається в комп'ютері, що дозволяє в будь-який час провести порівняння результатів дослідження із визначенням ефекту лікування.

Висновок.

Очікується, що сучасні портативні діагностичні девайси протягом короткого часу отримають широке розповсюдження в клінічній практиці в світовому масштабі.

УДОСКОНАЛЕННЯ ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ЛІКАРЯМИ СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ

Яковцов І.З., Скоропліт С.М.

*Харківська медична академія післядипломної освіти
Кафедра медицини невідкладних станів
та медицини катастроф*

В Україні щорічно у величезній кількості людей виникають невідкладні стани, що загрожують життю, з їх числа найбільшу частку надають допомогу працівники екстреної медицини, а іншим допомогу надають сімейні лікарі, лікарі амбулаторій, поліклінік, стаціонарів. Кожний рік близько у 50 тис. осіб настає раптова зупинка серця поза межами лікувальних закладів. Ось чому важливе навчання лікарів усіх спеціальностей наданню екстреної медичної допомоги, як на госпітальному етапі, так і на догоспітальному.

Особливу увагу під час навчання слід приділити освоєнню практичних навичок з відпрацюванням на манекенах, тренажерах з використанням різноманітного обладнання в умовах наближених до реальних у навчально-тренувальних центрах.

Особливо важливим для надання екстреної медичної допомоги є дотримання принципу «золотої години» до завершення якої пацієнт має бути у відділенні інтенсивної терапії або в операційній.

Необхідно створення куточків або кабінетів невідкладної медичної допомоги на всіх етапах надання допомоги (фельдшерсько-акушерські пункти, лікарських амбулаторіях, амбулаторіях сімейних лікарів, центрах первинної медичної допомоги, поліклініках, приймальних відділеннях усіх стаціонарів, тощо).

У всіх кабінетах (куточках) невідкладної медичної допомоги має бути необхідне оснащення для надання допомоги: засоби індивідуального захисту, автоматичний зовнішній дефібрилятор, набори для забезпечення прохідності верхніх дихальних шляхів, кровоспинні джгути типу «турнікет», бандажі різних розмірів, шини, перев'язувальні засоби, засоби для забезпечення внутрішньовенного та внутрішньокісткового доступу, набір відповідних медикаментів, інфузійні розчини. А також наявність

наочної інформації, щодо запобігання загрозливих для життя станів. У кожному лікувальному закладі кількість оснащення може бути різною, але необхідний мінімум має бути на будь-якому етапі надання невідкладної медичної допомоги.

Надання первинної невідкладної медичної допомоги повинно відповідати як національним протоколам (наказам МОЗ України), так і світовим алгоритмам.

Для удосконалення первинної медичної допомоги лікарями сімейної медицини необхідно на державному рівні створити єдиний протокол надання екстреної медичної допомоги з програмою ТУ, що відповідає світовим стандартам (протоколам) з поглибленим засвоєнням практичних навичок.

ASSOCIATION OF ANGIOTENSINOGEN GENE POLYMORPHISM (AGT 704 T>C) WITH ARTERIAL HYPERTENSION

Sydorchuk L., Repchuk Y.

*Higher State Educational Establishment of Ukraine
«Bukovinian State Medical University»
Family Medicine Department*

Key words: *arterial hypertension, 704T> C polymorphism of AGT gene.*

Introduction.

There are a lot of controversial information about the role of angiotensinogen gene polymorphism (AGT) in the development of arterial hypertension, metabolic syndrome, dyslipidemia, obesity, disorders of water-salt metabolism, etc.

The aim of the study.

To analyze the frequency of alleles and genotypes of the 704T> C polymorphism of the AGT gene in the structure of patients with essential hypertension (EH).

Materials and methods.

72 patients with EH IInd stage, 1–3 degrees of blood pressure elevation severity, high and very high cardiovascular risk took part.

Among patients were 29.16% (21) men, 70.84% (51) women. The average age of patients was 59.87 ± 7.98 y.o. The control group involved 24 practically healthy persons, matched by age (43.36 ± 7.1 y) and gender (62.5% women, 37.5% men). The 704 T> C polymorphism of the AGT gene was studied with PCR based method.

Results.

Genetic marker 704T> C polymorphism of the AGT gene (rs699) was determined by replacing thymine (T) to cytosine (C) at the DNA gene position 704 (1q42.2). As a result of such a substitution of the AGT protein of the amino acid sequence 235 in the 2nd exon there is a substitution of the methionine (Met) amino acid to the tryptophan (Thr) (Met235Thr) with the subsequent change in the synthesis of the corresponding protein and/or its expression. The distribution of genotypes in the group of EH patients and in control group was as follows: *TT*-genotype was found in 13.89% (10) patients with EH and 16.67% (4) subjects of control group, *TC*-genotype – in 59.72% (43) and 54.17% (13) respectively, the *CC*-genotype – in 26.39% (19) patients with EH and in 29.17% (7) practically healthy persons ($p > 0.05$). Distribution of polymorphic variants corresponded to the Hardy-Weinberg Equilibrium ($\chi^2 = 3,28$; $p > 0,05$). The relative frequency of the C allele and wild T-allele ($P_T = 0.44$; $P_C = 0.56$) between the experimental and control groups did not differ ($\chi^2 < 1.0$, $p > 0.05$). The investigated AGT gene polymorphism (rs699) does not associate with an elevated risk of EH [OR = 1.15; 95% CI: 0.41-3.20; $p > 0.05$].

Conclusions.

Thus, the alleles and genotypes of the 704T> C polymorphism of the AGT gene (rs699) are not a risk factor for EH in the examined population.

THE ROLE OF POLYMORPHISM OF ANGIOTENSIN II TYPE 1 RECEPTOR A1166C GENE (AGTR1) IN THE DEVELOPMENT OF ARTERIAL HYPERTENSION

Sydorchuk L.P., Semyaniv M.M.

Higher State Educational Establishment of Ukraine

«Bukovinian State Medical University»

Family medicine department

Key words: *essention hypertension, angiotensin II type 1 receptor A1166C gene (AGTR1), polymorphism*

Introduction.

Nowadays, there is no doubt that the incidence of cardiovascular diseases has become pandemic throughout the world. Absolutely undeniable fact is that essential hypertension (EH) is a key risk factor for the development and progression of cardiovascular, cerebrovascular and renal diseases. Despite the continued history of the study of EH, extensive clinical and clinical physiological studies, the etiology of the disease remains largely unclarified. In addition, it is acknowledged that essential hypertension is a multifactorial illness, so the study of genetic predictors of its development is a promising direction of preventative medicine.

The aim of the study.

To establish association of angiotensin II type 1 receptor A1166C gene (AGTR1) polymorphism with EH.

Materials and methods.

The study involved 24 healthy individuals in the control group and 72 patients with essential hypertension in the main group. Genomic DNA had been isolated from whole venous blood.

Results.

The main regulator of vascular tone and blood pressure is the renin-angiotensin-aldosterone system (RAAS), the enzymes of which are linked by consecutive reactions. The RAAS cascade begins with renin release in the kidney that affects angiotensinogen to form the biologically inactive decapeptid angiotensin I, which, by means of an angiotensin converting enzyme, is converted into active angiotensin II. The association of angiotensin II type 1 receptor A1166C gene

(AGTR1) polymorphism with EH was established. While studying the structural state of the gene, possible replacement of nitrogenous base adenine (A allele) to cytosine (C allele) in *position 1166 in the 3' untranslated region* of it was found. This polymorphism is associated with the functional activity of angiotensinogen. The presence of the C-allele leads to increased gene expression and the formation of more receptors. The product of AGTR1 gene is an enzyme that binds angiotensin II and transmits signals of vasoconstriction and proliferation to smooth muscle cells, namely, stimulates the synthesis and secretion of aldosterone, decreases the renal blood flow, stimulates the release of vasopressin and inhibits the formation of renin. Polymorphism A>C at position 1166 affects the expression of receptors, as long as miRNA-155 gene interacts with the site where the polymorphic site is localized, modulating the expression of receptors simultaneously. However, no such interaction exists in the presence of a mutant C allele, which increases the expression of receptors that leads to pathology of the cardiovascular system, due to the absence or low amount of receptor type 1 to angiotensinogen II.

In 70.8% (n = 17) individuals of the control group and in 61.9% (n = 44) patients in the main group the functional A allele the homozygous state had been found. The heterozygous carrier had been observed in 29.1% (n = 7) of the control group and in 36.6% (n = 26) of patients with EH. Homozygous C allele was not detected in the control group, however, in the main group it was present in 2.8% (n = 2) persons. The frequency distribution of genotypes has corresponded to Hardy-Weinberg Equilibrium and did not differ from the frequencies in european populations. Mutational C allele did not significantly increase the risk of EH in observed population [OR = 1,55; 95% CI: 0.57-4.20; p> 0.05].

Conclusions.

We have found that the mutation of the gene AGTR1 (rs5186) in the homozygous state occurs in 2.8% of cases of the examined population, exceptionally in patients with EH. The mutational allele of the AGTR1 gene does not associate with the increased risk of EH among residents of Northern Bukovina.

СЕКЦІЯ МОЛОДИХ ВЧЕНИХ – СІМЕЙНИХ ЛІКАРІВ

ХАРАКТЕРИСТИКА УЯВЛЕНЬ ЛІКАРІВ – ТЕРАПЕВТІВ І СІМЕЙНИХ ЛІКАРІВ УКРАЇНИ Й КАЗАХСТАНУ ЩОДО ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ГОСТРОГО БРОНХІТУ

Березняков В.І., Іманова Н.І., Березняков І.Г.
Харківська медична академія післядипломної освіти

Актуальність.

Лікарські помилки в діагностиці та лікуванні гострого бронхіту (ГБ) ведуть до невиправданих витрат на ліки та негативно впливають на поширення антибіотикорезистентності бактерій.

Мета дослідження.

Шляхом опитування терапевтів і сімейних лікарів України та Казахстану виявити поширені помилки, щодо діагностики та лікування ГБ.

Матеріал та методи.

Було сформульовано 8 питань, пропонувалося 5 варіантів відповідей. Опитування проводили з грудня 2017 по листопад 2018 року на конференціях і циклах підвищення кваліфікації. В Україні опитано 337, в Казахстані – 120 лікарів.

Результати.

Більшість опитаних в Україні (96,7%) і Казахстані (89,2%) вірно вказали кашель як обов'язковий симптом при діагностиці ГБ. При цьому лікарі України частіше, ніж лікарі Казахстану, вказували лихоманку (36,8% проти 25,9%, $p < 0,05$), і рідше – задишку (16,3% проти 26,7%, $p < 0,05$) і біль в грудній клітці на висоті вдиху (10,1% проти 20,8%, $p < 0,05$).

Такі супутні хвороби, як хронічне обструктивне захворювання легень (68,6% позитивних відповідей в Україні і 49,2% – в Казахстані, $p < 0,05$), бронхіальна астма (відповідно 35,0% і 37,1%) і хронічний синусит (13,1% і 15,0%) виключають діагноз ГБ. Проте,

цукровий діабет (19,9% в Україні і 30,0% – в Казахстані, $p < 0,05$) і хронічна серцева недостатність (16,0% і 18,3%) до таких не належать.

Правильна відповідь на питання про додаткові методи дослідження, необхідні для верифікації діагнозу ГБ – жоден з перерахованих – дали 30,0% лікарів в Україні і 11,7% – в Казахстані ($p < 0,05$). Статистично значущі відмінності зареєстровані тільки у відношенні клінічного аналізу крові, який відзначили 40,1% опитаних в Україні і 50,8% – в Казахстані ($p < 0,05$).

Два питання стосувалися використання антибіотиків у хворих ГБ. 15,1% лікарів в Україні і 20,0% в Казахстані застосовують антибіотики «завжди», в той час як «ніколи» – відповідно 4,2% і 5%. Ці відповіді є хибними. Антибіотики можуть призначатися важким хворим з ГБ (69,4% в Україні і 60,8% – в Казахстані), пацієнтам з важкими супутніми захворюваннями (54,3% і 29,2%, $p < 0,05$) і особам старечого віку з факторами ризику несприятливих результатів (57,9% і 42,5%, $p < 0,05$).

Найчастіше використовуються макроліди (58,2% в Україні і 50,0% – в Казахстані), за ними – амінопеніциліни (52,8% і 30,0%, $p < 0,05$) та інгібітор захищені амінопеніциліни (45,4% і 22,5%, $p < 0,05$).

Найчастіше використовують муколітики і/або мукокінетики (89% в Україні і 75,8% – в Казахстані, $p < 0,05$) і експекторанти (56,4% і 32,5%, $p < 0,05$). Не призначають мукоактивні засоби 2,1% респондентів в Україні та 8,3% – в Казахстані.

Найпопулярнішими рослинними лікарськими засобами в обох країнах виявилися екстракт листів плюща (81% в Україні та 58,3% – в Казахстані, $p < 0,05$), екстракт чебрецю – 44,5% і 25,8%, $p < 0,05$, найпереконливіша доказова база стосується екстракту кореня південноафриканської герані (10,7% в Україні і 30,0% – в Казахстані, $p < 0,05$).

Висновки.

Більшість лікарів України та Казахстану правильно відзначили кашель як ключовий симптом ГБ. Має місце переоцінка значущості додаткових методів дослідження у верифікації діагнозу ГБ і недостатнє знання супутніх захворювань, які виключають діагноз. Поширені помилки: 1) широке використання

амінопеницилінів (включаючи інгібітор захищені, 2) захоплення мукоативними засобами, 3) віддання переваги рослинним лікарським засобам з обмеженими доказами ефективності.

АНАЛІЗ КАРДІОРЕСПІРАТОРНОГО РЕЗЕРВУ У ПАЦІЄНТІВ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ У ПОЄДНАННІ З ХРОНІЧНИМ ОБСТРУКТИВНИМ ЗАХВОРЮВАННЯМ ЛЕГЕНЬ

Буртняк Т.З.

*ДЗ «Дніпропетровська державна
медична академія МОЗ України»
Кафедри терапії,
кардіології та сімейної
медицини ФПО*

Актуальність.

Все частіше актуальною стає проблема коморбідної патології, яка супроводжується взаємообтяжувачим впливом. Викликана фізичним навантаженням десатурація пов'язана з підвищеною смертністю при АГ та ХОЗЛ.

Мета.

Діагностика кардіореспіраторного резерву шляхом комплексного застосування тесту 6-хвилинної ходьби та добового профілю артеріального тиску у пацієнтів з АГ у поєднанні з ХОЗЛ.

Матеріали та методи.

До дослідження увійшло 70 пацієнтів з АГ I та II стадії 1, 2 та 3 ступеня у поєднанні з клінічними групами ХОЗЛ А, В, С, D. Методи дослідження: загально-клінічний огляд, електрокардіографія, добове моніторування АТ, спірометрія, пульсоксиметрія (SpO₂), тест 6-хвилинної ходьби. Оцінювали показник резерву «подвійний добуток» (ПД) (індекс Робінсона), індекс хронотропного резерву (ІХР), індекс інотропного резерву (ІІР). Статистичний аналіз проводили з допомогою ліцензійної програми STATISTICA (версія 10.0) з розрахуванням Ме [25–75%]. Для порівняння незалежних груп використовували непараметричний критерій Манна-Уїтні (U) ($p < 0,05$).

Результати.

У пацієнтів з АГ у поєднанні з ХОЗЛ при виконанні тесту 6-хвилинної ходьби, виявлено, що до навантаження SpO₂ становив 96 [95;97] %, пульс 82 [76;87]/хв. Відповідно після навантаження SpO₂ – 89 [86;92] %, пульс – 99 [91;105]/хв. Метод вимірювання ПД базується на тісному взаємозв'язку між об'ємом коронарного кровотоку, кількістю поглинутого міокардом кисню з одного боку, та ЧСС з САТ з іншого. ПД в спокої становив 146 [91;202], після навантаження відповідно – 173 [124;222]. Виявлено пряму кореляцію між САТ до навантаження та пульсом після ($r=0,30$; $p<0,05$). САТ після навантаження – 164,3 [155;170] мм.рт.ст. Приріст САТ становив 15 [8;25]. Добовий індекс САТ – 13 [3;15] %, ДАТ – 16 [12;23] %. IXP становить 0,21 [0,14;0,27], виявлено зворотню кореляцію між пульсом до навантаження та IXP ($r=-0,47$; $p<0,05$). ІР становив 8,38 [5,88;12,5] та зворотня кореляція з САТ в спокої ($r=-0.42$; $p<0,05$).

Висновок.

Діагностика кардіореспіраторного резерву, шляхом комплексного застосування тесту 6-хвилинної ходьби та добового моніторування артеріального тиску у пацієнтів з АГ у поєднанні з ХОЗЛ, свідчить про підвищену потребу міокарда в кисні та зменшену адаптаційну здатність організму до фізичних навантажень за рахунок зниження IXP та ІР, що є показом для призначення відповідної терапії у даній категорії пацієнтів.

СПОСІБ ЖИТТЯ ЯК ПРОФЕСІЙНА ПАРАДИГМА ВІДНОШЕННЯ ДО ВЛАСНОГО ЗДОРОВ'Я

Височина І.Л., Крамарчук В.В.
м. Дніпро, ДЗ «ДМА» МОЗ України

Ключові слова: *здоровий спосіб життя, первинна медична допомоги, неінфекційні захворювання.*

Вступ.

Провідний вплив (більше 80%) на смертність в Україні мають неінфекційні захворювання (НІЗ), контроль яких, пов'язаний з

досить простими та потужними інструментами раннього попередження та зниження глобальних ризиків цих хвороб, а також підвищенням мотивації пацієнтів до корекції способу життя.

Мета.

На підставі анкетування лікарів первинної ланки надання медичної допомоги (ПМД) провести аналіз їх оцінки способу життя та визначити найбільш значущі фактори ризику, які за суб'єктивною думкою провайдерів медичних послуг на первинній ланці, мають найбільший вплив на стан їх власного здоров'я.

Матеріали та методи.

У дослідженні взяли участь 186 лікарів ПМД, із них 37 чоловіків (20%) та 149 жінок (80%). Для вивчення способу життя лікарів використовувався авторський опитувальник, що включав запитання із дослідження STEPS ВООЗ – загальнонаціональне дослідження для вивчення поширеності факторів ризику неінфекційних захворювань (НІЗ).

Всіх респондентів розподілено на дві групи дослідження в залежності від відповіді «так» (перша група) чи «ні» (друга група) на ключове запитання: «На ваш погляд, Ви ведете здоровий спосіб життя?», що відповідало дихотомічному розподілу відповідей.

До першої групи увійшли 101 особа, які вважали, що ведуть здоровий спосіб життя (ЗСЖ), до другої групи – 85 осіб, які на їх власну думку, навпаки, не ведуть ЗСЖ.

Статистична обробка результатів анкетування показала, що більшість параметрів (90%) не мали нормальний розподіл кількісних даних (перевірка здійснювалась за допомогою критерію Колмогорова-Смірнова та Шапіро-Уїлка), що обумовило проведення аналізу методами непараметричної статистики в цих випадках.

Для оцінки можливості співставлення результатів подальшого анкетування між групами нами було проведено порівняння виборок за статтю, віком, сімейним станом та стажем роботи респондентів (табл.1), що дозволило констатувати, що дійсне дослідження є репрезентативним і дозволяє описувати результати як співставлені та такі, що мають доказовість подій при наявності статистичних розбіжностей між групами порівняння.

Таблиця 1

	Різниця за віком	Різниця за сімейним положенням	Різниця за стажем роботи	Різниця за статтю
Група 1	p=0,4207*	p=0,363921**	p=0,531257**	p=0,078472**
Група 2				

Примітка: p* – за критерієм Манна-Уїтні, p** – за критерієм χ^2 Пірсона.

Результати.

Відповідно до поставлених мети та задач дійсного дослідження, нами проведено порівняння основних складових феномену ЗСЖ за показниками STEPS ВООЗ. Фактори, які мали вірогідні відмінності в групах порівняння та структурували даний феномен в когорті лікарів ПМД подані в табл 2. Треба відзначити, що дані предикти є основними факторами ризику НІЗ в популяції та апіорі в даному дослідженні визначили межу здорового та нездорового способу життя в групах респондентів, отже інші валідні предикти НІЗ відповідно до структури опитувальника STEPS ВООЗ (такі як вживання риби 2 рази на тиждень, переважання тушкування та варіння як способів приготування їжі, вживання «здорових жирів», помірне вживання повареної солі, достатнє споживання овочів та фруктів, фізична активність, тривалість сну та щорічні профілактичні огляди) не мали вірогідних розбіжностей в групах порівняння.

Таблиця 2

	Me (Q1;Q3) за ІМТ кг/м ²	Чистили зуби, осіб (%)	Часте вживання напівфабрикатів осіб (%)	Куріння осіб (%)	Алкоголь перевищення дозової дози осіб (%)
Група 1	25,53 (20,97; 27,77)	79 (78%)	24 (24%)	3 (3%)	2 (2%)
Група 2	26,03 (24,07; 31,14)	53 (62%)	35 (41%)	23 (27%)	16 (19%)
P	0,0078*	0,043878**	0,034251**	0,000013**	0,000585**

Примітка: відмінності між групами * -за критерієм Манна-Уїтні, ** – за критерієм χ^2 Пірсона.

На нашу думку, слід зазначити, що опитування проводилось в групі респондентів, професійна спрямованість яких пов'язана з оцінкою способу життя, але мало суб'єктивний характер відношення до власного здоров'я, що свідчить про недооцінку цих складових феномену ЗСЖ, які є високо валідними, мають високий рівень доказовості впливу на контроль НІЗ в популяції та є дієвим механізмом профілактичних заходів. Тому є цілком зрозумілим, що не залежно від способу життя респондентів, які взяли участь в даному дослідженні, було доведено, що з віком збільшується кількість осіб, які мають ІМТ, вищий за норму (прямий кореляційний зв'язок між віком та ІМТ середньої сили $r=0,602$, $p<0,001$ 95 % ДІ (0,461–0,714) для першої групи дослідження та відповідно $r=0,542$, $p<0,001$ 95 % ДІ (0,372–0,677) в другій групі) і в групі респондентів які не вели ЗСЖ, питома вага ожиріння складала 31% та зустрічалось у 2 рази частіше, ніж в першій групі ($p<0,01$).

З огляду на отримані результати, можна зробити висновок, що якщо в структурі професійного мислення та оцінки значущості здорового харчування та достатньої фізичної активності дані фактори не демонструють вірогідної різниці при оцінці власного способу життя, то можна припустити, що ці предикти не оцінюються і в професійній діяльності лікарів ПМД, що зменшує можливості контролю ризиків формування НІЗ серед пацієнтів та розробки повноцінних профілактичних заходів.

Висновки.

В матриці професійних знань лікарів ПМД такі фактори ризику розвитку НІЗ, як вживання тютюну, надмірне споживання алкоголю та ожиріння мають високий ранг значення, але системною помилкою можна вважати недооцінку таких чинників, як здорове харчування та фізична активність.

ЧИ ЗАВЖДИ КЛОПІДОГРЕЛЬ ВИПISУЄТЬСЯ ЗА ПОКАЗАМИ НА РІВНІ ПЕРВИННОЇ МЕДИКО-САНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ

Калабішка Б.М., Колесник А.П., Колесник П.О.

*Медичний факультет ДВНЗ «Ужгородський
національний університет»*

*Навчально-науковий тренінговий центр
сімейної медицини і долікарської допомоги ФПО*

Вступ.

Клопідогрель – препарат, який входить до Реєстру лікарських засобів, затвердженого Наказом МОЗУ «Про забезпечення доступності лікарських засобів» у 03.04.2017 році. Постає питання, чи належність даного препарату до групи «доступних лікарських засобів» не може спричинити його необґрунтоване призначення лікарями первинної ланки медико-санітарної допомоги, незважаючи на лімітовані покази до застосування клопідогрелю та наявність ряду побічних ефектів?

Мета.

Визначити частоту призначення клопідогрелю сімейними лікарями не за показами.

Матеріали та методи дослідження.

Проведено ретроспективний аналіз частоти призначення клопідогрелю сімейними лікарями у м. Ужгороді. У 5 випадково відібраних сімейних дільниць було проаналізовано призначення, зроблені 187 пацієнтам з діагнозом «гіпертонічна хвороба» з квітня 2017 по грудень 2018. Використовувалися дані, вкопійовані з амбулаторних карток пацієнтів, проводилася оцінка частоти виписки клопідогрелю на рецептурних бланках доступних ліків. Статистична обробка результатів проводилася за допомогою програми Microsoft Excel 2010.

Результати.

За результатами аналізу, із 187 досліджуваних пацієнтів, лише 31 (16,5%) клопідогрель було призначено за показами (в анамнезі був інфаркт міокарда, ішемічний інсульт). Решті 156 (83,5%) хворих клопідогрель було призначено не за показами (гіпертонічна

хвороба 1 ступеню (9 осіб) та 2 ступеню (139 осіб) серцево-судинного ризику).

Висновки.

Встановлено, що значній кількості пацієнтів сімейного лікаря клопідогрель було призначено не за показами, що спонукає до з'ясування причин даного явища та пошуку способів до їх усунення.

ЛІНГВІСТИЧНА ВАЛІДИЗАЦІЯ АНКЕТИ GFQ ІНТУЇТИВНОГО ЧУТТЯ ЛІКАРЯ

Колесник П.О., Нірода А.І.

*УжНУ, факультет післядипломної освіти
та доуніверситетської підготовки,
кафедра терапії та сімейної медицини*

Ключові слова: *інтуїтивне чуття, анкета GFQ, валідизація.*

Вступ.

Оцінка інтуїтивного чуття відіграє істотну роль в діагностичних міркуваннях і багато лікарів загальної практики в Європі довіряють їм і виконують їх. Анкета для їхньої оцінки вже апробована в Нідерландах, Бельгії, Франції та Іспанії.

Метою.

Лінгвістична валідизація анкети GFQ з перекладом на українську мову.

Матеріали та методи дослідження.

Матеріалом дослідження є опитувальна анкета GFQ мовою оригіналу (англійською). Методом даного дослідження є лінгвістична валідизація анкети. GFQ складається з 10 пунктів. Стан тривоги буде розглядатися як присутній, коли відповідь на пункт 10 вказує на почуття тривоги або коли відповідь на пункт 10 вказує, що тривога відсутня, і принаймні один з пунктів 2–5 перевищує 3/5 бали. Почуття тривоги розглядається як відсутнє, коли відповідь на пункт 10 вказує, що тривоги немає або відповідь на пункт 1 є вищою, ніж 3/5 бали.

Результати дослідження.

Для вирішення поставленої мети оригінальний англійський варіант анкети GFQ інтуїтивного відчуття лікаря було перекладено

двома незалежними експертами з англійської на українську мову. Після цього, з цілями лінгвістичної валідації, перекладений документ було надіслано двом незалежним експертам – носіям англійської мови для перекладу з української на англійську мову з подальшою експертною оцінкою.

Висновок.

Лінгвістична валідація є першим етапом валідації даної анкети. В Україні до цього часу подібний опитувальник не застосовувався. Дане дослідження має важливе значення для лікарів загальної практики під час процесу прийняття рішень.

РОЗПОВСЮДЖЕНІСТЬ АНЕМІЧНОГО СИНДРОМУ У ХВОРИХ З ХРОНІЧНОЮ СЕРЦЕВОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ ІШЕМІЧНОГО ГЕНЕЗУ ЗА ДАНИМИ РЕТРОСПЕКТИВНОГО АНАЛІЗУ

Коновалова М.О., Михайловська Н.С.

Запорізький державний медичний університет

Актуальність.

Анемія є незалежним чинником погіршення прогнозу при хронічній серцевій недостатності (ХСН) – збільшує клінічну вираженість симптомів, підвищує число повторних госпіталізацій та смертність. На сьогодні залишаються актуальними питання щодо уточнення особливостей перебігу ХСН на тлі супутньої анемії та визначення основних факторів ризику ускладнень з метою удосконалення лікування цієї категорії хворих.

Питання дослідження.

Вивчити поширеність анемії на ХСН ішемічного генезу, оцінити її вплив на клінічний перебіг захворювання, визначити частоту факторів ризику та коморбідного фону, що асоціюються з наявністю анемії.

Методи.

Проведено ретроспективний аналіз 986 медичних карток хворих з ХСН та супутнім анемічним синдромом з січня 2016 по березень 2019 рр. Оцінювали загальноклінічні дані, результати лабораторних (загальний аналіз крові, показники обміну заліза, рівні В₁₂ та фолієвої кислоти) та інструментальних (ЕКГ, ЕХО КС)

методів дослідження. Статистичну обробку даних проводили згідно сучасних вимог.

Результати.

Загальна поширеність анемії серед хворих на ХСН склала 10,75% (106 хворих) : у 2016 році – 9,49%, у 2017 році – 10%, у 2018 році – 12,01%, січень-березень 2019 – 13,4%, що свідчить про зростання розповсюдженості анемічного синдрому. Серед хворих на ХСН ішемічного генезу із супутнім анемічним синдромом переважали жінки – 65% (72), проти 35% (37) чоловіків, медіана віку 78 (55;94) років.

Серед форм анемічного синдрому превалювала залізодефіцитна анемія (56,6%), В12–фолієводефіцитні анемії спостерігались у 23,58%, 19,82% складала анемії «хронічного захворювання» або невизначеного генезу.

Надалі більш детально були проаналізовані хворі на ХСН із залізодефіцитною анемією як найбільш розповсюдженою формою анемії у цих хворих. Медіана рівня гемоглобіну – 89 (23; 118) г/л, еритроцитів – 2,6 (1,05; 3,65) $\times 10^{12}$ /л, заліза – 3,75 (1,1; 12,3) мкмоль/л, феритину – 7,64 (4,32; 15,65) мкг/л, загальної залізовв'язуючої здатності сироватки – 64,4 (37,4; 98) нмоль/л. У 40,9% спостерігалась анемія легкого ступеня, у 34,55% – середньої важкості, важка анемія зафіксована у 24,55% хворих. За стадією та функціональним класом (ФК) ХСН хворі з залізодефіцитом розподілялись наступним чином: I стадія ХСН – 18,64%, ІА стадія – 54,24%, ІБ стадія – 22,03%, ІІ стадія – 5,09%; I ФК – 3,4%, ІІ – 30,5%, ІІІ – 57,63%, ІV – 8,47% відповідно. Відсоток хворих зі збереженою та проміжною ФВ лівого шлуночка був однаковим – по 24,2% відповідно, у 51,6% хворих – ФВ лівого шлуночка була зниженою. Встановлено прямі кореляційні зв'язки між ФВ ЛШ та рівнями гемоглобіну і сироваткового заліза ($r=+0,51$, $r=+0,36$ відповідно; $p<0,05$). Наявність супутнього залізодефіциту вірогідно підвищувало частоту виникнення шлуночкових екстрасистол майже в 1,4 рази (95% ДІ 1,177–1,651), фібриляції передсердь в 1,6 рази (95% ДІ 1,006–2,636).

Висновки.

У хворих на ХСН ішемічного генезу спостерігається зростання розповсюдженості анемічного синдрому, при цьому у його структурі превалює залізодефіцитна анемія легкого та середнього

ступеня важкості. Серед хворих на ХСН ішемічного генезу із супутньою залізодефіцитною анемією превалює ІА стадія ХСН, ІІ ФК зі зниженою ФВ лівого шлуночка. Супутній залізодефіцит вірогідно підвищує частоту виникнення шлуночкових екстрасистол в 1,4 рази, а фібриляції передсердь в 1,6 рази.

МАРКЕРИ КАРДІОМЕТАБОЛІЧНОГО РИЗИКУ У ПАЦІЄНТІВ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ ТА ОЖИРІННЯМ

Матюха Л.Ф., Горопко О.Ю.

*Національна медична академія післядипломної освіти
імені П.Л. Шупика*

Кафедра сімейної медицини та АПД

Ключові слова: ожиріння, артеріальна гіпертензія, біоелектричний імпеданс-аналіз, лептин, діагностика.

Актуальність.

Більше 1,9 мільйонів дорослих осіб, старших 18 років мають зайву вагу і понад 650 мільйонів з них страждає на ожиріння (1). Ожиріння є фактором ризику і частим коморбідним станом при артеріальній гіпертензії (АГ). В Україні в структурі смертності перше місце займають захворювання серцево-судинної системи (ССС) – 68% (2). Тому профілактика, діагностика і лікування цих захворювань посідають актуальне місце у практиці лікаря загальної практики.

Питання дослідження.

Можливість визначення показників біоімпеданс-метрії та рівня сироваткового лептину, як маркерів кардіо-метаболічного ризику.

Методи.

Обстежено 62 особи віком 24 – 63 років у яких було визначено масу тіла, зріст, обхват талії, кистей, шиї, стегон, розрахований індекс маси тіла (ІМТ), відсоткову частку жиру в організмі методом біоелектричного імпеданс аналізу, рівень сироваткового лептину, ліпідограма, цукор крові та глікований гемоглобін. Пацієнти з ІМТ вище 25 кг/м² сформували основну групу з підвищеною масою тіла та ожирінням (20 чоловіків та 27 жінок),

Особи з ІМТ 18–24,9 кг/м² увійшли в контрольну групу – 15 осіб (5 чоловіків та 10 жінок), Статистична обробка даних була проведена в програмі SPSS-Statistics 23.

Результати.

Переважаю більшість досліджуваних склали жінки (75,2%). Середній вік пацієнтів 48,5 ($\pm 12,43$). У ході дослідження було виявлено, що середній рівень ІМТ у пацієнтів основної групи 32,75 ($\pm 7,06$) достовірно вище, ніж у пацієнтів контрольної групи – 22,52 ($\pm 0,8$), $p > 0,05$, середній рівень сироваткового лептину 13,3 (± 11) в основної групи і достовірно нижчий в контрольній групі – 5 (± 1). Відсоткова частка жиру в організмі виміряна методом біоелектронного імеданс-аналізу в основній групі 41,13% ($\pm 9,34$) достовірно вища, ніж у контрольній групі, 30,03% ($\pm 3,01$), $p > 0,05$. Також достовірна різниця виявилася у рівнях тригліцеридів 1,41 (± 1) проти 0,76 ($\pm 0,2$) та об'ємом талії в основній 109,33 (± 19) і в контрольній групі 73 (± 5), при $p > 0,05$. Рівні глюкози і глікозильованого гемоглобіну в основній групі були дещо вищі, але без статистичної достовірності.

Висновки.

Біоімпеданс-метрія, разом із традиційними антропометричними способами обстеження є швидкими та ефективними методами діагностики та згідно отриманих даних, разом із визначенням рівня сироваткового лептину, можуть бути запропоновані, як показники кардіометаболічного ризику у пацієнтів з АГ та ожирінням.

ВПЛИВ НАБУТОГО ПАЦІЄНТОМ ДОСВІДУ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ НА РІВЕНЬ ЙОГО КОМПЛАЕНСУ

Магюха Л.Ф., Смаль Б.О.

*Національна медична академія післядипломної освіти
імені П.Л. Шупика*

Кафедра сімейної медицини та АПД

Актуальність.

Основою ефективної системи охорони здоров'я є активне залучення пацієнта. Особливо виразно це контурується в практиці

сімейного лікаря, а саме в його боротьбі з хронічними нозологіями. Цукровий діабет 2 типу є однією з найпоширеніших хронічних інвалідизуючих нозологій. Одним із основних етапів медичної допомоги таким пацієнтам є навчання основам самоконтролю захворювання. Водночас, рівень відвідуваності навчальних заходів такими пацієнтами залишається низьким. Інколи, бар'єром для відвідування такого навчання є попередньо набутий пацієнтом негативний досвід в системі охорони здоров'я.

Матеріали і методи.

В ході дослідження було використано україномовну валідовану версію анкети Patient Assessment of Chronic Illness Care + (PACIC+) для опитування 77 осіб з цукровим діабетом 2 типу без потреби в інсулінотерапії, без ознак гострих чи загострення хронічних ускладнень діабету чи супутніх захворювань, з безперешкодним доступом до інтернету (вимога протоколу більшого дослідження в рамках якого виконується даний аналіз) та необтяженим анамнезом щодо психічних розладів, на базі закладів первинної медичної допомоги в сільській та міській місцевості Київської агломерації. В подальшому було проведено сліпий розподіл (Random Allocation Software v. 1.0) для групового навчання (аудиторного та дистанційного) та оцінено кореляцію відвідуваності курсу (відсоток годин присутності) з отриманими результатами анкетування (із застосуванням IBM SPSS Statistics v. 23.0.0.0).

Результати дослідження.

Середній бал PACIC+ серед усіх респондентів становив $2,19 \pm 0,39$ ($2,23 \pm 0,56$ у групі аудиторного та $2,15 \pm 0,54$ у групі дистанційного навчання) при середній відвідуваності $42,20\% \pm 2,56\%$ ($35,57\% \pm 3,45\%$ у групі дистанційного навчання та $49,01\% \pm 3,50\%$ у групі аудиторного навчання). Кореляційний аналіз показав сильний позитивний кореляційний зв'язок $0,855$ (коефіцієнт Спірмена, $p = 0,01$) між результатом PACIC+ та відвідуваністю групового навчання.

Висновки.

Одним із важливих факторів прихильності пацієнтів з цукровим діабетом 2 типу до участі в навчанні основ самоконтролю є врахування попередньо отриманого ними досвіду медичної допомоги. Водночас, це, безумовно, не єдиний фактор,

що підтверджують різні рівні відвідуваності в групах аудиторного та дистанційного навчання, що потребує подальшого вивчення.

АНАЛІЗ ПРИЧИН ЗВЕРНЕННЯ ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЮ ДО ЛІКАРІВ ПЕРВИННОЇ ЛАНКИ ЧЕРНІВЕЦЬКОЇ ОБЛАСТІ

Сем'янів М.М., Петринич О.А.

*Кафедра сімейної медицини Вищого державного
навчального закладу України
«Буковинський державний медичний університет»*

Актуальність.

З 2018 року в Україні розпочато практичне впровадження Міжнародної класифікації первинної медичної допомоги (ICPC-2). Аналіз причин звернення, визначених словами пацієнта, дозволяє лікарю первинної ланки розуміти найбільш затребувані запити при різних епізодах медичної допомоги.

Питання дослідження.

Метою нашого дослідження було проаналізувати причини звернення хворих з діагнозами К86 (гіпертонія неускладнена) та К87 (гіпертонія з ускладненням) за ICPC-2 до лікарів первинної ланки одного з районних центрів первинної медико-санітарної допомоги Чернівецької області.

Методи.

Для реалізації мети опрацьовано форму № 074/о «Журнал реєстрації амбулаторних пацієнтів».

Результати.

До дослідження увійшло 89 хворих на гіпертонічну хворобу віком від 25 до 83 років, з яких 46 чоловіків та 43 жінки, яким було виставлено наступні діагнози за ICPC-2: К86 – 29 хворих, К87 – 60 хворих.

Серед хворих з діагнозом К86 первинних звернень зафіксовано 23, вторинних – 6. Серед хворих з діагнозом К87 – 45 та 15 відповідно, що потребує подальшого вивчення з детальним аналізом форми 025/о «Медична карта амбулаторного хворого».

У структурі причин звернення зустрічалися наступні причини звернення: А04 (загальна слабкість/втома) – 8,98 %, К01 (біль у

серці) – 23,59 %, K02 (стиснення в області серця) – 17,97 %, K04 (серцебиття) – 15,73 %, K05 (порушення серцевого ритму інші) – 17,97 %, K07 (опухлі щиколотки/набряки) – 4,49 %, K25 (страх гіпертонії) – 3,37 %, K31 (часткове медичне обстеження серцево-судинної системи) – 12,35 %, K45 (нагляд/навчання/консультація/дієта) – 14,60 %, K50 (призначення ліків/ін'єкцій) – 35,95 %, N01 (головний біль) – 20,22 %, N04 (синдром неспокійних ніг) – 8,98 %, N03 (дзвін/шум у вухах) – 11,23 %.

Висновки.

Найчастішими причинами звернення у хворих на гіпертонічну хворобу у нашому дослідженні встановлено K01 (біль у серці), K50 (призначення ліків/ін'єкцій) та N01 (головний біль).

ЛІКУВАННЯ ІШЕМІЧНОЇ ХВОРОБИ СЕРЦЯ У ПОЄДНАННІ З ПОСМЕНОПАУЗАЛЬНИМ ОСТЕОПОРОЗОМ У ЗАГАЛЬНОКЛІНІЧНІЙ ПРАКТИЦІ

Стецюк І.О., Михайловська Н.С.

*Запорізький державний медичний університет,
кафедри загальної практики –
сімейної медицини та внутрішніх хвороб*

Актуальність.

На сьогодні серцево-судинні захворювання, серед яких велику частку складає ішемічна хвороба серця (ІХС), займають провідне місце в практиці українській лікарів загальної практики. Щорічне зростання кількості жінок з вже наявною ІХС, в яких діагностовано постменопаузальний остеопороз (ПМОП), обумовлює пошук оптимальної терапевтичної комбінації для корекції спільних патогенетичних механізмів розвитку та прогресування цих захворювань.

Питання дослідження.

Оцінити клінічну ефективність комплексного лікування з включенням L-аргініну та бісфосфонатів у хворих на ІХС, поєднану з ПМОП, за впливом на вегетативні, електричні, ішемічні зміни міокарда та якість життя пацієнтів.

Методи.

До моноцентрового, рандомізованого, проспективного, відкритого дослідження в паралельних групах залучено 50 хворих на ІХС: стабільну стенокардію напруження II-III ФК з постменопаузальним остеопорозом (медіана віку 68,0 (60,0; 78,0) років). Проводили комплексне клінічне обстеження відповідно до сучасних стандартів, яке включало добове моніторування ЕКГ за Холтером, оцінку якості життя пацієнтів за допомогою модифікованого Сіетлського опитувальника, дослідження структурно-функціонального стану кісткової тканини за допомогою ультразвукової остеоденситометрії та рівня кісткових біомаркерів.

Методом блокової рандомізації усіх хворих розподіляли на дві групи: 1 група – 25 пацієнтів, які отримували тільки базисну терапію; 2 група – 25 хворих, яким додатково до базисної терапії призначали препарат екзогенного L-аргініну та бісфосфонат (натрію алендронат) за схемою. Оцінку ефективності призначеного лікування проводили через 6 місяців від початку терапії.

Статистичну обробку даних проводили за допомогою пакету програм «Statistica 13.0» (StatSoft Inc., № JPZ8041382130ARCN10-J) за загальноприйнятою методикою. Аналіз нормальності розподілу оцінювався за критеріями Shapiro-Wilk. При нормальному розподілі достовірність відмінностей оцінювали за допомогою t-критерію Стьюдента; при розподілі, що відрізняється від нормального, використовували непараметричний U-критерій Mann-Whitney. Відмінності вважали достовірними при $p < 0,05$.

Отримані результати.

У хворих на ІХС з ПМОП, які додатково до базисної терапії отримували комбінацію екзогенного L-аргініну та натрію алендронату, через 6 місяців від початку терапії виявлено достовірно нижчий рівень діастолічного артеріального тиску (на 7,50%), ТГ (на 22,07%) та достовірно вищий рівень ЛПВЩ (на 27,69%) порівняно з хворими 1-ої групи ($p < 0,05$); спостерігалась тенденція до зменшення рівня остеопротегерину в основній групі. За результатами добового моніторування ЕКГ у хворих 2-ої групи виявлена вірогідно менша кількість епізодів шлуночкової та надшлуночкової екстрасистолії, зменшення загальної тривалості депресії сегмента ST за добу (у 2,25 рази), тривалості її максимального епізоду (у 4 рази) та максимальної глибини депресії сегмента ST (на 19,57%) порівняно з

хворими 1-ої групи ($p < 0,05$). У хворих, які отримували терапію із включенням L-аргініну та натрію алендронату, спостерігалось збільшення загальної варіабельності серцевого ритму (SDNNi) та нормалізація симпатико-парасимпатичного балансу (співвідношення LF/HF) як в денний, так і в нічний періоди ($p < 0,05$); за результатами Сіетльського опитувальника виявлено зменшення частоти розвитку нападів стенокардії (на 35,95%; $p < 0,05$), вищі показники задоволеності лікуванням (на 16,89%; $p < 0,05$) та його ефективності (на 9,39%; $p < 0,05$).

Висновки.

У хворих на ІХС з ПМОП додавання L-аргініну та натрію алендронату до базисної терапії сприяє покращенню клінічного перебігу захворювання, зменшенню вегетативних, аритмічних, ішемічних змін міокарда та поліпшенню якості життя пацієнтів.

РОЛЬ N-ТЕРМІНАЛЬНОГО ФРАГМЕНТУ МОЗКОВОГО НАТРІЙУРЕТИЧНОГО ПЕПТИДУ В ПЕРЕБІГУ ХРОНІЧНОГО ЗАПАЛЕННЯ У ХВОРИХ НА РЕВМАТОЇДНИЙ АРТРИТ

Хімійон Л.В., Кузик І.О.

НМАПО імені П.Л. Шупика, кафедри сімейної медицини

Актуальність.

Ревматоїдний артрит (РА) є найчастішим захворюванням ревматологічного профілю і характеризується хронічним автоімунним запаленням. Майже 50% хворих на РА помирають передчасно через серцево-судинні захворювання (ССЗ) і їх ускладнення, які спостерігаються у 2 рази частіше, аніж в загальній популяції. В науковій літературі вказується на можливу роль NT-проBNP як маркера запалення та, можливо, ураження серцево-судинної системи. Оскільки результатів наукових досліджень щодо значень NT-проBNP у хворих на РА є дуже мало, то і даних щодо можливості його використання в клінічній практиці відповідно теж немає.

Методи й результати.

Нами проаналізовано дані існуючих на даний час близько 40 наукових досліджень, що стосуються взаємозв'язку NT-проBNP

та загального кардіоваскулярного ризику. Але щодо прогностичних значень рівнів NT-proBNP у хворих на РА існує тільки декілька таких досліджень.

Найбільшим із них є контрольоване рандомізоване дослідження EURIDISS (Provan S, Angel K, Semb A et al. NT-proBNP predicts mortality in patients with rheumatoid arthritis: results from 10-year followup of the EURIDISS study), в процесі якого було обстежено протягом 10 років 238 хворих на РА з різною активністю захворювання. Досліджувалися рівні NT-proBNP у відповідності до наявності чи відсутності позасуглобових проявів, серопозитивного чи серонегативного варіанту, активності захворювання за DAS28. Найбільші його концентрації спостерігались у хворих з високою активністю РА, в яких показник DAS28 становив не менше 5,1.

В дослідженні NOAR оцінювалися протягом 8 років серед великої когорти пацієнтів з ранніми запальними артритами, 575 хворих на ревматоїдний артрит. Знайдено позитивний зв'язок між значеннями NT-proBNP та ризиком серцево-судинної смертності, а також ймовірний зв'язок його з прозапальними факторами, зокрема з С-реактивним протеїном.

В контрольованому проспективному рандомізованому дослідженні PRIMA II, де обстежено 450 пацієнтів з хронічною серцевою недостатністю, показано, що рівень NT-proBNP > 1700 нг/л є прогностично несприятливим щодо гострої серцево-судинної недостатності (ГССН). Як співвідноситься цей показник з ризиком розвитку ГССН у хворих на РА невизначено.

NT-proBNP позитивно корелює з віком, швидкістю осідання еритроцитів, товщиною комплексу інтима-медіа за ультразвунографічними даними та інсулінорезистентністю. Негативна кореляція спостерігається з рівнем гемоглобіну, кількістю еритроцитів та рівнем альбуміну крові.

Висновки.

Виходячи з наведених даних, можна припустити, що існує зв'язок між значеннями NT-proBNP та показниками запалення у хворих на РА без серцево-судинних захворювань. Можливо, активність захворювання асоціюється зі збільшенням серцево-судинного ризику та смертності, враховуючи патогенетичний вплив підвищених рівнів NT-proBNP на стан серцево-судинної

системи. На кафедрі сімейної медицини проводиться дослідження, яке показує, що підвищення рівнів NT-proBNP спостерігається у близько 40% хворих на ревматоїдний артрит без серцево-судинних уражень.

ПРОГНОЗУВАННЯ ПОРУШЕНЬ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВ'Я ЧОЛОВІКІВ З ХРОНІЧНИМ ЗАПАЛЕННЯМ УРОГЕНІТАЛЬНОГО ТРАКТУ В ПРАКТИЦІ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ

Ціпоренко С.Ю.

*Національна медична академія післядипломної освіти
імені П.Л. Шупика,
кафедра сімейної медицини та АПД*

Актуальність.

Незважаючи на успіхи проведених досліджень з профілактики та попередження інфекцій сечостатевої системи чоловіків, в практиці сімейного лікаря залишається високий відсоток пацієнтів із залишковими запальними змінами, або ж з неефективним лікуванням (до 35,6%).

Питання дослідження.

Побудова прогностичних моделей репродуктивного здоров'я чоловіків з хронічним запаленням уrogenітального тракту (ХЗУТ) з діагностичною та профілактичною метою на основі соціальних та медичних факторів ризику.

Методи.

Вивчення особливостей соматичного, спеціального та репродуктивного анамнезу в чоловіків з ХЗУТ, проведення інтерв'ю з заповненням анкет (n=548).

Результати.

Для узагальненої оцінки стану репродуктивного здоров'я чоловіків з ХЗУТ з урахуванням ряду медичних та соціальних характеристик та параметрів сперми використовували інтегральний показник, що включає 8 складових: вік; число дітей в минулому; частота статевих контактів; наявність патологічного морфотипу сперматозоїдів у спермі; наявність диспропорції лейкоцитів у

спермі; наявність ЗПСШ в минулому; простатит в анамнезі; індекс маси тіла вище 29,5. За допомогою побудованих моделей здійснювали прогнозування показників, що характеризують розвиток порушень репродуктивного здоров'я чоловіків з ХЗУТ з урахуванням виділених медичних та соціальних факторів ризику. Побудовані моделі апробували в 72 чоловіків. При цьому в 41 чоловіка виявлено порушення репродуктивного здоров'я, в 62 випадках було отримано правильний прогноз (ймовірність правильного прогнозу склала 86,1%), причому факт розвитку порушень репродуктивного здоров'я не був спрогнозований в шести випадках із сорока одного (14,6%). Середня абсолютна помилка моделі прогнозування стану здоров'я чоловіків з порушеннями репродуктивної функції склала 0,13 разу.

Висновки.

Отримані результати підтверджують точність моделей, цілком достатню для застосування в практиці сімейного лікаря.

АНАЛИЗ УРОВНЯ ОСВЕДОМЛЕННОСТИ О РИСКАХ РАЗНЫХ ВИДОВ КУРЕНИЯ ДЛЯ ЗДОРОВЬЯ В СРЕДЕ МОЛОДЫХ ЛЮДЕЙ

Высочина И.Л., Яшкина Т.О.
ГУ «ДМА»

Актуальность.

Появление и активное распространение новых форм табакокурения неукоснительно ведет к появлению новых рисков возникновения неинфекционных заболеваний, особенно среди подростков и молодежи.

Вопрос исследования.

Анализ уровня осведомленности о рисках разных видов курения для здоровья среди молодежи

Материалы и методы.

Проведено анонимное анкетирование с использованием анкеты Глобального опроса взрослых по употреблению табака (GATS) для Украины, модифицированной и адаптированной нами в соответствии поставленной цели.

Адаптированная анкета состоит из 3 компонентов: общая информация о респонденте, вопросы употребления промышленных сигарет, вопросы употребления альтернативных видов табакокурения (ТВЕНЫ и Е-сигареты) (далее Е-сигареты).

В анонимном анкетировании приняли участие 122 человека (студенты и врачи-интерны) в возрасте от 18 до 30 лет.

Результаты.

Средний возраст респондентов составил 19 лет (Ме (25%; 75%) 19;24), соотношение по полу: мужчин – 32% (39 человек), женщин – 68% (83 человека). Частота курящих промышленные сигареты на момент опроса составила 22,14% (95%ДИ 14,77–29,50), частота лиц, пробовавших курить сигареты или бывших курильщиками в прошлом, составила 51,64% (95%ДИ 42,77–60,51). Мнение о курении, как причине серьезных заболеваний, высказали 97,48% опрошенных (95%ДИ 94,66-100,3)

Что-либо слышали о Е-сигаретах 100% респондентов, пробовали употреблять – 48,36% (95%ДИ 39,49–57,23). Активными пользователями Е-сигарет среди опрошенных было 27 человек (22,13%). Мнение о связи использования Е-сигарет и рисков возникновения заболеваний респонденты высказали следующим образом: «вызывают серьезные заболевания» считают 49,18% респондентов, «не вызывают серьезные заболевания» – 9,01%, вариант «не знаю» получен у 41,8% опрошенных.

Оценка результатов опроса по позиции «Мнение о причине использования Е-сигарет» показала следующее (множественный вариант мнения): необходимость – 1,64%; привычка – 52,46%; зависимость – 32,79%; болезнь – 4,1%; поддержка социального статуса – 9,01%; мода – 53,28%; свой вариант дали 4,92% респондентов.

Выводы.

Не смотря на то, что знания о вреде любого вида курения имеют большинство опрошенных, продолжают употреблять табак пятый каждый человек молодого возраста и еще каждый пятый является активным потребителем Е-сигарет. Опрос указывает на социальные причины пробы Е-сигарет – это мода и поддержка социального статуса, остальные респонденты описывают ситуацию как привычка или зависимость. К сожалению, 50% респондентов не знают о наличии рисков, связанных с состоянием

здоровья при употреблении Е-сигарет, что актуализирует данное исследование и необходимость дальнейшей работы в данном направлении.

EVALUATION OF THE RELATIONSHIP BETWEEN POLYCYSTIC OVARY SYNDROME, HORMONAL CHANGES AND DEVELOPMENT OF TYPE 2 DIABETES

Alekseichenko O., Tkachenko V.

*Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education,
Department of Family Medicine*

Background.

About 425 million people around the world, or 8.8% of adults aged 20–79, have diabetes, of which about 8% of women (205 million) live with diabetes, including 10% aged 25. Uncertainty about the interaction of risk factors for the occurrence of type 2 diabetes (T2D) for women of reproductive age appears to be a huge problem in Ukraine and worldwide. Polycystic ovary syndrome (PCOS) is one of known diabetes risk factors.

Research questions.

What is the relationship between polycystic ovary syndrome (PCOS), hormonal disturbance and development of T2D in women of reproductive age? How to improve the prevention of type 2 diabetes in women of reproductive age at the primary care stage?

Method.

An observational cause-comparative case-control study of women aged 15–49 will be held in the primary health center of Kiev. Three groups will be compared: 1 – patients with PCOS; 2 – patients with T2D, PCOS and other hormonal disorders; and patients not coded with a chronic disease (control group). A survey with self-developed questionnaire based on validation scales, as well as retrospective analysis of medical data about risk factors, hormones' levels and statistical analysis will be used to gain in-depth into patients' backgrounds.

Results.

Our hypothesis is that PCOS and other hormonal disorders among women of reproductive age cause the development of T2D.

Conclusions.

Based on the findings of the study and taking into account epidemiological features, measures for the prevention of T2D in women of reproductive age will be optimized and a method for predicting the development of type 2 diabetes in women at high risk, stratification of risk in the primary care unit are developed. Results could save public funds by reducing invasive methods for detecting T2D.

EFFECT OF VITAMIN D DEFICIENCY ON THE DEVELOPMENT OF TYPE 2 DIABETES

Beresovska L., Tkachenko V.

Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education

Background.

Type 2 diabetes has become a significant problem for global health. It is associated with serious health outcomes and increased mortality. Despite the fact that over the last few decades type 2 diabetes' management have improved, the growing number of people with type 2 diabetes is emphasizing the need for innovative approaches to prevention of the disease. To date, there is growing evidence that vitamin D levels may affect on type 2 diabetes course.

Research question.

Is there a connection between the level of vitamin D and the development of type 2 diabetes?

Methods.

A systematic review of the literature was conducted. Three databases were analysed: Pubmed, Medline and EMBASE. The articles published from inception to April 2019 were considered. Used keywords were «25 (OH) D», «Cholecalciferol», «25-Hydroxyvitamin D» or «Vitamin D3» in combination with «type 2 diabetes» or «plasma glucose level», «HBA1C», «HOMA-IR» combined in different equations adapted for each database. Exclusion criteria were articles written in languages other than English, Ukrainian and Russian.

Results.

9 cohort studies were found and analyzed. The studies included 23 8,543 participants, age range 30–75 years, in which the development

of type 2 diabetes was observed for 22 years. All studies evaluated the impact and status of vitamin D. The consumption of vitamin D >500 international units (IU) / day decreased the risk of developing type 2 diabetes by 13% compared to the consumption of vitamin D of <200 IU/day. Individuals with the highest vitamin D values (> 25 ng/ml) had a 43% lower risk of developing type 2 diabetes (95% confidence interval of 24,57%) compared to those with the lowest vitamin D (<14 ng/ml).

Conclusions.

Available data suggest significant influence of the vitamin D level on the development of type 2 diabetes. But despite this, the topic is not studied and required further careful observation.

IS SUBCLINICAL HYPOTHYROIDISM A PREDICTOR OF TYPE 2 DIABETES MELLITUS?

Griadil T., Chohey I., Chubirko K.

*State University «Uzhhorod National University»,
Faculty Of Postgraduate And Pre-University Education*

Background.

Subclinical hypothyroidism (SCH) is a condition characterized by elevated thyroid stimulating hormone (TSH) and normal thyroid hormones (T3 and T4). Since SCH can be considered as the initial phase of manifested hypothyroidism, the question of the rate of reduction of the function of the thyroid gland and the progression of SCH to the manifestation is interesting. A number of studies in recent years have shown that SCH is more common in patients with type 2 diabetes mellitus (T2DM).

Rresearch question.

Conduct a clinical examination of patients with T2DM and SCH and review their medical documentation to analyze the possible relationship between the development of SCH and T2DM.

Methods.

51 patients with T2DM were selected and examined. They are divided into two groups: the I group – patients with T2DM and SCH (n = 17), II group – patients with T2DM (n = 34). A general clinical trial was

conducted for all patients, which included: a general blood test, a biochemical blood test, a determination of the level of glycosylated hemoglobin (HbA1c) and the level of thyroid hormones (T3, T4 TSH), instrumental examination: an ultrasound examination of the abdominal cavity, an electrocardiogram, and Hypothyroid Risk Questionnaire (HRQ).

Results.

The average age of patients in the 1st group was 56.2 ± 0.8 years, whereas in the 2nd group – 58.1 ± 0.2 years ($p > 0.05$). The development of T2DM in patients of the 1st group was 15.6 ± 1.1 years, compared with 10.7 ± 1.4 years in patients of the second group ($p > 0.05$). The time of development of SCH in patients of the 1st group was $21,6 \pm 2,3$ years. HbA1c in patients of the 1st group was 6.8%, compared with 6.7% – in patients of the II group ($p > 0.05$). On the HRQ scale in patients of the 1st group – the block of symptoms (BS) – $32,4 \pm 0,2$, the risk factor (BR) $15,5 \pm 0,7$ – the average probability of development (APD) of SCH, whereas in patients II- this group – BS – $24,7 \pm 0,3$, BR – $10,8 \pm 0,9$ – low APD of SCH. T4, TSH levels in patients of the 1st group were 0.82 ± 0.06 ng /dl and 4.7 ± 0.3 μ M/ml versus 0.9 ± 0.02 ng/dl and 4.3 ± 0.2 μ M/ml.

Conclusions.

Comparing the results of anamnesis data on the occurrence of T2DM and SCH, HRQ questionnaire data in I group, with the data obtained during the examination of patients in group II with sub-clinical manifestation of SCH, it can be argued that T2DM can be tightly associated with the development of SCH.

INTERACTION OF SUBKLININARY MARKERS OF ATHEROSCLULOSIS WITH INFLAMMATORY PROCESS IN PORIATIC PATIENTS

Khimion L.V., Boiko A.V.

*Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education,
Department of Family Medicine*

Background.

It is known that up to 50% of deaths among patients with psoriatic arthritis (PSA) is due to atherosclerosis-dependent cardiovascular disease (CVD). Dyslipidemia and immune-dependent inflammation in

vascular intima are of great importance in the pathogenesis of CVD in patients with PsA, where the level of C-reactive protein (CRP) in serum is of particular importance for the prognostic marker.

Research question.

To determine the features of the interconnection of subclinical markers of atherosclerosis with inflammatory process in patients with psoriatic arthritis.

Materials and methods.

The research was conducted at the Department of Family Medicine of the NMAPE named after PL. Shupika, in the group of 35 patients with PsA under 45 years of age (mean age of patients was 39.52 ± 5.8 years (17 (48%) women and 18 (52%) men). The duration of PSA varied from 3 to 20 years. The polyarthritis variant of the joint syndrome was observed in 47.82% (17 people), oligoarthritis – 31.43% (11 persons), spondylarthritis – 13.04% (7 people). The study included: general clinical review, one-time, thorough physical examination, blood pressure measurements, Disease Activity Score (DAS28), laboratory tests (determination of lipid metabolism, purine metabolism, and high serum CRP levels).

Results.

According to the results of the study, the average DAS28 in the examined patients was 5.78 ± 1.03 . In 56,52% of patients with PsA, an increase in the level of LDL cholesterol was detected. An increase in the levels of high-sensitivity CRP and SC above the upper limit of the laboratory norm was found in 78.82% (20 people) and 21.73% (7 persons), respectively. An increase in the serum FG level $> 4 \text{ g / L}$ was observed in 7 (21.87%) patients, with an average serum FG level of $4.2 \pm 0.2 \text{ g / L}$. It was also found that serum FG level is significantly higher in smokers than in non-smokers ($p < 0.01$) and is directly related to the duration of smoking ($r = 0.38, p < 0, 05$). It should be noted that in patients with proatherogenic dyslipidemia (20 persons), the average DAS28 was $6.33 \pm 1.01 \text{ mmol / l}$. when evaluated on the scale SCORE, the average indicator in the study group was ($3,11 \pm 0,33$) – moderate.

Conclusions.

Thus, it was found that in patients with PsA, the severity of the atherosclerotic process was greater in comparison with patients with PS (profiles FR were identical). The increase in the activity of PsA for DAS28 is accompanied, in most cases, by the development of proatherogenic dyslipidemia (a decrease in HDL cholesterol, an

increase in the level of LDL cholesterol), which may be one of the factors that determine the growth of cardiovascular risk in the long active active immune-inflammatory process, and indicates a tight the relationship of inflammation and atherosclerosis.

THE PERCEPTION OF FAMILY MEDICINE AS A FUTURE SPECIALITY FOR FOREIGN STUDENTS STUDYING THEIR FINAL UNDERGRADUATE YEAR IN UKRAINE

Kuodza G., Kolesnyk A., Reznikova M., Kolesnyk P.
Family Medicine Training Centre, Uzhgorod National University

Introduction.

There is a growing shortage in Family Doctors(FD) everywhere that causes a great demand for in primary care.

Research question.

Evaluate the perception of Family Medicine(FM) as a future specialty by the senior foreign medical students of UZHNU

Materials and Methods.

Three surveys were undertaken before and after FM cycle then the last one 3 months later, among 100 students from Asian and African countries who study at UZHNU. The questionnaire used in the survey followed the Oxford's pattern. The questionnaire concerns the students career choice and reasons for them.

Result.

The response rate was 77/100 initial survey and 61/100 for the final survey. From the initial survey 10% wanted to be FDs in the beginning of the cycle this changed to 23%. In the final survey it was 23% also. A total of 65% saw FM as a potential career initially. At the end of the cycle 87% saw it as a potential career. There were positive factors stated by students which made them choose Family Medicine. These included the working hours, role models in family medicine, physician-patient relationship. There was positive effect of the Family Medicine cycle which raised the students interest as they hadn't been exposed to the subject earlier.

Conclusion.

In sight of the Future of Family Medicine we can see that a few of our respondents were interested in it earlier compared to after. As a way

of trying to improve the shortage, medical schools in Ukraine should implement Family Medicine courses in earlier clinical year, exposure academic role models.

EVALUATION OF RISK FACTORS IN AFFECT ON DEVELOPMENT OF AUTOIMMUNE THYROIDITIS

Maksymets Y., Tkachenko V.

Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education

Background.

The systematic literature review for last 10 years showed the increase of thyroid pathology incidence in Ukraine, particularly autoimmune thyroiditis (AIT) in 68%, especially in people of working age. It may be caused by many factors: genetic predisposition (>77%), ionizing stochastic effect after the Chernobyl accident, vitamin D deficiency (>70%), insufficient iodine (14.5%), tobacco smoking (15.4%), viral diseases etc. Primary care guideline in management AIT is absent, so the detailed analysis of risk factors is needed to improve the provision of primary care.

Research question (aim).

To determine the different risk factors' affect on development of AIT in Kiev region.

Methods.

It was the retrospective cause-comparative case-control study which included survey with combined valid questionnaire and medical records' analysis. 26 patients with AIT (22 women aged 39,8±2,5 years, 4 men aged 27,3±3,3 years) and 12 healthy people (control group, age 32,4±2,9 years) were included, but enrolment of patients continues. Statistical analysis was made with Excel 2007.

Results.

A preliminary analysis of results showed that the average duration of the AIT among women is 13.4±2.4 years, men – 5.3±1.9 years. The patients with AIT have more often observed next risk factors in contrast to control group: 50% of men and 63.64% of women have genetic predispositions to AIT, 23.08% of respondents smoke about 10–15 cigarettes a day, 69.2% of respondents have persistent herpes

virus infection, 19.2% have diabetes mellitus, 40.9% of women have gynecological diseases, 18.2% – non-oncological pathology of mammary glands (in control – 8.3%). Only 19.2% use iodized salt (in control – 83.3%). Vitamin D deficiency has been detected in 38.5% of patients (16.7% in control group).

Conclusions.

It was confirmed the development of AIT may be caused by influence of such risk factors as gender, persistent herpes virus infection, vitamin D deficiency, low use of iodized salt, gynecological diseases. It needs detalisation on bigger group with further creation of preventive measures' improvement.

OSTEOPOROSIS, PREVENTION IS BETTER THAN CURE

Matukha L., Hryb N.

*Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education,
Family medicine and outpatient care department*

Background.

Family doctor, in his practice, often encounters with such common condition as osteoporosis. Currently, it has been estimated that about 200 million people all over the world are suffering from osteoporosis. The cause of primary osteoporosis is a lack of accumulation of bone mass in the first 30 years of life or accelerated loss after 40. The trigger factors can be different, from unhealthy lifestyle with insufficient level of vitamins and mineral consumption till serious disorders and side effects of its treatment.

Research question.

Does lifestyle modification prevent osteoporosis progressing and increase bone mineral density (BMD)?

Methods.

Electronic medical databases rewiw of PubMed, Scopus, Cochrane, guidelines of The European League Against Rheumatism (EULAR), Osteoarthritis Research Society International (OARSI), American College of Rheumatology (ACR), The National Institute for Health and Care Excellence (NICE)

Results.

Every second person in the world has insufficient level of vitamin D and 16% have severe deficiency. Approximately 90 % of the adult ukrainian population have insufficient level of minerals (Ca, I, Fe, F, Se). Some studies confirms that increasing calcium intake from dietary sources can increased bone mineral density up to 1.8%. Due to vitamin D deficiency absorption of alimentary calcium decrease up to 10–15% and phosphorus up to 60% as a result calcium level in blood is maintain by mobilization from bone tissue. Magnesium deficiency is also associated with reduction of parathyroid hormone (PTH) and 1,25(OH)₂ D levels. The mean concentrations of serum zinc are significantly lower in osteoporotic women than in women with normal BMD.

Conclusions.

International Osteoporosis Foundation (IOF) focus attention on information that osteoporosis and many musculoskeletal disorders can be treated and fractures often prevented through healthy lifestyle choices. Osteoporosis is a multifactorial disorder and nutrition is an important modifiable factor in maintenance of bone mass, development and prevention of osteoporosis. Regular exercise, spending more time open air and balanced nutrition can be effective and low-cost preventive measure against osteoporosis and improve the quality of patients life.

THE EFFECTIVENESS OF USING NICOTINE DELIVERY SYSTEMS FOR THE STOP SMOKING AIMS AND TOBACCO REDUCTION

Matukha L., Perig I.

*Shupik National Medical Academy of Postgraduate Education,
Department of Family Medicine and Outpatient Care*

Background.

There are average 85 thousand citizens in Ukraine, who dies every year from illnesses caused by the use of tobacco in Ukraine. In addition, smokers live on average 16 years less than non-smokers. Annual losses due to treatment costs and disability from tobacco-related illnesses in our state make up about \$ 12.5 billion (3.2% of annual GPP). Consulting in

primary health care in using nicotine delivery systems as a tool for the stop smoking aims has not been studied and evidence-based.

Research question.

How effective are the nicotine delivery systems (NDS) in behavioural strategies for helping people to cut down, either in order to stop smoking or to reduce the amount they smoke in primary care consulting?

Methods.

We provided consultations in the outpatient department for tobacco-smokers. There were 21 patients, using 20 cigarettes per day. We studied motivation change in stop smoking, the motivation for decreasing of the level of nicotine use, the benefits for health and well-being of patients. We used individual interviewing of patients in 5 meetings. The first for the selection of NDS users, then 2 every week and last two monthly.

Results.

There were 22 persons asked to participation. After the first interview 10 were low motivated and reduced to participate in the study. 12 patients (5 men aged 25–55 y.o., mean 36 y.o. M 30, 7 women aged 23–52 y.o., mean 31.1y.o. M 30) were highly motivated and got the lecture about tobacco-use reduction, 1 week of free using of the NDS. They also were recommended to visit the governmental web-site stopsmoking.org.ua to get more information.

After 2 weeks: 1 woman became low motivated and reduced using NDS. 3 patients (27.3%) got dry cough but were still highly motivated. Other (72.7%) felt better, noticed the decreasing of morning coughing, frequency of headaches, nausea and weakness.

After 1 month: 7 (63.6%) participants were motivated for start using lower nicotine-containing sticks, 4 (36.4%) participants were against to change the dose of nicotine. All of them noticed, that they generally felt better.

After 2 months: 3 of patients (27.3%) returned to tobacco using, explaining, that 2 of them (women 52y.o., man 42y.o.) were highly stressed and 1 man, 55y.o., has broken his gadget. 3 reduced smoking (27.3%), 2 used lower dose of nicotine (18%), 3 (27.3%) continued using NDS with the same dose.

Conclusions.

The nicotine delivery systems use together with GPs motivation consulting was an effective method that significantly increased both knowledge and also strong motivation of reducing tobacco-smoking.

RISK FACTORS OF THYROID CANCER AND IMPROVEMENT OF PREVENTIVE MEASURES IN PRIMARY CARE IN KIEV REGION

Rimar Ya., Tkachenko V.

Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education

Background.

For 2005–2016 the incidence of thyroid cancer (TC) increased by 1.7 times (from 5.0 to 8.5 $^{0}/_{0000}$) in Ukraine and by 1.5 times (from 9.5 to 14.5 $^{0}/_{0000}$) in Kiev region. A systemic literature review for last 10 years has shown correlation between TC development and action of ionizing radiation, hereditary predisposition, overweight, as well as number of concomitant diseases.

Research question.

How much do different risk factors affect on TC development? How can we improve preventive measures and screening in primary care?

Methods.

It is the retrospective cause-comparative case-control study. We conducted survey and medical data analysis of 29 patients who had undergone TC surgery (study group – 22 women aged 42.32±7.83; 7 men 35.71±12.34), and 15 healthy people (control group – 11 women aged 39±11.72; 4 men aged 39.75±8.18). The patients' enrollment is continued. Statistical analysis was made with Excel 2007.

Results.

In study group TC was observed in 3 times more often among women (75.9%) than men (24.1%); the main TC forms were: papillary – 82.8%, follicular – 10.3%, medullary – 6.9%; 31% patients had oncological heredity; 27.6% respondents belonged to people affected by Chernobyl accident (while among healthy – 13.3%). When the diagnosis TC was made 31% of patients had

normal weight, 24% – pre-obesity, 21% – obesity I, 17% – II and 7% – III. TC was combined with benign thyroid pathology (nodular goitre and autoimmune thyroiditis) in 44.8% patients, diabetes mellitus type 2 (DM 2) was preceded by TC in 13.8% respondents. In control group 60% respondents had normal weight, 33.3% – pre-obesity, 6.7% – obesity I; nodular goitre had 25%.

Conclusions.

The gender, affect of Chernobyl accident, oncological heredity in TC development correspond to the world trends and literature data. A significantly higher proportion of people with overweight, concomitant DM 2 and thyroid pathology in study group may indicate their involvement to carcinogenesis and needs further identification of their association with TC development in order to improve preventive measures in primary care.

AN INTERACTIVE TRAINING AS AN INSTRUMENT OF CHANGING FAMILY DOCTOR'S KNOWLEDGE AND MOTIVATION TOWARDS EVIDENCE BASED SCREENING OF CARDIOVASCULAR RISKS

Shushman I., Kolesnyk P.

*Postgraduate Faculty of Uzhhorod National University;
Educational and Scientific Training Center of Family Medicine*

Background.

The Ukrainian primary health care program of preventive and screening recommendations has not been evidence-based. There have been no studies on the effectiveness of interactive methods for training Ukrainian FDs in terms of increasing their motivation to implement evidence-based screening into their practice.

Research question.

Can interactive training methods be effective in changing Ukrainian FDs' knowledge and motivation to implement evidence-based screening recommendations into their clinical practice?

Methods.

Our Training Center organized 20 seminars of 8 hours interactive FD's training on «Evidence-based steps in prevention, screening and

management of cardiovascular risks among patients in FDs' practice». Changes in 360 FD's knowledge were assessed by using 20 MCQs, and changes in their motivation – by 25-points «Motivation to change practice» scale. A score of 1–10 indicates low motivation to change, 11–20-moderate motivation, more than 20 – high motivation. Both questionnaires were administered to FDs before, immediately after, 3 and 12 months after training.

Results.

Before the training FDs' level of knowledge was with a mean of correct answers 6.1 (S.D. 1.8) out of 20, but it increased to 15,3 (S.D. 2.3) *immediately after the training*. The proportion of highly motivated FDs to change their practice increased significantly from 9.3% to 37.3% immediately afterwards.

Three months later the mean number of correct answers had decreased to 10,23 (S.D. 3.27). 29.7% of FDs were still highly motivated to change their practice.

Twelve months later the mean number of correct answers was not significantly lower 10.34 (S.D. 3.28) comparing with the previous results. Significantly less FDs remained highly motivated (17%).

Conclusions.

The interactive training was an effective method that significantly increased both knowledge and also strong motivation of FDs. While level of FD's knowledge remained sustainable in 3 and 12 months, the level of highly motivated FDs decreased significantly within 12 months.

QUALITY OF DIABETIC CARE DURING THE IMPLEMENTATION OF NEW CLINICAL APPROACH

Tkachenko V.

Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education

Background.

The transformation of type 2 diabetes care with passing part of management to primary care (PC) has started since 2012. The new national clinical guideline in diabetes care was created with our participation and approved by Ministry of Health of Ukraine.

Research question (aim).

To evaluate the quality of diabetes care during the implementation of new clinical approach for 2012–2018 years.

Methods.

It was a mixed qualitative/quantitative interventional longitudinal cohort study with evaluation of quality of structure, process and outcomes. We used the developed and validated questionnaires for survey among doctors and patients to evaluate organizational and clinical effectiveness, adherence and barriers to use new approach as well as patients' quality of life and treatment satisfaction. The medical records, establishments' reports and documents were analyzed with assessment of changes in target achievements, quality indicators, incidence and prevalence of diabetes and its complications. Statistical analysis was performed using Excel 2007, SPSS, Statistica 6.0.

Results.

Quality of diabetes care remains insufficient due to low rates of diabetes detection because of insufficient resources in PC and knowledge of the diabetes protocol, but the activity of PC doctors in diabetes management increases. There is still insufficient level of diabetes control and its risk factors, achievement of target levels of blood glucose, HbA1c, total cholesterol and low density lipoproteins, body mass index (quality indicators), low adherence of patients to self-management regardless the specialist who observe the patient (endocrinologist or PC doctor). However the quality of life and treatment satisfaction of patients remain the same. The incidence and prevalence of diabetes and its complications started to decrease. In general, the worsening of diabetes care is not marked.

Conclusions.

The quality of diabetes care remains insufficient and requires further analysis and optimization to improve the long-term results of new approach implementation in type 2 diabetes management.

ЗМІСТ

Бобро Л.М.

АЛГОРИТМ РАНЬОЇ ДІАГНОСТИКИ ДІАБЕТИЧНОЇ
ОСТЕОАРТРОПАТІЇ В ПРАКТИЦІ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ 3

Бухановська Т.М., Дубовка К.М., Мельник Н.А.

ПРОФІЛАКТИЧНИЙ НАПРЯМОК В РОБОТІ ЛІКАРЯ
ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ – СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ 6

Вакалюк І.П., Левандовська Х.В., Налужна Т.В.

ВПЛИВ МЕТАБОЛІЧНОЇ ТЕРАПІЇ НА ДИНАМІКУ
КЛІНІЧНИХ ТА ЕЛЕКТРОКАРДІОГРАФІЧНИХ ОЗНАК В
ПРОЦЕСІ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З ПЕРЕНЕСЕНИМ
НЕ-Q ІНФАРКТОМ МІОКАРДА ТА ДЕКОМПЕНСОВАНОЮ
СЕРЦЕВОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ 8

Галькевич М.П.

КЛІНІЧНІ ТА ЕЛЕКТРОКАРДІОГРАФІЧНІ ПОКАЗИ ДО
ІНВАЗИВНИХ МЕТОДІВ ЛІКУВАННЯ У ПАЦІЄНТІВ З
ГОСТРИМ КОРОНАРНИМ СИНДРОМОМ БЕЗ
ЕЛЕВАЦІЇ СЕГМЕНТА ST 11

**Глушко Л.В., Гавриш Т.Ю., Симчич Х.С., Рудник В.Т.,
Скрипник Л.М., Матковська Н.Р., Нищук-Олійник Н.Б.**

ОРГАНІЗАЦІЙНІ ПІДХОДИ ДО НАДАННЯ ПЕРВИННОЇ
МЕДИКО-САНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ В ОБ'ЄДНАНІЙ
ТЕРИТОРІАЛЬНІЙ ГРОМАДІ 12

Євтушенко Є.В.

ШКІРНІ ПРОЯВИ СОМАТИЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ У
ПРАКТИЦІ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ 15

Заремба Є.Х., Смалюх О.В., Заремба-Федчишин О.В.

РАЦІОНАЛЬНЕ ЗАСТОСУВАННЯ ГЕПАТОПРОТЕКТОРІВ
У ХВОРИХ З ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ 16

Заремба Є.Х., Рак Н.О., Прокоса М.І. ПОЄДНАНЕ ЗАСТОСУВАННЯ АНТИГІПЕРТЕНЗИВНОЇ ТА МЕТАБОЛІЧНОЇ ТЕРАПІЇ У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ З ДИСПЛАЗІЄЮ СПОЛУЧНОЇ ТКАНИНИ	18
Заремба Є.Х., Федечко М.Й., Кобецька Л.М. ПОРУШЕННЯ СЕРЦЕВОГО РИТМУ У ЖІНОК ЗІ ЗЛОЯКІСНИМИ ПУХЛИНАМИ МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ ПРИ ХІМІОТЕРАПІЇ.....	21
Кияк Ю.Г., Лабінська О.Є., Галькевич М.П. ВПЛИВ ПРОФЕСІЙНИХ ШКІДЛИВОСТЕЙ НА УЛЬТРАСТРУКТУРНІ ЗМІНИ ТРОМБОЦИТІВ У ПАЦІЄНТІВ З ГОСТРИМ КОРОНАРНИМ СИНДРОМОМ	22
Коваленко О.Є., Гавришук Б.Г. ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОЇ ДІАГНОСТИКИ ПОЧАТКОВИХ ПРОЯВІВ НЕДОСТАТНОСТІ ЦЕРЕБРАЛЬНОГО КРОВОПОСТАЧАННЯ В ОСІБ МОЛОДОГО ВІКУ	24
Кривенко В.І., Федорова Е.П., Пахомова С.П., Непрядкіна І.В., Качан І.С. МЕТОДИ СКРИНІНГОВОЇ ДІАГНОСТИКИ ПОРУШЕНЬ РИТМУ СЕРЦЯ У ХВОРИХ НА ХОЗЛ В ПРАКТИЦІ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ.....	26
Куласць В.М., Куласць Н.М. ПРОБЛЕМИ ПІД ЧАС РЕФОРМУВАННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я, ПІДХОДИ ДО ЇХ ВИРІШЕННЯ	29
Малик Н.В. ПСИХОВЕГЕТАТИВНІ СИНДРОМИ В ПРАКТИЦІ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ.....	33
Матюха Л.Ф., Бухановська Т.М. УЧАСТЬ ГО «УКРАЇНСЬКА АСОЦІАЦІЯ СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ» В ЗАБЕЗПЕЧЕННІ БЕЗПЕРЕРВНОГО	

ПРОФЕСІЙНОГО РОЗВИТКУ ЧЛЕНІВ АСОЦІАЦІЇ З ПИТАНЬ ВАКЦИНАЦІЇ.....	36
--	----

Матюха Л.Ф., Коваленко О.Є., Титова Т.А., Гримашевич М.В., Котик О.В., Сельська М.Р., Тимченко М.Ю. КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК АНОМАЛІЇ ДЕНДІ - УОКЕРА В ПРАКТИЦІ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ.....	38
---	----

Матюха Л.Ф., Титова Т.А., Матвієць Л.Г., Юрченко К.О., Сельська М.Р., Гримашевич М.В. ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНА РЕФЛЮКСНА ХВОРОБА У ПРАКТИЦІ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ.....	41
--	----

Мергель Т.В., Савчук Н.В., Юсипчук У.В. ВАРІАБЕЛЬНІСТЬ СЕРЦЕВОГО РИТМУ У ХВОРИХ ІЗ СЕРЦЕВОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ ПІСЛЯ ПЕРЕНЕСЕНОГО ІНФАРКТУ МІОКАРДА У ПРОЦЕСІ ВІДНОВНОГО ЛІКУВАННЯ.....	43
---	----

Пелешко О.С. КОГНІТИВНІ РОЗЛАДИ У ПАЦІЄНТІВ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ	45
--	----

Попова Т.М. ЗАСТОСУВАННЯ КЕЙС-МЕТОДУ У ВИКЛАДАННІ БІОЛОГІЧНОЇ ХІМІЇ	47
--	----

Савчук Н.В., Мергель Т.В. РІВЕНЬ GDF-15 У ХВОРИХ ІЗ СЕРЦЕВОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ ТА ПОСТІНФАРКТНИМ КАРДІОСКЛЕРОЗОМ ПІСЛЯ ПРОВЕДЕНОГО АОРТО-КОРОНАРНОГО ШУНТУВАННЯ У ПРОЦЕСІ ВІДНОВНОГО ЛІКУВАННЯ	50
---	----

Симчич Х.С., Глушко Л.В., Рудник В.Т., Федоров С.В., Нищук-Олійник Н.Б., Водославська Н.Ю., Симчич А.В. ХРОНІЧНА СЕРЦЕВА НЕДОСТАТНІСТЬ: КЛІНІЧНІ АСПЕКТИ СПІВСТАВИМОСТІ НІМ КЛАСИФІКАЦІЇ	52
---	----

**Титова Т.А., Тимченко М.О., Котик О. В.,
Гримашевич М.В.**
ЗАЛІЗОДЕФІЦИТНА АНЕМІЯ: СИМПТОМИ
ТА ЛІКУВАННЯ 54

**Яковцов І.З., Скоропліт С.М., Білецький О.В.,
Яцина Г.С., Огієнко Л.Ф.**
ПЕРСПЕКТИВИ ВИКОРИСТАННЯ СУЧАСНИХ
ПОРТАТИВНИХ ДІАГНОСТИЧНИХ ДЕВАЙСІВ
В ПРАКТИЦІ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ 57

Яковцов І.З., Скоропліт С.М.
УДОСКОНАЛЕННЯ ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ
ЛІКАРЯМИ СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ 59

Sydorchuk L., Repchuk Y.
ASSOCIATION OF ANGIOTENSINOGEN GENE
POLYMORPHISM (AGT 704 T>C) WITH ARTERIAL
HYPERTENSION 60

Sydorchuk L.P., Semyaniv M.M.
THE ROLE OF POLYMORPHISM OF ANGIOTENSIN II
TYPE 1 RECEPTOR A1166C GENE (AGTR1) IN THE
DEVELOPMENT OF ARTERIAL HYPERTENSION 62

СЕКЦІЯ МОЛОДИХ ВЧЕНИХ – СІМЕЙНИХ ЛІКАРІВ

Березняков В.І., Іманова Н.І., Березняков І.Г.
ХАРАКТЕРИСТИКА УЯВЛЕНЬ ЛІКАРІВ – ТЕРАПЕВТІВ
І СІМЕЙНИХ ЛІКАРІВ УКРАЇНИ Й КАЗАХСТАНУ ЩОДО
ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ГОСТРОГО БРОНХІТУ 64

Буртняк Т.З.
АНАЛІЗ КАРДІОРЕСПІРАТОРНОГО РЕЗЕРВУ
У ПАЦІЄНТІВ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ У

ПОЄДНАННІ З ХРОНІЧНИМ ОБСТРУКТИВНИМ ЗАХВОРЮВАННЯМ ЛЕГЕНЬ.....	66
Височина І.Л., Крамарчук В.В. СПОСІБ ЖИТТЯ ЯК ПРОФЕСІЙНА ПАРАДИГМА ВІДНОШЕННЯ ДО ВЛАСНОГО ЗДОРОВ'Я.....	67
Калабішка Б.М., Колесник А.П., Колесник П.О. ЧИ ЗАВЖДИ КЛОПДОГРЕЛЬ ВИПИСУЄТЬСЯ ЗА ПОКАЗАМИ НА РІВНІ ПЕРВИННОЇ МЕДИКО-САНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ	71
Колесник П.О., Нірода А. І. ЛІНГВІСТИЧНА ВАЛІДИЗАЦІЯ АНКЕТИ GFQ ІНТУЇТИВНОГО ЧУТТЯ ЛІКАРЯ	72
Коновалова М.О., Михайловська Н.С. РОЗПОВСЮДЖЕНІСТЬ АНЕМІЧНОГО СИНДРОМУ У ХВОРИХ З ХРОНІЧНОЮ СЕРЦЕВОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ ІШЕМІЧНОГО ҐЕНЕЗУ ЗА ДАНИМИ РЕТРОСПЕКТИВНОГО АНАЛІЗУ	73
Матюха Л.Ф., Горопко О.Ю. МАРКЕРИ КАРДІОМЕТАБОЛІЧНОГО РИЗИКУ У ПАЦІЄНТІВ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ ТА ОЖИРІННЯМ.....	75
Матюха Л.Ф., Смаль Б.О. ВПЛИВ НАБУТОГО ПАЦІЄНТОМ ДОСВІДУ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ НА РІВЕНЬ ЙОГО КОМПЛАЕНСУ	76
Сем'янів М.М., Петринич О.А. АНАЛІЗ ПРИЧИН ЗВЕРНЕННЯ ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЮ ДО ЛІКАРІВ ПЕРВИННОЇ ЛАНКИ ЧЕРНІВЕЦЬКОЇ ОБЛАСТІ	78

Стецюк І.О., Михайловська Н.С. ЛІКУВАННЯ ШЕМИЧНОЇ ХВОРОБИ СЕРЦЯ У ПОСДНАННІ З ПОСМЕНОПАУЗАЛЬНИМ ОСТЕОПОРОЗОМ У ЗАГАЛЬНОКЛІНІЧНІЙ ПРАКТИЦІ	79
Хімїон Л.В., Кузик І.О. РОЛЬ N-ТЕРМІНАЛЬНОГО ФРАГМЕНТУ МОЗКОВОГО НАТРІЙУРЕТИЧНОГО ПЕПТИДУ В ПЕРЕБІГУ ХРОНІЧНОГО ЗАПАЛЕННЯ У ХВОРИХ НА РЕВМАТОЇДНИЙ АРТРИТ.	81
Ціпоренко С.Ю. ПРОГНОЗУВАННЯ ПОРУШЕНЬ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВ'Я ЧОЛОВІКІВ З ХРОНІЧНИМ ЗАПАЛЕННЯМ УРОГЕНІТАЛЬНОГО ТРАКТУ В ПРАКТИЦІ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ.....	83
Высочина И.Л., Яшкина Т.О. АНАЛИЗ УРОВНЯ ОСВЕДОМЛЕННОСТИ О РИСКАХ РАЗНЫХ ВИДОВ КУРЕНИЯ ДЛЯ ЗДОРОВЬЯ В СРЕДЕ МОЛОДЫХ ЛЮДЕЙ.	84
Alekseichenko O., Tkachenko V. EVALUATION OF THE RELATIONSHIP BETWEEN POLYCYSTIC OVARY SYNDROME, HORMONAL CHANGES AND DEVELOPMENT OF TYPE 2 DIABETES	86
Beresovska L., Tkachenko V. EFFECT OF VITAMIN D DEFICIENCY ON THE DEVELOPMENT OF TYPE 2 DIABETES	87
Griadil T., Chohey I., Chubirko K. IS SUBCLINICAL HYPOTHYROIDISM A PREDICTOR OF TYPE 2 DIABETES MELLITUS?	88
Khimion L.V., Boiko A.V. INTERACTION OF SUBKLININARY MARKERS OF ATEROSCULOSIS WITH INFLAMMATORY PROCESS IN PORIATIC PATIENTS	89

Kuodza G, Kolesnyk A, Reznikova M, Kolesnyk P. THE PERCEPTION OF FAMILY MEDICINE AS A FUTURE SPECIALITY FOR FOREIGN STUDENTS STUDYING THEIR FINAL UNDERGRADUATE YEAR IN UKRAINE	91
Maksymets Y., Tkachenko V. EVALUATION OF RISK FACTORS IN AFFECT ON DEVELOPMENT OF AUTOIMMUNE THYROIDITIS.....	92
Matukha L., Hryb N. OSTEOPOROSIS, PREVENTION IS BETTER THAN CURE	93
Matukha L., Perig I. THE EFFECTIVENESS OF USING NICOTINE DELIVERY SYSTEMS FOR THE STOP SMOKING AIMS AND TOBACCO REDUCTION	94
Rimar Ya., Tkachenko V. RISK FACTORS OF THYROID CANCER AND IMPROVEMENT OF PREVENTIVE MEASURES IN PRIMARY CARE IN KIEV REGION	96
Shushman I., Kolesnyk P. AN INTERACTIVE TRAINING AS AN INSTRUMENT OF CHANGING FAMILY DOCTOR'S KNOWLEDGE AND MOTIVATION TOWARDS EVIDENCE BASED SCREENING OF CARDIOVASCULAR RISKS.....	97
Tkachenko V. QUALITY OF DIABETIC CARE DURING THE IMPLEMENTATION OF NEW CLINICAL APPROACH	98

Наукове видання

**ПЕРВИННА МЕДИЧНА ДОПОМОГА
В РАКУРСІ СВІТОВИХ ПРАКТИК**

присвячена 20-річчю членства УАСМ в WONCA –
Всесвітній асоціації сімейної медицини

*Науково-практична конференція з міжнародною участю
Збірник праць*

06 – 07 червня 2019 року

Підписано до друку 25.07.2019. Формат 60x84 ¹/₁₆.
Папір офсетний. Друк офсетний. Гарнітура Times New Roman.
Умовн. друк. аркушів – 6,28. Обл.-вид. аркушів – 4,71.
Тираж 100

АНФ ГРУП, ТОВ
01032, м. Київ, а/с – 30
07400, Київська обл., м. Бровари, вул. Декабристів 46, к. 149
тел.: + 38044 221 29 60, + 38 095 908 56 28
e-mail: anf-group@ukr.net
anf-group.com.ua

Свідоцтво суб'єкта видавничої справи ДК № 4329
від 24/05/2012 р.